



Faringoamigdalitis viral y bacteriana

Clínicas médicas complementarias

Dr. Ricardo Acuña de Saz

Medicina humana

Séptimo semestre

INTRODUCCIÓN

La faringoamigdalitis aguda (FA) es un proceso agudo febril con inflamación de las mucosas del área faringoamigdalar, pudiendo presentar eritema, edema, exudado, úlceras o vesículas. Muchos virus y bacterias son capaces de producir FA y la mayoría de los casos en niños están causados por virus con una evolución benigna y autolimitada.

EPIDEMIOLOGÍA

Numerosos microorganismos son causa de FA y con diferente interés clínico pero en casi el 30% de los casos no se identifica ningún patógeno. En conjunto los virus son los responsables de la mayoría de la FA en niños menores de 3 años. Muchos episodios de FA suceden en los meses más fríos o proclives del año para los diversos microorganismos.

La infección por EbhGA, es más frecuente en invierno y comienzo de la primavera y se estima que es la causa del 15-30% de casos de FA en niños de edad escolar entre 5 y 15 años (rango 3-18 años).

TABLA I. Etiología infecciosa de la faringoamigdalitis aguda.

- A. Estreptococo betahemolítico del grupo A o *Streptococcus pyogenes*
- B. Otras bacterias con interés clínico:
 - Estreptococos betahemolíticos grupos C y G
 - *Arcanobacterium haemolyticum*
 - *Mycoplasma pneumoniae*
- C. Otras bacterias de frecuencia muy rara o dudosa y con menor interés clínico:
 - *Chlamydophila psittaci* y *pneumoniae*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Yersinia enterocolitica* y *pestis*, *Treponema pallidum*, *Francisella tularensi*
- D. Virus:
 - Adenovirus, Epstein-Barr, Coxsackie A, Herpes simple 1 y 2, gripe A y B parainfluenza, rinovirus, coronavirus, citomegalovirus

FA por virus

Adenovirus. Son los virus que con más frecuencia causan infección de garganta en menores de 5 años. Clínica de fiebre, amígdalas inflamadas con punteado de exudado blanquecino y otras veces un exudado más amplio parecido al de la FA estreptocócica. Un síndrome distintivo que cursa en brotes epidémicos es la fiebre faringoconjuntival: conjuntivitis, faringitis, rinitis, adenopatía cervical y fiebre alta.

Virus Coxsackie A. Las manifestaciones más típicas de esta infección son la herpangina y la enfermedad pie mano boca. La primera es más frecuente en lactantes y niños pequeños y se caracteriza por fiebre, inflamación faringoamigdal, odinofagia, y un enantema vesicular en un proceso que suele ir precedido por cefaleas y vómitos. Las lesiones presentes en el paladar blando, úvula y pilares amigdalinos son papulovesículas de 1-2 mm blanco grisáceas, en una base eritematosa que progresan a úlceras. En la enfermedad pie mano boca se observan pequeñas vesículas dolorosas en mucosa oral y lengua asociadas un exantema pápulo vesicular en palmas de manos y pies.

Virus herpes simplex tipo 1. En niños pequeños causa gingivoestomatitis: proceso febril con enrojecimiento faringoamigdal y ulceraciones circulares de 3-8 mm de diámetro, dolorosas, sobre las amígdalas, paladar blando, mucosa gingival y labios. Malestar y dificultad para ingerir alimentos con presencia frecuente de adenopatía cervical. También causa faringitis en adolescentes y casi la mitad de ellos tienen un pequeño exudado amigdal.

Virus Epstein-Barr. Origina la mononucleosis infecciosa, infección más típica de niños mayores y adolescentes que presentan fiebre, malestar general, amígdalas muy inflamadas cubiertas de exudado amplio o membranas, hepatomegalia (10-15% de los casos), esplenomegalia (50% de los casos), adenopatía bilateral, edema periorbital o palpebral. Los niños más pequeños pueden tener una clínica más sutil aunque con frecuencia tienen fiebre, hepatoesplenomegalia variable, adenopatía y una erupción exantemática.

FA POR EbhGA O STREPTOCOCCUS PYOGENES

Manifestaciones clínicas

Muchos casos son más leves y sin presencia de exudado amigdalal.

Las petequias en paladar blando no siempre son específicas de infección por EbhGA pues también se pueden presentar en otras infecciones como rubéola, virus herpes simple, virus

EpsteinBarr, por fragilidad capilar o por vómitos previos. Es más típica la presencia de pequeñas pápulas eritematosas, con centro pálido, en anillo (lesiones “donuts”), tanto en paladar blando como en paladar duro, y que sólo se han descrito en FA por EbhGA.

Los niños menores de tres años merecen especial. Los síntomas de infección estreptocócica del tracto respiratorio superior en esta edad son más indolentes y se suelen caracterizar por rinitis seromucosa persistente, fiebre moderada, inapetencia, adenopatías, inflamación faringoamigdalal, asociando en ocasiones lesiones impetiginosas en narinas así como otitis media, siendo más frecuente en niños con dos o tres hermanos.

