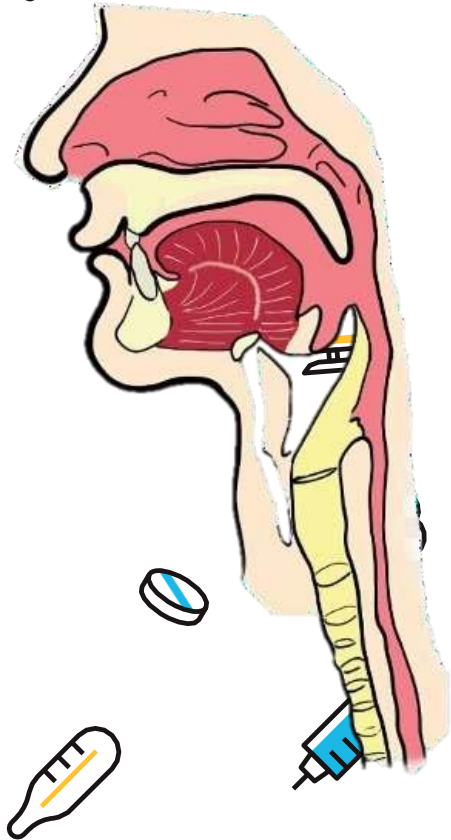
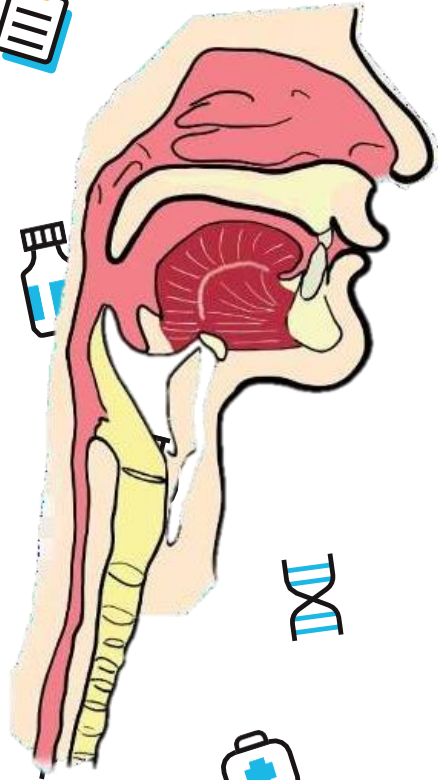
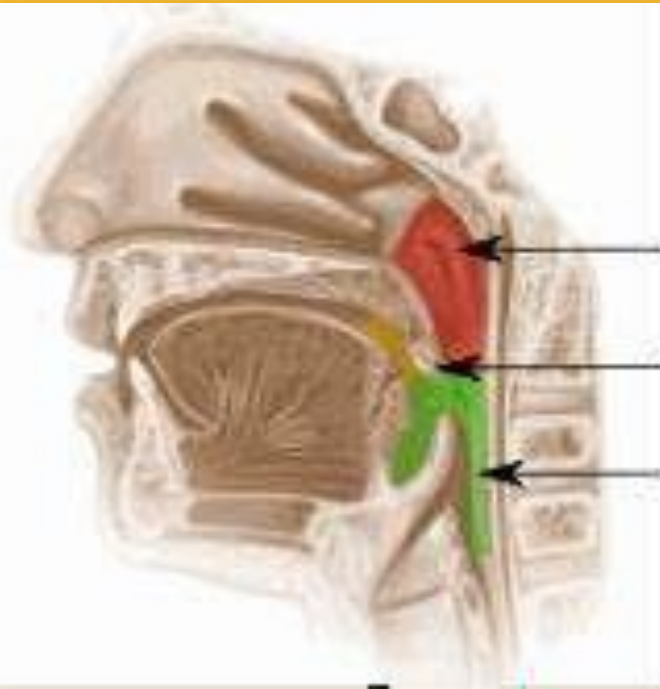


OROFARINGE: Faringitis aguda y crónica



Anatomía de la faringe



Nasofaringe

Orofaringe

Laringofaringe

La faringe según los textos clásicos es una víscera extracelomática constituida por mucosa, muscular y adventicia

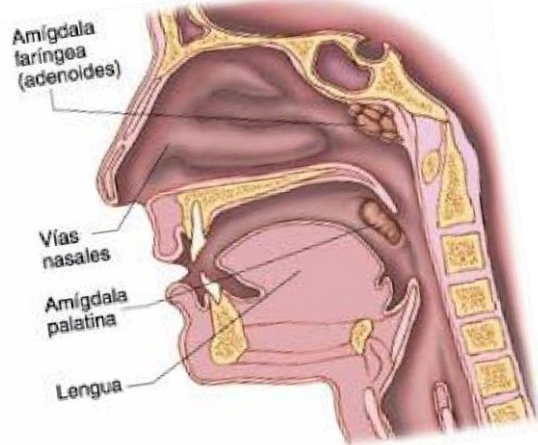
Que se extiende desde base de cráneo hasta el esófago; nosotros la consideraremos como un canal músculo-aponeurótico

