

Docente: Dr. Guillermo del Solar Villarreal.

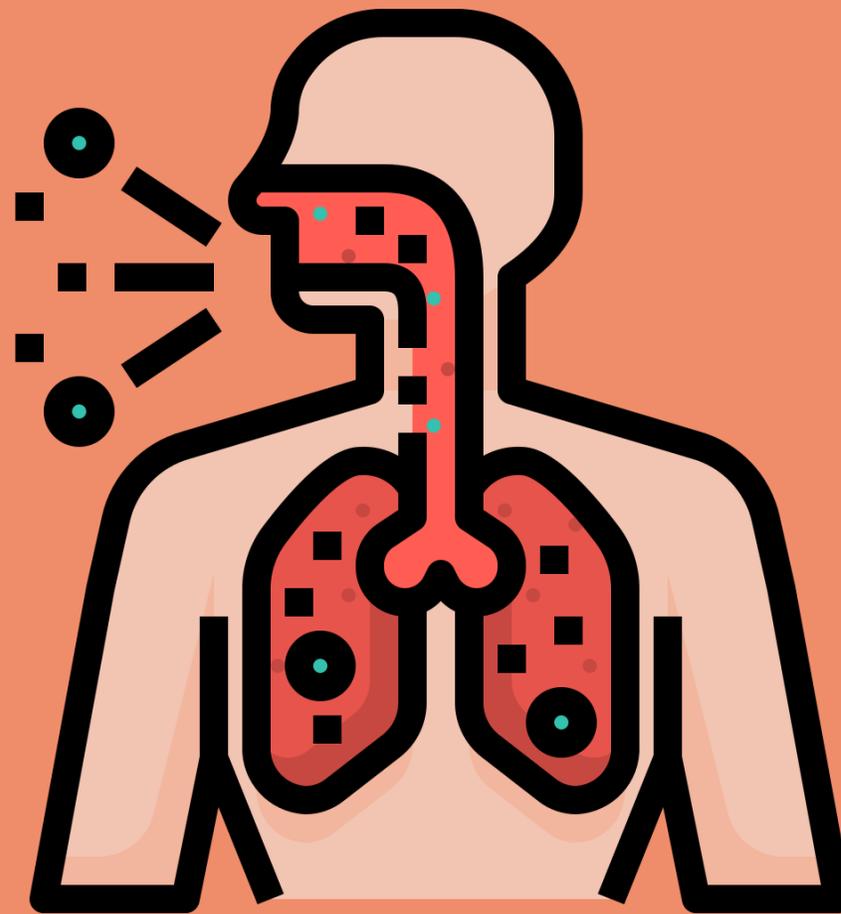
Alumna: Evelin Samira Andres Velazquez.

Licenciatura: Medicina Humana.

6º semestre 3er parcial.

Materia: Enfermedades Infecciosas.

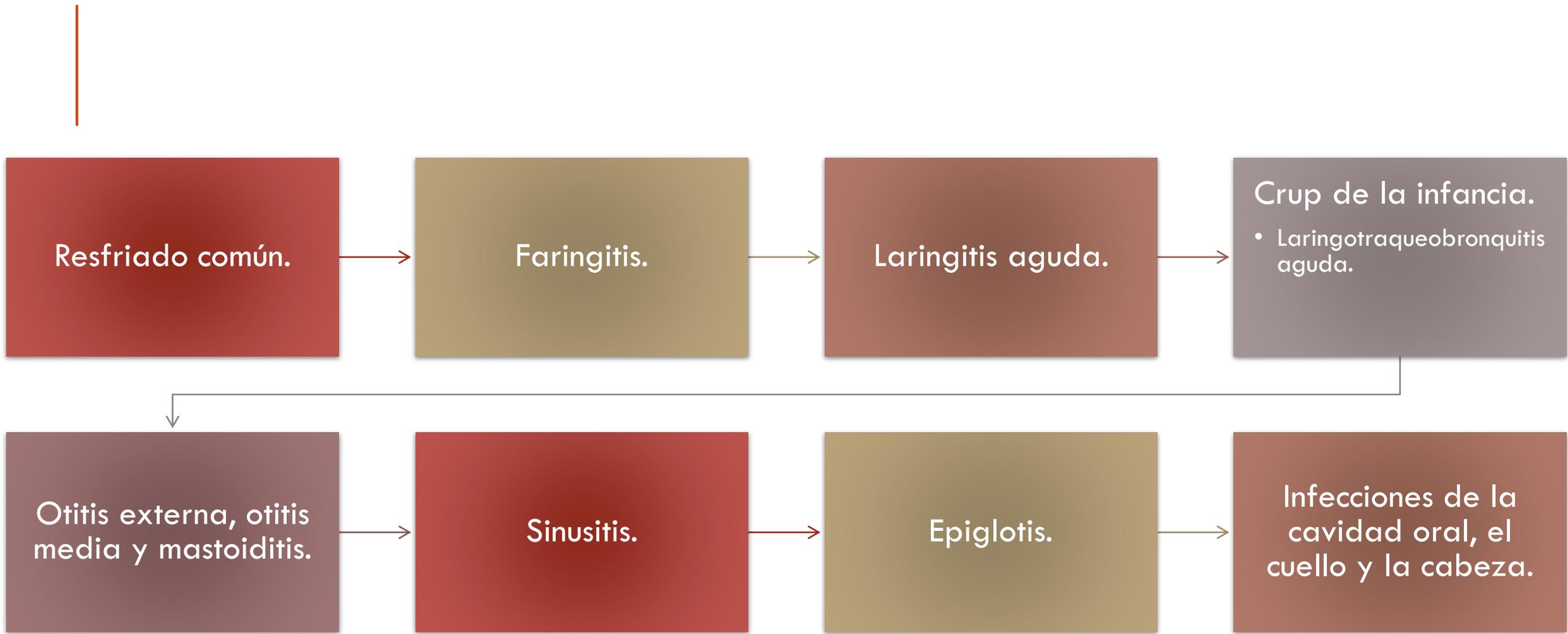
Tema: Infecciones de las vías respiratorias superiores.



INFECCIONES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES.

Docente: Dr. Guillermo Del Solar
Villarreal.

Alumna: Evelin Samira Andres
Velazquez.



Resfriado común.

Faringitis.

Laringitis aguda.

Crup de la infancia.
• Laringotraqueobronquitis aguda.

Otitis externa, otitis media y mastoiditis.

Sinusitis.

Epiglotis.

Infecciones de la cavidad oral, el cuello y la cabeza.

CASO CLÍNICO.

Masculino de 8 años de edad, previamente sano, acude por presentar fiebre de 38.5°C , ataque al estado general, tos y rinorrea de 2 días de evolución.

A la exploración se observa exudado purulento y adenopatías dolorosas.





