

FARINGOAMIGDALITIS

Natalia Trigueros Ruiz. Médico Residente de medicina de Familia y Comunitaria. Hospital General Universitario Reina Sofía - Murcia.

Pascual Piñera Salmerón. Jefe de Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Reina Sofía - Murcia.

CONCEPTO:

Se denomina faringoamigdalitis a la inflamación de la mucosa y submucosa de la faringe y tejido linfático que la rodea. Es la patología infecciosa más frecuente por la que consultan en Urgencias y Atención Primaria.

ETIOLOGÍA:

- Infecciosa:

Bacteriana (30-40%) (adultos y niños >5 años)	Vírica (45-55%) (niños < 3 años)	Hongos
<i>Streptococcus pyogenes</i> (EBHGA) (Frecuentes)	Rhinovirus Adenovirus	Cándida
Estreptococos B grupos C y D	Coronavirus	
<i>Chlamydophila pneumoniae</i>	Parainfluenza	
<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	Herpes simplex 1 y 2	
<i>Haemophilus influenzae</i>	Epstein-Barr	
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Citomegalovirus	
Anaerobios de la orofaringe	Influenza A y B	
	Coxsackie A	

- Irritativa: alcohol, tabaco, reflujo, químicos
- Alérgica

CLASIFICACIÓN DE FARINGITIS AGUDAS ESPECÍFICAS:

1. **Herpangina:** Etiología virus Cosxackie A y Echo. Faringe eritematosa y vesículas típicas que se rompen, dejando úlceras de mm de diámetro rodeadas de un halo rojo intenso en amígdalas.
2. **Angina Diftérica:** Producida por *Corynebacterium dipgteriae*. Aparecen membranas características en faringe y amígdalas. Muy infrecuente.
3. **Angina de Plaut-Vincent:** Causada por *Fusobacterium necrophorum*. Afectación unilateral amigdalal, con membrana grisácea.
4. **Faringoamigdalitis exudativa por Neisseria gonorrhoeae.**
5. **Candidiasis faríngea:** En inmunodeprimidos y tras largo tratamiento con antibióticos.

6. **Mononucleosis infecciosa:** Causa virus Epstein-Barr. Clínica: fiebre, adenopatías cervicales y supraclaviculares múltiples, hepatoesplenomegalia con aumento de transaminasas.
7. **Angina herpética:** Causada por virus Herpes Simple o varicela-zoster. Aparecen pápulas que pasan a vesículas y se ulceran, extendiéndose por cavidad oral.
8. **Angina de Ludwig:** Infección suelo de la boca secundario a infección de las glándulas salivares u odontógena. Clínica: hipertermia, sialorrea, tumefacción y dolor en región submandibular, voz de "patata caliente" y rigidez cervical.

CLINICA:

Los signos y síntomas de la faringitis causada por virus o por bacterias son inespecíficos. Los hallazgos habituales en la faringitis aguda causada por *S. Pyogenes* son dolor de garganta, a menudo de aparición brusca, fiebre, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, dolor abdominal, inflamación y/o presencia de exudado amigdalino y adenitis cervical. La aparición concomitante de conjuntivitis, coriza, tos, exantema, estomatitis, lesiones ulceradas y diarrea se asocia más frecuentemente con la etiología vírica.

DIAGNÓSTICO:

Ante un paciente con faringoamigdalitis la cuestión es determinar si se trata de una infección por *S. Pyogenes*, ya que fuera de esta etiología, la necesidad de tratamiento antimicrobiano es excepcional.

Para el diagnóstico disponemos de las siguientes opciones: utilizar reglas de predicción clínica (criterios de Centor-McIsaac), el test antigénico rápido, el cultivo, o una combinación de los anteriores.

El **cultivo de frotis faríngeo** se considera el patrón de oro en el diagnóstico de faringitis por *S. Pyogenes*. Tienen el inconveniente de que tarda 24-48 horas.

Los **test antigénicos rápidos** permiten conocer el resultado en menos de una hora. Se basan en la detección del carbohidrato de la pared celular de *S. Pyogenes*, después de extraerlo por métodos químicos o enzimáticos, directamente del exudado faríngeo, obtenido con la torunda. Son muy específicos, pero la sensibilidad es menor y muy variable, dependiendo en gran medida de la experiencia de las personas que realizan el test. Por tanto, un test rápido negativo no excluye la infección, siendo necesario realizar el cultivo.

Los **criterios de Centor** fueron desarrollados inicialmente para adultos, y recientemente se han validado (McIsaac) para su utilización en niños y adultos. La utilización de esta regla redujo la prescripción de antibióticos en más del 80% en adultos. La regla es probablemente más útil en adultos que en niños.