Que forma parte de las vías aerodigestivas superiores

Y se puede dividir en 3 compartimentos de craneal a caudal

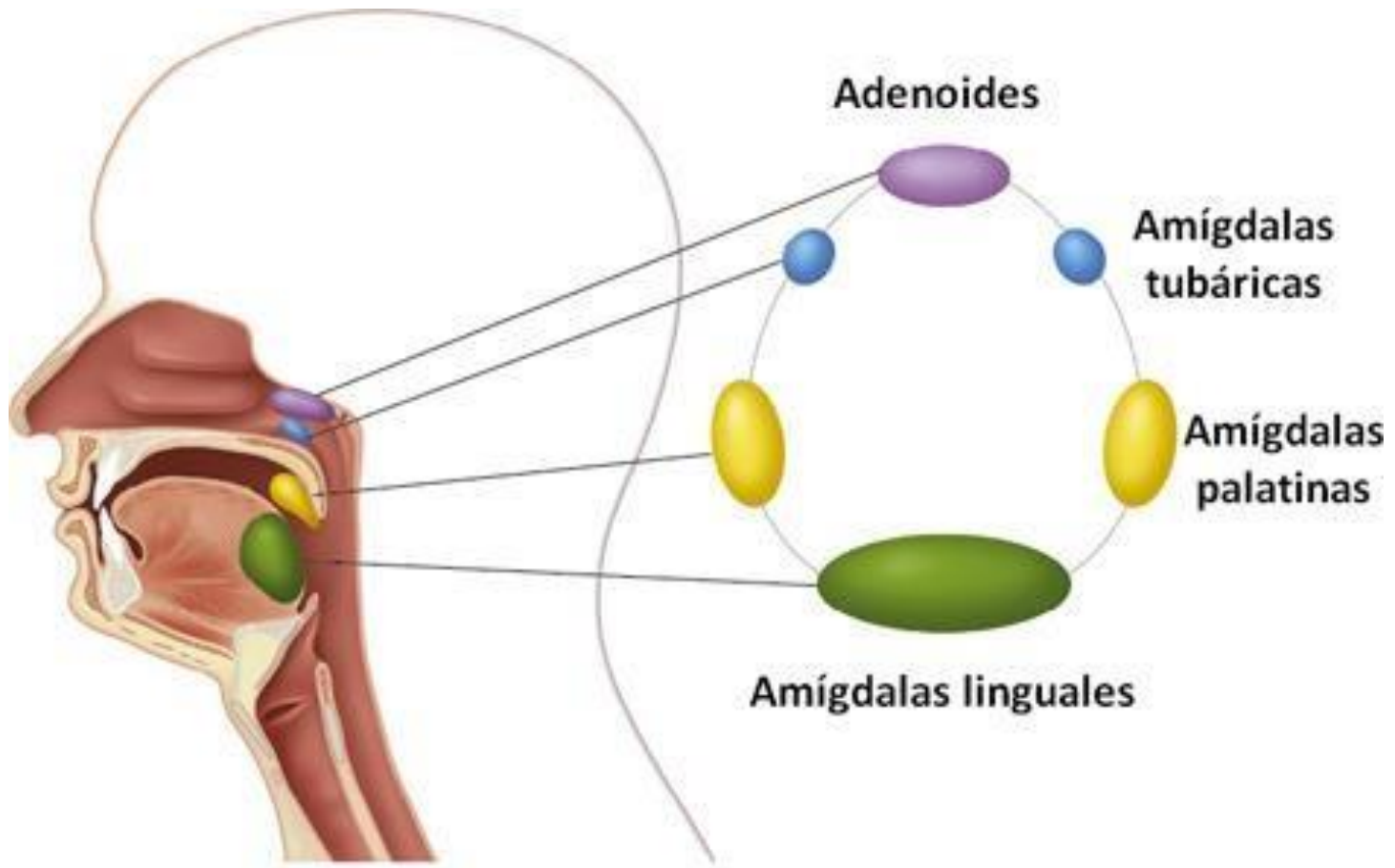
- Rinofaringe
- Orofaringe
- Hipofaringe

Para el estudio de la patología inflamatoria de la faringe es indispensable conocer la existencia de una rica red de elementos linfopiteliales en torno a las vías aerodigestivas de la faringe



Denominado anillo linfático de Waldeyer, constituido a grandes rasgos por la amígdala faríngea, las amígdalas palatinas, la amígdala lingual y los cordones linfáticos posteriores faríngeos



