

FARINGOAMIGDALITIS

Autora:

Dra. María Alicia Porta M.P.N° 16380/4

Esp. en Pediatría M.E.N° 5743

Esp. en Medicina Legal M.E.N° 7020

Esp. en Neonatología M.E.N° 11370

Esp. en Terapia Intensiva Pediátrica M.E.N° 12381

Esp. en Medicina de Emergencia Pediátrica M.E.N° 14299

DEFINICIÓN:

La faringoamigdalitis es una de las enfermedades comunes en la infancia y motivo de consulta más frecuente para pediatras y médicos de atención primaria. La faringoamigdalitis aguda (FAA) es la inflamación, generalmente de origen infeccioso, de las mucosas de las fauces, espacio anatómico que comprende el paladar blando, istmo de las fauces, las amígdalas palatinas y la pared posterior de la faringe y/o las amígdalas faríngeas. Habitualmente cursa como un proceso febril agudo donde se objetiva la presencia de eritema, edema, exudados, úlceras o vesículas de las mucosas de faringe y las amígdalas.

ETIOLOGÍA:

Infecciosa**a.-Viral:**

La etiología más frecuente de la faringoamigdalitis aguda (FAA) es viral, en un 50-80%, particularmente aquellos patógenos que afectan al aparato respiratorio (adenovirus, virus influenza, virus parainfluenza, rinovirus, virus respiratorio sincicial).

Virus de Epstein Barr: 1-10% (como parte de un cuadro sistémico).

Otros virus: coxsackie, echovirus, herpes simplex tipo 1 y 2, citomegalovirus, rubéola, sarampión, coronavirus, virus de inmunodeficiencia humana.

B.-Bacteriana:

Entre las bacterias, la principal es *Streptococcus pyogenes* o estreptococo beta hemolítico del grupo A (E β hGA) es responsable del 30-40% de las FAA que se observan en niños de 3-13 años, del 5-10% en niños entre los 2 y 3 años y solo el 3-7% en menores de 2 años. Aunque ocurran, las FAA por E β hGA son muy raras en los menores de 18 meses. La transmisión de E β hGA de una persona a otra depende de la forma clínica de la infección. En la Faringitis estreptocócica, el contacto debe ser íntimo y con proyección directa de grandes gotas o secreciones respiratorias. El período de mayor contagiosidad es durante el estadio agudo de la enfermedad. La mayoría son probablemente portadores de E β hGA que padecen una infección vírica del tracto respiratorio superior y no requieren tratamiento antibiótico. Los portadores nasales son más transmisores que los fauciales, pero raramente la portación persiste por semanas o meses.

Streptococcus β hemolíticos de los grupos C y G: < 5-20%.

Otras bacterias: *Chlamydia pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Arcanobacterium haemolyticum*, *Fusobacterium necrophorum*: < 5%.

No infecciosa

PFAPA (sigla en inglés para: síndrome de fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis y adenitis), enfermedad de Kawasaki, exudación post adenoamigdalectomía (exudado fibrinoso/pseudomembranoso), agranulocitosis.

Tonsilolitos (suelen confundirse con exudado).

CUADRO CLÍNICO y DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

En la mayoría de los casos, es difícil diferenciar FAA de etiología vírica o estreptocócica, basándose en la clínica, no obstante, algunas características son orientadoras

La faringitis virales son de comienzo gradual, en todas las edades, suele presentar conjuntivitis, rinorrea, afonía, tos, diarrea, adenopatías generalizadas, exantemas, y/o hepatoesplenomegalia

También se pueden evidenciar, además de eritema e inflamación faringoamigdal, aftas, vesículas o ulceraciones, o exudado de cuantía variable según el tipo de virus responsable. Habitualmente de curación espontánea y no responden a los antibióticos. Pueden sospecharse por el período estacional en que ocurre el episodio, los antecedentes en el grupo familiar o el ámbito escolar, los hallazgos clínicos acompañantes y la producción de situaciones epidémicas.

Las FAA por adenovirus, son más frecuentes en menores de 3 años, presenta fiebre muy elevada, mayor de 39°C, asociada a exudado amigdal en un 50% de los casos y adenopatía cervical anterior, rinorrea, tos y/o conjuntivitis en un 15-25%. Debido a las características clínicas de este tipo de infección viral, capaz de mimetizar una FAA estreptocócica, es muy frecuente que el manejo terapéutico no sea adecuado. El test de detección rápida de adenovirus en exudado nasofaríngeo, en caso de estar disponible, puede ayudar a diferenciar este tipo de FAA y a evitar el uso innecesario de antibióticos.

