

Secretaría de Salud de Tlaxcala
Dirección de Servicios de Salud
Jefatura de Epidemiología

Volumen 1, nº 2

2016



Boletín Epidemiológico
Faringitis y Amigdalitis,
Tlaxcala

La faringitis es un proceso inflamatorio causado por diferentes microorganismos de observación frecuente en la edad pediátrica, que involucra las membranas adyacentes de la faringe en forma aguda o crónica; en el 50 a 60 % de los casos puede identificarse el agente causal. En la mayoría, la etiología es viral. Debería reservarse el término “faringitis” en sentido estricto a la infección primaria viral o bacteriana, circunscrita a la faringe, y no a la hiperemia faríngea que se produce en el transcurso de un cuadro catarral vírico de vías altas (rinofaringitis aguda).

SALUD PÚBLICA: Afecta fundamentalmente a niños en edad escolar, 5-10 años. Es más prevalente en climas fríos o templados y en los periodos de invierno y primavera. La transmisión es por contacto estrecho persona-persona a través de las secreciones. Del 65 al 80% de las FA agudas tienen una etiología viral, y ocurre como parte de un catarro de la vía aérea superior que afecta, por lo general, a niños menores de 3 años.



PATOGENIA: En la mayoría de los casos, el contagio se produce por contacto directo a través de la inoculación de gotas o transmisión física de secreciones respiratorias infectadas. Los posibles agentes causales de faringitis son múltiples y los podemos diferenciar en:

A) VIRALES: Inespecífica suele tener un inicio gradual, con fiebre moderada, faringodinia, tos irritativa de intensidad variable, poca afección del estado general, hiperemia variable, el cuadro suele resolverse en 3-6 días. A veces puede ser sugestivo de infección específica: los rino, corona, adeno y virus sincicial respiratorio (VSR) son los más frecuentemente asociados a cuadros de resfrío común, con malestar general, cefaleas, mialgias y conjuntivitis; los virus coxsackie y echovirus son los causales de la herpangina, caracterizada por la presencia de pequeñas vesículas (1-2 mm) sobre el paladar blando, la úvula y los pilares amigdalinos anteriores, y acompañada de un síndrome febril con odinofagia intensa, por lo general, en niños de corta edad. Puede asociarse a lesiones vesiculares con localización en manos y pies del tipo del denominado síndrome mano-pie-boca. La infección por Herpes simple tipos 1-2 presenta lesiones vesiculosos o ulcerosas en paladar, configurando una gingivostomatitis, adenopatía regional dolorosa y fiebre. En los pacientes con trastornos inmunológicos se puede observar como enfermedad mucocutánea crónica. El VEB, causante de la mononucleosis infecciosa, cursa en la mitad de los casos con una faringitis exudativa acompañada de fiebre, decaimiento, cefalea, poliadenopatías no dolorosas y esplenomegalia que nos hace presumir el diagnóstico. La faringitis puede ser un elemento característico de una primoinfección por el VIH; suele estar acompañada de linfadenopatías, a veces de ulceraciones en las mucosas y síntomas generales como fiebre mialgias, artralgias e hipersomnia.

B) BACTERIANAS: La presencia de rinorrea, tos, ronquera, diarrea, conjuntivitis o la edad inferior a 3 años hacen poco probable la etiología bacteriana. La difteria es una enfermedad infrecuente en esta época, dada la efectividad de la vacuna existente y la elevada cobertura lograda en la población. De todas maneras, hay que pensar en esta etiología ante la aparición de una faringitis membranosa de color blanquecino claro a oscuro firmemente adherida a la mucosa amigdalina y faríngea, acompañada de un cuadro tóxico-infeccioso en un paciente con un esquema incompleto de vacunación. La faringitis aguda por *Neisseria gonorrhoeae* ha aumentado en años recientes; en la mayoría de los casos, la infección es asintomática y afecta a la población sexualmente activa. Cuando se aísla este germen en menores de edad, hay que pensar en la posibilidad de abuso sexual. En adolescentes, debemos investigar otras enfermedades de transmisión sexual.