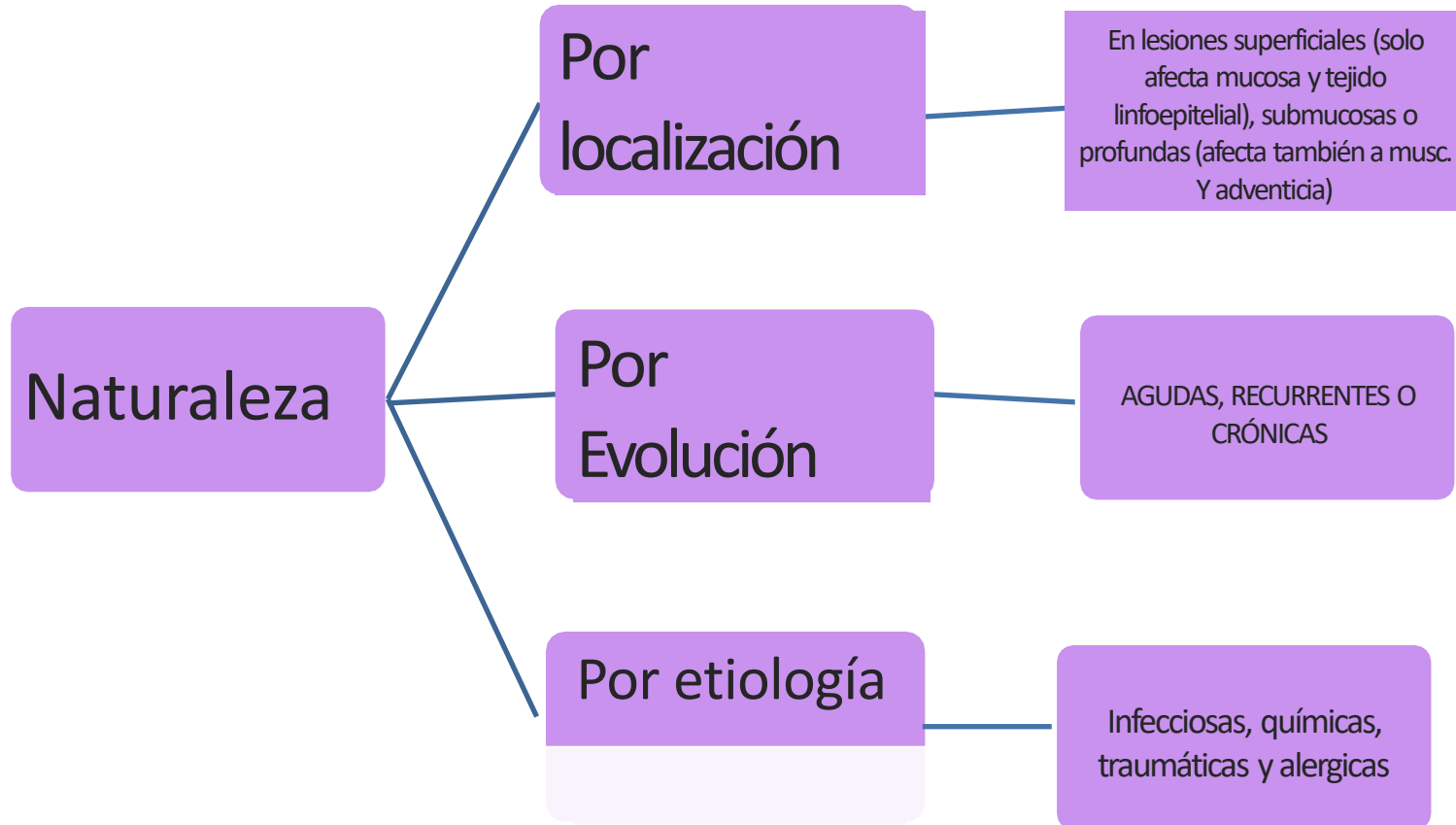


¿Anillo de Waldeyer: sistema de defensa de la garganta



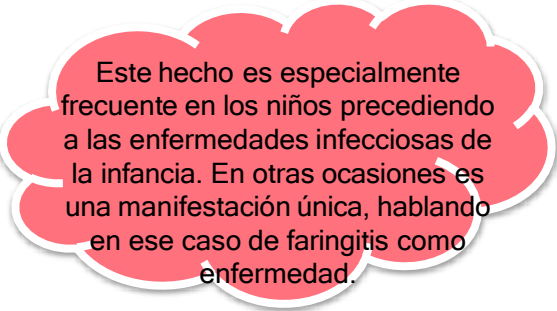
Naturaleza:

La inflamación de la faringe puede ser de naturaleza infecciosa, alérgica, química o traumática. Y se puede clasificar según distintos aspectos:



1. FARINGITIS AGUDA

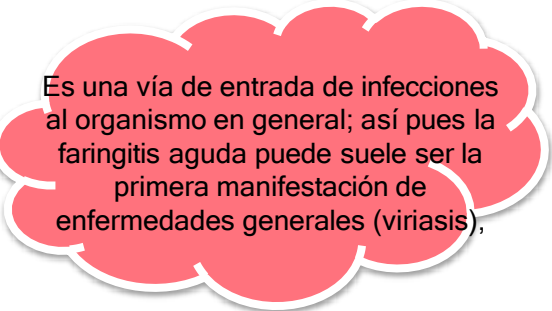




Este hecho es especialmente frecuente en los niños precediendo a las enfermedades infecciosas de la infancia. En otras ocasiones es una manifestación única, hablando en ese caso de faringitis como enfermedad.



Es una de las causas más frecuentes de consulta médica y es responsable de una parte considerable del gasto sanitario, no obstante es el causante del 36% del consumo de antibióticos en nuestro país.



Es una vía de entrada de infecciones al organismo en general; así pues la faringitis aguda puede ser la primera manifestación de enfermedades generales (viriasis),



ETIOLOGÍA:

El cuadro más frecuente es la llamada faringitis catarral aguda, que es una inflamación superficial, difusa

- Suele estar ocasionada por virus (rinovirus, coronavirus, adenovirus, influenzae, parainfluenzae)
- Y en menor proporción por bacterias (estreptococo β hemolítico del grupo A, estafilococos, neumococos), hongos, levaduras, o por la acción térmica (alimentos calientes o vapores) y los cáusticos.

Los virus representan el agente etiológico más frecuente, cursando en brotes epidémicos.

Entre los virus destacamos por orden de frecuencia a: rinovirus y coronavirus (los más frecuentes).



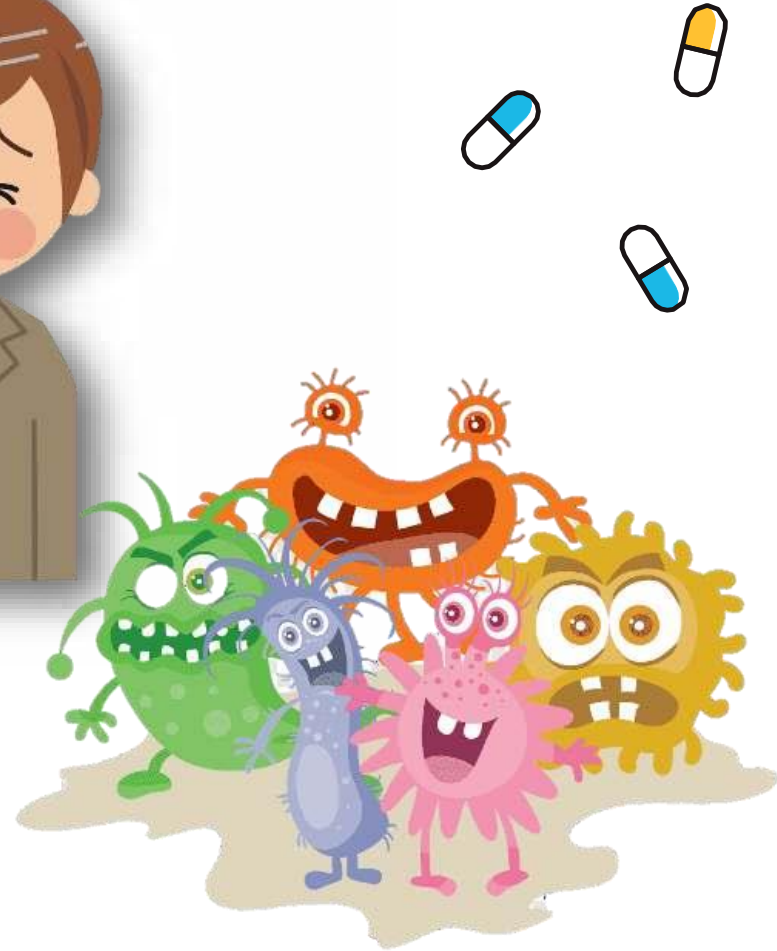
ETIOLOGÍA:

Se suelen acompañar de lesiones cutáneas), adenovirus (afectan a niños de entre 3 y 6 años donde es típica la afectación conjuntival, las adenopatías y la fiebre), virus influenza (acompañado de mialgias y cefalea, cuadro típico gripal), coxsackie (mano-boca-pie) y herpes virus (enantema).