La mononucleosis infecciosa, más frecuente en adolescentes, cursa con fiebre, faringoamigdalitis congestiva o exadutativa y adenopatías dolorosas latero cervicales. Cuando no se asocian signos como hepatomegalia o esplenomegalia, es frecuente confundir esta entidad con la FAA estreptocócica y es también habitual el uso innecesario de antibióticos. La toma de antibióticos puede desencadenar un exantema maculopapular característico hasta en un 90% de los casos. Para realizar el diagnóstico diferencial es útil la realización de una analítica sanguínea; la hipertransaminemia y la presencia de linfocitos activados son sugerentes de mononucleosis. Se debe confirmar la infección mediante la detección de anticuerpos heterófilos o test de Paul-Bunnell (monotest), más fiable en mayores de 4 años. En niños pequeños con monotest negativo es necesario realizar la serología específica del virus.

El herpes simple tipo 1 se presenta con lesiones vesiculares en paladar blando, mucosa bucal, lengua y piso de la boca, fiebre elevada, halitosis, adenopatías cervicales, babeo y deshidratación secundaria a una insuficiente ingesta.

La herpangina provocada por coxakie virus se presenta con lesiones vesiculares en paladar blando, úvula, amígdalas y pilares anteriores, acompañada de fiebre, odinofagia y dolor abdominal,

Las faringoamigdalitis bacterianas, por estreptococco, es de comienzo brusco, con fiebre alta, malestar general, cefalea, náuseas, vómitos (especialmente en los niños más pequeños), dolor abdominal, odinofagia, eritema o exudados faringoamigdalares, pequeñas pápulas eritematosas en el paladar con centro pálido o lesiones «donuts» (específicas), petequias en el paladar blando (no son específicas porque Rubeola, herpes simple y Epstein Barr también las presentan), úvula roja y edematosa, adenopatías cervicales y submaxilar dolorosas, exantema escarlatiniforme.

Por lo general, la infección es autolimitada aun sin tratamiento antibiótico; la fiebre remite en 3-5 días y el dolor de garganta en una semana, pero persiste el riesgo potencial de que se presenten complicaciones.

Se transmite por vía respiratoria a través de las gotas de saliva expelidas al toser, estornudar o hablar desde personas infectadas. También se han descrito brotes transmitidos por contaminación de los alimentos o el agua.

En las faringitis bacteriana de la segunda infancia, *Streptococcus pyogenes* (E β hGA) es más frecuente que en los niños de menor edad. En menores de 3 años, la FAA por E β hGA se manifiesta diferente, con inflamación faringoamigdal, congestión y secreción nasal mucopurulenta persistente, fiebre (no elevada), adenopatía cervical anterior dolorosa y, a veces, lesiones de tipo impétigo en narinas, que suele ser prolongado en el tiempo y se le conoce con el nombre de estreptococcosis o nasofaringitis estreptocócica, clínicamente difícil e distinguir de las infecciones virales.

En prepúberes y adolescentes, en el curso de la primavera prevalecen los cuadros producidos por el virus de Eibstein Barr; así mismo, aumenta la incidencia de infecciones por *Mycoplasma*

Neumoniae y Chlamydia pneumoniae. En los pacientes con inicio de actividad sexual o en menores con antecedentes de abuso sexual, deben considerarse la posibilidad de faringoamigdalitis por Neisseria gonorrhoeae y T.pallidum.

Difteria: es extremadamente rara en pacientes pediátricos en Argentina, gracias a los programas de vacunación. Presenta membranas grisáceas y gruesas sobre la faringe, difíciles de remover y sangrantes al intentar hacerlo, Se acompaña de obstrucción de la vía aérea superior y cuadro tóxico.

DIAGNÓSTICO:

1.- Examen clínico completo es orientador del agente causal. En la mayoría de los pacientes no es necesario realizar estudios complementarios debido a que la FAA se autolimitan sin consecuencias.

2.- Detección rápida de Ag antiestreptococcico. Especificidad 95 a 99% para S. pyogenes. Alto valor predictivo. Un resultado negativo debe confirmarse con cultivo.

3.-Cultivo de hisopado de Fauces, sensibilidad 90 a 99%. Consiste en un hisopado enérgico de ambas amígdalas y pilares. Como los episodios de faringitis en los primeros tres años de vida son habitualmente de origen viral, no se utiliza de rutina el hisopado de fauces en niños menores de esta edad. Además, ni el test rápido ni el cultivo permiten diferenciar al paciente infectado del portador asintomático. que no hayan recibido tratamiento antibiótico previo.

4.- Títulos de antiestreptolisina (AELO /ASTO) no tienen valor diagnóstico, ya que reflejan infección pasada.