Las cepas de estreptococos de los grupos C y G tienen un comportamiento similar a los del grupo A y se asocian fundamentalmente a brotes epidémicos de origen alimentario común (los huevos hervidos fríos están reconocidos como un vehículo importante). En la faringitis por anaerobios, el compromiso por flora mixta (anaerobios y espiroquetas) es poco frecuente y suele producir un exudado purulento con aliento fétido. En la forma invasiva periamigdalina puede haber compromiso vascular (tromboflebitis séptica de la vena yugular); afecta con mayor frecuencia a los adolescentes o adultos jóvenes.

Dentro de las infecciones bacterianas, la más frecuente (15-25%) corresponde al ESTREPTOCOCO B HEMOLÍTICO DEL GRUPO A (EBHGA) o *Streptococcus pyogenes*: Se lo puede aislar durante todo el año aunque presenta 2 brotes anuales en otoño y primavera.

La faringitis es de aparición aguda; afecta mayormente a los niños entre los 5 a 15 años, cursa con fiebre elevada ($>39^{\circ}\text{C}$), odinofagia (intensa), dolor abdominal (por adenitis mesentérica) con náuseas y vómitos, adenopatías cervicales y un exudado que cubre la faringe posterior y el área amigdalina con edema de úvula, a veces pronunciado, exantema escarlatiniforme o ambiente epidemiológico positivo. La infección con cepas capaces de producir toxina eritrogénica provoca erupción eritematosa característica de la piel denominada escarlatina. Esta misma toxina en huéspedes comprometidos por otras infecciones, como varicela, puede producir el grave cuadro del shock tóxico estreptocócico, con un riesgo de mortalidad del 50 %. Se puede presentar frecuentemente impétigo, celulitis.

Menos frecuentes son neumonía, osteomielitis, meningitis, fascitis necrotizante, las complicaciones supurativas: adenoflemón, adenitis supurada, absceso retrofaringeo, mastoiditis, mediastinitis. Las complicaciones no supurativas: fiebre reumática (FR), el riesgo de desarrollar durante una epidemia de EBHA en pacientes no tratados es aproximadamente del 3%, la artritis posestreptocócica (pacientes con artritis y evidencia de infección estreptocócica que no cumplen con los criterios para FR) y la glomerulonefritis aguda posestreptocócica (GNA) está más relacionada a cepas nefritógenas, asociadas con mayor frecuencia a infecciones de piel.

DIAGNÓSTICO: En la mayoría de los casos no es posible realizar un diagnóstico etiológico solamente sobre la base de datos clínicos, el examen físico de las estructuras faríngeas debe ser minucioso, buscando elementos clínicos que puedan ayudar al diagnóstico.

El cultivo de fauces en placas de agar sangre es el paso diagnóstico definitivo (gold estándar), debe tomarse la muestra de faringe y amígdalas y, si no puede sembrarse inmediatamente, puede quedar el hisopo seco en un tubo estéril a temperatura ambiente por 24 horas hasta su siembra en los medios correspondientes. La sensibilidad de los cultivos oscila entre el 73 al 100%. Es conveniente examinar los cultivos hasta las 48 horas posteriores a su siembra para poder determinar su verdadera negatividad.



Actualmente, los métodos rápidos de detección de antígeno estreptocócico son un adelanto en el diagnóstico de faringitis. Las pruebas que emplean el sistema de aglutinación de látex son muy específicas (95-97%) y moderadamente sensibles (75 al 90%) en comparación con el cultivo de fauces, y se requiere de una técnica relativamente sencilla, de bajo costo y de información rápida. Las pruebas de inmunoensayo enzimático de fase sólida, inmunoensayo óptico y sondas de DNA dan resultados similares aunque requieren de un laboratorio especializado y son más costosas.

La faringitis estreptocócica es rara antes de los 3 años y excepcional antes del año. Sin embargo hay que recordar que niños que asisten a guardería pueden presentar a partir de los 18 meses, especialmente en brotes epidémicos. Se ha demostrado que el uso de los métodos rápidos en áreas de emergencia ha logrado una reducción significativa en la prescripción de antibióticos en faringitis del 70% y en un 93% en aquéllos con cultivos negativos. A veces es necesaria la realización de otros análisis para confirmar el diagnóstico etiológico: cultivos especiales cuando se piensa en gonococo (medios de Thayer-Martin), difteria (medio de Loeffler), tinciones especiales cuando se piensa en espiroquetas o fuso-bacterias, realización de hemocultivos ante cuadros severos de sepsis, pruebas serológicas específicas ante la sospecha de EBV, CMV, VIH, búsqueda de antígenos, PCR, cuerpos de inclusión o en cultivo de células.

