



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA**



DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL ZAS

**ALUMNO: CÉSAR ALEXIS GARCÍA
RODRÍGUEZ**

LICENCIATURA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: 7^o UNIDAD: II

**MATERIA: CLÍNICAS MÉDICAS
COMPLEMENTARIAS**

**TRABAJO: FARINGOAMIGDALITIS VIRAL Y
BACTERIANA (RESUMEN)**

DEFINICIÓN

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

De las bacterias que causan FA, estreptococo beta hemolítico grupo A (EbhGA) o *Streptococcus pyogenes* es la más importante en niños y la única en la que el tratamiento antibiótico está definitivamente indicado. Una de las estrategias en el diagnóstico y tratamiento de las FA es tratar de distinguir si la infección se debe a EbhGA o no, lo cual no es fácil en muchos casos, basándose sólo en datos epidemiológicos o por criterios clínicos.

EPIDEMIOLOGIA

Numerosos microorganismos son causa de FA y con diferente interés clínico (Tabla I) 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 más 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). Diversos estudios señalan que la tasa de aislamientos de EbhGA en la faringe de niños menores de 2 años con amigdalitis es del 3-7%. Entre dos y tres años, aunque se han documentado aislamientos en hasta el 29% de los casos, una verdadera infección estreptocócica (demostrada por un aumento de anticuerpos ASLO entre la fase aguda y convaleciente) no es superior al 9,5% (3-5). La escarlatina es una FA asociada a una erupción característica y es debida a una cepa de EbhGA productora de exotoxina pirogénica (eritrogénica) en niños sin

protección inmune; actualmente es menos frecuente y virulenta que antaño, siendo su incidencia cíclica.

CUADRO CLÍNICO

La exploración clínica sola no permite diferenciar entre FA causada por EbhGA o por otros microorganismos pero la presencia de algunos síntomas típicos de infección vírica aguda (rinorrea, afonía, tos, conjuntivitis, diarrea y aftas) deben disuadir al médico de que el niño padezca una faringitis estreptocócica. La intensidad de la expresión clínica varía según la edad y el tiempo transcurrido desde su comienzo hasta que se examina al niño. Muchos casos son más leves y sin presencia de exudado amigdalár.

1. Síntomas: – Comienzo brusco y fiebre de cualquier grado – Dolor de garganta de intensidad variable asociado o no a dificultad para tragar – Generales: dolor de cabeza, mialgias, náuseas, vómitos y dolor abdominal
2. Signos: – Eritema difuso, inflamación de la faringe y úvula e hipertrofia de tejido linfoide en faringe posterior – Amígdalas eritematosas, inflamadas con exudado pultáceo o confluyente blanquecino-amarillento (50-90% de los casos) – Petequias y/o lesiones anulares (“donuts”) en paladar blando, úvula o faringe posterior – Adenopatía cervical anterior, dolorosa al tacto (30-60% de los casos) – Aliento fétido
3. Otros hechos sugerentes de infección por EbhGA – Presencia de erupción escarlatiniforme – Ausencia de: tos, rinitis, ronquera, conjuntivitis, aftas, o ulceraciones en mucosa oral, diarrea

DIAGNOSTICO TEMPRANO

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. Los casos ocasionados por bacterias se caracterizan por la presencia de fiebre, odinofagia, adenopatía cervical anterior, exudado purulento y ausencia de tos.

INTERROGATORIO

Se recomienda investigar si el paciente ha estado en contacto con personas enfermas de faringoamigdalitis o con portadores asintomáticos de streptococcus beta-hemolítico del grupo A.

Los síntomas que se deben investigar son:

- Fiebre
- Cefalea
- Anorexia
- Rinorrea
- Tos
- Disfonia
- Vómito
- Dolor abdominal

EXAMENES DE LABORATORIO

No se recomienda realizar en forma rutinaria la prueba de antígeno de rápido de inmunoensayo para identificar EBHGA como complemento para el diagnóstico de un cuadro de faringoamigdalitis aguda.

El cultivo de exudado faríngeo se recomienda en los casos de recurrencia que no mejoran con el tratamiento.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Faringoamigdalitis viral

El tratamiento es inicialmente sintomático durante los primeros tres días

*Paracetamol 500 mg VO cada 8 horas de 3 a 5 días

*Naproxeno 250 mg via oral cada 12 horas de 3 a 5 días

Faringoamigdalitis bacteriana

Se recomienda el uso de los siguientes esquemas

*Amoxicilina con acido clavulanico 500 mg/ 8 horas por 10 días

*Cefalosporinas de primera generación por 1 días

*Clindamicina 600 mg/día en 2-4 dosis por día

En casos de alergia a la penicilina se recomiendan las siguientes alternativas:

*Eritromicina 500 mg via oral cada 6 horas por 10 días

*Trimetroprima sulfametoxazol tabletas de 80/400 mg, 2 tabletas via oral cada 12 horas por 10 días

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

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

*Incrementar la ingesta 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 bicarbonato.

CRITERIOS DE REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL

Se recomienda enviar de manera urgente aun hospital e segundo nivel a los pacientes que presenten los siguientes síntomas asociados a la faringoamigdalitis aguda

- *Cianosis
- *Estridor
- *Sialorrea
- *Disfagia
- *Dificultad respiratoria
- *Epiglotitis
- *Absceso periamigdalino

BIBLIOGRAFIA:

IMSS. (2016). FARINGOAMIGDALITIS AGUDA. 2021G, de CENETEC Sitio web: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/073_GPC_Farigoamgaguda/Faringo_Rapida_CENETEC.pdf