Criterios de Centor modificados (Mclsaac).

Criterios	Puntos
Ausencia de tos	1
Exudado amigdalario	1
Adenopatías cervicales anteriores inflamadas y dolorosas	1
Temperatura > 38° C	1
Edad:	
3-14 años	1
15-44 años	0
45 años o más	-1

Puntuación	Riesgo de infección estreptocócica
0	1-2.5%
1	5-10%
2	11-17%
3	28-35%
4 o más	51-53%

Los pacientes con puntuaciones de uno o menos no deberían recibir tratamiento antibiótico, ni tampoco requerirían pruebas adicionales. En pacientes con puntuaciones de 4 ó 5, es aceptable el tratamiento empírico. En pacientes con puntuaciones de 2 ó 3, realizar el cultivo (o el test), siempre y cuando sea accesible, y tratar solo los casos positivos parece la opción más razonable para optimizar el uso de antibióticos.

La realización de **hemograma, coagulación y bioquímica** tienen poca utilidad y sólo están indicados en los casos en que se sospeche una complicación o que el cuadro pueda ser secundario a una enfermedad general.

La **serología** es útil, sobre todo, si existe la sospecha de mononucleosis infecciosa.

La **determinación de antiestreptolisinas (ASLO)** sólo es válida en el diagnóstico retrospectivo de la infección por estreptococos β -hemolíticos del grupo A, sobre todo para confirmación en casos de fiebre reumática o glomerulonefritis aguda.

TRATAMIENTO:

- **Tratamiento sintomático:** líquidos abundantes, analgésicos, antitérmicos, y AINES (evitar AAS en niños).
-
- **Tratamiento Antibiótico:**
- 1. De elección:
 - o Penicilina V. 250/500 mg/ 6h vo durante 10 días
 - o Penicilina G benzatina dosis única intramuscular de 1.200.000 U.
 2. Alternativas:
 - o Amoxicilina 500 mg/ 8h/ 10 días
 - o Amoxicilina-clavulánico 875/125 mg/ 8h 10 días
 - o Cefalosporinas orales: cefixima, cefadroxilo, cefaclor...

- En Alergicos a penicilina:
 - De elección:
 - Josamicina 30-50 mg/kg/dia en dos dosis durante 10 días.
 - Alternativa
 - Claritromicina 250/500 mg/ 12h durante 10 días
 - Azitromicina 500 mg/ 24 h 4 días
 - Clindamicina 150/300 mg/ 6-8h
- **Tratamiento quirúrgico** (amigdalectomía) de las complicaciones supurativas (abscesos), en amigdalitis recurrentes y en sospecha de neoplasia (biopsia).

INDICACIÓN DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO:

- Faringoamigdalitis de inicio agudo con dos o más de los siguientes signos: fiebre >38°C, adenopatías cervicales anteriores, exudado faríngeo.
- Amigdalitis en el curso de un brote epidémico de infección por Estreptococo del grupo A.
- FA en pacientes inmunodeprimidos o con antecedentes de fiebre reumática.
- Evidencia de infección por Estreptococo del grupo A confirmada por microbiología.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

- Hipertrofia amigdalina severa que ocasione obstrucción respiratoria alta y que precise tratamiento con corticoides.
- Pacientes con hipertermia, deshidratación y vómitos que no toleren por vía oral líquidos y tratamiento.
- Existencia de complicaciones: absceso periamigdalino y retrofaríngeo.
- Etiología secundaria a una enfermedad grave.
- Sospecha de Difteria o Angina de Lemièrre.
- Angina de Ludwig.

BIBLIOGRAFÍA:

- Palop Larrea V., Matinez Mir I. Tratamiento empirico de las infecciones. En: <http://www.fisterra.com/guias2/empirico.asp#faringo>. Acceso Noviembre 2009.
- Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2002 Jul 15; 35(2): 113-25
- The diagnosis and treatment of acute pharyngitis, July 1999, (Reviewed : Nov 2001), Alberta Clinical Practice Guidelines Program
- Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults. American College of Physicians - Medical Specialty Society. 2001.
- Marcos Fernandez F, Santurino Martín J.A Faringoamigdalitis. En: Manejo de Infecciones en Urgencias. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Edicomplet 2007.
- Álvez González F., Sánchez Lastres J.M. Faringoamigdalitis aguda. Asociación española de pediatría. Protocolos Diagnósticos- Terapéuticos. En: <http://www.aeped.es/protocolos/infectologia/4.pdf> Acceso Noviembre 2009.
- Mensa J, Gatell JM, Azanza JR, Domínguez-Gil A, García JE, Jiménez de Anta MT, Prats G. Guía de terapéutica antimicrobiana 19ª ed. Barcelona. Masson: 2009.