

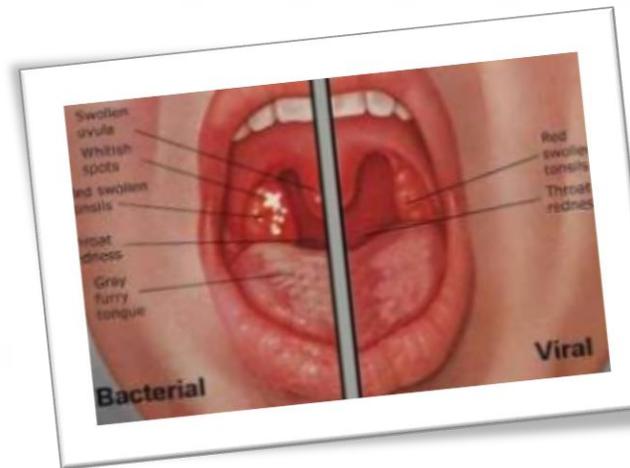
CLINICAS MÉDICAS
COMPLEMENTARIAS



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

3er Parcial

FARINGOAMIGDALITIS VIRAL Y BACTERIANA



KAREN YURENNI MARTÍNEZ SÁNCHEZ

DR. RICARDO ACUÑA

DEFINICION.

Proceso agudo febril con inflamación de las mucosas de la zona faringoamigdalina, causada por virus o bacterias; puede presentar eritema, edema, exudado, úlceras y vesículas.

EPIDEMIOLOGIA.

La mayoría de las faringoamigdalitis son de causa viral; y alrededor de un 5-15% en población adulta y 15-30% en población pediátrica son de etiología bacteriana, siendo el *Streptococcus pyogenes* el principal microorganismo responsable del cuadro clínico y de sus potenciales complicaciones. Este microorganismo se reporta con mayor frecuencia en meses de invierno y comienzo de la primavera, con una portación faríngea cercana al 12% según distintas series.

ETIOLOGIA.

Las faringoamigdalitis suelen ser virales, con mayor frecuencia causadas por los virus del resfrío común (adenovirus, rinovirus, influenza, coronavirus, respiratorio sincitial), si bien en ocasiones pueden estar causadas por el virus de Epstein-Barr, el virus herpes simple, el citomegalovirus o el HIV. En alrededor del 30% de los pacientes, la causa es bacteriana. El estreptococo beta-hemolítico del grupo A (EBHGA) es el microorganismo más común, pero *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, y *Chlamydia pneumoniae* a veces están implicados. Entre las causas más raras se incluyen *Fusobacterium*, difteria, sífilis, y gonorrea. El EBHGA es más frecuente entre los 5 y los 15 años y es infrecuente antes de los 3 años.

CLASIFICACION.

Según su evolución. **Aguda:** proceso infeccioso de gran sintomatología de <4 semanas de evolución, es una infección de la faringe y de las amígdalas que se caracteriza por la presencia de eritema de la mucosa faríngea, de más de cinco días de duración, afecta a ambos sexos y es más frecuente en la infancia aunque puede aparecer a cualquier edad. mononucleosis infecciosa que es causada por el virus Epstein-Barr,

afecta mayormente a pacientes entre 10-25 años con presentación clínica de dolor de garganta, fiebre, malestar, fatiga, dolor abdominal y náuseas, ante su examen físico se percibe faringitis exudativa, adenopatía posterior cervical dolorosa, hepatoesplenomegalia, dolor en el hombro izquierdo. Faringitis por herpes simple, afecta a jóvenes adultos, presentando lesiones dolorosas que erosiona para formar úlceras superficiales. Faringitis gonorréica se presenta en jóvenes adultos que sostienen sexo oro-genital, en neonatos por parto vía vaginal y existe co-infección con clamidia, por lo que tiene que tratarse también. Difteria, condición rara asociada a falta de vacuna DPT, con un periodo de incubación de 1 semana, su invasión infecciosa produce necrosis del tejido y puede producir obstrucción de la vía aérea, es de comienzo agudo de dolor de garganta, fiebre, malestar general, taquicardia, faringitis exudativa, pseudo membrana adherente, adenopatía cervical marcada (cuello de toro), aliento fétido.

Subaguda: proceso inflamatorio de >4 semanas y <12 semanas, generalmente asociados a procesos sistémicos. **Crónico:** proceso infeccioso con >3 meses de persistencia y con recurrencia de 3 episodios en 6 meses o 4 años. Si presenta faringofina o odinofagia por más de 4 semanas su clínica específica es por *Esptreptoco B hem.* Gérmenes habituales Inespecífica: No se aíslan gérmenes Tabaquismo, contaminantes Sinusitis crónica GERD, Hipertrofia amigdalina Odinofagia Halitosis Adenopatías Infecciones recidivantes de VAS. Faringitis crónica simple se caracteriza por la mucosa de la pared posterior y de los pilres faríngeos que adquieren una coloración rojo-violácea con abundante vascularización superficial, faringitis crónica hipertrófica granulosa presenta formaciones redondeadas brillantes de diámetro de 0.5 a 1.5cm sobre la pared posterior de la faringe que corresponde a folículos linfoepiteliales hipertrofiados, propia de personas jóvenes, con secreción catarral que tapiza la faringe y adenopatías en cuello, faringitis crónica hipertrófica lateral o cordonal que muestra una gran hipertrofia de la mucosa de los márgenes laterales de la pared posterior faríngea, que está junto a los pilares posteriores, que se presentan también inflamados como el resto de pared posterior, presentando sensibilidad marcada, sordera progresiva y zumbidos y constante necesidad de carraspear. Faringitis

