

PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

Faringo-amigdalitis

J. SÁNCHEZ MARTÍN

Se trata de un proceso altamente frecuente, de forma que casi todos los niños en edad escolar consultan alguna vez por este tipo de patología. Esta elevada incidencia, la importante repercusión en la escolarización del niño y la aparición de nuevos criterios y métodos de diagnóstico precoz, confieren actualidad a este tipo de entidades.

Hoy en día el mayor problema está en distinguir entre los niños que precisan o no tratamiento antibiótico; aunque el diagnóstico de la infección estreptocócica radica básicamente en el hallazgo del germen o de sus componentes antigénicos, resulta indispensable un profundo conocimiento clínico-epidemiológico para seleccionar los pacientes que requieren cultivo faríngeo para descartar una etiología bacteriana o vírica.

Desde el punto de vista didáctico es clásico distinguir dos grupos de faringo-amigdalitis: 1.º *Faringo-amigdalitis aguda catarral inespecífica*, la mayoría de las veces de origen viral; 2.º *Faringo-amigdalitis específica*, debida a un agente patógeno determinado y con su aspecto clínico particular; como la forma diftérica o la angina de Vincent (Tabla I).

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

FARINGO-AMIGDALITIS ERITEMATOSAS

La etiología más común son los virus, de ahí su nombre de eritematosa-vírica;

pero también pueden presentar este aspecto en el comienzo de las bacterianas.

— Signos objetivos: Enrojecimiento difuso de la orofaringe, amígdalas, pilares y velo del paladar.

Tumefacción amigdalar discreta.

Exudado sólo en fase avanzada y en determinados virus.

Infarto ganglionar moderado.

— Signos subjetivos: Dolor faríngeo moderado, odinofagia.

— Signos generales: Fiebre, escalofríos, astenia, tos, disfonía, rinitis, conjuntivitis.

— Signos epidemiológicos: Presentación epidémica, estación invernal, incubación corta de 3 días.

— Signos hematológicos: Recuento leucocitario normal o leucopenia, mononucleosis.

FARINGO-AMIGDALITIS PULTACEA O FOLICULAR

La etiología bacteriana es la más frecuente, siendo típica la amigdalitis estreptocócica, aunque también la producen otros gérmenes, e incluso los virus en estadios avanzados, pueden producir esta apariencia clínica.

La *amígdala estreptocócica*, como prototipo de esta forma presenta los siguientes caracteres clínicos:

TABLA I. CLASIFICACIÓN CLÍNICO-ETIOLÓGICA

I. FARINGO-AMIGDALITIS INESPECÍFICA, CATARRAL O COMÚN

a) Faringo-amigdalitis ERITEMATOSA, ROJA o VÍRICA

- Adenovirus
- Para influenza
- Coxackie
- E. Barr
- Echo y Citomegalovirus

b) Faringo-amigdalitis FOLICULAR o PULTACEA, BACTERIANA

- Estreptococo A
- Estreptococos no A
- Corynebacterie
- H. Influenzae
- Neisseria (meningitidis, Gonorrhoeae)
- Mycoplasma y Toxoplasma

II. FARINGO-AMIGDALITIS ESPECÍFICAS

a) Pseudomembranosa o DIFTÉRICA

b) Ulcerosas:

- Con ÚLCERA REVESTIDA (Herpética, Zosteriana, Aftosa)
- Con ÚLCERA NECRÓTICA (De P. VINCENT, GANGRENOSA, HEMATOLÓGICA)

III. FARINGO-AMIGDALITIS EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Sarampión. Escarlatina, otras.

— Epidemiología: Edad entre 5 y 10 años. Estación invernal.

— Signos objetivos: Exudado blanquecino en forma de punteado que tiende a confluir en grandes placas o caseum, que rellena criptas, a veces con aspecto serosanguinolento. Adenopatía sensible y de moderado tamaño.

— Signos subjetivos: Cefalea, fiebre, náuseas o vómitos. Dolor abdominal. Dolor faríngeo. Odinofagia.

— Signos hematológicos: Leucocitosis con polinucleosis.

