

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE.**

**SEMESTRE CURSANTE:**

**5TO SEMESTRE, UNIDAD 4.**

**MATERIA:**

**MEDICINA INTERNA**

**TEMA DEL TRABAJO:**

**FECHA DE ENTREGA:**

**13/12/2021**

**NOMBRE DEL DOCENTE:**

**DR. EDUARDO ZEBADUA GUILLEN.**

**NOMBRE DE LA ALUMNA:**

**JALIXA RUIZ DE LA CRUZ.**

# FARINGOAMIGDALITIS

La faringoamigdalitis es la inflamación de la orofaringe y las amígdalas que se caracteriza por la presencia de dolor de garganta (odinofagia) y de las anginas.

Esta patología tiene una gran presencia en menores de tres años cuando es vírica y tiene mayor incidencia en niños de entre 5 y 15 años cuando es bacteriana, aunque también puede aparecer entre los 15 y los 35 años.

Es muy poco frecuente antes de los 3 años, tiene un pico de máxima incidencia entre los 5 y 15 años, para descender posteriormente entre un 5 y un 23% en los adultos jóvenes y ser finalmente muy poco frecuente en mayores de 50 años. En lo referente a su presentación, la mayor incidencia de todas ellas suele ser en las estaciones de invierno y primavera. Existen algunas excepciones, como podrían ser las causadas por rinovirus u otros virus que producen infecciones respiratorias de vías altas que predominan durante el final de la primavera o incluso al principio del verano, como ocurre con las causadas por las del grupo de los adenovirus. El mecanismo de transmisión suele producirse por vía respiratoria a través de las pequeñas gotas de saliva que se expelen al toser, estornudar o simplemente hablar desde una persona infectada a un huésped susceptible. También en algunos casos se han descrito brotes transmitidos por contaminación de alimentos o el agua, como también es posible su propagación a través de las manos. Es posible contagiarse una faringoamigdalitis estreptocócica a través de tocar las llagas de las infecciones por EBHGA en la piel. Por el contrario, la transmisión por fómites no parece desempeñar un papel importante en la transmisión de estos microorganismos causantes de la FAA. Como factores de riesgo destacan los antecedentes familiares, las condiciones de hacinamiento familiar y la contaminación ambiental, que incluye el tabaquismo crónico. Todos los grupos poblacionales están igualmente expuestos, independientemente de su nivel socioeconómico o profesión. En el caso de un paciente adulto, la incidencia de presentación es bastante más baja, pero también puede ser una causa frecuente de consulta en atención primaria, fundamentalmente aquellas que son de naturaleza viral. Si la causa es el EBHGA, suele condicionar absentismo laboral, que puede alcanzar hasta los 6 días de baja por cada episodio.

La mayoría de los casos de faringitis (incluyendo las de etiología bacteriana) se cura de manera espontánea. Así las infecciones víricas tardan entre 3-7 días, as infecciones por EBHGA 3-4 días (incluso sin antibioticoterapia). Los casos de infección causada por EBHGA no tratados con antibióticos se relacionan con un riesgo un poco mayor de complicaciones supurativas y, excepcionalmente en adultos, de fiebre reumática. dolor de garganta, cefalea, mialgia, artralgias, fiebre baja o temperatura corporal normal, faringitis, conjuntivitis (adenovirus), síntomas catarrales, tos, disfonía, a veces úlceras de la mucosa orofaringe (enterovirus, HSV-1) o diarrea. El compromiso difuso de los ganglios linfáticos y la esplenomegalia sugieren mononucleosis infecciosa.

- - Pruebas de detección rápida del antígeno del EBHGA

- Cultivo del exudado faríngeo y amigdalino

No es posible diagnosticar ni descartar una infección por EBHGA solo sobre la base del cuadro clínico. Los criterios clínicos y epidemiológicos son útiles para identificar enfermos con una alta sospecha de infección estreptocócica (se recomienda realizar el cultivo del exudado faríngeo o una prueba de detección rápida del antígeno del EBHGA) o con baja sospecha (no es necesario realizar pruebas bacteriológicas).