Tratamiento

FA viral: Sintomático con paracetamol o naproxen de 3 a 5 días. Ante la enfermedad herpética en el paciente inmunosuprimido, se puede realizar un tratamiento por vía oral con aciclovir a 200 mg, en 5 tomas por día, por 7 días. El mismo planteo se puede aplicar para la Influenza A con el uso de Amantadina 6 mg/kg /día por vía oral, o inhibidores de la neuraminidasa. Faringitis por EBHA: Antibiótico de elección sigue siendo la penicilina V (fenoximetilpenicilina potásica) VO por 10 días <12 años: 250mg c/12 hrs, >12 años: 500mg c/12 hrs. Penicilina G benzatina IM profunda <12 años 600000U, >12 años 1200000 U (hasta 27 kg de peso se indican 600.000 U; más de 27 kg se indican 1.200.000 u. Es muy importante que su aplicación sea realizada por personal idóneo y en niños mayores de 2 años). Amoxicilina VO por 10 días 40-50 mg/kg/día c/12 o 24 hrs (máximo 500mgs c/12hrs). Ninguno erradica el 100% de los casos de faringitis por EBHA. No deberemos indicar antibióticos sin confirmar el diagnóstico. Si por alguna razón se inicia el tratamiento hasta tener confirmación de los cultivos, debemos suspenderlo si fueran negativos. En pacientes alérgicos a penicilina, el estolato de eritromicina a una dosis de 40 mg/kg/día, en 3 ó 4 dosis diarias, cefadroxilo 30 mg/kg/día c/12 hrs por 10 días. Azitromicina 10mg/kg/día por 5 días p 20 mg/kg/día por 3 días (máximo 500mgs dosis). Resistencia a macrólidos clindamicina 20 mg/kg/día c/12 hrs por 10 días. En la actualidad, sólo azitromicina, cefadroxilo, cexima y cefdinir está aprobada por la FDA como tratamiento una vez al día para faringitis por Streptococcus en niños. Los episodios causados por Streptococcus beta hemolítico de los grupos C y G requieren del mismo tratamiento antibiótico. Los relacionados con el Arcanobacterium haemolyticum se pueden tratar con penicilina o macrólidos. Con respecto a este grupo de pacientes portadores de EBHA asintomático no existe riesgo de complicaciones (FR o GNA) y no se requiere tratamiento. No hay urgencia en iniciar un tratamiento antibiótico ante un caso de faringitis con sospecha de ser por EBHGA, dado puede demorarse hasta 9 días de comenzado los síntomas, para evitar la complicación no supurativa del Streptococcus pyogenes. En las faringitis por anaerobios, la droga de elección es la penicilina y puede ser administrada por vía endovenosa u oral de acuerdo a las circunstancias y necesidades del paciente; otros esquemas pueden ser propuestos, como clindamicina, ampicilina-sulbactam. Puede ser necesario que paciente requiera un tratamiento quirúrgico combinado, por ejemplo, de un absceso periamigdalino. La difteria y el gonococo tienen tratamiento específico. En la primera deberá indicarse antitoxina diftérica y el antibiótico correspondiente. El tratamiento quirúrgico (amigdalectomía) es una indicación excepcional y se puede plantear ante la obstrucción de la vía aérea, absceso periamigdalino (por su alta recurrencia 20%) y discutido en FR y amigdalitis crónica. De realizarse extirpación de la amígdala, es importante su envío para completar el estudio anatomopatológico a fin de poder descartar otras etiología.

SALUD DE TLAXCALA

CALLE IGNACIO PICAZO NORTE No. 25
COL. CENTRO
SANTA ANA CHIAUTEMPAN, TLAXCALA
C.P. 90800

JEFATURA DE EPIDEMIOLOGÍA

TELEFONOS:
246 46 2 10 60
Ext: 8072 y 80 76
Directo: 246 46 2 53 23