



Universidad del Sureste
Campus Tuxtla Gutiérrez
“Faringoamigdalitis y Mononucleosis Infecciosa”
Medicina Interna
Dr. Eduardo Zebadua Guillen
Br. Viridiana Merida Ortiz
Estudiante de Medicina
5to Semestre
13 de diciembre de 2021, Tuxtla Gutiérrez Chiapas

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

Características:

- Etiología: Virus de Epstein Barr (Herpes Virus 4)
- Edad: 2-3 años. Adolescentes
- Incubación: 4-6 semanas
- Contacto directo con partículas infectantes y aerosoles, transfusión.

Clínica:

- 50% Tríada: Fiebre + linfadenopatía + faringitis
- Exantema maculopapular eritematoso o urticariforme, buloso, vesicular, petequial, purpúrico.
- Tronco, brazos y algunas veces cara y antebrazos
- Duración: 1-7 días
- +Ictericia, artralgias, conjuntivitis, tos.
- Al administrarse amoxicilina puede desarrollarse una erupción rojo pardo o cobriza difusa.

Diagnóstico:

- PCR
- La GPC establece que los criterios clásicos para la confirmación laboratorial de la mononucleosis infecciosa son linfocitosis, presencia de linfocitos atípicos y serología positiva para EBV; puede encontrarse trombocitopenia en 25-50% de los pacientes.
- La reacción Paul-Bunnell tiene sensibilidad de 85% y especificidad de 100%; sólo 10-30% de los menores de 2 años desarrollan anticuerpos heterófilos, mientras que los pacientes de 2-4 años lo hacen en 50-75% de los casos.

Tratamiento:

Sintomático con el mantenimiento de una hidratación adecuada y la administración de AINES (ibuprofeno o paracetamol). En los casos complicados puede considerarse la administración de aciclovir y esferoides.

Linfocitos atípicos.

FARINGOAMIGDALITIS

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.

Etiología:

Muchos virus y bacterias son capaces de producir FA y la mayoría de los casos en niños están causados por virus con una evolución benigna y autolimitada. La bacteria más frecuentemente identificada es *S. pyogenes* (Streptococcus 6 hemolítico del grupo A).

La incidencia más alta se encuentra en la edad escolar en los casos de FA bacteriana a diferencia de los cuadros causados por virus que son más frecuentes en los menores de 3 años. La inflamación faríngea produce tos, odinofagia, disfagia y fiebre; el involucramiento de las amígdalas es prominente.

Agente		Frecuencia estimada (%)
Bacterias	<i>Streptococcus pyogenes</i>	15-30
	Estreptococos del grupo C	1-5
	Otros (<i>Corynebacterium diphtheriae</i>)	<5
Virus	Rinovirus (>100 tipos)	20
	Coronavirus (≥4 tipos)	≥5
	Adenovirus (tipos 3, 4, 7, 14, 21)	5
	Herpes virus simple (tipos 1 y 2)	4
	Virus parainfluenza (tipos 1-4)	2
	Influenza virus (tipos A y B)	2
	Virus Epstein-Barr	Desconocido
Desconocido		40

Diagnóstico:

El diagnóstico es clínico y el principal reto diagnóstico es la distinción entre las infecciones estreptocócicas y las no estreptocócicas (usualmente víricas), para lo que pueden emplearse las pruebas rápidas de antígenos estreptocócicos o el cultivo faríngeo (indicado sólo en casos de recurrencia sin mejoría con el tratamiento).

Diagnósticos diferenciales:

El diagnóstico diferencial incluye abscesos retrofaríngeos (*S. aureus*, estreptococos, anaerobios), difteria (no inmunizados), abscesos periamigdalinos (estreptococos, anaerobios), epiglotitis, mucositis neutropénica, candidiasis, ulceraciones autoinmunes (LES, enfermedad Beh[^]et), enfermedad de Kawasaki, mononucleosis, gingivitis ulcerativa necrosante aguda (*Treponema vincentii*, *Selenomonas*, *Fusobacterium*), angina de Vincent (faringitis anaerobia), noma (estomatitis gangrenosa), angina de Ludwig (celulitis anaerobia de las regiones submandibular y sublingual) y el síndrome de fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis y adenitis cervical (periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and cervical adenitis, PFAPA).

Tratamiento:

La GPC recomienda que los agentes empleados para el control sintomático sean paracetamol o naproxeno. La decisión en cuanto a la administración de tratamiento antibiótico empírico o exclusivamente sintomático depende del cumplimiento de criterios de predicción de positividad del cultivo faríngeo.

