



### Introducción

La faringoamigdalitis aguda (FA) es una de las enfermedades más frecuentes, así como una de las primeras que el pediatra, clínico u otro especialista busca en un enfermo. En función de la prevalencia del agente causal, los antecedentes epidemiológicos y el cuadro clínico, la FA sobre la base del grupo etario (pacientes hasta 3 años, de entre 4 y 12 años o de mayor edad).

### Pacientes Menores de 3 Años

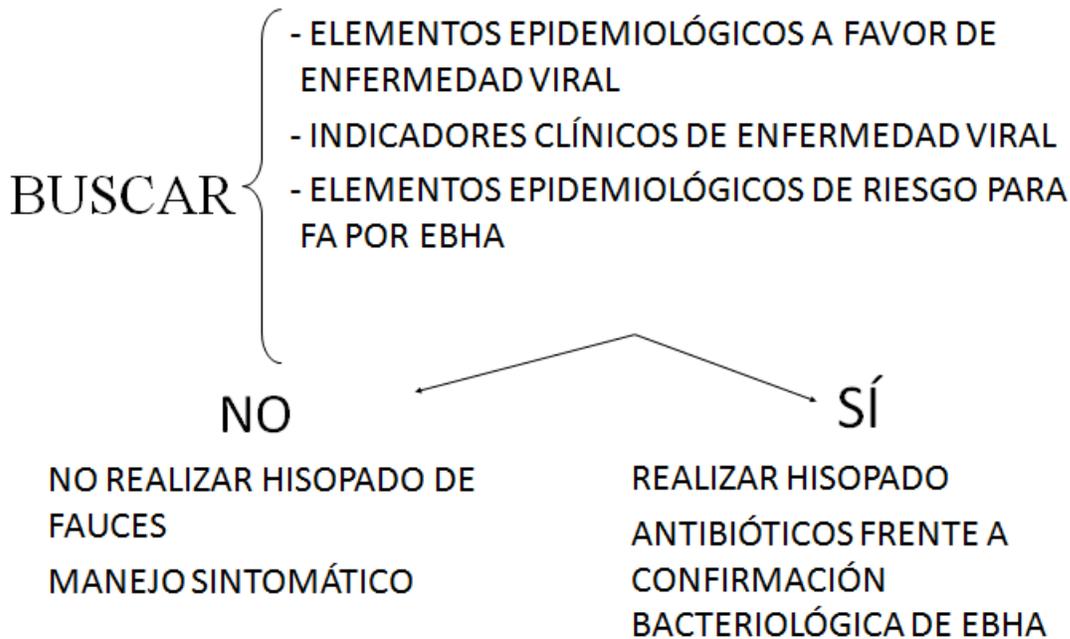
La FA en estos niños se caracteriza por ser una entidad de etiología esencialmente viral, con sólo un reducido número de casos atribuido al estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHA). Este microorganismo tiene en su superficie microvellosidades (fimbrias), compuestas básicamente por ácido lipoteicoico (ALT). Estas fimbrias se adhieren a la superficie de la mucosa, específicamente a la fibronectina, la cual falta o es deficiente antes de los 3 años de edad. Por consiguiente, la prevalencia de EBHA como agente productor de FA en este grupo etario es muy baja; sin embargo, debe jerarquizarse en aquellos niños con:

- Hermanos mayores con FA
- Permanencia durante mucho tiempo en guarderías con niños de distintas edades
- Convivencia con personas con FA recurrentes

En los 3 primeros años, los niños tienen una alta incidencia de patologías virales, que pueden asociarse en forma directa o indirecta con inflamación faríngea. Estos procesos víricos se vinculan con:

- Fiebre ausente o muy alta
- Conjuntivitis
- Disfonía y tos
- Coriza
- Estomatitis anterior o lesiones ulcerativas discretas
- Exantema viral
- Diarrea

Copia N°:	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<i>Revisó</i>	<i>Aprobó</i>
<i>Nombre</i>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Inés Morend
<i>Firma</i>		
<i>Fecha</i>	22/05	06/06



**Pacientes de 4 a 12 Años**

En este grupo etario, es apropiado reconocer a EBHA como agente prevalente, si bien la FA puede estar producida en un número relevante de casos por el virus de Epstein Barr (VEB). El EBHA causa el 15% a 30% de las FA en pacientes pediátricos y el 5% a 10% en los adultos.

