



UNIVERSIDAD DEL SURESTE LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA

MATERIA:

**MEDICINA INTERNA
FARINGOAMIGDALITIS**

**DOCENTE:
DR. EDUARDO ZEVADUA.**

**ALUMNO:
DIEGO LISANDRO GÓMEZ TOVAR.**

**TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS
CHIAPAS A; 13 DE DICIEMBRE DE 2021**

Faringoamigdalitis

1) Definición

La Faringoamigdalitis aguda (FAA) es una de las infecciones respiratorias más frecuentes en nuestro medio. La FAA representa una causa no despreciable de absentismo laboral, de hasta 6,5 días de media de baja laboral por episodio. Es también una de las razones más frecuentes por las que se prescribe un antibiótico en nuestro país, con una tasa aproximada de prescripción del 80%. A pesar de ello, la causa más frecuente de etiología bacteriana, la producida por *Streptococcus pyogenes* o estreptococo β -hemolítico del grupo A (EBHGA), supone el 20-30% de todas las Faringoamigdalitis en niños y el 5-15% en adulto.

Uno de los principales problemas a los que se enfrenta el médico de atención primaria ante la FAA es el de poder realizar un diagnóstico diferencial etiológico de sospecha en función del cual poder instaurar el tratamiento más adecuado. La prescripción antibiótica ante una FAA es, en general, exagerada, ya que la mayoría de los casos obedecen a una causa viral. El uso excesivo de antibióticos conlleva la posibilidad de producir efectos secundarios en el paciente, la selección de resistencias y el consiguiente aumento en el gasto sanitario.

2) Etiología

Varios virus y bacterias pueden causar FAA en el paciente inmunocompetente. Entre los virus, los adenovirus son de los más prevalentes. Otros virus implicados son rinovirus, enterovirus, virus influenza A y B, virus parainfluenza, virus respiratorio sincitial, coronavirus, metapneumovirus humano, virus de Epstein-Barr, virus del herpes simple, citomegalovirus y virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1).

Las causas bacterianas más frecuentes son EBHGA, que causa hasta el 30% de los casos en población infantil, pero es menos frecuente en los adultos. Es habitual

la existencia de portadores asintomáticos, principalmente entre los niños. Otras bacterias implicadas en la FAA en nuestro medio son *Streptococcus dysgalactiae* subsp. *equisimilis* (estreptococos β -hemolíticos de los grupos C y G). Más raramente, la FAA puede estar causada por *Fusobacterium necrophorum*, *Borrelia vincentii*, *Arcanobacterium haemolyticum*, *Neisseria gonorrhoeae* (en adolescentes y adultos que practican sexo oral-genital), *Mycoplasma pneumoniae* (causa además bronquitis aguda o infección respiratoria superior) y *Chlamydia pneumoniae*.

Los estreptococos causantes de FAA mantienen hasta la fecha sensibilidad a las penicilinas y a otros antibióticos β -lactámicos, a pesar del uso masivo de estos. No se ha descrito ninguna cepa resistente a la penicilina, y las concentraciones mínimas inhibitorias de penicilinaG no han variado significativamente en los últimos 90 años. Los macrólidos y las lincosamidas (clindamicina) son considerados el tratamiento de elección en pacientes alérgicos o con sospecha de alergia a β -lactámicos. En los últimos años la resistencia a esos grupos ha aumentado en distintas partes del mundo, incluyendo España. Sin embargo, este problema no afecta de la misma manera a todos; mientras que los macrólidos de 14 átomos (eritromicina, claritromicina) y 15 átomos (azitromicina) presentan cifras de resistencia del 10-30%, los de 16 átomos (midecamicina, josamicina) y las lincosamidas se mantienen por debajo del 7% de resistencia. En cada zona debe conocerse y actualizarse la prevalencia de resistencia a macrólidos-lincosamidas, para tener disponibles alternativas a las penicilinas.

3) Factores de riesgo

- Los siguientes factores se asocian a un riesgo mayor para desarrollar Faringoamigdalitis aguda:
- 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.
- Se recomiendan las siguientes medidas para disminuir posibles contagios de la enfermedad:
 - Utilización de cubre bocas.
 - Evitar la exposición a cambios bruscos de temperatura.
 - Inmunodepresión.
 - Exposición a clima artificial.
 - Actividad laboral relacionada con el uso de la voz.

4) Epidemiología

La infección aguda de la mucosa y tejido orofaríngeo constituye una de las causas principales de las consultas en atención primaria (50% de los motivos de consulta por infección respiratoria alta) e incluso en los servicios de urgencias, tanto hospitalarios como extra hospitalarios. Muchas de ellas tienen un carácter autolimitado, y el uso de antibióticos en estos casos no estaría indicado.

