

[Año]

# FARINGOAMIGDALITIS

CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

| DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ

La faringoamigdalitis es la infección aguda de la faringe o las amígdalas palatinas. Los síntomas pueden incluir angina, disfagia, linfadenopatía cervical y fiebre. El diagnóstico es clínico, complementado por el cultivo o la prueba antigénica rápida. El tratamiento depende de los síntomas y, en el caso del estreptococo beta-hemolítico del grupo A, implica la administración de antibióticos.

Las amígdalas participan en la vigilancia inmunitaria sistémica. Además, en las defensas amigdalinas locales participa el revestimiento de epitelio plano con capacidad para procesar el antígeno y que comprende las respuestas de los linfocitos B y T.

### Etiología

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 (véase Infecciones estreptocócicas), 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.

### Signos y síntomas

La característica distintiva es el dolor con la deglución y a menudo se refiere a los oídos. Los niños muy pequeños que no pueden quejarse de dolor de garganta usualmente rechazan el alimento. Son frecuentes la fiebre elevada, el malestar general, la cefalea y los trastornos gastrointestinales, así como la halitosis y una voz apagada. También puede identificarse un exantema. Las amígdalas están edematizadas y enrojecidas y a menudo se observan exudados purulentos. Puede haber linfadenopatía cervical dolorosa. La fiebre, la adenopatía, las petequias palatinas y los exudados son algo más comunes en la faringoamigdalitis por EBHGA

que en la viral, si bien se superponen. La infección por EBHGA puede provocar una erupción escarlatiniforme (fiebre escarlatina).

La producida por EBHGA suele resolverse en el transcurso de 7 días. Si el EBHGA no se trata, puede conducir a complicaciones supurativas locales (p. ej., absceso periamigdalino o celulitis) y a veces a fiebre reumática o glomerulonefritis.

## Diagnóstico

### Evaluación clínica

Se descarta estreptococo beta-hemolítico grupo A (EBHGA) por la prueba antigénica rápida, por cultivo o ambos

La faringitis en sí se reconoce fácilmente por la clínica. Sin embargo, su causa no es tan fácil de reconocer. La rinorrea y la tos suelen indicar una causa viral. La mononucleosis infecciosa está sugerida por la adenopatía cervical posterior o generalizada, la hepatoesplenomegalia, el cansancio y el malestar general durante > 1 semana; el cuello hinchado con petequias en el paladar blando y exudados espesos amigdalinos. La presencia de una membrana gris, espesa y adherente que sangra fácilmente cuando se la extrae indica difteria (rara en los Estados Unidos).

Como el EBHGA requiere antibióticos, debe ser diagnosticado en forma precoz. Los criterios para los estudios son controvertidos. Muchos especialistas recomiendan la prueba antigénica rápida o cultivo para todos los niños. Las pruebas antigénicas rápidas son específicas pero no son sensibles y puede ser necesario realizar el cultivo, que tiene una especificidad y una sensibilidad del 90%. En los adultos, muchos especialistas recomiendan utilizar los 4 criterios siguientes de la puntuación de Centor modificada :

Los pacientes que cumplen 1 o ninguno de los criterios es poco probable que tengan EBHGA y no se les debe realizar otras pruebas. A los pacientes que cumplen 2 criterios, se les deben realizar otras pruebas. A los pacientes que cumplen 3 o 4 criterios, se les pueden realizar otras pruebas o tratarse en forma empírica para EBHGA.

## Referencia del diagnóstico

1. Fine AM, Nizet V, Mandl KD: Large-scale validation of the Centor and Mclsaac scores to predict group A streptococcal pharyngitis. Arch Intern Med 172(11):847-852, 2012. doi: 10.1001/archinternmed.2012.950.

## Tratamiento

Los tratamientos de sostén incluyen la analgesia, la hidratación y el reposo. Analgésicos sistémicos o tópicos. Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos son analgésicos sistémicos eficaces. Algunos médicos también dan una dosis única de un corticosteroide (p. ej., dexametasona 10 mg IM), que puede ayudar a acortar la duración de los síntomas .sin afectar las tasas de recidiva o los efectos adversos . Los analgésicos tópicos están disponibles como pastillas y aerosoles; sus ingredientes incluyen benzocaína, fenol, lidocaína, y otras sustancias. Estos analgésicos tópicos pueden reducir el dolor, pero deben utilizarse con frecuencia y suelen afectar el sentido del gusto. La benzocaína utilizada para la faringitis rara vez ha causado metahemoglobinemia.

La penicilina V suele considerarse el fármaco de elección para la faringoamigdalitis por EBHGA; la dosis es de 250 mg por vía oral 2 veces al día durante 10 días para pacientes con peso < 27 kg y 500 mg para los pacientes con peso > 27 kg. La amoxicilina es eficaz y más agradable si se necesita una preparación líquida. Si se considera difícil la adherencia al tratamiento, una única dosis de penicilina benzatínica, 1,2 millones de unidades IM (600.000 unidades para los niños ≤ 27 kg) es eficaz. Para los pacientes alérgicos a la penicilina, se utilizan otros fármacos orales como los macrólidos, una cefalosporina de primera generación y clindamicina. La dilución de peróxido de hidrógeno de venta libre con agua en una mezcla 1: 1 y hacer gárgaras con él promoverá el desbridamiento y mejorará la higiene de la orofaringe.

El tratamiento puede ser comenzado de inmediato o retardarse hasta conocer los resultados del cultivo. Si el tratamiento se comienza de manera presuntiva, debe

detenerse si los cultivos son negativos. No se realizan sistemáticamente los cultivos faríngeos de seguimiento. Éstos son útiles en pacientes con recidivas múltiples de EBHGA o si la faringitis se disemina a contactos cercanos en el hogar o en la escuela. Amigdalectomía

La amigdalectomía debe ser considerada si se observan amigdalitis recidivantes por EBHGA (> 6 episodios/año, > 4 episodios/año durante 2 años, > 3 episodios/año durante 3 años) o si la infección es grave y persistente a pesar de los antibióticos. Otros criterios para la amigdalectomía son el trastorno obstructivo del sueño, el absceso periamigdalino recurrente y la sospecha de cáncer. (Véase también American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery Clinical Practice Guideline: Tonsillectomy in Children [Update]). Las decisiones deben ser individuales, en base a la edad del paciente, múltiples factores de riesgo y la respuesta a las recurrencias de la infección. Existen numerosas técnicas quirúrgicas para realizar la amigdalectomía, como la electrocauterización, el microdesbridamiento, la ablación por radiofrecuencia, y la disección quirúrgica. En < 2% de los pacientes se produce una hemorragia intraoperatoria o posoperatoria importante, en general en el transcurso de las 24 horas de la cirugía o después de 7 días, cuando se desprende la escara. Los pacientes con hemorragia deben ser hospitalizados. Si la hemorragia continúa en el momento del ingreso, los pacientes suelen ser examinados en el quirófano y se logra la hemostasia. Debe eliminarse todo coágulo presente en la fosa amigdalina y los pacientes deben ser observados durante 24 horas. La rehidratación IV posoperatoria del paciente es necesaria en ≤ 3% de los casos, tal vez en una cantidad menor de éstos con el uso de hidratación preoperatoria óptima, antibióticos, analgésicos y corticoides perioperatorios. La obstrucción posoperatoria de la vía aérea se produce con mayor frecuencia en los niños < 2 años que presentan trastornos obstructivos del sueño preexistentes y en pacientes con obesidad mórbida o con trastornos neurológicos, anomalías craneofaciales o apnea del sueño obstructiva preoperatoria importante. Las complicaciones suelen ser más comunes y graves en los adultos.