Presentación clásica	Otras presentaciones
Prevalencia en primavera	Adenopatías generalizadas
Inicio con dolor abdominal	Fiebre persistente
Adenopatías cervicales	Alteraciones hematológicas
<i>Rash</i> escarlatiniforme	<i>Rash</i> inespecífico

Los signos y síntomas de una FA viral o bacteriana son semejantes, por lo que, a menos que el médico esté capacitado con seguridad para un diagnóstico sobre bases clínicas o epidemiológicas, se debe recurrir a las pruebas de laboratorio.



FA por EBHA

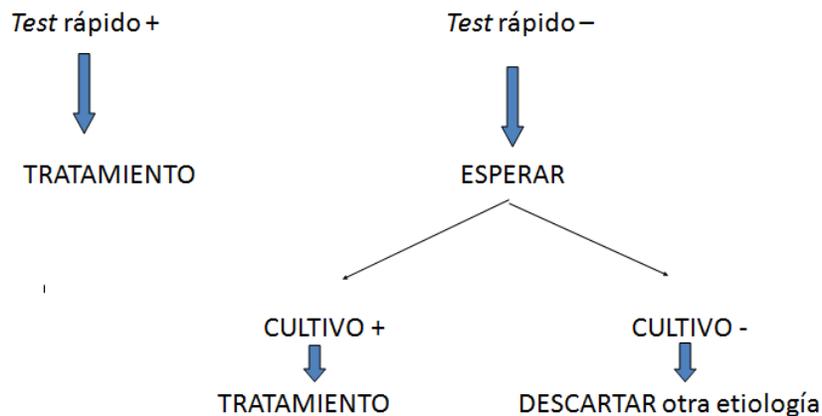


FA por VEB

El requerimiento de estudio bacteriológico en los cuadros de afectación faríngea en niños de esta edad se fundamenta en la necesidad de:

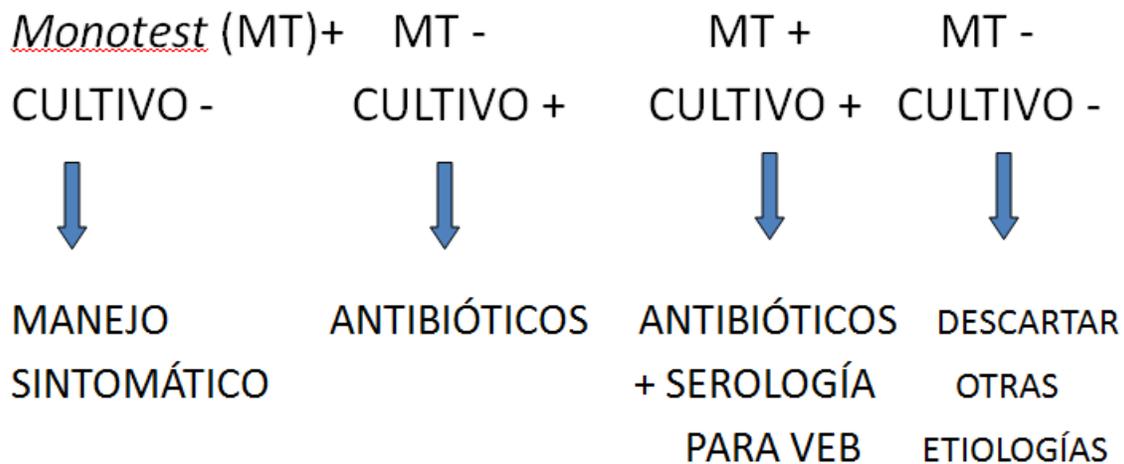
- Optimizar el diagnóstico
- Identificar al paciente con riesgo de complicaciones
- Tener reconocido al enfermo con comportamiento recurrente
- Identificar al portador en situaciones de riesgo epidemiológico

