



# **MEDICINA**

# **COMPLEMENTARIA**

ACUÑA DE SAZ RICARDO

MEDICINA COMPLEMENTARIA

SÉPTIMO SEMESTRE DE MEDICINA GENERAL

LLUVIA MARIA PERFECTA PEREZ GARCÍA



## **FARINGOAMIGDALITIS VIRAL**

La neumonía es una infección del parénquima pulmonar es una causa de morbilidad y mortalidad

### **EPIDEMIOLOGIA**

mayor prevalencia a finales de otoño, en invierno y al principio de la primavera. Factores de riesgo (dependen de la etiología): contacto directo con un enfermo con faringitis o un portador asintomático del EBHGA los padres u otras personas en contacto con niños en edad escolar).

CLASIFICACION:

### **ETIOLOGIA**

La mayoría de las FA agudas (70-80%) son de causa viral, curso benigno y resolución espontánea en 3-4 días estreptococo beta hemolítico del grupo A (EGA) o *S. pyogenes*, las que mayores consecuencias clínicas pueden presentar (complicaciones supuradas como el absceso periamigdalino o no supuradas como la fiebre reumática o la glomerulonefritis) y son responsables del 10-20% de las FA.

## Etiología de la faringoamigdalitis aguda

Virus 80%	Bacterias 10-20%	Otros
<i>Rinovirus</i>	<i>Streptococcus A</i>	<i>Mycoplasma pneumoniae</i>
<i>Coronavirus</i>	<i>Streptococcus G</i>	<i>M. hominis</i>
<i>Adenovirus</i>	<i>Streptococcus C</i>	<i>Chlamydia pneumoniae</i>
<i>Enterovirus</i>	<i>Anaerobios</i>	Hongos
Parainfluenza	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	
Influenza A-B	<i>Corynebacterium diphtheriae</i> y <i>ulcerans</i>	
Coxsackie A		
VHS tipo 1 y 2	<i>Yersinia enterocolitica</i>	
VIH	<i>Arcanobacterium haemolyticum</i>	
CMV	<i>Treponema pallidum</i>	
VEB	<i>Francisella tularensis</i>	

CMV: citomegalovirus; VEB: virus de Epstein-Barr; VHS: virus del herpes simple; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

## DIAGNOSTICO

El diagnóstico se puede establecer en base a criterios clínicos, epidemiológicos, microbiológicos o analíticos. Los datos clínicos y epidemiológicos no son específicos del agente causal, solo orientan para realizar un diagnóstico de sospecha y por ello, en muchas ocasiones, debemos apoyarnos en las pruebas microbiológicas y serológicas para su confirmación.

Se caracteriza por febrícula, dolor, picor e irritación faríngea que suele ser leve y sin odinofagia. Es frecuente la aparición de tos, síntomas nasales como descarga postnasal y rinorrea sin fiebre alta ni mialgias. Típicamente no hay exudados faríngeos ni adenopatías dolorosas, y la mejoría de los síntomas se produce en 3-4 días sin tratamiento (solo sintomático). La FA por influenza presenta, además, dolor de garganta, tos, ronquera, fiebre alta, mialgias o cefalea. Aunque puede haber eritema y edema de la mucosa faríngea, no son intensos y la adenopatía cervical dolorosa y los exudados faríngeos no forman parte del cuadro clínico de la faringitis por gripe

## **TRATAMIENTO**

etiología viral, autolimitadas, con resolución de los síntomas en pocos días, e incluso las estreptocócicas se resuelven solas en 3-4 días, por lo que no es necesario empezar un tratamiento inmediato (salvo en pacientes con enfermedad grave). Un retraso de 1-3 días no incrementa las complicaciones graves y apenas demora la resolución de los síntomas.

La FA por *S. pyogenes* debe recibir tratamiento antibiótico para acortar la duración de los síntomas y las complicaciones supurativas (acortan un día la duración de los síntomas respecto a los no tratados), erradicar la bacteria de la faringe, importante para evitar el contagio que ocurre a las 24 horas del inicio del tratamiento, y para prevenir la FR.

El antibiótico de elección es la penicilina, porque tiene el espectro de acción más estrecho, es más económica y ha probado su eficacia a largo plazo. La penicilina G benzatina intramuscular en dosis única fue de elección hace años, La amoxicilina oral administrada cada 8-12 horas resulta una alternativa razonable, cada vez más extendida, e incluso recientemente se ha estudiado la eficacia de una dosis única de amoxicilina de liberación retardada para niños mayores de 12 años y adultos

(750-1.000 g diarios). En países con baja prevalencia de FR, un curso corto de 3-6 días de antibiótico oral tiene la misma eficacia que los 10 días de penicilina para tratar la FA por EGA en niños.

Tabla 3

## Antibióticos recomendados en las faringoamigdalitis agudas

Antibiótico	Adultos	Niños	Comentarios
Penicilina V oral	500 mg dos-tres veces al día en adolescentes y adultos durante 10 días	250 mg (400.000 U) dos-tres veces al día durante 10 días	Es el tratamiento de elección. La penicilina V debe administrarse con el estómago vacío
Penicilina benzatina intramuscular	Única dosis 1.200.00 U en niños $\geq 25$ kg de peso y adultos	Una sola dosis de 600.000 U intramuscular en niños $\leq 25$ kg	Indicado en casos de dudas sobre cumplimiento del tratamiento oral
Amoxicilina oral	50 mg/kg/día en dosis diarias durante 10 días. o 750 mg (para cualquier edad) una vez al día, durante 10 días	Amoxicilina oral 50 mg/kg/día, en dos o tres dosis diarias, durante 10 días	No es necesario tomar amoxicilina en ayunas. La pauta de una vez al día puede ser útil en los casos de dudas sobre el cumplimiento
Eritromicina	Estolato de eritromicina 20-40 mg/kg/día, en 2-4 dosis, durante 10 días, Etilsuccinato 40 mg/kg/día, en 2-4 dosis durante 10 días		Indicado en casos de alergia a la penicilina
Azitromicina	500 mg diarios el	10-12	Alergia a penicilinas

## Bibliografía

borstnar, r. c. (2016). medicina interna. elsevier.

castelao , j. n., martin, b. g., & mirambeaux, r. v. (2020). neomologia y cirugia toracica. cto.

j., j. l. (2018). medicina interna. mcgraw-hill.