En la práctica médica diaria preocupa de forma especial las que se encuentran producidas por el EBHGA. 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.

5) Fisiopatología

Proceso agudo febril con inflamación de la mucosa del área faringoamigdalina pudiendo presentar eritema, edema, exudado, úlceras o vesículas. Muchos virus y bacterias son capaces de producir faringoamigdalitis.

la mayoría de los casos de FA son de etiología viral (70 a 80%) incluyendo virus influenza, parainfluenza, primoinfección por virus herpes simplex, coronavirus, rinovirus, adenovirus, Epstein Barr, Citomegalovirus y Cocksackie A, entre otros. Es importante destacar que la gran mayoría de las FA en menores de 3 años son de origen viral.

Diversos estudios señalan que la tasa de aislamiento de *Streptococcus pyogenes* en la faringe de niños menores de 2 años con amigdalitis es del 3-7%.

Algunos síntomas típicos de infección vírica aguda (coriza, congestión nasal, disfonía o afonía, tos, conjuntivitis, diarrea y aftas) deben hacernos pensar que etiología no es estreptocócica.

Al examen físico se puede observar una mucosa faríngea granular y nulo o escaso exudado (excepto VEB, adenovirus y CMV). Puede haber úlceras y vesículas en algunos virus específicos (enterovirus, herpes simplex, coxsackie).

Dentro de las amigdalitis de origen viral destaca el Síndrome de Mononucleosis infecciosa. Cuadro producido en 80-90% por el Virus Epstein Barr transmitido por secreciones orofaríngeas (“enfermedad del beso”). Se caracteriza por su presentación principalmente en adolescentes y adultos jóvenes con fiebre, odinofagia, amígdalas con o sin exudado, adenopatías cervicales voluminosas anteriores y posteriores y en ocasiones hepatoesplenomegalia. Muchas veces son amigdalitis que han sido tratadas con antibióticos, sin obtener respuesta, e incluso frente a aminopenicilinas se puede presentar exantema máculo-papular.

En exámenes de laboratorio destaca linfocitosis $\geq 50\%$, linfocitosis atípica $\geq 10\%$ y en algunos casos alteraciones en el perfil hepático.

El diagnóstico se realiza con Anticuerpos heterófilos (sensibilidad 63-84%). Si el resultado es negativo y persiste la sospecha diagnóstica se debe solicitar IgM contra la cápside viral (IgM VCA).

El tratamiento es sintomático mediante reposo, antipiréticos, analgésicos e hidratación. No se ha demostrado beneficio adicional al utilizar antivirales. Corticoides sistémicos sólo indicados en caso de obstrucción de vía aérea.

Otros agentes etiológicos de este síndrome mononucleósico son el citomegalovirus (5-7%), primoinfección por VIH, toxoplasma gondii y virus herpes humano.

6) Cuadro clínico

La mayor parte de FAA son de origen viral y ocurren en el contexto de un cuadro catarral. Suelen presentarse en forma de brotes epidémicos y se acompañan de síntomas virales como congestión nasal, febrícula, tos, disfonía, cefalea o mialgias. La FAA bacteriana cursa con un cuadro brusco de fiebre alta con escalofríos, odinofagia y disfagia importante, pero sin síntomas virales generales.

Diferencias clínicas entre Faringoamigdalitis viral y bacteriana

| Características | Viral | Bacteriana |
|-----------------|--|---------------------------------------|
| Edad | < 4 años y > 45 años | 5-15 años |
| Estacional | Variable | Invierno-primavera |
| Inicio | Gradual | Brusco |
| Síntomas | Fiebre leve, odinofagia leve | Fiebre elevada, odinofagia importante |
| Otros síntomas | Tos, conjuntivitis, rinitis, mialgias, diarrea | Cefalea, náuseas, vómitos, exantema |
| Faringe | Eritematosa. Exudado (65%) | Inflamación importante. Exudado (70%) |
| Adenopatías | Múltiples y pequeñas o ausentes | Dolorosas. Aumento de tamaño |

7) Diagnóstico: estudios laboratoriales y de gabinete

El diagnóstico acostumbra a ser clínico en nuestro país. Los hallazgos clínicos que suelen acompañar a la FAA causada por EBHGA son dolor de garganta, a menudo de aparición brusca, fiebre, dolor de cabeza, náuseas, vómitos y dolor abdominal, inflamación y/o presencia de exudado amigdalario y adenopatías cervicales dolorosas, sin tos. Sin embargo, ninguno de estos signos y síntomas es específico de la FAA por EBHGA, ya que los criterios clínicos tienen poca validez para discernir la causa estreptocócica del resto de causas.