RESFRIADO COMÚN. |

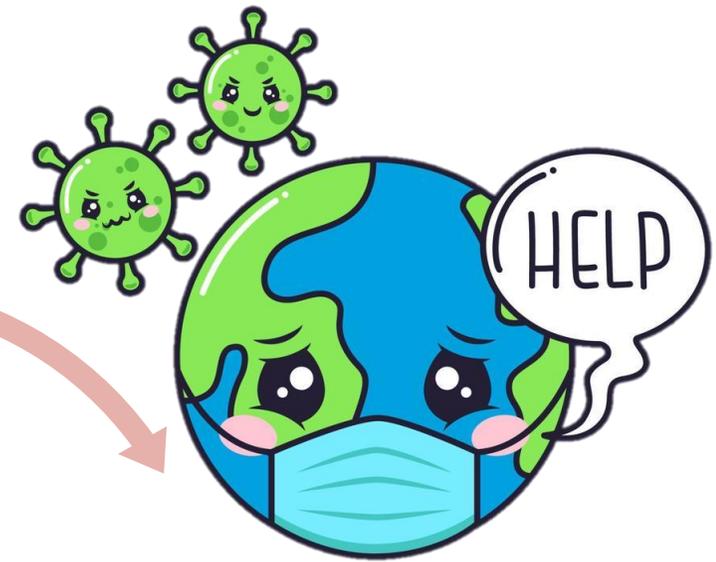
DEFINICIÓN.

Síndrome de síntomas de las vías respiratorias superiores que puede estar causado por varios virus.

Enfermedad de las vías respiratorias altas cuyos síntomas principales son obstrucción nasal y rinorrea.



EPIDEMIOLOGÍA.



Los resfriados se producen.

- 5-7 veces al año a los niños.
- 2-3 veces al año a los adultos.

El resfriado común afecta.

- Más frecuencia entre el principio del otoño y el final de la primavera en climas templados.

- Contacto directo y por partículas de aerosol grandes o pequeñas.

La transmisión de los virus patógenos puede producirse por.



En los climas tropicales
el resfriado común.

Prevalece a lo
largo de todo
el año.

La incidencia.

Tiene poca
relación con los
cambios
climáticos.



Los brotes de
gripe y de
parainfluenza.

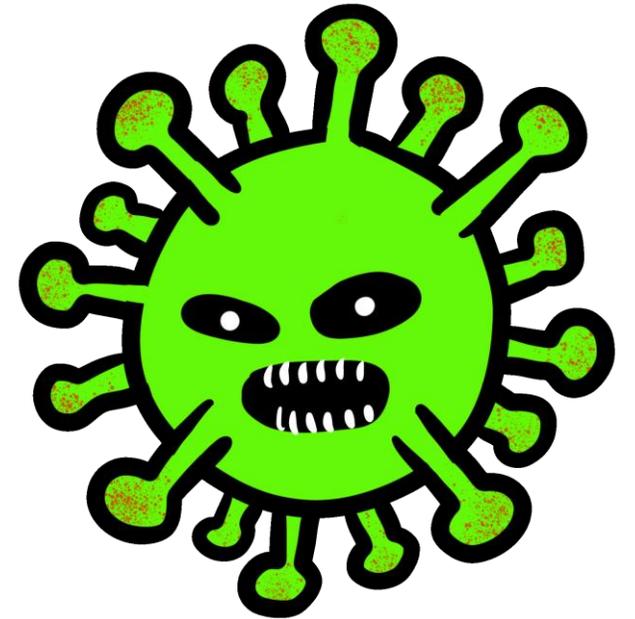
Se asocian a las
estaciones
lluviosas.

La infección por virus respiratorios.

- Desencadena una respuesta inmunitaria adaptativa.

El virus de la gripe se comporta como si tuviera múltiples serotipos víricos.

- Debido a cambios de los antígenos que se presentan en la superficie del virus.



FACTORES DE RIESGO.

Niños de 2 meses a 5 años.

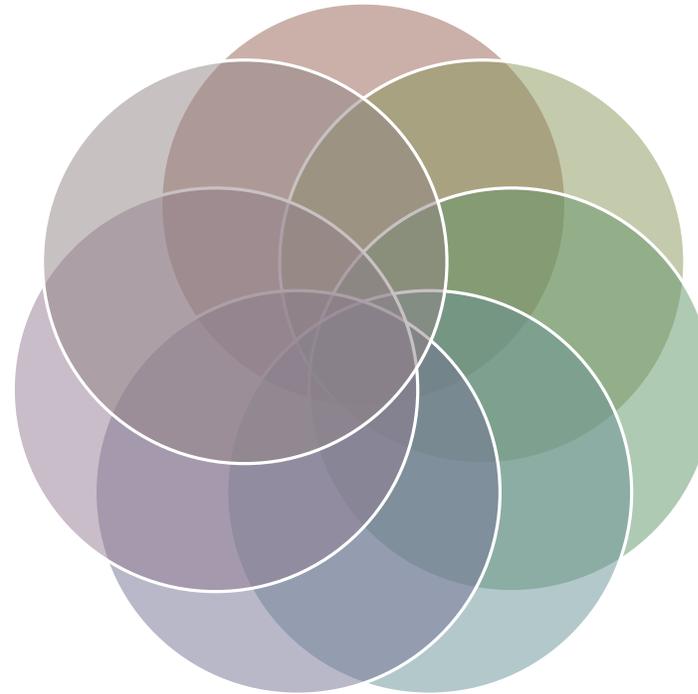


Adultos mayores.

Personalidad y estrés.



VIH.



Inmunodeficiencia.

Asma.

Alergias.



ETIOLOGÍA.

TABLA 58-1 Virus asociados al resfriado común

GRUPO DE VIRUS	TIPOS DE ANTÍGENOS	PORCENTAJE DE CASOS
Rinovirus	> 100 tipos	40-50
Coronavirus	5 tipos	10-15
Virus de la parainfluenza	5 tipos	5
Virus respiratorio sincitial	2 tipos	5
Virus de la gripe	3 tipos*	25-30
Adenovirus	57 tipos	5-10
Metaneumovirus	2 tipos	5
Otros virus: enterovirus, bocavirus		

Los rinovirus.

Los coronavirus, el virus respiratorio sincitial y el metaneumovirus.

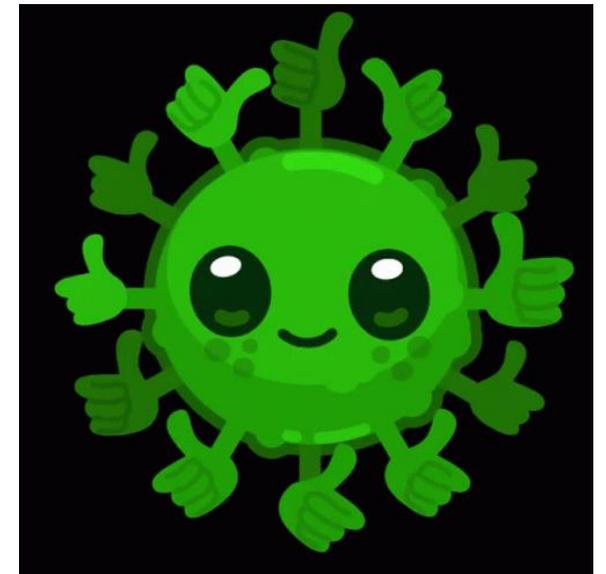
Otros virus respiratorios.