5.-En aquellas FAA de origen bacteriano que no responden al tratamiento antibiótico o presentan complicaciones tales: flemón amigdalino o retrofaríngeo, fascitis necrotizante, linfadenitis cervical o mastoiditis, se debe solicitar: hemograma completo, Eritrosedimentación, Proteína C Reactiva, Hemocultivo y cultivo de material de zona afectada.

TRATAMIENTO

En toda faringoamigdalitis se indicara alivio sintomático para asegurar hidratación y alimentación adecuada.

Ante la sospecha de cuadros de etiología viral se pueden utilizar analgésicos y antitérmicos habituales: *paracetamol* y/o *ibuprofeno*.

Si se tiene la certeza, por la clínica y estudios realizados, que la etiología es bacteriana, se iniciará tratamiento antibiótico, dando prioridad a la vía oral si el paciente tiene buena tolerancia.

Para la faringitis estreptococcica, tratamiento de elección es penicilina

.-*Penicilina V* (fenoximetilpenicilina), VO, 10 días.

Hasta 30 kg: 50.000 U/kg/día con dosis máxima de 1.500.000 U repartidas dos o tres dosis diarias En pacientes mayores de 30kg: 500.000 cada 8 hs o 750000 cada 12 hs VO.

.- *Penicilina G benzatínica*, IM, dosis única, en casos de vómitos o poca adherencia al tratamiento. No se recomienda en menos de 2 años.

Dosis: 600.000 U en pacientes de menos de 27 kg, y 1.200.000U en más de 27 kg.

.-*Amoxicilina* tiene mejor tolerancia la suspensión e igual efectividad que Penicilina V.

Dosis 60 mg/kg/día cada 8 hs durante 10 días.

Pacientes alérgicos a la penicilina:

- *Eritromicina* a 40 mg /kg/día, c/8 hs, x 10 días.

- *Claritromicina* 15 mg/kg /día cada 12 hs por 10 días

- *Azitromicina* 10 mg/kg/día, una vez al día durante 5 días.

Si hay fracaso terapéutico por mal cumplimiento, recaída, complicaciones supurativas, etc, se sugiere indicar Clindamicina, Amoxicilina clavulánico.

-*Clindamicina* a 30 mg/kg/día cada 6 hs, VO o por EV a 40 mg/kg/día cada 8 hs, por 10 días, es también una alternativa para los alérgicos a los betalactámicos y si existe posibilidad de infección por VEB.

-*Amoxicilina clavulánico* 30-40 mg/kg/día en dos dosis por 10 días.

Indicación quirúrgica (amigdalectomía) debe ser prescrita por especialista. Suele indicarse en obstrucción de la vía aérea superior persistente fuera de una cuadro infeccioso o alérgico, apneas obstructivas del sueño, cor pulmonar y absceso periamigdalino.

NIVELES DE ATENCIÓN:

El 95% de los pacientes afectados de faringoamigdalitis pueden ser tratados ambulatorios y no requieren consultas con especialista, ni tampoco derivación a centros de mayor complejidad. Solo el 5% restante, que no han respondido al tratamiento por diferentes razones (poca adherencia, falta de tolerancia, dosis insuficiente, resistencia, recaídas, complicaciones supurativas y no supurativas, etc) deber consultar en el segundo nivel de atención o requieren internación para hacer tratamiento endovenoso.

COMPLICACIONES:

Las *complicaciones supurativas* se presentan en el 1-2% de los episodios de FAA por EβhGA no tratados con antibiótico, o luego de un tratamiento antibiótico inadecuado o no cumplimentado. Ocurren por afectación de las estructuras contiguas o de aquéllas en las que drenan; así, pueden presentarse: celulitis y absceso periamigdalino, absceso retrofaríngeo, otitis media aguda, sinusitis, mastoiditis y adenitis cervical supurativa.

Otras complicaciones supurativas menos frecuentes son: meningitis, absceso cerebral, trombosis de los senos venosos intracraneales, neumonía estreptocócica y focos metastáticos por diseminación hematógena (artritis supurada, osteomielitis, absceso hepático, endocarditis). Es importante señalar que *S. pyogenes* causante de faringitis puede también provocar impétigo, escarlatina, celulitis y neumonía como formas clínicas más frecuentes; también puede producir artritis, enfermedad invasiva con sepsis y shock.

Complicación no supurativas, fiebre reumática aguda y glomerulonefritis postestreptocócica, la artritis reactiva postestreptocócica, el eritema nodoso, la púrpura anafilactoide y el síndrome PANDAS (acrónimo del inglés pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with Streptococcus, [síndrome neuropsiquiátrico autoinmunitario asociado a infección por estreptococo en la edad pediátrica]).

