

FARINGOAMIGDALITIS

Inflamación aguda de faringe y amígdalas, puede ser causada por infecciones virales o bacterianas

ETIOLOGÍA

Viral 90% < 3 años

- **Rinovirus**, coronavirus, adenovirus → resfriado común
- Epstein Barr → mononucleosis infecciosa
- Influenza → Gripe
- Coxsackie → en niños



Bacterias 10% 3-14 años

- **Streptococcus pyogenes (grupo A)**
- Arcanobacterium
- Mycoplasma pneumoniae, chlamydia pneumoniae



FACTORES DE RIESGO

- Cambios bruscos de temperatura
- Objetos infectados

DIAGNÓSTICO

- **Síntomas**
 - Dolor de garganta, disfagía, malestar general, posible tos
- **Signos**
 - **Enrojecimiento, hinchazón de las amígdalas**
 - Adenopatías cervicales
 - Placa blanca en amígdalas → proceso bacteriano

CRITERIOS DE CENTOR (FEAA)

Criterio	Puntaje
Fiebre >38°C	1
Ausencia de tos	1
Adneopatías cervicales anteriores	1
Exudado amigdalar	1
Edad	
3 a <15 años	1
15 a 45 años	0
>45 años	-1

Probabilidad de infección bacteriana

0-1 Baja

2-3 MODERADA

4-5 Alta (75% de probabilidad)

"A Partir de 3 iniciar antibiótico"

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- Test rápido para estreptococos 90 %
- Cultivo de garganta en agar sangre (estándar de ORO) 95%
- Detección de anticuerpos específicos para mononucleosis



TRATAMIENTO VIRAL

Sintomático:

- Antipirético (paracetamol e ibuprofeno)
- Líquidos abundantes
- Enjuagues con agua salada y bicarbonato
- Antivirales → en caso de complicaciones severas

TRATAMIENTO BACTERIANO

Tratamiento niños

Primera línea

- **Penicilina G**
 - <27 KG 600,000 UI IM DU
 - > 27 KG 1,200,000 UI IM DU

Alternativa

- **Penicilina procainica + Penicilina benzatínica**
 - <27 KG
 - Procainica 400,000 UI IM c/24 hrs x 3 dosis
 - Benzatinica 600,000 UI IM DU IM (4to día)
 - > 27 KG 1,200,000 UI IM DU
 - Procaínica 800,000 UI IM c/24 hrs x 3 dosis
 - Benzatinica 1,200,000 UI IM DU IM (4to día)

Alergia a penicilina

- Eritromicina 30-40 mg/kg/día VO c/8 hrs x 10 días
- Clindamicina 10-20 mg /kg/ día VO c /6 hrs x 10 días

Falla de tratamiento de erradicación

- Amoxicilina + acido clavulanico 20-40 mg/kg 7 día c/8 hrs x 10 + hrs x 10 días
- Clindamicina 10-20 mg/día c/6 x 10 días

Faringoamigdalitis recurrente

- Clindamicina 20-30 mg/día c/6 + Amoxicilina + acido clavulanico 20-40 mg/kg c/8 hrs x 10
- Penicilina Benzatinica 1,200,000 UI IM DU + Rifampicina 20 mg / kg día 2 dosis x 4 días

Tratamiento > 18 años

Penicilina G compuesta 1,200,00 UI c/12 hrs seguido de 3 dosis de penicilina G procaínica 800,000 UI

Tratamiento erradicador

- 9 día después del tratamiento inicial
 - Penicilina G benzatinica 1200,000 UI C/21 días x 3 meses
- También se puede utilizar tratamiento VO
 1. Amoxicilina con acido clavulanico 500 mg c/8 hrs x 10 días
 2. Cefalosporinas x 10 días
 - a. Cefalexina 750 mg c/12 hrs
 - b. Cefadroxilo 1 gr c/24 hrs
 3. Clindamicina 600 mg/día en 2-4 dosis x 10 días

