



CLINICA MÉDICAS COMPLEMENTARIAS

Dr. Ricardo Acuña de Saz

FARINGOAMIGDALITIS

UNIVERSIDAD D EL SURESTE
ITZEL JAQUELIENE RAMOS MATAMBU

FARINGOAMIGADALITIS

La faringitis es la inflamación (incluyendo eritema, edema, exudado, enantema, úlceras y vesículas), generalmente debida a infección, de las membranas mucosas de la garganta. Menos frecuentemente, es debida a causas ambientales, antiguamente conocidas como faringitis "irritativas": tabaco, polución, alérgenos, cáusticos, alimentos o líquidos muy calientes. Contrariamente a la creencia popular, los líquidos fríos no producen faringitis irritativas ni predisponen a la infección. Al contrario, el frío moderado es un analgésico para el dolor de garganta, recomendación recibida con sorpresa y alguna prevención por parte de los padres

Etiología

La mayor parte de faringitis son víricas, pese a lo cual se sigue tratando frecuentemente esta enfermedad con antibióticos. El estreptococo pyogenes es el principal agente bacteriano causante de faringitis bacteriana primaria en Pediatría.

La mayor parte de faringitis son víricas (65-80%) y tienen un predominio estacional (otoño-invierno-primavera). El estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA, estreptococo pyogenes) es el agente bacteriano predominante; si bien, salvo en periodos epidémicos, en los que puede ser causa de un 30% de episodios, no origina más de un 15% del total de infecciones, predominando al final del invierno y principio de primavera(2). Se caracteriza por producir una hemólisis clara en agar sangre (hemólisis beta), rasgo bacteriológico muy importante para diferenciarlo de los estreptococos que no producen hemólisis (gamma) y de los que producen hemólisis parcial (alfa o viridans, neumococo...). Los estreptococos betahemolíticos de los grupos C (especialmente, estreptococo equisimilis) y G, pueden causar un cuadro clínico semejante al EBHGA, posiblemente subvalorado en su frecuencia, dado que los test de diagnóstico rápido (TDR) no los detectan. El estreptococo del grupo C se ha relacionado con epidemias de faringitis en universitarios y adultos jóvenes, y en epidemias transmitidas por vía alimentaria. No se ha descrito fiebre reumática asociada a estos grupos, aunque sí algún caso de glomerulonefritis(3).

Muchos otros agentes bacterianos se han relacionado con la faringitis, pero solo *Mycoplasma pneumoniae* y posiblemente *Chlamydia pneumoniae* parecen tener algún papel secundario como agentes etiológicos en faringitis pediátrica, especialmente en casos recurrentes. *Arcanobacterium hemoliticum* es responsable de una forma de faringitis frecuentemente asociada a exantema escarlatiniforme, que se presenta en adolescentes y responde a macrólidos. Si bien, es frecuente el aislamiento en faringe de neumococo, *Hemophilus influenzae* y estafilococo, no está establecido su papel como agentes etiológicos en faringitis. *Neisseria gonorrhoeae* puede ser raramente causa de faringitis en adolescentes sexualmente activos y en niños sometidos a abuso sexual. La difteria es una enfermedad olvidada en nuestro medio que puede causar una faringitis membranosa semejante a la estreptocócica o a la mononucleosis infecciosa. Erradicada en España desde 1987, debemos tenerla en cuenta en pacientes recientemente inmigrados de países eslavos, donde se han descrito brotes epidémicos debidos a bajas coberturas vacunales. En la primavera de 2015, se declaró el primer caso de difteria en España en 30 años, en un niño no vacunado, que tuvo un desenlace fatal.

Factores de riesgo: tabaquismo y exposición al humo de tabaco, contacto con pacientes con faringoamigdalitis o con portadores asintomáticos de estreptococo beta-hemolítico del grupo A (EBHGA), reflujo gastroesofágico, inmunodepresión, actividad laboral relacionada con el uso de la voz.

Medidas preventivas: uso de mascarilla, evitar la exposición a cambios bruscos de temperatura, evitar la exposición a clima artificial.

Diagnóstico: se debe investigar si el paciente ha estado en contacto con personas enfermas de faringoamigdalitis o con portadores asintomáticos de *Streptococcus beta-hemolítico del grupo A (EBHGA)*. Síntomas a investigar: fiebre, cefalea, anorexia, rinorrea y cambios en las características de la secreción nasal, tos, disfonía, vómito, dolor abdominal.

Exploración: los signos más frecuentes son hiperemia conjuntival, adenopatía cervical anterior, congestión nasal, hiperemia e hipertrofia amigdalina, exudado amigdalino purulento, rash o urticaria. Estudios complementarios: no se recomienda

realizar de forma rutinaria la prueba de antígeno rápido de inmunoensayo para identificar EBHGA; el cultivo del exudado de la faringe se recomienda en casos de recurrencia que no mejoran con el tratamiento.

Tratamiento sintomático: aumentar la ingestión de líquidos, mantener una alimentación adecuada, gárgaras de agua y $\frac{1}{4}$ de cucharada de bicarbonato.

Los tipos de amigdalitis agudas son los siguientes:

Viral: constituye un 90% de los casos de faringoamigdalitis aguda en los adultos. Los síntomas característicos son odinofagia, tos, coriza, conjuntivitis y úlceras faríngeas. El tratamiento es sintomático: paracetamol, 500 mg cada 8 h, vía oral o naproxeno, 250 mg cada 12 horas, vía oral de 3 a 5 días.

Bacteriana: aunque las amigdalitis víricas son más frecuentes, dentro de las causas bacterianas, el germen responsable más común es el estreptococo p-hemolítico del grupo A. Produce fiebre alta, con mal estado general, ausencia de tos y disfagia con odinofagia importante asociada a otalgia refleja. Al explorar la orofaringe, se ven amígdalas congestivas, hipertróficas, con placas blanquecinas en el interior de las criptas (amigdalitis pultácea), con aparición de petequias en el paladar (Figura 2). Son muy habituales las adenopatías inflamatorias submandibulares y yugulares, rodaderas y dolorosas a la palpación. Como en toda infección bacteriana, habrá leucocitosis con neutrofilia.

El tratamiento de elección son los antibióticos P-lactámicos (penicilina 1.200.000 UI cada 12 horas, seguida de 3 dosis de penicilina procaínica de 800.000 UI cada 12 horas intramuscular) acompañados de medidas generales como analgésicos, antitérmicos y abundante hidratación. En caso de alergia a la penicilina se recomienda: eritromicina, 500 mg, vía oral cada 6 horas 10 días, o trimetoprim sulfametoxazol, 80/400 mg, 2 tabletas cada 12 horas, vía oral 10 días.

Tratamiento de erradicación de estreptococo beta hemolítico: ha de iniciarse 9 días después de la enfermedad aguda y consiste en la administración de penicilina benzatínica de 1.200.000 UI cada 21 días durante 3 meses.

BIBLIOGRAFIA:

Rivas. M. E. Rosell A. C. (et al) Otorrinolaringología en México manual 3ra edición Patología de la faringe " FARINGOAMIGDALITIS AGUDA " pag 8