Un temor puede ser que si algún proceso debido a EbhGA pasa desapercibido y al no ser tratado con antibiótico, esté en riesgo de complicaciones. La fiebre reumática es excepcional en países desarrollados en menores de 3 años, antes de que haya madurado completamente el sistema inmune del niño.

Diversos estudios han evaluado escalas de predicción clínicas que aumentan las probabilidades de infección causada por EBHGA. La más conocida es la de Centor.

Criterios de centor y probabilidad de infección por EbHGA.

Criterios de Centor	
Fiebre o historia de fiebre >38 °C	
Exudado o hipertrofia amigdalal	
Adenopatías laterocervicales dolorosas	
Ausencia de tos	
Número de criterios de Centor	Probabilidad de infección por EBHGA
Cuatro	39-57%
Tres	25-35%
Dos	10-17%
Uno	<10%
Cero	<2,5%

Diagnóstico

El diagnóstico etiológico de FA por EbhGA, debe ser confirmado mediante pruebas antigénicas rápidas (PAR) y/o cultivo antes de iniciar el tratamiento.

Los pacientes candidatos para confirmación microbiológica son: 1) mayores de 3 años con evidencia clínica de FA estreptocócica y ausencia de signos y síntomas de infección vírica; 2) niños con síntomas de FA estreptocócica y exposición a otra persona (familia, colegio) con FA por EbhGA o casos de enfermedad invasiva por esta bacteria en la comunidad.

Cultivo de garganta: Prueba estándar o de referencia para el diagnóstico de infección por EbhGA.

Complicaciones de la fa por ebhga

Las supurativas locales por extensión a zonas adyacentes, son muy raras tras tratamiento antibiótico adecuado y bien recibido. Son: otitis media, sinusitis, mastoiditis, adenitis purulenta, absceso periamigdalino o retrofaríngeo y pueden suceder en el 1-2% de niños con FA mal o no tratados. Fiebre reumática (FR), glomerulonefritis aguda postestreptocócica y artritis reactiva son complicaciones reconocidas no supurativas. La FR es excepcional en países desarrollados y se estima en 0,5 casos/100.000 niños en edad escolar y guarda relación con algún tipo de cepa reumatogénica circulante y una predisposición genética del huésped.

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

La penicilina por vía oral o en inyección intramuscular sigue siendo el tratamiento de elección en niños no alérgicos a la misma.

- Niños no alérgicos a la penicilina. Cualquiera de los siguientes:
 - Penicilina V (fenoximetilpenicilina potásica o benzatina) vía oral, durante 10 días:
 - < 12 años: 250 mg cada doce horas
 - > 12 años: 500 mg cada doce horas
 - Penicilina G benzatina, en inyección única intramuscular profunda:
 - < 12 años: 600.000 U
 - > 12 años: 1.200.000 U(Elección de la inyección si: vómitos, no asegurado el cumplimiento por vía oral, prevalencia de fiebre reumática, países en desarrollo)
 - Amoxicilina, durante diez días:
 - 40-50 mg/kg/día. c/ 12 ó 24 horas o bien:
 - 750 mg/día, en una dosis/día, en mayores de 4 años
- Niños alérgicos a la penicilina (reacción retardada):
 - Cefadroxilo: 30 mg/kg/día, cada 12 horas. 10 días
- Niños alérgicos a la penicilina (reacción inmediata o acelerada). Tres opciones:
 - a) Estolato o etilsuccinato de eritromicina, diez días: 30-40 mg/kg/día, cada 12 h, o:
 - Azitromicina: 10 mg/kg/día 5 días o 20 mg/kg/día, tres días, o
 - Claritromicina: 10 mg/kg/día. 10 días
 - b) Si sospecha de resistencia a macrólidos (ver texto): tratamiento según cultivo y antibiograma. Si no es posible examen bacteriológico, tratamiento durante diez días con macrólido de 16 átomos: josamicina (30 mg/kg/día, cada 12 h), diacetato de midecamicina (20 mg/kg/día, cada 12 h) o bien con clindamicina (20 mg/kg/día, cada 12 h)
 - c) Clindamicina, diez días, 20 mg/kg/día, cada 12 h

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Las medidas generales que se recomiendan para el manejo de los síntomas de los pacientes con faringoamigdalitis aguda son las siguientes:

- Incrementar la ingestión de líquidos.
- Mantener una alimentación adecuada, si el paciente presenta ofrecer los alimentos en pequeñas cantidades.
- Realizar gárgaras con agua salada preparada con un vaso con agua y $\frac{1}{4}$ de cucharada de bicarbonato.

Bibliografía

- Álviz, F. &. (2017). Faringoamigdalitis aguda. *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela*, 25-36.
- Cots, J. M. (2015). Guía clínica para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto. *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 20-31.