Debemos destacar también el VIH en cuya primoinfección se va a desencadenar un cuadro de faringitis inespecífica hasta en un 70% de pacientes.

Las faringitis bacterianas van a representar aproximadamente el 30% del total y el agente más prevalente va a ser el estreptococo pyogenes

- Responsable de la mitad de los cuadros bacterianos y cuya importancia radica en la posibilidad de producir



Mononucleosis Infecciosa

Causada por el virus Epstein Barr.
Afecta mayormente pacientes entre 10-25 años.

Presentación clínica:

- Dolor de garganta / fiebre / malestar / fatiga.
- Dolor abdominal.
- Nausea.

Examen físico:

- Faringitis exudativa.
- Adenopatía posterior cervical dolorosa.
- Hepato-esplenomegalia.



Tratamiento

Auto-limitante.

Antipireticos, fluidos, descanso.

Puede afectar la vía aérea.

-Indicaciones:

- Obstrucción de la vía aérea.

- Anemia hemolítica severa.

- Trombocitopenia.

- Encefalitis / Guillain-Barre

-Prednisona 2.5 mg/Kg/d por 5 días o decadron 0.5 mg/Kg hasta un máximo de 10 mg en 5 días.



Faringitis por Herpes Simplex

Afecta a jóvenes adultos.
Infección primaria / Reactivación.
Vesículas agrupadas en una base eritematosa.
Lesiones dolorosas que erosionan para formar úlceras *superficiales*.



Tratamiento

Paciente inmunocomprometido:
aciclovir.
Analgesicos / Antipireticos.



Faringitis Gonorreica

- Jóvenes / adultos que sostienen sexo oro-genital.
- Neonatos por parto vía vaginal.
- Existe co-infección con clamidia, por lo que tiene que tratarse también.



Tratamiento

- Ceftriaxona 125 mg im y Azitromicina 12 mg/kg una vez al dia por 5 dias.
- Ciprofloxacina (contraindicado si menor de 18 anos) u ofloxacina (dosis sencilla).
- Antipireticos / analgesicos por las primeras 72 horas.



Difteria

- Condición rara asociada a falta de vacuna DTP.
- Periodo de incubación: 1 semana.
- Invasión infecciosa produce necrosis del tejido pseudomembrana en la faringe posterior.
- Puede producir obstrucción de la vía aérea.

Complicaciones extrafaríngeas:

- Miocarditis / Bloqueo AV / Endocarditis.
- Nefritis / hepatitis.



Cuadro Clínico

- Comienzo agudo de dolor de garganta.
- Fiebre, malestar general.
- Apariencia toxica, taquicardico.
- Faringitis exudativa.
- Pseudo-membrana adherente (blanca-gris).
- Adenopatía cervical marcada (“Cuello de Toro”).
- Aliento fetido.
- Descarga sero-sanguinolenta por la nariz.



Tratamiento

- Estabilizar vía aérea.
- Penicilina parenteral o eritromicina.
- Recomendaciones para contactos cercanos.



Estreptococo Grupo A- Hemolítico

Pacientes < 20 anos.

Época: Invierno.

Raro en niños < 3 anos.

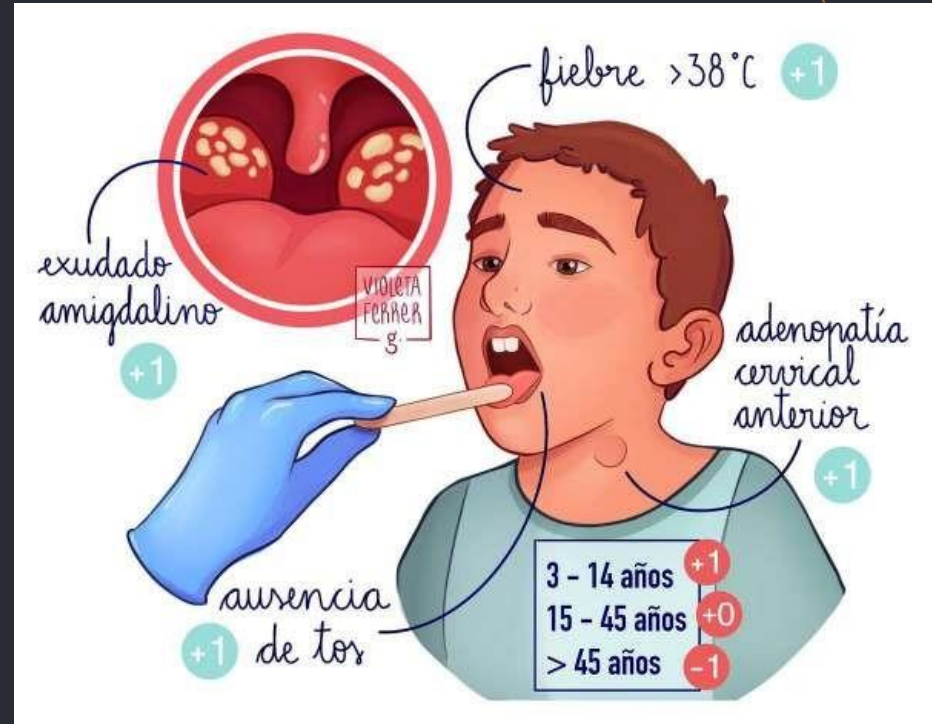
Cuadro Clínico:

- Fiebre.
- Adenopatía cervical anterior dolorosa.
- Tonsilitis exudativa. -Vómitos
- Dolor abdominal. - Dolor de cabeza.



Diagnostico

- Diagnostico certero: solo por cultivo.
 - Pruebas rápidas de estreptococo: útiles solo si son positivas.
 - Si es negativa: cultivo de garganta.
- Criterios de Centor:
- fiebre $> 38^{\circ}\text{C}$ - 1.
 - Ausencia de tos - 1.
 - Adenopatía cervical anterior dolorosa - 1.
 - Inflamación tonsilar o exudado - 1.
 - Edad < 15 - 1. - Edad > 45 años -1.
- Puntuación: -1 o 0 (1%), 1 (10%), 2 (17%), 3 (35%), 4 (51%), 5 (51%).



Tratamiento

Esteroides son utiles en faringitis con hinchazon de moderada a severa.



Diagnostico

La exploración clínica sola no permite diferenciar entre FA causada por diferentes agentes 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.



TABLA II. Presentación clínica más típica de la faringitis estreptocócica en mayores de 3 años.

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

El diagnóstico etiológico de FA por EbhGA, debe ser confirmado mediante pruebas antigénicas rápidas (PAR) y/o cultivo antes de iniciar el tratamiento

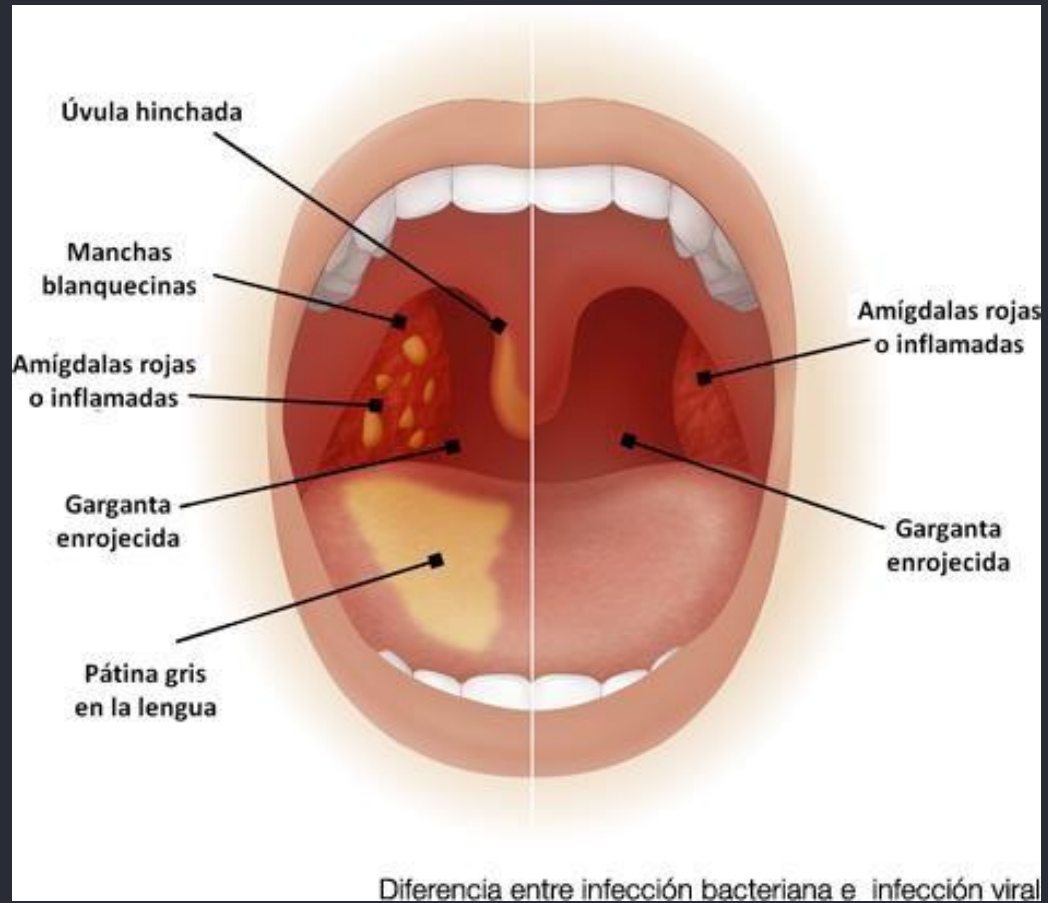


1. Pruebas de detección antigénica rápidas (PAR) Permiten la extracción e identificación del carbohidrato de la pared celular de EbhGA de muestras obtenidas tras escobillado de amígdalas y faringe posterior. En niños mayores de tres años bien seleccionados por clínica probable de origen estreptocócico, aumenta la fiabilidad de la prueba y la proporción de los que están verdaderamente infectados,