En estas enfermedades es frecuente la coinfección por más de un microorganismo.

Son responsables de la mayoría de los resfriados comunes.

Asociados también al síndrome de resfriado común.

Causan síntomas de resfriado común, se asocian con más frecuencia a síntomas respiratorios bajos añadidos a la afectación respiratoria alta.

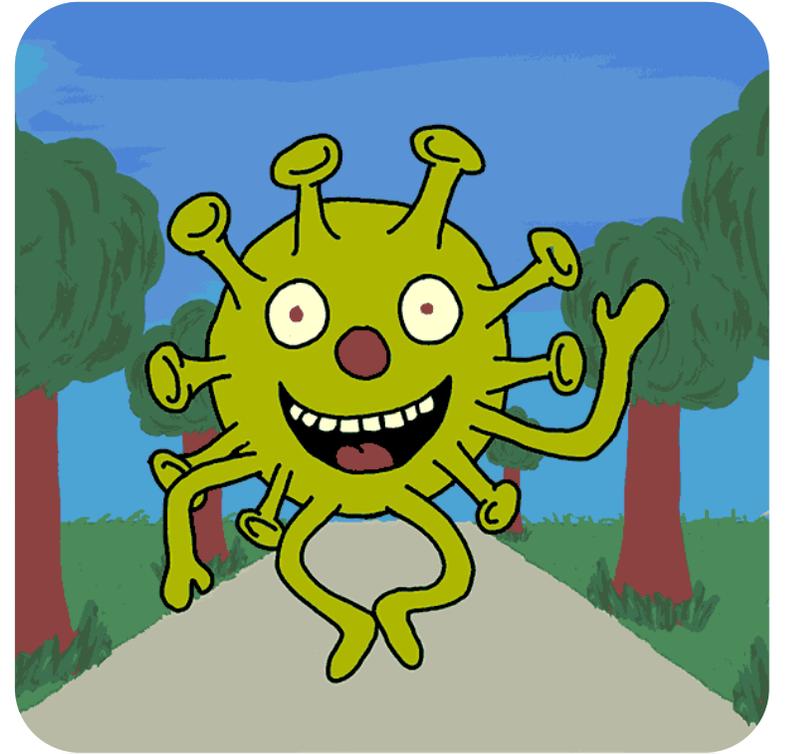


La gripe, la parainfluenza y los adenovirus.

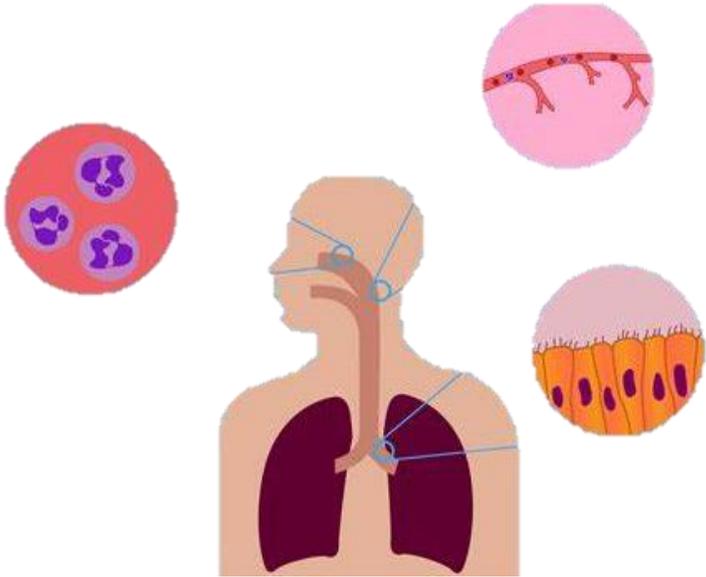
- Se asocian a síntomas del resfriado; sin embargo, suelen causar además síntomas de las vías respiratorias inferiores o sistémicos.

Los bocavirus, un parvovirus humano.

- Pequeña proporción (~5%) de niños con trastornos respiratorios.



PATOGENIA.



Dstrucción del recubrimiento epitelial.

Lesión histológica evidente.

La respuesta inflamatoria nasal se asocia con un aumento del flujo sanguíneo local.

Respuesta inflamatoria aguda.

- Liberación de distintas citocinas inflamatorias e infiltración de la mucosa por células inflamatorias.

CLÍNICA.



Obstrucción nasal.



Rinorrea.



Tos.