crónica atrófica, al examen se observa mucosas secas, lisas, esclerosas, recubiertas en parte por una tela costrosa y se puede observar una mucosa hipertrófica. Es propiamente del adulto mayor, suele ser etapa final de las formaciones clínicas anteriores con sensación de tener algo pegado en la faringe y necesidad de tragar constantemente.

Según su etiología. **Faringoamigdalitis viral:** es una enfermedad aguda presente en cualquier edad, tiene mayor prevalencia en niños menores de 3 años y es causada por un grupo de virus. El 80% de todas las faringoamigdalitis son virales. Los agentes causales más frecuentes son el adenovirus (fiebre faringoconjuntival), que es una enfermedad muy frecuente y exclusivamente por adenovirus, se produce durante todo el año y está asociado con la natación, presentando fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, conjuntivitis tipo folicular, dolor de garganta, eritema faríngeo, tos, coriza, cefalea, mialgia, escalofrío, malestar general, linfadenopatía cervical bilateral; es una enfermedad muy contagiosa por contacto directo y dura alrededor de 1 a 2 semanas. Epstein-barr (mononucleosis infecciosa) que es una enfermedad también conocida como la enfermedad del beso, ya que esta se transmite por las secreciones orofaríngeas (saliva) y su triada clásica presenta fiebre, faringitis (exudativa), adenopatías cervicales bilaterales, como también puede presentar dolor de garganta, hepatoesplenomegalia, mialgia, artralgia, náuseas, exantemas maculopapular (esta ocurre en un 90% luego de la administración de una amoxicilina o ampicilina), enterovirus coxsackie A (herpangina) que es una infección causada por el virus que diferencia de la enfermedad de manos, pies y boca, este solo afecta a la región bucal, es más frecuente en los lactantes y niños presentando fiebre intensa $\geq 38^{\circ}\text{C}$, dolor de garganta, disfagia, presenta inflamación faringoamigdalar y pequeñas vesículas superficiales de 1 a 4mm, localizada en el paladar blando, úvula y pilares amigdalinos anteriores, que se extiende a la boca y amígdalas de color blanco y grisáceas. Y herpes simple tipo 1.

Faringoamigdalitis bacteriana: Es una enfermedad aguda causada con mayor frecuencia por el estreptococo β -hemolítico del grupo A (estreptococo pyogenes), frecuentemente se presentan en niños de 3 a 15 años y afecta con más frecuencia

a toda la orofaringe y excepcionalmente a las amígdalas palatinas. Se transmite por contacto directo. El más frecuente es el estreptococo β -hemolítico del grupo A (estreptococo pyogenes): son bacterias Gram positivas, de formas esféricas u ovoides que miden menos de $2\mu\text{m}$ de diámetro se agrupan de cadenas cuya longitud varían según la especie. Los síntomas más característicos de la FA bacteriana es que tiene un inicio súbito de fiebre hasta 40°C , odinofagia de grado intenso asociado o no a disfagia, síntomas generales como dolor de cabeza, mialgia, náuseas, vómitos y dolor abdominal. Los signos característicos de la FA bacteriana son eritema faríngeo, exudado pultáceo de color grisáceo blanquecino en las amígdalas palatinas, a veces se presenta petequias en el paladar blando eritematosa con centro pálido en anillos (lesiones de DONUTS) es el típico de una FA bacteriana y edema de la úvula, exantema escarlatiniforme ocasional “el exantema habitual, está causada por una o más de las exotoxinas pirógenas que producen las cepas faríngeas de los estreptococos β -hemolíticos del grupo A, la linfadenopatía cervical anterior, que suele localizarse en el ángulo de la mandíbula y que son dolorosos a la palpación son una característica típica de faringoamigdalitis bacteriana.

DIAGNÓSTICO.