COMPLICACIONES Y CASOS ESPECIALES

Absceso periamigdalino → requiere drenaje + antibiótico

Fiebre reumática → afectación a válvula cardiaca y afección articular

Glomerulonefritis postestreptocócica → requieren tratamiento específico

AMIGDALECTOMÍA INDICACIONES

Absolutas

- Hipertrofia III o IV
- Amigdalitis recurrente por paradise

Relativas

- Absceso peri amigdalino
- Tumoración amigdalina
- Crisis febril

GRADOS DE HIPERTROFIA AMIGDALINA

0 → No visible

I → < 25%

II → 25-49%

III → 50-74%

IV → > 75%

> 50% = Amigdalectomía

Grado I



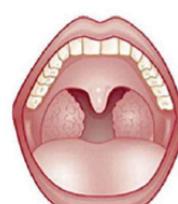
Grado II



Grado III



Grado IV



CRITERIOS PARADISE

Criterio	Definición
Frecuencia de los episodios de faringoamigdalitis	<ul style="list-style-type: none">• ≥7 episodios en un año• ≥5 episodios en cada uno de los últimos 2 años• ≥3 episodios en cada uno de los últimos 3 años
Cada episodio con al menos UNO	<ul style="list-style-type: none">• Temperatura >38.3 °C• Adenopatías cervicales >2 cm o dolorosas• Exudado amigdalario• Cultivo positivo para EBHGA
Tratamiento	Antibiótico adecuado administrado a dosis convencional en los episodios probados o en sospecha de infección por estreptococo.
Confirmación	Confirmación clínica de cada episodio con las características clínicas mencionadas, si no documentado, observación de dos episodios subsecuentes con patrón y frecuencia consistente con la HC inicial.

ABSCESO PROFUNDO DEL CUELLO

Proceso infeccioso que forma colección de material purulento a través de planos profundos del cuello → pueden ser localizados o generar clínica sistémica.

SUPRA HIOIDEOS

- **Absceso retrofaríngeo:** detrás de la faringe → posterior a infecciones de vías respiratorias altas (*niños pequeños*)
- **Absceso parafaríngeo:** Localizado en la base del cráneo al hueso hioideo (*adultos*)
- **Absceso periamigdalino:** Junto a las amígdalas (*adolescentes y adulto*)
- **Absceso submandibular:** Si traspasa la línea media se le conoce como angina de Ludwig → secundario a infección dental
- **Absceso cervical profundo** → dx y tx urgente ya que es potencialmente mortal

ANGINA DE LUDWIG

Debajo de los tejidos del piso de la boca

Empuja la lengua hacia arriba y posterior (común en niños pequeños)

EPIDEMIOLOGÍA

- Relacionado a infección odontológica
- Mala higiene bucal

ETIOLOGÍA

- Infecciones dentales → periodontales
- Infecciones amigdalinas → amigdalitis o absceso periamigdalino
- Infecciones de glándulas salivales → sialadenitis
- Celulitis

FACTORES DE RIESGO

- DM 2
- VIH
- Lupus
- IRC

DIAGNÓSTICO

Clínica

- Tumor, rubor, dolor y calor
- Odinofagía, disfonía
- Fiebre
- Trismo (dificultades para abrir la boca)
- Valorar compromiso de la vía aérea

Imagen:

- RX de cuello
- **TAC (elección)** → determinan número de espacios afectados
- USG de cuello → evalúa extensión del absceso y guía la aspiración
- RMN

Cultivo → Tras drenar el absceso

TRATAMIENTO

Antibiótico de amplio espectro

- **Primer nivel**
 - Penicilina procaínica 800,000 UI c/12 hrs + metronidazol 500 mg c8hrs X 10 días
- **Segundo nivel**
 - Cefalosporina 3ra generación: 1 gr c/8 hrs + metronidazol 500 mg c/8 hrs X 10 días

Otras opciones

- Ampicilina - sulbactam o piperacilina - tazobactam
- Clindamicina en sospecha de anaerobios o alergia a penicilina
- Vancomicina sospecha de staphylococcus aureus

Manejo del dolor escala de la OMS → **AINE**

NO drenaje

- Absceso limitado por imagen
- Sin factores de riesgo o descompensación

Drenaje quirúrgico:

- Drenaje por punción guiado por imagen (un espacio)
- Drenaje abierto (2 o más espacios)

Manejo de vía aérea → intubación en caso de ser necesario

COMPLICACIONES

Inmediatas

- Obstrucción de la vía aérea
- sepsis
- Propagación de la infección

PATOLOGÍA TUMORAL

TUMORACIÓN	Angiofibroma Juvenil	Tumor maligno	Tumor maligno
Localización	Rinofaringe	Rinofaringe	Orofaringe • Lengua 25% • Piso de la boca 15%
Epidemiología	Hombres 18-20 años	Ambos性 Asociado a consumo de nitritos e infección por Virus Epstein Barr	Hombres 55-65 años
Clínica	Epistaxis de repetición Síntomas de obstrucción	Adenopatías 40% Otitis serosa 25% Epistaxis rinolalia 25%	Adenopatías 80% Odinofagía Disfagía
Diagnóstico	Fibroscopia / TAC	Fibroscopia con biopsia / TAC	Fibroscopia con biopsia / TAC /RX tórax
Tratamiento	Quirúrgico previa embolización		T1-2 cirugía o radioterapia > T3 o cualquier N cirugía
Otro		Afecta pares craneales III - VI	Carcinoma epidermoide indiferenciado