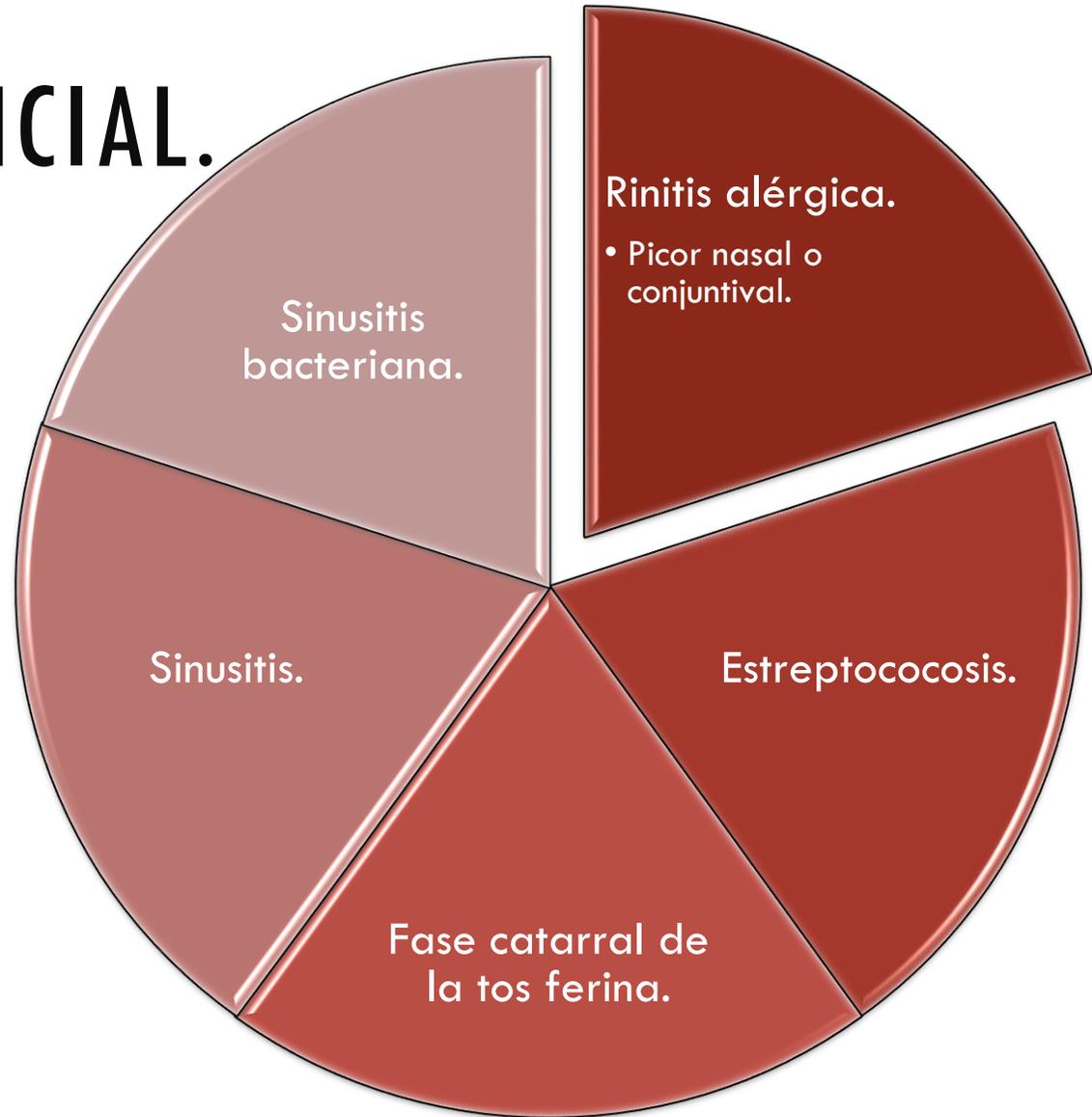


Irritación o dolor de la garganta.



Fiebre.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.



HALLAZGOS DE LABORATORIO.

No son útiles.

Ni diagnóstico y el tratamiento del resfriado común.

Leucocitos polimorfonucleares en las secreciones nasales.

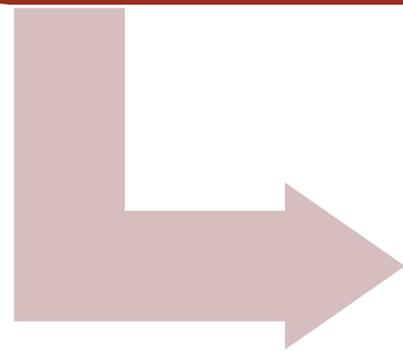
- Resfriados no complicados.
- No indica superinfección bacteriana.

Puede detectarse.

- Cultivo.
- Detección de antígenos.
- PCR.
- Técnicas serológicas.

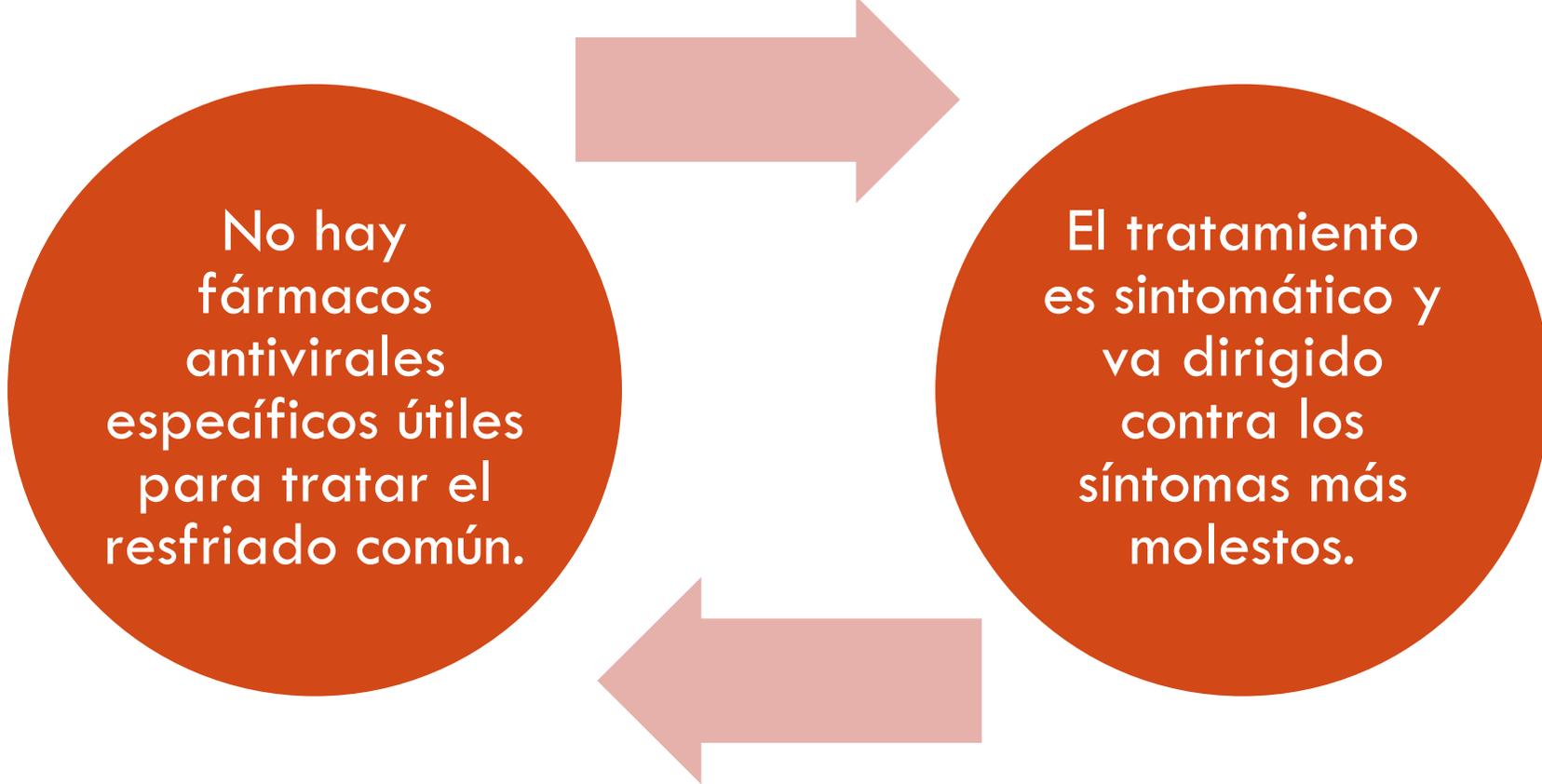
COMPLICACIONES DEL RESFRIADO COMÚN.

Otitis media aguda, sinusitis se asociaron con resfriado común y IVRS víricas.



Se debe a infección vírica o superinfección bacteriana.

TRATAMIENTO.



No hay fármacos antivirales específicos útiles para tratar el resfriado común.

El tratamiento es sintomático y va dirigido contra los síntomas más molestos.