Es clínico. Un 90% de los casos de faringoamigdalitis aguda en los adultos es de etiología viral y los síntomas característicos son: odinofagia, tos, coriza, conjuntivitis y úlceras faríngeas. Los casos ocasionados por bacterias se caracterizan por la presencia de fiebre, odinofagia, adenopatía cervical anterior, exudado purulento y ausencia de tos. Durante la exploración física se recomienda evaluar al paciente en búsqueda de los siguientes síntomas: Hiperemia conjuntival, adenopatía cervical anterior, congestión nasal, hiperemia e hipertrofia amigdalina, exudado amigdalino purulento, rash o urticaria. No se recomienda realizar en forma rutinaria la prueba de antígeno rápido de inmunoensayo para identificar EBHGA como complemento para el diagnóstico de un cuadro de faringoamigdalitis aguda. El cultivo del exudado de la faringe se recomienda en los casos de recurrencia que no mejoran con el tratamiento, se recomienda que los

casos que presentaron prueba negativa de antígeno rápido de radioinmunoensayo para identificar EBHGA, se complementa con cultivo faríngeo para la detección de Streptococcus.

TRATAMIENTO.

Faringoamigdalitis viral. El tratamiento es inicialmente sintomático durante los primeros tres días, Paracetamol 500mg VO cada 8hs de 3 a 5 días ó Naproxeno 250 mg vía oral cada 12 horas de 3 a 5 días. 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 betahemolítico: 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

Faringoamigdalitis bacteriana. Es posible establecer un diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica e iniciar tratamiento empírico cuando se encuentran 4 de los síntomas clásicos (crecimiento amigdalino o exudado, adenopatía cervical anterior y fiebre de 38°C en ausencia de tos). Se recomienda el uso uno de los siguientes esquemas: Amoxicilina ácido clavulánico 500 mg c/8 hrs. 10 días, Cefalosporina de primera generación 10 días, clindamicina 600 mg/día en 2-4 dosis por 10 días. Cuando se disponga de penicilina procaínica puede aplicarse el siguiente esquema: Penicilina compuesta de 1,200,000 UI una aplicación cada 12 horas por dos dosis, seguidas de 3 dosis de penicilina procaínica de 800,000 UI cada 12 horas intramuscular. En casos de alergia a la penicilina se recomiendan las siguientes alternativas: Eritromicina 500 mg vía oral cada 6 horas por 10 días ó Trimetoprima sulfametoxazol tabletas de 80/400 mg, 2 tabletas vía oral cada 12 hrs. por 10 días.

Tratamiento sintomático de FA aguda: aumentar la ingestión de líquidos, mantener una alimentación adecuada, gárgaras de agua y ¼ de cucharada de bicarbonato.

mononucleosis infecciosa: laboratorio → tinción periférica de sangre: linfocitosis >50%, linfocitos atípicos >10%, mono-test → anticuerpos heterofilo, puede tener falso negativo si es <4 años. Su tratamiento está indicado si presenta obstrucción de la vía aérea, anemia hemolítica severa, trombocitopena. Prednisona 2,5mg/kg/d por 5 días o decadron 0.5mg/kg hasta un máximo de 10mg en 5 días

Faringitis por herpes simple: si el paciente esta inmunocomprometido → aciclovir, paciente inmunocompetente → aciclovir

Faringitis gonorreica: ceftriaxona 125mg IM y azitromicina 12mg/kg una vez al día por 5 días, ciprofloxacina (contraindicado si es menor de 18 años) u ofloxacina (dosis sencilla), antipiréticos/analgésicos por las primeras 72 horas.

Difteria: laboratorio → CBG: trombocitopenia, tinción Gram + y cultivo de Loeffler's +, como tratamiento se tiene que estabilizar la vía aérea, penicilina parenteral o eritromicina.

Tratamiento sintomático de FA Crónica: eliminación de factores predisponentes, permeabilidad y ventilación nasal, lavado con suero salino o productos similares que arrastren las secreciones, N-acetilcisteina, hidratación y eliminar focos infecciosos de vengidad.

Faringitis crónica hipertrófica granulosa: puntos de electrocoagulación en los folículos linfoides diseminados en la faringitis granulosa

Faringitis crónica hipertrófica lateral o cordonal: tratar el estado general congestivo, AINES, electrocoagulación de los cordones laterales en caso de ser muy desarrollados, gargarismo y duchas de corato y bicarbonato sódico

Faringitis crónica atrófica: se trata de vitalizar en lo posible las mucosas con yodo y vitamina A.

BIBLIOGRAFIA:

- Gobierno Federal,IMSS. (2008). Diagnóstico y Tratamiento de Faringoamigdalitis Aguda. Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-073-08 , ISBN: 978-607-8270-12-5 , pp 1-7.
- Elena Mora Rivas, Antonio Rosell Cervilla, María José Daza Guerrero. (2017). Patología de la faringe. En manual CTO de medicina y cirugía 3a edición, otorrinolaringología (PP 80-81). Madrid, España: Grupo CTO.
- Dra. María Pía Martínez Corvalán. (2017). FARINGOAMIGDALITIS. Servicio de Otorrinolaringología, vol. 6, pp 3-35.
- Clarence T. Sasaki . (2019). Faringoamigdalitis. 2019, de Yale University School of Medicine Sitio web: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-otorrinolaringol%C3%B3gicos/trastornos-bucales-y-far%C3%ADngeos/faringoamigdalitis>