Se utilizan varios criterios diferenciales entre amigdalitis vírica y faringo-amigda-

litis bacteriana (Tabla II). Con los criterios de BREESE, se tratan de implantar un score en el que se valoran 9 parámetros, con intensidad de 1-4: Estación del año, edad, leucocitosis, fiebre, dolor faríngeo, tos, cefalea, adenopatías y signos faríngeos. Cuando el score es superior a 25, la probabilidad de faringo-amigdalitis de origen estreptocócico es superior al 80 %. Según los criterios de WANNAMAKER, se trata de relacionar algunos signos clínicos con el cultivo faríngeo. Así: adenitis más cultivo positivo a estreptococo = amigdalitis estreptocócica. Fiebre superior a 38° más adenitis, más exudado con más de 10 colonias. Sin embargo, la correlación con la producción de anticuerpos no es buena.

TABLA II. CRITERIOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS DIFERENCIALES

VÍRICAS	BACTERIANAS
Amígdala catarral roja	Amígdala serosa sanguinolenta
Adenopatías difusas	Adenopatía localizada
Signos catarrales (Tos, rinitis, conjuntivitis)	Síndrome general marcado (Fiebre, dolor abdominal, vómito)
Fórmula leucocitaria normal	Leucocitosis polinuclear
Dolor faríngeo moderado	Dolor faríngeo marcado
	Edad de 5 - 10 años.

FARINGO-AMIGDALITIS ESPECÍFICAS

a) *Amigdalofaringitis diftérica*

Se trata de una amigdalitis poco frecuente en nuestro medio y que responde a una etiología muy específica, por el bacilo de Klebs-Löffler y tiene características epidémicas, membranosas y además evoluciona con serias complicaciones por su neurotoxina.

Clínica: Comienzo insidioso.

Carácter epidémico, con 4 días de incubación.

Disfagia moderada, fiebre de 38°

— Signos objetivos. Adenopatía localizada y marcada.

Amígdala con exudado fibrinosoadherente y duro, aspecto blanco, nacarado y brillante, que recubre la amígdala entera y la rebasa (pilares, faringe).

Invade la epiglotis y glotis (crup diftérico).

b) *Faringo-amigdalitis ulcerosa-vírica*

Se suelen manifestar por la típica faringo-amigdalitis roja o catarral, acompañada de máculo-pápulas, que evoluciona hacia vesículas redondeadas, llenas de serosidad, después se tienden a ulcerar y dejan una úlcera blanco-grisácea rodeada de un halo rojo (Herpangina). Con alguna frecuencia hay formas que se acompañan de estomatitis.

c) *Faringo-amigdalitis ulceronecróticas*

Según su etiología presentan un aspecto algo variable y distintos grados de ulceración y necrosis, con o sin membranas, a veces con aspecto hemorrágico.

Amígdalas de VINCENT:

— Su comienzo es insidioso y de predominio en adolescentes.

— Dolor faríngeo unilateral y localizado.

— Exudado blanco-grisáceo en una de las amígdalas.

— Adenopatía satélite unilateral.

— Olor fétido con salivación.

— Posterior ulceración del caseum.

— Úlcera de contorno irregular y borde saliente.

La etiología más común es el bacilo de Plaut-Vincent, pero también puede haber otros gérmenes productores: *Borrelia bucalis*, *treponema microdentium* etc.

Amígdalas hematológicas:

Se trata de situaciones que acompañan a las agranulocitosis o a leucosis, en el contexto general amplio de hemopatía en el que la amígdala es un dato más, con predominio del aspecto hemorrágico.

Amígdala gangrenosa:

Es muy común en las infecciones por estreptococo viridans y otros gérmenes anaerobios, con el cuadro común de una amígdala úlcero-caseosa, mal oliente.

COMPLICACIONES

Suelen ser de dos tipos: *supuradas*, como el absceso periamigdalino y las adenitis cervicales, cada día más excepcionales, y *no supuradas*, como la fiebre reumática y la glomerulonefritis, en las faringoamigdalitis estreptocócicas. (Tabla III).

TABLA III. COMPLICACIONES DE LAS FARINGO-AMIGDALITIS

I. SUPURADAS
— Absceso Periamigdalinar
— Adenitis cervical
II. NO SUPURADAS
— Fiebre reumática
— Glomerulonefritis

DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO

El criterio diagnóstico entre las faringo-amigdalitis víricas o bacterianas es fundamentalmente bacteriológico (Tabla IV), por lo tanto el cultivo constituye el arma fundamental, sobre todo si tenemos en cuenta que el síndrome clásico de fiebre, dolor faríngeo, faringoamigdalitis exudativa, es común para el estreptococo y para algunos tipos de virus, existiendo muchas superposiciones clínicas.