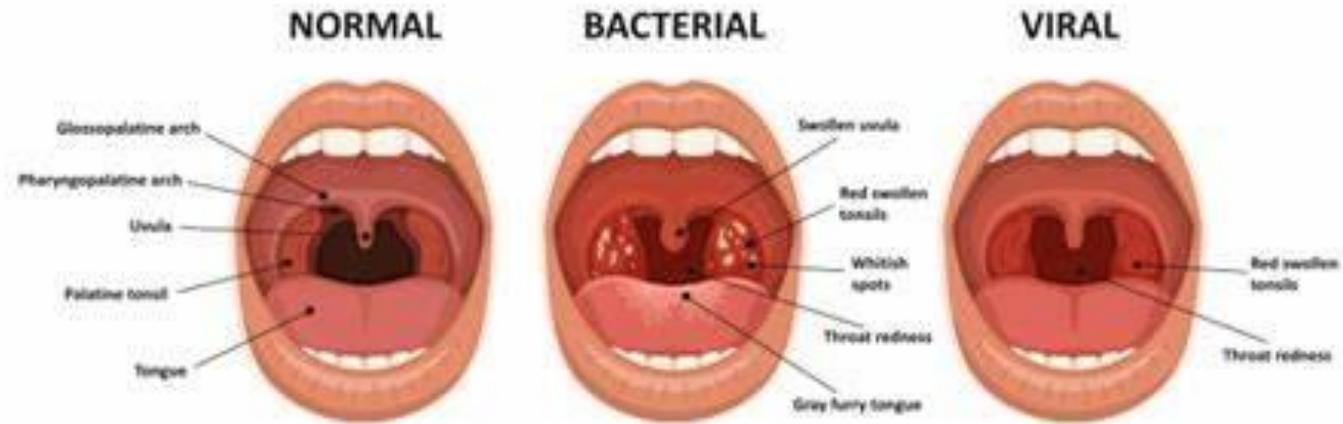
TABLA 58-2 Tratamientos eficaces para los síntomas del resfriado común

SÍNTOMA	TRATAMIENTO
Obstrucción nasal	Fármacos adrenérgicos tópicos, fármacos adrenérgicos orales
Rinorrea	Antihistamínicos de primera generación, bromuro de ipratropio
Estornudos	Antihistamínicos de primera generación
Dolor de garganta	Paracetamol, ibuprofeno y otros AINE
Tos	Antihistamínicos de primera generación, broncodilatadores (?)

AINE, fármacos antiinflamatorios no esteroideos.

PREVENCIÓN.





FARINGITIS.

DEFINICIÓN.

Se define.

Como la tríada de dolor de garganta, fiebre e inflamación faríngea.

Aungue suele ser una enfermedad primaria.

La faringitis puede estar asociada a enfermedades sistémicas.

EPIDEMIOLOGÍA.

Es una de las enfermedades más frecuentes en adultos y en niños.

- Con más de 10 millones de consultas médicas al año.

La enfermedad predomina en los niños y en los adultos jóvenes.

- Con un 50% de casos entre los 5 y los 24 años.

En climas templados la mayoría de los casos aparecen en los meses de invierno.

- Coincidiendo con las concentraciones máximas de virus respiratorios.



FACTORES DE RIESGO

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.

ETIOLOGÍA.

Los virus son la causa más frecuente de faringitis.

- Con predominio de los adenovirus.

El Streptococcus del grupo A (SGA).

- Es la causa bacteriana de la que existe una información amplia de tratamiento antibiótico para evitar secuelas postinfecciosas.

Fusobacterium necrophorum.

- Es una causa de faringitis con posibles complicaciones graves sobre todo en adultos jóvenes.

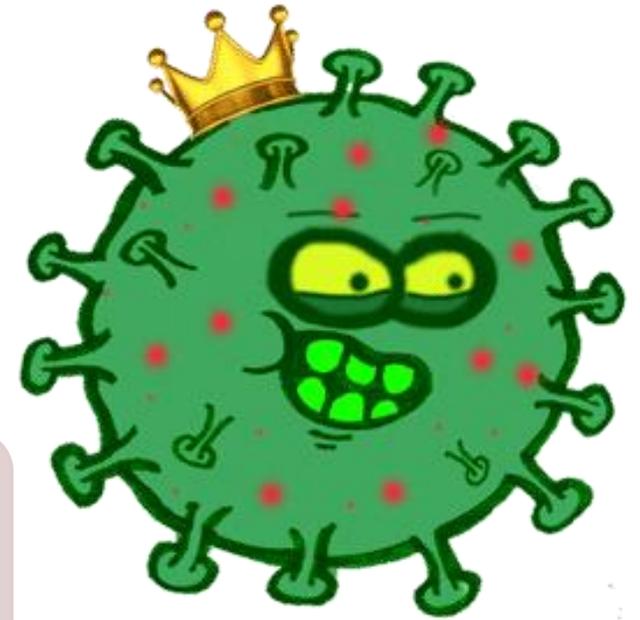


TABLA 59-1 Causas microbianas de la faringitis aguda

PATÓGENO	TRASTORNO(S) ASOCIADO(S)
Bacterias	
<i>Streptococcus</i> , grupo A	Faringitis, amigdalitis, escarlatina
<i>Streptococcus</i> , grupos C y G	Faringitis, amigdalitis
Anaerobios mixtos	Angina de Vincent
<i>Fusobacterium necrophorum</i>	Faringitis, amigdalitis, síndrome de Lemierre
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Faringitis, amigdalitis
<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	Difteria
<i>Arcanobacterium haemolyticum</i>	Faringitis, eritema escarlatiniforme
<i>Yersinia pestis</i>	Peste
<i>Francisella tularensis</i>	Tularemia, forma orofaríngea
<i>Treponema pallidum</i>	Sifilis secundaria
Virus	
Rinovirus	Resfriado común
Coronavirus	Resfriado común
Adenovirus	Fiebre faringoconjuntival
Herpes simple de tipos 1 y 2	Faringitis, gingivoestomatitis
Parainfluenza	Resfriado, crup
Enterovirus	Herpangina, enfermedad mano-pie-boca
Virus de Epstein-Barr	Mononucleosis infecciosa
Citomegalovirus	Mononucleosis por citomegalovirus
VIH	Infección primaria por VIH
Influenza A y B	Gripe
Virus respiratorio sincitial	Resfriado, bronquiolitis, neumonía
Metaneumovirus humanos	Resfriado, bronquiolitis, neumonía
Micoplasmas	
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Neumonía, bronquitis, faringitis
Clamidias	
<i>Chlamydia psittaci</i>	Enfermedad respiratoria aguda, neumonía
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	Neumonía, faringitis

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Faringitis
aguda o
crónica.

Congestiva e
Hiperplásica.

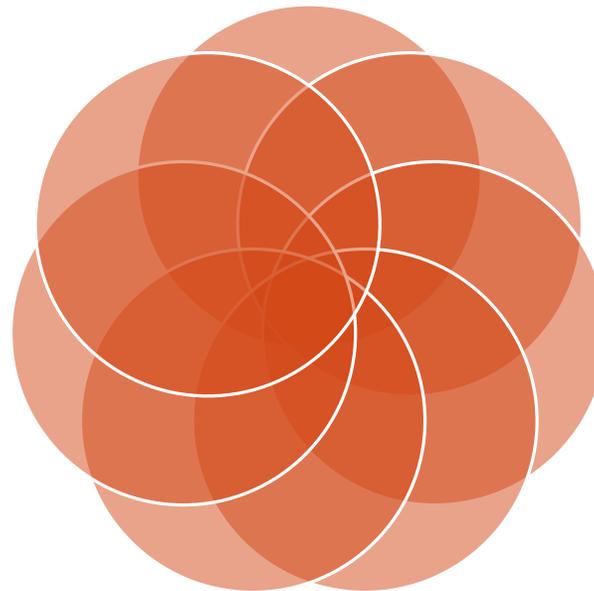
Vírica.

