



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA GUTIERREZ CHIS.**

**MEDICINA INTERNA
CUARTA UNIDAD**

**TEMA:
FARINGOAMIGDALITIS**

**ALUMNO:
ANGEL GERARDO VALDEZ CUXIM**

**DOCENTE:
DR. EDUARDO ZEBADUA**

QUINTO SEMESTRE

MEDICINA HUMANA

FARINGOAMIGDALITIS

DEFINICIÓN

La faringoamigdalitis es una infección o irritación de la faringe y las amígdalas. Suele ser un proceso infeccioso de origen vírico o bacteriano, pero también puede ser el resultado de alergias, traumatismos, neoplasias y sustancias tóxicas.

ETIOLOGÍA

Etiología bacteriana

Infección bacteriana de la garganta causada por *Streptococcus pyogenes*, un estreptococo β -hemolítico del grupo A (también conocido como estreptococo del grupo A). El microorganismo *S. pyogenes* es la causa más frecuente de faringitis bacteriana aguda. Constituye casi el 15-30% de los casos pediátricos y el 5-10% de los de adultos. Puede ser asintomática hasta en el 20% de los niños en edad escolar. Es más frecuente durante los meses de invierno y primavera.

Etiología vírica

Infección vírica de la garganta provocada frecuentemente por los rinovirus o coronavirus, pero también pueden causarla los virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, del herpes simple y de la inmunodeficiencia humana primario.

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.

FISIOPATOLOGÍA

La faringitis aguda es causada por una infección bacteriana o vírica. Las infecciones víricas con frecuencia se presentan acompañadas de coriza, tos y rinorrea. En la infección bacteriana, suelen estar ausentes la tos y la rinorrea, y quizás haya exudado blanquecino, ganglios linfáticos cervicales inflamados y fiebre.

CUADRO CLÍNICO

- Hiperemia (enrojecimiento) de la faringe
- Exudado blanquecino
- Fiebre
- Aumento de volumen de los ganglios linfáticos cervicales
- Rinorrea
- Tos
- Catarro
- Exantema

DIAGNOSTICO

- La prueba rápida de estreptococos positiva significa infección; estreptococo β hemolítico del grupo A.
- Cultivo de exudado faríngeo para identificar las bacterias.

TRATAMIENTO

Antibióticos para estreptococos β -hemolíticos del grupo A. Hacer gárgaras con agua tibia, pastillas para la garganta o analgésicos cuando es vírica.

PRONOSTICO

La fiebre reumática es la complicación más conocida de la faringitis aguda estreptocócica, pero sigue siendo muy pequeño el riesgo de que aparezca después de una infección aguda. Otras complicaciones comprenden glomerulonefritis aguda e innumerables padecimientos exudativos, como abscesos periamigdalinos, otitis media, mastoiditis, sinusitis, bacteriemia y neumonía; todos estos trastornos aparecen con escasa frecuencia. Mediante la antibioticoterapia de la faringitis estreptocócica aguda, se evita la aparición de fiebre reumática, pero no hay datos de que pueda impedir la glomerulonefritis aguda. Algunas pruebas refuerzan la utilidad de los antibióticos para evitar las complicaciones supuradas de la faringitis estreptocócica, en particular abscesos periamigdalinos, que también pueden ser causados por anaerobios de la boca, como *Fusobacterium*.

MONONUCLEOSIS

DEFINICIÓN

El virus de Epstein-Barr (EBV, Epstein-Barr virus) es el microorganismo causal de la mononucleosis infecciosa (IM, infectious mononucleosis) con anticuerpos heterófilos positivos, que se caracteriza por fiebre, faringitis, adenopatías y linfocitosis atípica.

ETIOLOGÍA

El síndrome de mononucleosis infecciosa (MI) está causado principalmente por el virus de Epstein-Barr (EBV). Este virus del herpes, exclusivamente humano, persiste latente durante toda la vida y se ha relacionado con diversos tumores de estirpe linfocítica y epitelial. El EBV o virus del herpes de tipo 4 es miembro de la familia Herpesviridae, subfamilia Gammaherpesviridae, género Lymphocryptovirus. Tiene un core con DNA lineal de doble cadena, rodeado por una cápside de simetría icosaédrica, y una envoltura que contiene glucoproteínas. Su DNA se presenta en forma lineal en las partículas víricas libres, y circular en su forma latente.