## HISOPADO DE FAUCES



## HISOPADO DE FAUCES

### ANTE SOSPECHA DE MONONUCLEOSIS



### FA en Mayores de 12 Años y Adultos

Se postula la importancia de la búsqueda de elementos epidemiológicos reconocidos como conductas de riesgo U orientadores de enfermedad sistémica.



El mayor inconveniente que se presenta en adolescentes con FA por EBHA es la falta de cumplimiento del tratamiento antibiótico, con mayor porcentaje de complicaciones supurativas y no supurativas. Por otra parte, el riesgo de FA por EBHA en adultos aumenta en caso de hijos en edad escolar u ocupación laboral que los mantenga en contacto cerrado con niños. Se reconoce que el riesgo de un primer ataque de fiebre reumática o carditis reumática aguda es extremadamente bajo en adultos, aun cuando hayan tenido un episodio no diagnosticado o no tratado de FA estreptocócica.

### **FA por VEB**

El VEB tiene como células blanco a los linfocitos B y las células epiteliales de la nasofaringe. La incidencia anual de enfermedad clínica en adolescentes es de 5.46%. Se advierte que el diagnóstico diferencial con EBHA sólo a partir de la signosintomatología es muy dificultoso; se describe FA en el 69% a 91% de los casos, linfadenopatías generalizadas en el 94% a 100% de los enfermos y esplenomegalia en el 50% a 63%.

### **Pruebas Serológicas**

- 1) Pruebas inespecíficas para anticuerpos heterófilos (Paull-Bunell)
  - Positiva en la 1ra semana: 50%
  - Positiva en la 3ra semana: 90%.
- 2) Pruebas de anticuerpos específicos contra VEB
  - IgM e IgG anti-VCA
  - anti-EA
  - anti-EBNA (convalecencia)

### **FA Crónica**

Se caracteriza por criptitis (dilatación de las criptas con acumulación de detritus celular y restos alimenticios, con halitosis marcada). Pueden presentarse episodios agudos con dolor y febrícula y se describe adenopatía subangulomaxilar constante. Se trata de una indicación de amigdalectomía.

La presencia de lesiones ulceradas motiva la sospecha de:

- Asociación fusoespirilar
- Infección por *Treponema pallidum*
- Infección por gonococo
- Tuberculosis de la vía aérea superior
- VIH
- Micosis endémicas

### Angina de Plaut-Vincent

- Asociación fusoespirilar
- Lesión ulcero-necrótica localizada en una amígdala
- Gingivostomatitis ulceromembranosa
- Mal estado dentario e higiene deficitaria
- Enfermedad no contagiosa

### FA de la Sífilis

- Causada por *Treponema pallidum*
- La mayoría de los casos ocurren entre los 15 y 30 años
- Lesiones erosivas en labios, otras estructuras de las fauces y amígdalas
- Lesiones indoloras que sangran con facilidad, asociada con linfadenopatía regional
- Sobreinfección secundaria frecuente

El diagnóstico se fundamenta en el prolijo interrogatorio, la evaluación microbiológica adecuada, las pruebas serológicas pertinentes y el examen físico completo.