- ◆ Tratamiento de elección en faringitis estreptocócica:
 - ✓ Niños < de 27 kg = penicilina G benzatínica: 600 000 UI IM dosis única.
 - ✓ Niños > de 27 kg = penicilina G benzatínica: 1200 000 UI IM dosis única.
- ◆ Tratamiento alternativo:

- ✓ Bencilpenicilina procaínica con bencilpenicilina cristalina (penicilina procaínica) por 3 dosis (una cada 24 horas) más una dosis de penicilina benzatínica el cuarto día.
- ✓ O penicilina V o amoxicilina-ácido clavulánico por 10 días.
- ◆ Tratamiento de segunda línea o de elección en el caso de los pacientes hipersensibles a penicilinas: Eritromicina, Trimetoprim-sulfametoxazol y cefalosporinas de primera generación.
- ◆ Clindamicina es otra opción (recomendada especialmente en caso de fracaso terapéutico con los agentes de primera línea).
- ◆ Faringitis crónica recurrente: Clindamicina, amoxicilina-ácido clavulánico o penicilina benzatínica.
- ◆ Las fluoroquinolonas son una alternativa en el tratamiento de infecciones cutáneas y de tejidos blandos en adultos.

Los criterios de referencia al segundo nivel de atención son cianosis, estridor, sialorrea, disfagia, dificultad respiratoria, epiglotitis, absceso periamigdalino o retrofaringeo y casos que presenten la posibilidad de desarrollo de complicaciones no supurativas.

Cuadro 5. Criterios Centor para la predicción de la positividad del cultivo faríngeo y requerimiento de antibióticos	
Característica clínica	Puntaje
Temperatura >38° C	+1
Ausencia de tos	+1
Adenopatías cervicales anteriores dolorosas	+1
Hipertrofia o exudado amigdalino	+1
Edad de 3-14 años	+1
Edad >44 años	-1
Decisión terapéutica	
≤2 puntos	Omisión de la toma de cultivo faríngeo y del uso de antibióticos
3-5 puntos	Inicio del tratamiento antibiótico; la obtención de la prueba rápida para estreptococo es opcional

AMIGDALECTOMÍA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

Se define amigdalectomía a la extracción quirúrgica de las amígdalas palatinas. Es considerada dentro del manejo de la faringoamigdalitis recurrente y la apnea obstructiva del sueño bajo las siguientes indicaciones:

- ◆ Indicaciones absolutas:
 - ✓ Obstrucción de la vía aérea superior por hipertrofia amigdalina grado III-IV.

- ✓ Amigdalitis recurrente documentada por los criterios Paradise.
- ◆ Indicaciones relativas:
 - ✓ Absceso periamigdalino
 - ✓ Tumor maligdalino
 - ✓ Dos episodios de crisis convulsivas febriles
 - ✓ Infección por estreptococo hemolítico-B tipo A
 - ✓ Amigdalitis hemorrágica
 - ✓ Quistes amigdalinos
 - ✓ Infección crónica por difteria

Cuadro 6. Clasificación de la hipertrofia amigdalina		
Grado	Definición	Descripción
0	No-visible	Las amígdalas no alcanzan los pilares amigdalinos
1+	Obstrucción <25%	Las amígdalas ocupan <25% del espacio transverso de la orofaringe medido entre los pilares anterior y posterior
2+	Obstrucción de 25-49%	Las amígdalas ocupan <50% del espacio transverso de la orofaringe
3+	Obstrucción de 50-74%	Las amígdalas ocupan <75% del espacio transverso de la orofaringe
4+	Obstrucción ≥75%	Las amígdalas ocupan ≥75% del espacio transverso de la orofaringe

La presencia de cualquier indicación absoluta relativa para la realización de la amigdalectomía es considerada un criterio de referencia a un servicio de Otorrinolaringología en el segundo nivel de atención (contando con una historia clínica detallada con la cronología de los episodios de amigdalitis, citometría hemática completa, tiempos de coagulación y determinación del hemotipo); la referencia deberá dirigirse al tercer nivel de atención en caso de coagulopatías y otras enfermedades hematológicas, enfermedades metabólicas, anomalías craneofaciales, síndrome de Down u otros estados mórbidos especiales.

Complicaciones:

Las complicaciones potenciales más frecuentes de una amigdalectomía son la hemorragia, faringodinia, edema, aspiración, insuficiencia velofaríngea y enfisema. Todas son criterios de reenvío al servicio de otorrinolaringología para su valoración y resolución.

En la GPC se consideran la técnica fría (dissección tradicional) y caliente (electrodisección con diatermia), debiendo elegir cualquiera con base en la experiencia y preferencia del cirujano. La técnica fría tiene la desventaja del sangrado quirúrgico mayor, mientras que la técnica caliente implica un requerimiento mayor de analgésicos en el periodo postquirúrgico.

Cuadro 7. Criterios Paradise para la determinación del requerimiento de amigdalectomía por faringoamigdalitis aguda recurrente

Frecuencia	7 episodios en un año O 5 episodios/año por 2 años consecutivos O 3 episodios/año por 3 años consecutivos
Hallazgos clínicos	Presencia de odinofagia y cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none">• Temperatura >38° C• Adenopatía cervical sensible >2 cm• Exudado amigdalino• Cultivo faríngeo con aislamiento de <i>S. pyogenes</i>
Tratamiento	Episodios tratados con esquemas antibióticos adecuados
Documentación	Los episodios deben haber sido evaluados por un médico y registrados en el expediente clínico, o al menos 2 episodios observados en Otorrinolaringología, además del cumplimiento de los criterios en la historia clínica
El cumplimiento de los 4 criterios implica el requerimiento de la amigdalectomía	