Purulenta.

Estreptocócica.

Candidiásica.

Gonocócica.



FARINGITIS AGUDAS

Producida.

- Virus, bacterianas, fúngicas.

Se presenta.

- Meses fríos.
- Niños y adultos.

Faringitis por virus.

- Rinovirus o el adenovirus, el virus de la gripe (Influenzavirus), el virus de Epstein-Barr.

Faringitis bacteriana.

- Niños.
- Estreptococo beta hemolítico del grupo A.

Faringitis estreptocócica.

- fiebre reumática aguda, insuficiencia renal y enfermedades graves como la bacteremia y el síndrome del choque tóxico estreptocócico.



Síntoma.

Dolor de garganta.

- Espontáneo o bien aumentar al tragar.

Quemazón y sensación de garganta rasposa y seca

- Carraspeo.



Bacteriana.

Fiebre alta, malestar general, dolor de cabeza y adenopatías cervicales.

Inflamación de los ganglios linfáticos de la zona lateral del cuello.

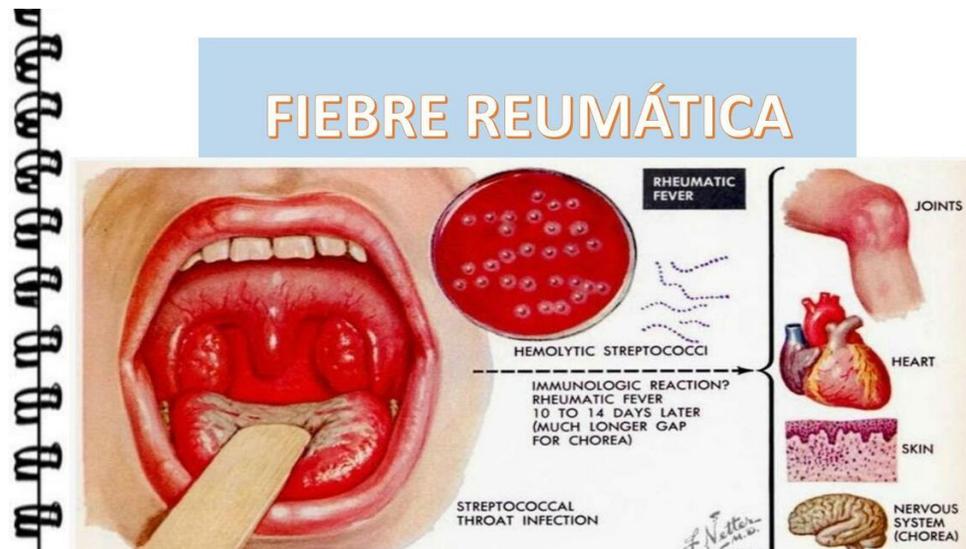
COMPLICACIONES

Fiebre reumática aguda.

Insuficiencia renal.

Enfermedades graves.

Bacteremia y el síndrome del choque tóxico estreptocócico.



FARINGITIS CRÓNICAS



Inflamatorias.

Irritativas.

Alérgicas de la faringe.

Representan modificaciones.

FACTORES CAUSALES



Sustancias irritantes.

- Polvo, sustancias químicas laborales, aire acondicionado seco en oficinas.

Abuso de alcohol y/o tabaco.

Respiración bucal propia de las obstrucciones nasales.

- Por desviación del tabique, sinusitis o aumento del tamaño de la adenoides.

Factores hormonales.

- Hipotiroidismo, menopausia.

Enfermedades crónicas.

- Diabetes y la alergia respiratoria.

El uso abusivo de gotas vasoconstrictoras nasales.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

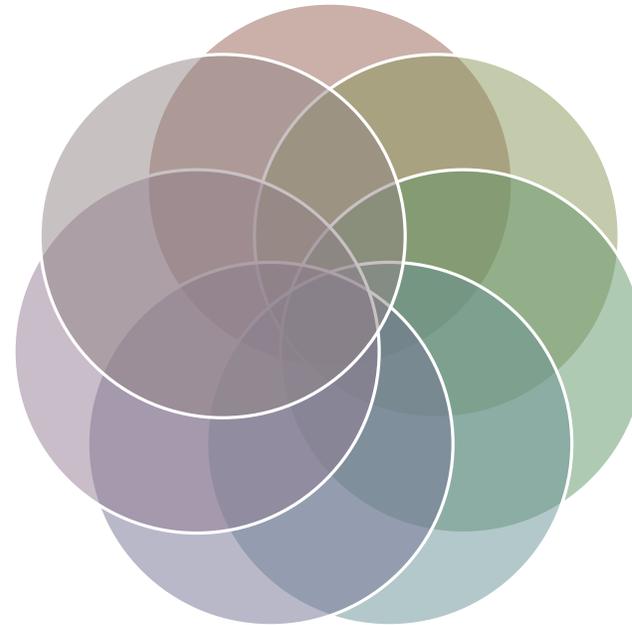


Tos irritativa.

Sensación de sed.

Dificultad para tragar saliva.

Sensación muy molesta de sequedad de garganta.



Carraspera.

Eliminación de mucosidad espesa.

Sensación de ocupación faríngea.

NIÑOS Y ADOLESCENTES

Aumento del tamaño de amígdala faríngea.

Adenoides o vegetaciones.

Crisis agudas con otitis.

Gran cantidad de producción de moco.

ADULTOS

Faringitis purulenta (con pus).

- Rinorrea o aumento de la mucosidad nasal purulenta o sinusitis crónica.
- Origen nasal/sitúa en los senos paranasales.

Faringitis congestiva.

- Alcohólicos, fumadores y profesionales de ambientes con polvo.
- Enrojecimiento faríngeo y tos seca.

Faringitis hiperplásica.

- Aumento de tamaño de las estructuras glandulares de la faringe/aumento de producción de moco.
- Hay sensación de cuerpo extraño.

Faringitis seca.

- Atrofia o adelgazamiento de las glándulas.
- Moco adherido y molestias subjetivas de sequedad.

FARINGITIS ESTREPTOCÓCICA

Producida por.

Estreptococo beta hemolítico del grupo A.

Frecuente.

Entre los 5 y los 15 años de edad.

Se contagia.

Persona a persona a través de las secreciones nasales o la saliva, a miembros de la familia o las personas que conviven en la casa.