2. Cultivo de garganta Prueba estándar o de referencia para el diagnóstico de infección por EbhGA. En condiciones ideales la sensibilidad del cultivo es del 90-95% y la especificidad llega a ser del 99%





Diferencia entre infección bacteriana e infección viral

FARINGITIS CRÓNICA

Es la inflamación e irritación repetida de la mucosa faríngea, sin componente infeccioso, por periodos prolongados y repetidos, que puede ocasionar modificaciones permanentes y evolutivas, las cuales terminan lesionando la mucosa, submucosa y tejidos linfoides.



SUBTIPOS DE FARINGITIS

FARINGITIS CRÓNICA INESPECÍFICAS

- Faringitis que persiste > 3 m, con intensidad y extensión variables.
- Cambios en el epitelio mucoso y tejido linfóide. Mas común en adultos.
- Asociado a la alteración del aire inspirado, alteración de la dinámica respiratorio y factores generales.
- Formas clínicas: atrófica, hipertrófica y granulosa.

FARINGITIS CRÓNICA ESPECÍFICAS

- Tuberculosis: diferenciarlo de lesiones de aspecto canceroso. En orofaringe
- Sífilis: es la manifestación de sífilis 2ª produce enanema, lesiones tipo arañazo o aspecto hiperplásico.
- Lepra: lesión en velo del paladar, amarillento, cicatriz y estenosis en rinofaringe.
- Klebsiella: rinoscleroma se extiende a faringe y laringe.
- Micosis prof: blastomicosis, rinospodiosis,

ETIOLOGIA

- Portador crónico de estreptococo beta-hemolítico grupo A
- Irritantes o tóxicos como el alcohol y tabaco o vapores tóxicos
- Patología nasosinusal.
- RGE y otras enfermedades gastroesofágicas
- Enfermedades locales.
- Enfermedades generales
- Iatrogénicas.
- Alergias, que además se relacionan con factores ambientales como contaminación atmosférica y el tabaquismo



CLINICA

- No existiendo dolor
- Mucosa seca y muy adelgazada
- Secreción faríngea densa e incolora
- Odinofagia matutina,
- Rinorrea pegajosa posterior, carraspeo,
- Sensación de sequedad y picor
- Sensación de quemadura,
- Sensación de cuerpo extraño en la garganta y repetición de las degluciones

ASOCIADAS

Tos nocturna,
Sensación matinal de faringe rasposa,
Tenosmofaríngeo y
Regurgitaciones a distancia de las comidas.
Sensación subjetiva de ahogo.



DIAGNOSTICO

Historia clínica y la exploración ORL completa

- ✓ Antecedentes de consumo de tabaco y alcohol, tabaquismo pasivo, exposición a irritantes, inmunosupresión, diabetes, otras enfermedades metabólicas
- ✓ Antecedentes ORL y quirúrgicos

Pruebas de laboratorio

- Hemograma completo
- Velocidad de sedimentación globular
- Determinación del nivel de antiestreptolisinas (ASLO)
- Frotis faríngeo: cuadros severos y recidivantes
- Antibiograma

Gravedad y
prevención de
complicación



FORMAS CLÍNICAS

Según el modo de reacción de la mucosa faríngea, las faringitis crónicas se dividen en:

FARINGITIS
CRÓNICA
SIMPLE

FARINGITIS
CRÓNICA
HIPERTRÓFICA

FARINGITIS
CRÓNICA
ATRÓFICA

Crónica granulosa

Crónica lateral o cordonal

FARINGITIS CRÓNICA SIMPLE

CARACTERÍSTICAS

La mucosa de la pared posterior y de los pilares faríngeos adquiere una coloración rojo-violícea con abundante vascularización superficial. Mucosidad viscosa y adherente sobre la superficie.



FARINGITIS CRÓNICA HIPERTRÓFICA

Forma Crónica granulosa

CARACTERÍSTICAS

Presenta formaciones redondeadas brillantes de difimetro de 0,5 a 1,5 cm. sobre la pared posterior de la faringe que corresponden a folículos linfoepiteliales hipertrofiados.



