



MEDICINA

COMPLEMENTARIA

ACUÑA DE SAZ RICARDO

MEDICINA COMPLEMENTARIA

SÉPTIMO SEMESTRE DE MEDICINA GENERAL

LLUVIA MARIA PERFECTA PEREZ GARCÍA



FARINGO AMIGDALITIS BACTERIANA

Es un proceso agudo febril con inflamación de las mucosas del área faringoamigdal, pudiendo presentar eritema, edema, exudado, úlceras o vesículas,

EPIDEMIOLOGIA

Numerosos microorganismos son causa de FA y con diferente interés clínico el 30% de los casos no se identifica ningún patógeno 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 más proclives del año para los diversos microorganismos los rinovirus tienen un pico de prevalencia en otoño y primavera, coronavirus en el invierno, los virus de la gripe inciden entre los meses de diciembre a abril y brotes de fiebre faringoconjuntival por adenovirus pueden suceder en verano, la infección por SBHGA es infrecuente bajo 3 años de edad, afecta principalmente a niños de edad escolar y adolescentes, entre 5 y 15 años. Es una infección ubicua, más frecuente en climas templados, usualmente ocurre en invierno e inicios de primavera se asocia, con mayor frecuencia, a condiciones de hacinamiento en poblaciones con problemas socioeconómicos; el contacto cercano facilita la transmisión (escuelas, guarderías, hogares de menores)

CLASIFICACION:

- **Faringoamigdalitis por gonococo:** Suele cursar de forma asintomática.
- **Faringoamigdalitis por *mycoplasma pneumoniae*:** Con frecuencia se acompaña de bronquitis aguda en pacientes jóvenes y sanos. El diagnóstico se hace mediante una analítica específica, ya que no crece en los cultivos habituales.
- **Faringoamigdalitis por *chlamydia pneumoniae*:** Como en la faringitis por *mycoplasma pneumoniae*, se presenta en adultos jóvenes previamente sanos con clínica de bronquitis aguda.
- **Faringoamigdalitis por difteria:** Se instaura lentamente con dolor de garganta, mal estado general y fiebre no elevada. La exploración de la faringe mostrará, en un tercio de los pacientes, la presencia de membranas que sangran al desprenderse.

ETIOLOGIA

. La etiología más frecuente es vírica causas bacterianas, el principal agente responsable es el *Streptococcus pyogenes* o estreptococo betahemolítico del grupo A (EbhGA).

TABLA I. Etiología infecciosa de la faringoamigdalitis aguda.

- | |
|---|
| <p>A. Estreptococo betahemolítico del grupo A o <i>Streptococcus pyogenes</i></p> <p>B. Otras bacterias con interés clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estreptococos betahemolíticos grupos C y G - <i>Arcanobacterium haemolyticum</i> - <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <p>C. Otras bacterias de frecuencia muy rara o dudosa y con menor interés clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Chlamydia psittaci</i> y <i>pneumoniae</i>, <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, <i>Corynebacterium diphtheriae</i>, <i>Yersinia enterocolitica</i> y <i>pestis</i>, <i>Treponema pallidum</i>, <i>Francisella tularensis</i> <p>D. Virus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adenovirus, Epstein-Barr, Coxsackie A, Herpes simple 1 y 2, gripe A y B parainfluenza, rinovirus, coronavirus, citomegalovirus |
|---|

DIAGNOSTICO

Se indica en los cuadros de FA teniendo en cuenta la edad del paciente, los signos y los síntomas, la estación del año, la epidemiología familiar y la de la comunidad, la prueba de detección antigénica rápida permite identificar el carbohidrato de la pared celular del EbhGA de muestra obtenida de la amígdala y la pared posterior de la faringe cultivo de fauces para el diagnóstico de infección por EbhGA presenta

una sensibilidad del cultivo del 90/95% y la especificidad es del 99% examen serológico para determinar el aumento de anticuerpos ASTO, preferentemente combinada con anticuerpo anti DNAasa B, no se realiza en forma rutinaria, ya que no posee valor para la identificación inmediata del patógeno.

Cultivo faríngeo • Requiere introducir la segunda tórula en medio de transporte: Todd Hewitt, hasta su envío al laboratorio. • Se debe sembrar la muestra en medio de cultivo agar sangre de cordero, cultivar a 35-37°C. Lectura definitiva a las 48 h. Puede obtenerse un informe preliminar presuntivo a las 24 h. • Estándar de oro para el diagnóstico. • Sensibilidad: 90-95% (si técnica de obtención de la muestra e incubación en laboratorio son adecuadas). Falsos negativos si se utilizó antimicrobianos previamente a la obtención de la misma. • Menor costo. • Mayor disponibilidad.

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección en niños es la penicilina. Fenoximetilpenicilina potásica vía oral durante 10 días, Niños alérgicos a la penicilina: - Cefadroxilo: 30 mg /k/d cada 12 hs / 10 días. - Eritromicina: 30/40 mg/k/d cada 12 hs / 10 días. - Azitromicina: 10 mg/k/d 6 días. - Claritromicina: 10 mg/k/d cada 12 hs / 10 días. El tratamiento con antibiótico ofrece: - Mejoría clínica rápida entre las primeras 48 y 72 horas,

Previene complicaciones supurativas. - Reduce en tiempo de contagio. Evita secuelas no supurativas.

Bibliografía

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

castelao , j. n., martin, b. g., & mirambeaux, r. v. (2020). *neomología y cirugía torácica*. cto.

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