### FA Tuberculosa

- Incidencia creciente en relación con la infección por VIH
- Coexistencia de afectación faríngea y enfermedad pulmonar activa
- Aparición de úlceras dolorosas en epiglotis, faringe y amígdalas; es la expresión clínica más común de la afectación de la vía aérea superior
- Síntomas: tos, disfonía, hemoptisis

### Hipertrofia Amigdalina Unilateral

- Agrandamiento progresivo
- Generalmente se asocia con disfagia y ronquido, sin otros síntomas sistémicos
- Laboratorio no distingue infección de linfoma.
- No implica indicación de amigdalectomía

### **Linfomas de Amígdala**

Los linfomas no Hodgkin del anillo de Waldeyer se originan en linfocitos B. Se caracterizan por agrandamiento unilateral rápido, en relación con síntomas sistémicos (sudor nocturno, fiebre, escalofríos) y locales (disfagia, ronquidos, linfadenopatía cervical). Se suele señalar historia de inmunodepresión. La presencia de adenopatías hiliares pulmonares en la radiografía de tórax permite sospechar la enfermedad.



### **FA en el Paciente VIH Positivo**

En el contexto de la infección inicial, se describe FA en el 50% a 75% de los pacientes, con un cuadro similar a la mononucleosis infecciosa, que se resuelve espontáneamente y no es jerarquizado por el enfermo. La afectación faucial es de más corta duración y de menos relevancia. Se considera fundamental el diagnóstico en el marco de las primeras manifestaciones; el carácter recidivante o persistente permite sospechar la enfermedad. Se destaca que las adenopatías perduran por más tiempo, mientras que la presencia de ulceraciones motiva la sospecha de herpes o candidiasis. Otra causa de sospecha de VIH es la hiperplasia linfoidea del anillo linfático de Waldeyer en individuos anteriormente normales.

### Hisopado de Fauces

#### Técnica

- Es necesario utilizar hisopo estéril que debe ser pasado por la superficie de ambas amígdalas y los pilares del velo del paladar
- La muestra insuficiente puede alterar el resultado final
- El hisopo puede mantenerse en un tubo seco y estéril hasta 24 h

#### Informe

- Si se identificó el germen: presencia de EBHA
- Si existe ausencia: flora habitual
- No colocar cruces en el informe como expresión de cuantificación del estreptococo
- No colocar el nombre de otros agentes bacterianos

Prueba Rápida para Detección de EBHA	
<i>Ventajas</i>	<i>Desventajas</i>
Resultado en no más de 20 minutos	Necesidad de corroboración con cultivo
Fácil realización	
Elevada especificidad	Costo
Racionalización del uso de antibióticos	

El cultivo permite suponer hasta un 5% de falsos positivos. Su resultado no debería demorar más de 48 h.

#### Recomendaciones

- Un *test* rápido positivo o un resultado positivo de un cultivo proveen generalmente una adecuada confirmación de la presencia de EBHA en la faringe
- En niños y adolescentes y adultos un *test* rápido negativo debería confirmarse con el resultado de un cultivo en la mayor parte de los casos.
- Debido a la baja incidencia de infecciones estreptocócicas y bajo riesgo de fiebre reumática, un *test* rápido negativo en un adulto no debería ser confirmado con cultivo
- El seguimiento de un paciente asintomático que ha recibido un curso completo de antibióticos no debe ser hecho mediante repetición de cultivos
- Las situaciones especiales en las que las personas asintomáticas deberían seguirse con cultivos incluyen:
  - Historia de fiebre reumática
  - Pacientes que desarrollan FA aguda durante el brote de una fiebre reumática
  - Brote epidémico de FA por EBHA en comunidades cerradas o parcialmente cerradas
  - FA por EBHA en *ping-pong* dentro de una familia

- El dosaje de antiestreptolisina O (ASTO) sólo indica contacto con el ENHA en algún momento; por lo tanto, su incremento no justifica el tratamiento antibiótico ni implica la presencia de fiebre reumática

### **Portadores**

Aproximadamente el 25% de los convivientes asintomáticos en la casa de cada paciente son portadores de EBHA en la vía respiratoria superior. No es necesario ni testearlos ni tratarlos en caso de que tengan resultado positivo, excepto en circunstancias especiales.