EPIDEMIOLOGÍA

Se trata de un virus de distribución mundial, que infecta fundamentalmente a niños, adolescentes y adultos jóvenes, tanto más temprano cuanto más bajo es el nivel socioeconómico. La infección suele ser asintomática en la infancia, y casi un 90% de adultos son positivos al EBV. Cuando la primoinfección ocurre en la adolescencia, en la mitad de los casos se manifiesta como un síndrome de mononucleosis. Tras la infección, el virus permanece latente en los linfocitos B. La infección se transmite por el contacto íntimo entre las personas susceptibles y los excretores sintomáticos o asintomáticos del virus. El medio habitual de transmisión es la saliva, donde suele detectarse su presencia en forma persistente durante 6 meses, o más tiempo en individuos inmunodeprimidos. La excreción intermitente puede darse de por vida.

FACTORES DE RIESGO

- Exposición previa a virus como: Epstein - Barr (virus que causa la mononucleosis infecciosa)
- Alteraciones del sistema inmunológico: virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se han encontrado más casos de LH en aquellos pacientes

con VIH que eran consumidores habituales de drogas por vía parenteral (venosa)

- Historia familiar: pacientes con antecedentes familiares de LH (familiares de primer grado), se estima que el 4,5% de los nuevos diagnósticos se atribuye a nexo familiar.
- La aparición de la enfermedad varía dependiendo de la edad, se describen muchos casos a edades jóvenes (entre 15-30 años) y luego en pacientes mayores de 55 años. Es más frecuente en hombres, salvo en un tipo de linfoma (tipo de esclerosis nodular) que predomina más en mujeres.

FISIOPATOLOGÍA

Después de la exposición en la cavidad oral, EBV infecta a los linfocitos B. A continuación aparecen linfocitos con morfología anormal (atípicos), sobre todo células T CD8+, que responden a la infección.

Después de la infección primaria, el EBV permanece dentro del huésped, sobre todo en los linfocitos B, durante toda la vida del individuo y se va eliminado en forma intermitente y asintomática por la bucofaringe del paciente. El virus puede detectarse en las secreciones bucofaríngeas del 15 al 25% de los adultos sanos seropositivos para el EBV. La diseminación es más frecuente y el título es más alto en pacientes inmunodeficientes (p. ej., receptores de aloinjertos, personas infectadas por HIV).

El EBV no se aisló de fuentes ambientales y no es muy contagioso.

CUADRO CLINICO

En la mayoría de los niños pequeños, la infección primaria por EBV es asintomática. Los síntomas de la mononucleosis infecciosa aparecen con mayor frecuencia en niños mayores y adultos.

El período de incubación dura entre 30 y 50 días. El cansancio puede durar varios meses, pero suele ser máxima durante las primeras 2 o 3 semanas.

La mayoría de los pacientes tienen la tríada de

- Fiebre
- Faringitis
- Adenopatía

En general, la fiebre asciende por la tarde o al comienzo de la noche y alcanza alrededor de 39,5° C, aunque puede llegar a 40,5° C.

La faringitis puede ser intensa, dolorosa y exudativa y puede asemejarse a la estreptocócica.

Las adenopatías suelen ser simétricas y comprometer cualquier grupo ganglionar, en particular las cadenas cervicales anterior y posterior. Las adenopatías pueden ser la única manifestación.

DIAGNOSTICO

- Prueba para detectar anticuerpos heterófilos
- A veces, pruebas serológicas para detectar EBV

La mononucleosis infecciosa debe sospecharse en pacientes con signos y síntomas típicos. La faringitis exudativa, las adenopatías cervicales anteriores y la fiebre pueden ser clínicamente indistinguibles de las causadas por el estreptococo beta-hemolítico del grupo A. No obstante, el hallazgo de adenopatías cervicales posteriores o generalizadas o de hepatoesplenomegalia sugiere una mononucleosis infecciosa. Asimismo, la detección de estreptococos en la bucofaringe no excluye la mononucleosis infecciosa.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la mononucleosis infecciosa es sintomático. Se recomienda a los pacientes que guarden reposo durante la fase aguda, pero que pueden reiniciar su actividad cuando la fiebre, la faringitis y el malestar general hayan desaparecido. Para prevenir la rotura esplénica, los pacientes deben evitar levantar peso y realizar deportes de contacto durante un mes tras la aparición de los síntomas y hasta que la esplenomegalia resuelva (puede controlarse con ecografía).

Si bien los corticoides aceleran la defervescencia (período de reducción de la fiebre) y mejoran la faringitis, en general no se indican en casos no complicados. Pueden ser útiles durante las complicaciones, como la obstrucción inminente de la vía aérea, la trombocitopenia grave y la anemia hemolítica significativa. El aciclovir por vía oral o intravenosa reduce la diseminación del EBV de la mucosa bucofaríngea, pero no hay evidencia convincente que justifiquen su uso en la práctica clínica.