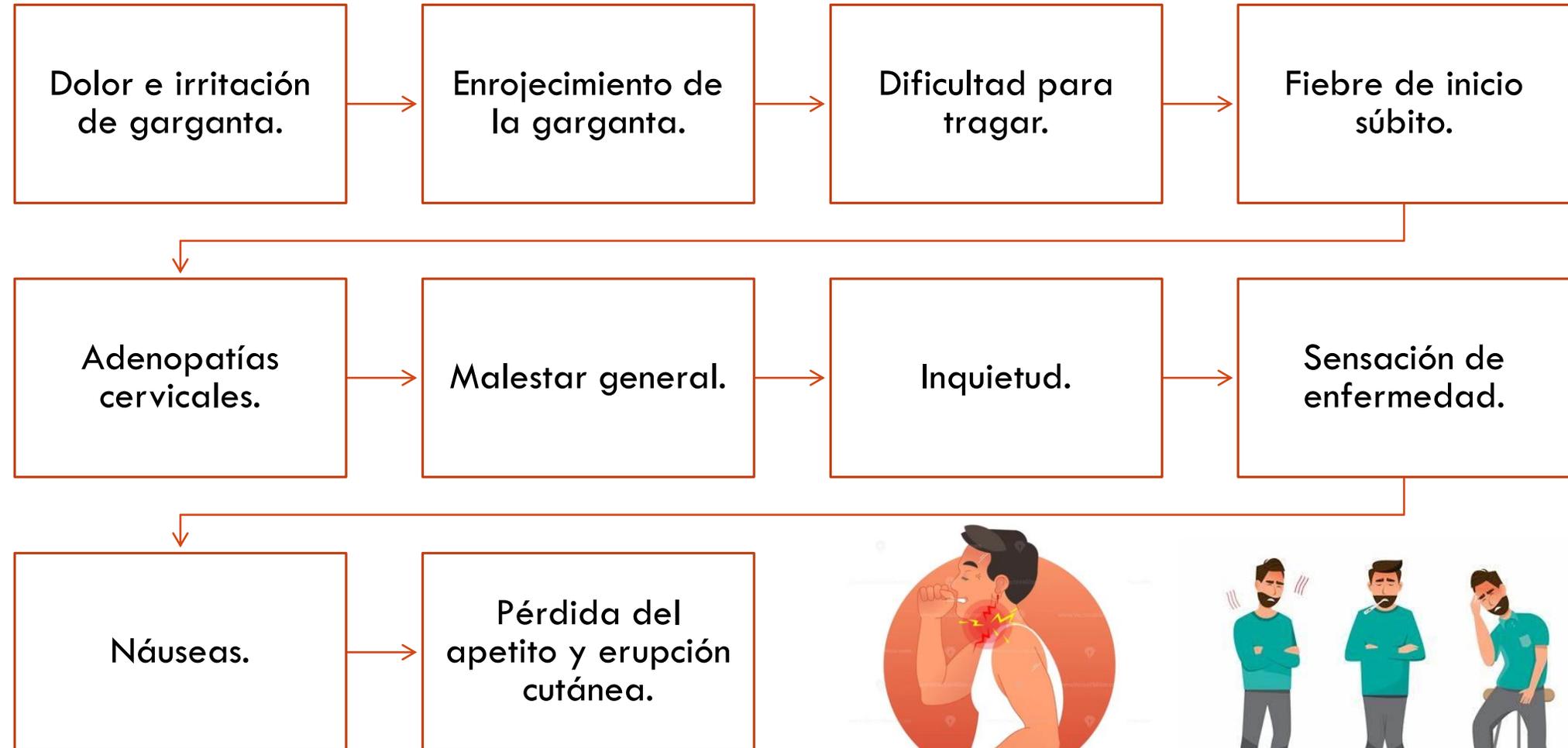
Período de incubación.

2 a 5 días.

Comienza.

Forma brusca, con fiebre (máximo en el 2º día), dolor de garganta, dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas o escalofríos.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS



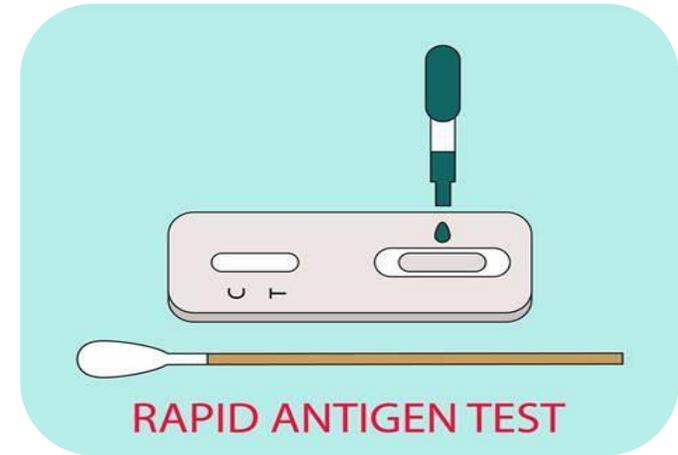
DIAGNÓSTICO



Clínico.



Muestra de la
faringe.



Pruebas del antígeno
rápido.

- Si y no.

TRATAMIENTO



Antibióticos.

Amoxicilina a dosis de 500 mg por vía oral cada 8 h durante 7 días.

Alergia a la penicilina.

Eritromicina a dosis de 500 mg por vía oral cada 8 h durante 7 días

Infección es recurrente.

Amoxicilina-clavulánico o clindamicina.

Analgésico antitérmico.

Paracetamol, ibuprofeno, >16 años ácido acético salicílico.

Faringitis Estreptocócica

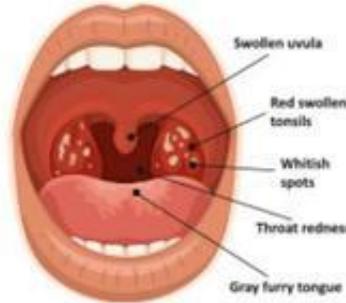
Infección bacteriana de la faringe, muy común en pacientes pediátricos. Se transmite por gotas de flugge

Etiología (bacteriana)

- Streptococo B hemolítico del grupo A (streptococo pyogenes)
- Estafilococo áureus

Manifestaciones Clínicas

- Faringodinia (dolor de garganta)
- Exudado en la faringe
- Fiebre (difícil control)
- Escalofríos
- Malestar general
- Cefalea
- Astenia o adinamia
- Adenopatía
- **AUSENCIA DE TOS**
- Petequias



Se clasifica según su grado de crecimiento (grado I-grado IV)

Tx: antibióticos (Penicilina - penicilina V, penicilina benzatínica, amoxicilina)

Alternativas a penicilinas: cefalosporinas, macrólidos o clindamicina

Faringitis

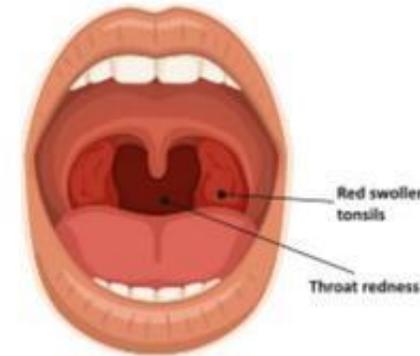
Inflamación de la mucosa de la faringe. Tiene incidencia estacional.