Opciones de tratamiento de la faringitis estreptocócica (también eficaces en infecciones por *Fusobacterium necrophorum*, excepto los macrólidos):

- fenoximetilpenicilina
- cefalosporinas de I generación:
- bencilpenicilina

La mayor parte de las faringoamigdalitis tiene buen pronóstico y suelen resolverse en un plazo de 7-10 días con tratamiento adecuado.

# MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

La mononucleosis infecciosa, también conocida popularmente como enfermedad del beso o enfermedad de los enamorados, es una enfermedad infecciosa producida por un virus, habitualmente benigna y autorresolutiva.

El agente causante de la mononucleosis infecciosa en la mayoría de los casos es el virus de Epstein-Barr, virus que fue descubierto hace más de 40 años por microscopía electrónica en cultivos celulares procedentes de tejidos con linfoma de Burkitt. Posteriormente el ADN del virus fue detectado en tejidos de pacientes que sufrían carcinoma nasofaríngeo. Este virus también se ha asociado al linfoma no Hodking y a la leucoplasia vellosa oral en pacientes con sida. Recientemente este virus ha sido propuesto como el agente causal del síndrome de fatiga crónica. El virus de Epstein-Barr está muy relacionado con otros virus presentes en chimpancés, mono rhesus y primates en general, del viejo mundo. Pertenece a la familia Herpesviridae, está compuesto por una doble hebra de ADN y su genoma codifica aproximadamente 80 proteínas. La citada doble hélice de ADN está rodeada por una cápside icosaédrica integrada por 164 capsómeros y por una

cubierta glicoproteína en su parte más externa. El virus de Epstein-Barr es un herpes virus con tropismo por los linfocitos B, las células del epitelio cervical uterino, las células del epitelio ductal parotídeo y las células del epitelio oral. En huéspedes inmunocompetentes con infección primaria por el VEB, sólo una pequeña proporción de linfocitos que infiltra el sistema reticuloendotelial son infectados activamente, donde la mayoría de las células son linfocitos T reactivos. El espectro de la infección por EBV incluye una infección asintomática, enfermedad febril no específica, mononucleosis infecciosa con o sin complicaciones, infección primaria con manifestaciones sistémicas y desórdenes linfoproliferativa.

El virus de Epstein-Barr está ampliamente distribuido por todo el mundo; de hecho, se estima que aproximadamente el 95% de los adultos con edades comprendidas entre los 35 y los 40 años han sido infectados. Si bien la mononucleosis infecciosa puede afectar a cualquier individuo con independencia de su edad, la mayoría de los casos se observan en adolescentes y adultos jóvenes. Los niños se hacen susceptibles de padecer esta infección tan pronto como desaparecen los anticuerpos maternos.

La fiebre alta y prolongada es el principal síntoma de la MI tifoidea, con faringitis leve y aparición tardía de linfadenopatía, Anginosa, Tifoidea, Glandular.

Los indicadores de función hepática son anormales en el 90% de los pacientes, observándose valores elevados de transaminasas y fosfatasa alcalina, aunque sin alcanzar los niveles propios de las hepatitis virales. La prueba de Paul-Bunnell basada en la detección de anticuerpos heterófilos es el test serológico más específico y sensible para diagnosticar la infección por el virus de Epstein-Barr. Estos anticuerpos aparecen en el 65% de los pacientes en la primera semana de la enfermedad clínica y en el 85% de los pacientes en la tercera o cuarta semana. Existe la posibilidad de que esta prueba dé falsos positivos, situación que puede presentarse si el paciente padece leucemia, linfoma, hepatitis viral y enfermedad del suero, entre otras.

- ✓ Analgésicos y antipiréticos (paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos [AINE])
- ✓ Fórmulas de uso tópico a base de antisépticos, anestésicos y antiinflamatorios

En general, el 20% de los pacientes puede regresar a la escuela o el trabajo en 1 semana y el 50% requiere 2 semanas.