La existencia de un dolor de garganta intenso, de predominio unilateral y que se acompaña de incapacidad para deglutir, debe orientar el diagnóstico hacia una posible complicación supurativa local, especialmente si los síntomas han progresado a lo largo de varios días. En el absceso periamigdalino es típico el desplazamiento de la úvula y de la amígdala afectada hacia la línea media y el trismo de intensidad variable. La infección en estos casos suele ser polimicrobiana, con microorganismos anaerobios como *Prevotella* spp., *Porphyromonas* spp., *Fusobacterium* spp. y *Peptostreptococcus* spp. No es fácil distinguir entre celulitis (o flemón) y absceso ya establecido. El tratamiento antibiótico precoz intravenoso durante la fase inicial de la celulitis puede evitar la necesidad de drenaje quirúrgico, que es, en cualquier caso, el tratamiento de elección en el absceso ya formado.

CONTROL Y SEGUIMIENTO:

El control y seguimiento clínico del paciente ambulatorio deberá realizarse a las 72 hs, del comienzo del tratamiento, en el primer nivel de atención. Si por la evaluación se confirma etiología viral se limitará el tratamiento antibacteriano. Si la etiología es bacteriana, se comprueba tolerancia, corrobora dosis y duración de tratamiento. Si el tratamiento se hizo con

macrólidos se debe estar alerta y hacer control por la posibilidad de recaídas en las siguientes semanas.

RIESGOS DE IATROGENIA

Para minimizar los riesgos de iatrogenia se sugiere:

- No realizar estudio para búsqueda de S β hGA en niños con características clínicas y epidemiológicas de faringitis aguda que sugieran fuertemente etiología viral (tos, coriza, disfonía, úlceras orales).

- Evitar el sobrediagnóstico de FAA estreptococcica, con la consiguiente prescripción innecesaria de antibiótico.,

- Los test diagnósticos para S β hGA no están recomendados en niños bajo 3 años de edad, debido a la baja incidencia de FAA, presentación clásica infrecuente y la inusual ocurrencia de enfermedad reumática. Considere realizar test diagnósticos en este grupo etario si existen factores de riesgo, como hermanos mayores con infección por S β hGA.

- El cultivo requiere buena técnica de extracción del material (frote enérgico de ambas amígdalas y pilares), ya que es la causa más frecuente de fracaso de la recuperación de E β hGA o hisopado deficiente (muestra escasa)

- No se recomienda realizar test rápido ni cultivo, ni tampoco iniciar una profilaxis antiestreptocócica en contactos intradomiciliarios asintomáticos.

- No repetir un test rápido ni el cultivo para el seguimiento post-tratamiento de una FAE.

- Realizar el diagnóstico de FAA por Streptococo Bh GA oportunamente para poder instaurar el tratamiento en forma temprana y así evitar las complicaciones no supurativas Fiebre reumática y glomerulonefritis aguda

- Es adecuado suspender la medicación antibiótica si la evolución demostró ser de origen viral.

- Advertir y prevenir los potenciales efectos adversos de la antibioterapia. Hipersensibilidad, resistencia, idiosincrasia).

BIBLIOGRAFÍA

- .- Briones Rezabala, A. D., & García Baque, A. N. (2023). Prevalencia de faringitis aguda asociada a factores ambientales en poblaciones latinoamericanas (Bachelor's thesis, Jipijapa-Unesum).

- .-Couloigner, V. (2022). Las faringoamigdalitis y sus complicaciones. EMC-Otorrinolaringología, 51(1), 1-14.

- .- De Salut, D. (2022). Antibiotics in faringoamigdalitis in infants.

- .-Fornes Vivas, R., Robledo Díaz, L., Carvajal Roca, E., Navarro Juanes, A., & Pérez Feito, C. (2020). Utilidad de los criterios clínicos para el adecuado diagnóstico de la faringoamigdalitis en la urgencia pediátrica. Revista Española de Salud Pública, 93, e201911061. ¿??

- .-Pavez, D., Pérez, R., Cofré, J., & Rodríguez, J. (2019). Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento etiológico de la faringoamigdalitis aguda estreptocócica en pediatría. Revista chilena de infectología, 36(1), 69-77.

- .-Pérez, R. P., González, F. Á., Baquero-Artigao, F., Cañete, M. C., i Bru, J. D. L. F., Landaluce, A. F., ... & Fernández, J. S. (2020, September). Actualización del documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. In Anales de Pediatría (Vol. 93, No. 3, pp. 206-e1). Elsevier Doyma.

.-Pérez, R. P., Bandera, F. H., González, F. A., Landaluce, A. F., Rico, J. C. S., Cánovas, C. P., ... & Ortega, M. J. C. (2021). Extracto del documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica, 34(2), 62-72.