Etiología (viral)

- Adenovirus
- Rinovirus
- Influenza

Manifestaciones clínicas

- Fatiga
- Odinofagia
- "Resequedad de garganta"
- Síntomas típicos de un catarro común
- Rinorrea hialina
- Obstrucción nasal
- Tos
- Posible presencia de aftas en boca y faringe
- Petequias



Hay mejoría de los síntomas entre 4-5 días

- No hay exudado
- Síntomas de catarro común

Tx: para los síntomas (antipiréticos, analgésicos)
NO ANTIBIOTICOS

Modificación de Mclsaac de los criterios de Centor

para identificar probable faringoamigdalitis bacteriana

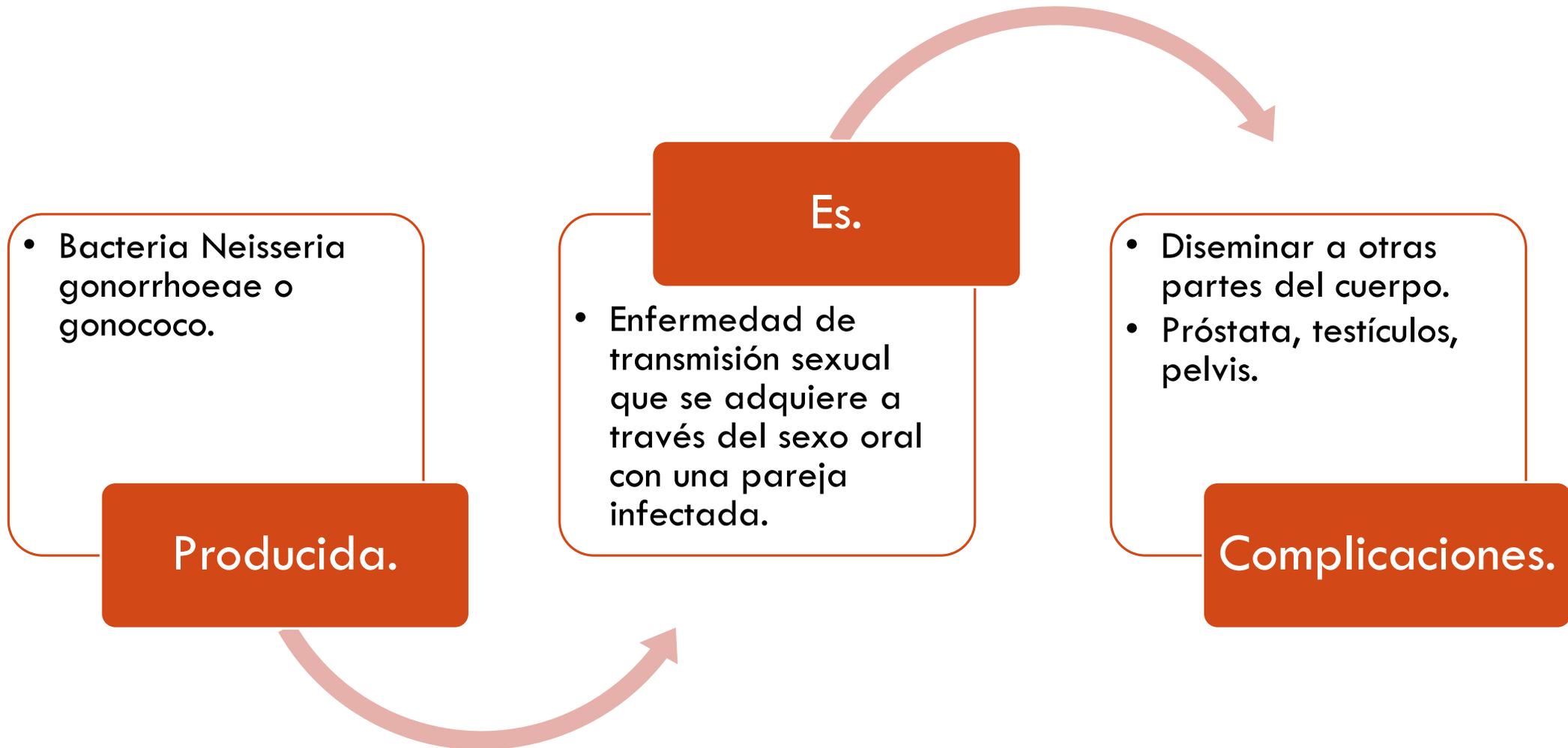
Criterio	Puntaje
Fiebre >38 °C	1
Ausencia de tos	1
Adenopatías cervicales anteriores	1
Exudado amigdalal	1
Edad	
3 - <15 años	1
15 - 45 años	0
≥ 45 años	-1

0-1 puntos: no estudio microbiológico (riesgo de infección por EbhGA: 2–6%)

2-3 puntos: estudio microbiológico y tratar sólo si es positivo (riesgo: 10–28%)

4-5 puntos: estudio microbiológico e iniciar tratamiento antibiótico (riesgo: 38–63%)

FARINGITIS GONOCÓCICA



MANIFESTACIONES CLÍNICAS



> De casos no hay síntomas.

Irritación de garganta.

Dificultad para tragar.

Fiebre y adenopatías cervicales.



Otros síntomas.

Dolor en el cuello.

secreción nasal.

Congestión nasal.

Dolor muscular.

Rigidez articular.

Dolor de cabeza.

Alteración del sentido del gusto.

DIAGNÓSTICO

- Frotis faríngeo positivo para el gonococo.

- Cultivo en el laboratorio.



TRATAMIENTO

Antibiótico, vía intramuscular.

Ceftriaxona,
espectinomicina.

Vía oral en dosis única.

Cefixima.

Ciprofloxacino.

Ofloxacino.

Cefuroxima axetil.

Cefpodoxima proxetil.

Enoxacino.

Múltiples dosis.

Eritromicina.

CANDIDIASIS OROFARÍNGEA

Candidiasis de la boca y la faringe.

Muguet o candidiasis orofaríngea (COF).

Es una infección fúngica.

Hongo Candida.

Candida.

Residente habitual de la piel o las membranas mucosas.

Desequilibrio del microambiente del interior de la boca y la faringe es capaz de multiplicarse.



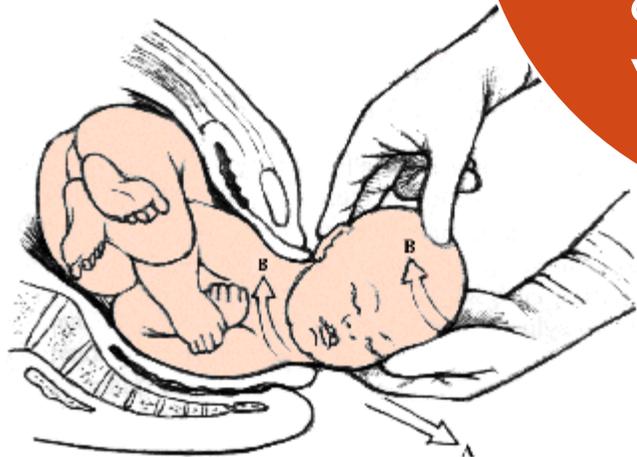
AFECTA

Recién nacidos en parto normal.

- Madre padece candidiasis vulvovaginal.

Pacientes con su sistema inmunitario debilitado.

- VIH/SIDA.



Manifestaciones clínicas.

Manchas blancas indoloras sobre la mucosa de la orofaringe.

Dolor y dificultad al tragar.

Diagnóstico.

Muestra del exudado blanquecino sobre la mucosa orofaríngea.

Cultivo de laboratorio.

Tratamiento.

Antifúngicos.

Derivados azólicos o nistatina.