



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“FARINGOAMIGDALITIS VIRAL Y BACTERIANA”

DOCENTE: RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

**MATERIA: CLÍNICAS MÉDICAS
COMPLEMENTARIAS.**

ALUMNO: MIGUEL VELASQUEZ CELAYA.

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.

DEFINICION

Es un proceso agudo febril con inflamación de las mucosas del área faringoamigdalal

EPIDEMIOLOGIA

Afecta a ambos sexos y a todas las edades pero es mucho más frecuente en la infancia. Aproximadamente el 50% de los casos se diagnostican en pacientes de 5 a 24 años. Se producen la mayoría de las veces en otoño, invierno y primavera. Tiene un periodo de incubación de doce horas a cuatro días.

MODO DE TRANSMISION

Las actividades comunes, como estornudar, toser o darse las manos pueden contagiar fácilmente la infección de una persona a otra. La transmisión esta favorecida por el hacinamiento y contacto íntimo en colegios y otras instituciones cerradas.

FACTORES DE RIESGO

- Tabaquismo y exposición al humo de tabaco.
- Contacto con pacientes con faringoamigdalitis o con portadores asintomáticos de Streptococcus beta-hemolítico del Grupo A (EBHGA).
- Antecedente de haber padecido reflujo gastroesofágico.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS QUE SUGIEREN UNA FARINGITIS POR ESTREPTOCOCOS DEL GRUPO A Y UNA FARINGITIS VÍRICA.

Característica por posible agente etiológico por estreptococos del grupo A

- Inicio súbito de faringitis
- Edad 5-15 años
- Fiebre elevada
- Cefalea
- Náuseas, vómitos, dolor abdominal
- Inflamación faringoamigdalina
- Exudados faringoamigdalinos parcheados
- Petequias en el paladar
- Adenitis cervical anterior (ganglios dolorosos a la palpación)
- Presentación en invierno y principios de primavera
- Antecedente de exposición a faringitis estreptocócica
- Exantema escarlatiniforme

Virica

- Conjuntivitis
- Coriza
- Tos
- Diarrea
- Ronquera
- Estomatitis con úlceras bien definidas
- Exantema vírico

CLASIFICACION

Infeccion aguda

La faringitis aguda generalmente se describe como la tríada de dolor de garganta, fiebre e inflamación de la faringe que se caracteriza por eritema y edema, aunque también pueden existir exudados, vesículas o úlceras.

La mayoría de los episodios de faringoamigdalitis aguda son de origen vírico. La causa más frecuente de infección faríngea bacteriana son los estreptococos β -hemolíticos del grupo A (EBHGA)

Infección crónica

Las amígdalas y la adenoides pueden estar infectadas de forma crónica por múltiples microorganismos, con una elevada incidencia de microorganismos productores de β -lactamasas. En esta flora contribuyen tanto gérmenes aerobios, tales como estreptococos o *Haemophilus influenzae*, como anaerobios, tales como *Peptostreptococcus*, *Prevotella* y *Fusobacterium*.

ETIOLOGIA

Las faringoamigdalitis son habitualmente de origen vírico (rinovirus, coronavirus y adenovirus), agrupando hasta las dos terceras partes de los casos. Dentro de las de etiología bacteriana destacan los estreptococos b-hemolíticos de grupo A y, en menor medida, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* y anaerobios de la flora orofaríngea.

Otros agentes menos frecuentes son el virus de Epstein-Barr (VEB), *Neisseria gonorrhoeae*, VIH (la faringoamigdalitis puede formar parte del síndrome retroviral agudo o primoinfección sintomática) y virus Coxsackie.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de faringoamigdalitis aguda 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. Por el contrario, la presencia de fiebre elevada, odinofagia, adenopatía cervical anterior dolorosas, exudado purulento y ausencia de tos orientan hacia el estreptococo B-

hemolítico del grupo A (criterios de Centor) y constituyen una indicación de tratamiento antibiótico (cuando se encuentran 4 de los síntomas clásicos: crecimiento amigdalino o exudado, adenopatía cervical anterior y fiebre de 38°C en ausencia de tos). En el caso de la escarlatina, se asocia, además, a una lengua roja y exantema secundario a las exotoxinas pirógenas estreptocócicas A, B y C, y con el clásico tacto de "papel de lija"

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

Si se sospecha faringoamigdalitis estreptocócica, se debe realizar un test de diagnóstico rápido (Strep A•) a partir del exudado faríngeo (detecta el antígeno estreptocócico con una sensibilidad del 75% y una especificidad del 95%) y comenzar tratamiento con penicilina, si fuera positivo. Sin embargo 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.

En los casos que presentaron prueba negativa de antígeno rápido de radioinmunoensayo para identificar EBHGA, se recomienda complementar con cultivo faríngeo para la detección de Streptococcus cuyo resultado puede demostrarse en 24-48 horas, si bien este representa el método más sensible y específico para establecer un diagnóstico de certeza. Así también el cultivo del exudado de la faringe se recomienda en los casos de recurrencia que no mejoran con el tratamiento.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

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

Faringoamigdalitis bacteriana

- 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 procainica 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
- Trimetroprima sulfametoxazol tabletas de 80/400 mg, 2 tabletas vía oral cada 12 hrs. por 10 días.

Tratamiento de erradicación de estreptococo beta hemolítico.

Es recomendable que el tratamiento de erradicación de estreptococo beta hemolítico inicie 9 días después de la enfermedad aguda. Se recomienda la utilización de penicilina con el siguiente esquema :

- Penicilina G benzatínica de 1,200,000 UI IM cada 21 días por 3 meses.

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 1/4 de cucharada de bicarbonato.

Bibliografía

1. Kliegman, R. et al. (2016). *Nelson. Tratado de pediatría*. Barcelona, España: Elsevier.
2. *Diagnóstico y Tratamiento de Faringoamigdalitis Aguda*, México: Secretaria de Salud; 2009
3. Martinez, P. et al. (2017). *Enfermedades infecciosas*. México: CTO.