FARINGITIS CRÓNICA HIPERTRÓFICA

Crónica lateral o cordonal

CARACTERÍSTICAS

Muestra una gran hipertrofia de la mucosa de los mfaringes laterales de la pared posterior faríngea, que estfi junto a los pilares posteriores, que se presentan también inflamados como el resto de la pared posterior.



FARINGITIS CRÓNICA ATRÓFICA

CARACTERÍSTICAS

Al examen se observan mucosas secas, lisas, esclerosas, recubiertas en parte por una tela costrosa, y se puede observar una mucosa hipertrófica.



Faringitis crónica simple



Faringe enrojecida y brillante, con un enantema difuso que recubre todo el velo del paladar y faringe.

Mucosa engrosada recubierta por una capa opalescente que se organiza en regueros blanquecinos en los pliegues.

Faringitis crónica atrófica



Aparece una mucosa lisa, seca, sin islotes linfoides
Es una faringe amplia y adelgazada, en la que con frecuencia comprobamos la ausencia de amígdalas palatinas.

Faringitis crónica hipertrófica



Mucosa granulosa e hipertrófica con folículos lenticulares rosados o amarillentos, en el espesor de la mucosa. Se comprueba la presencia por detrás de los pilares posteriores de cordones posteriores o folículos linfoides en pared posterior

DIAGNÒSTICO DIFERENCIAL

- Neoplasias faringolaríngicas
- Amigdalitis
- Sinusitis crónicas
- Infecciones micóticas
- Enfermedades granulomatosas
- Faringitis virales específicas
- Faringitis bacterianas específicas

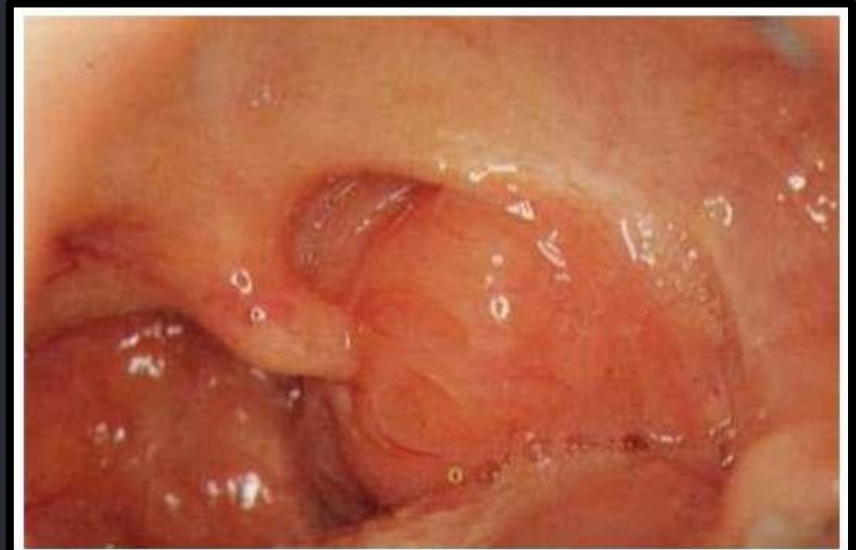


Fig.3 Linfoma de amígdala

TRATAMIENTO

NORMAS HIGIENICO-DIETÉTICAS

- Suprimir factores irritativos externos, fundamentalmente tabaco y alcohol.
- Se aconseja una restricción de sal y realizar una dieta hipouricémica y abundante aporte hídrico.
- Realización de ejercicio físico y la pérdida de peso en caso de existir una enfermedad por reflujo faringo-laríngeo.

TRATAMIENTO REGIONAL

Tratamiento de RGE

- Uso de inhibidores de la bomba de protones
- Periodos de tiempo no inferiores a las 6-8 semanas



TRATAMIENTO

TRATAMIENTO LOCAL

Tratamiento específico de las posibles enfermedades nasosinusales

- ❑ Tratamientos médicos y quirúrgicos si
- ❑ ~~Estos~~ ~~son~~ ~~necesarios~~. posibles focos infecciosos dentarios y amigdalinos crónicos.
- ❑ El uso de lavados nasales y ~~gargarismos~~

ANTIBIÓTICOS

Portadores crónicos de Streptococo

TRATAMIENTO GENERAL

Evaluación de posibles trastornos metabólicos y eliminación de posibles alérgenos

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO ESPECÍFICO

Faringitis crónica granulosa

Puntos de electrocoagulación en los folículos linfoides diseminados

Faringitis crónica lateral

- AINES
- Electrocoagulación de los cordones laterales en caso de ser muy desarrollado
-

Faringitis crónica atrófica

- Se trata de vitalizar en lo posible las mucosas con yodo.
- Vitamina A