En la práctica clínica, la identificación de portadores de ENHA es dificultosa. Un *test* rápido o un cultivo positivo por sí solos no pueden distinguir entre pacientes reales con FA por EBHA y portadores con faringitis virales. En invierno y primavera, más del 20% de los niños asintomáticos en edad escolar, en climas templados, pueden ser portadores de EBHA.

### **Conducta ante Identificación de Portadores**

- Evitar tratamientos si no existe necesidad real de instaurarlos
- Estudiarlo y tratarlo en cada episodio de FA especialmente cuando:
  - Convive con un paciente con comportamiento recurrente
  - Convive con un enfermo que ha padecido fiebre reumática
  - El mismo paciente ha sufrido fiebre reumática

### **Tratamiento de la FA por EBHA**

Se advierte que la FA por EBHA es una enfermedad autolimitada, con fiebre y síntomas generales que desaparecen espontáneamente dentro de los 3 ó 4 días de iniciada, aun sin terapia antibiótica. El tratamiento puede ser pospuesto con seguridad hasta 9 días después del inicio de los síntomas, sin riesgo de ocurrencia de la mayor secuela no supurativa (fiebre reumática aguda).

La penicilina sigue siendo el tratamiento electivo para la FA debido a que:

- no hay demostración de resistencia de EBHA al fármaco
- la tolerancia observada *in vitro* tiene un significado incierto *in vivo*

Asimismo, su espectro dirigido produce escasa alteración del resto de la flora de la cavidad oral. La penicilina tiene muy baja toxicidad, su costo es reducido y su eficacia clínica no ha sido superada por los antibióticos más modernos. Las desventajas de la penicilina incluyen la necesidad de una terapia por 10 días y la administración lejos de los alimentos.

### **Dosis Recomendadas de Penicilina**

- en menores de 30 kg: 5 mil U/kg cada 12 h
- en mayores de 30 kg: 1 millón de U cada 12 h

### **Motivos de Falla Terapéutica**

- Inadecuado cumplimiento en la toma de la medicación
- Alteración de la flora bacteriana normal (estreptococo alfa hemolítico)
- Uso inadecuado de antibióticos, falla en la dosificación o el tiempo de tratamiento
- Microflora productora de betalactamasas (copatogenicidad)
- Readquisición por contactos cerrados
- Estado de portador, sin enfermedad

### **Recursos para Optimizar el Enfoque**

- Procurar documentar los episodios con el fin de evitar el sobreuso de antibióticos
- Suspender el suministro de antibióticos a pacientes con hisopado de fauces negativo
- Usar penicilina 2 veces por día para mejorar la aceptación del tratamiento, que debe mantenerse por 10 días para reducir el riesgo de recurrencias
- No efectuar hisopados de fauces posteriores al tratamiento
- No utilizar profilaxis antibiótica para prevenir episodios recurrentes

### **Recurrencias**

- Presencia de episodios con elementos clínicos compatibles con FA por *S. pyogenes* en un número igual o mayor a 3 episodios en 6 meses
- Reiteración de los episodios de FA durante el otoño y la primavera
- Franca mejoría clínica con la instauración del tratamiento con penicilina
- Ausencia de identificación de *S. pyogenes* en el hisopado de fauces en los períodos de tiempo libres de enfermedad
- Identificación de distintos serotipos de *S. pyogenes* en los episodios de enfermedad

### **Retratamiento de Sujetos Sintomáticos con Múltiples Episodios con Cultivo Positivo**

- Clindamicina: niños 20 a 30 mg/kg/día x 10 días; adultos 2 a 4 dosis diarias de 600 mg x 10 días
- Amoxicilina + inhibidores de betalactamasas: 40 mg/kg/día (2 dosis diarias) x 10 días.
- Parenteral: penicilina benzatínica

### **Bibliografía**

1. Otorrinolaringología y afecciones conexas, Vicente Diamante, 3° ed. El Ateneo, Bs. As; 2004