Criterios de Centor y probabilidad de infección por estreptococo β -hemolítico del grupo A

| | |
|--|-------------------------------------|
| Criterios de Centor | |
| Fiebre o historia de fiebre >38°C | |
| Exudado o hipertrofia amigdalár | |
| Adenopatías laterocervicales dolorosas | |
| Ausencia de tos | |
| Número de criterios de Centor | Probabilidad de infección por EBHGA |
| 4 | 39-57% |
| 3 | 25-35% |
| 2 | 10-17% |
| 1 | 10% |
| Ninguno | 2,5% |

El cultivo faríngeo es la prueba de referencia para conocer la etiología de la infección. Su principal desventaja es el tiempo que se tarda en obtener resultados. Al mismo tiempo, es muy probable que la etiología por anaerobios se haya infraestimado hasta ahora, ya que su identificación requiere condiciones de cultivo anaerobias estrictas de las que muchos laboratorios de microbiología no disponen. En los años ochenta se desarrollaron pruebas de detección antigénica rápida del EBHGA (StrepA) en muestras faríngeas tomadas con torunda. Estas técnicas presentan la ventaja de la disponibilidad del resultado en el mismo momento de la consulta. Se basan en la extracción del antígeno de hidratos de carbono del EBHGA a partir de los microorganismos obtenidos del exudado faríngeo. Son de sencilla aplicación en la consulta médica, debiéndose recoger la muestra con la ayuda de un depresor, inmovilizando la lengua, y realizando la toma del área amigdalár y faríngea posterior, así como de cualquier zona inflamada o ulcerada. Es fundamental evitar rozar la torunda con la úvula, la mucosa bucal, los labios o la lengua, tanto antes como después de la toma. Los hisopos son depositados en cubetas a las que se añade un reactivo que contiene anticuerpos antiestreptocócicos.

8) Tratamiento

Tratamiento específico de la faringoamigdalitis aguda por estreptococo β -hemolítico del grupo A

| Antibiótico | Dosis | Duración |
|--------------------------------------|---------------------|-----------|
| Primera elección | | |
| Penicilina V (fenoximetilpenicilina) | 1,2M de UI/oral/12h | 8-10 días |
| Alternativas | | |
| Penicilina G | 1,2M de UI i.m. | 1 dosis |
| Amoxicilina | 500mg/12h | 8-10 días |
| Cefadroxilo | 500mg/12h | 8-10 días |
| Alérgicos a β -lactámicos | | |
| Josamicina | 1g/12h | 10 días |
| Diacetilmidecamicina | 600mg/12h | 10 días |
| Antibióticos en recurrencias | | |
| Clindamicina | 300mg/8h | 10 días |
| Amoxicilina y ácido clavulánico | 500-125mg/8h | 10 días |

Tratamiento sintomático

Se recomienda reposo durante el proceso febril, la toma adecuada de líquidos, evitar irritantes, y gárgaras con agua caliente y sal.

Como tratamiento farmacológico no antibiótico, la reciente guía europea sobre manejo de la FAA recomienda el uso de analgésicos y antiinflamatorios. Ibuprofeno

y diclofenaco son ligeramente más efectivos que paracetamol para el alivio del dolor de garganta. Flurbiprofeno, antiinflamatorio de acción local, ha demostrado ser más eficaz que el placebo para disminuir el dolor de garganta. En este sentido, el uso de antiinflamatorios de acción local puede ser una alternativa para el tratamiento de los síntomas de dolor de garganta sin fiebre alta. La evidencia sobre el beneficio de fitoterapia y acupuntura en la FAA es inconsistente. Más dudas hay sobre el beneficio de los corticoides orales. En una revisión de 8 ensayos clínicos controlados con placebo, en los que se incluyeron 743 pacientes, se observó que una pauta corta de corticoides por vía oral o intramuscular fue más beneficiosa que el placebo para resolver el dolor de la FAA. Este beneficio fue mayor para los adultos, aquellos con mayor sintomatología y aquellos con FAA estreptocócica. No obstante, la calidad de los estudios fue pobre y la mayoría se llevaron a cabo en servicios de urgencias.

9) Pronóstico

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

La faringoamigdalitis producida por virus habitualmente suele resolverse espontáneamente en el plazo de unos días sin dejar secuelas.

La faringoamigdalitis producida por bacterias suele resolverse con tratamiento antibiótico adecuado en el plazo de unos días. La faringoamigdalitis estreptocócica no tratada puede dar lugar a complicaciones poco frecuentes como la fiebre reumática o la glomerulonefritis aguda.

Bibliografía:

Harrison principios de medicina interna. 18^a ed. México: McGraw-Hill 2018.

Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento de Faringoamigdalitis Aguda, 2017.