Cultivo faríngeo

Es considerado como el método más sensible para las faringo-amigdalitis bacterianas, siempre que se realice con una técnica adecuada en la toma de la muestra, evitando el contacto con la flora saprofita de la boca.

Limitaciones: Hay un 10 % de falsos negativos. También falsos positivos, lo que puede indicar que se trata de porta-

dores. El tiempo de espera de resultados es superior a 24-48 horas.

Para eludir problemas, debe de considerarse todo hallazgo positivo en número de colonias, como positivo verdadero a efectos prácticos.

Detección rápida de antígenos para estreptococo tipo A.

Todos los métodos están basados en el hallazgo de antígenos para el estreptococo A, en el exudado faríngeo mediante isopo.

— *Enzimoimmunoensayo (ELISA)* Basado en inmunoadsorción enzimática.

— *Aglutinación con partículas de latex* recubiertas de anticuerpos.

— *Fluorescencia enzimática.*

El tiempo de realización es muy corto, entre unos minutos y una hora, facilitando con ello un tratamiento rápido. El grado de sensibilidad es del 80 %. Su limitación está en los falsos negativos, hasta un 20 %, y el no servir para otro tipo de bacterias. Estos dos hechos limitan su uso a la rutina sistemática.

TABLA IV. DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO

1. CULTIVO FARÍNCEO
• 10 % de falsos negativos
• Tiempo superior a 24-48 horas
1. ELISA. AGLUTINACIÓN CON LÁTEX. FLUORESCENCIA
• Test rápidos 15-60 minutos
• 20 % de falsos negativos
• Sólo útil para estreptococo A

Los estudios realizados sobre costos-beneficio de algunos grupos aconsejan el uso sistemático de esta técnica, a fin de

tratar con antibióticos únicamente a los pacientes con faringitis estreptocócica.

TRATAMIENTO MÉDICO

Todo tratamiento ha de tener en cuenta los siguientes principios y objetivos: 1) acortar la enfermedad; 2) evitar complicaciones; 3) evitar la transmisión del estreptococo entre los familiares.

El tratamiento de la faringo-amigdalitis estreptocócica o altamente sospechosa de serlo, se basa en la terapéutica con Penicilina, como fármaco de elección, excepto para los pacientes alérgicos a la misma. Actualmente siguen vigentes las dos pautas clásicas: la vía inyectable y la pauta oral, como se indica en la Tabla V. Observaciones:

1. Una sola dosis de penicilina benzatina es suficiente para evitar faltas en el cumplimiento del tratamiento, pero suelen ser algo dolorosas.

2. La alternativa oral con fenoximetil penicilina (Penicilina V), durante un mínimo de 10 días es cómoda. Varios estudios demuestran la misma eficacia con dos dosis que con cuatro dosis.

3. La combinación de penicilina benzatina con penicilina procaína, tiene la ventaja de ser más rápida en su acción y menos dolorosa.

4. En alérgicos a la penicilina, una buena alternativa es la Eritromicina.

5. En casos de resistencia a las dosis de penicilina, y en portadores, se pueden ensayar las Cefalosporinas o la Rifampicina. La primera, a dosis de 100 mg. por kg. en 4 dosis y la Rifampicina asociada los cuatro últimos días del tratamiento a dosis altas de Penicilina.

6. En portadores la Rifampicina, a dosis de 20mg/kg, en dos tomas al día

durante 4 días, suele tener buenos resultados.

7. En general, no hay indicación de tratamiento antibiótico prolongado como profilaxis, a excepción de los niños con fiebre reumática. También puede tener utilidad en formas muy recidivantes de faringitis estreptocócicas y en estación invernal o de mayor incidencia, utilizando Penicilina oral durante unas semanas.

8. Cada día se observa más la sinergia bacteriana entre aerobios y anaerobios (*Bacterioides melanogenicus*, *B. oralis*, *B. fragilis* etc.), sobre todo en las amigdalitis crónico-recidivantes, a través de un doble mecanismo, bien por el encapsulamiento que les protege contra los fagocitos, o bien por la producción de Beta-lactamasas, lo que determina un fallo en las tasas de curación de las amigdalitis recurrentes. En estos casos hay interesantes estudios de tratamiento con Clindamicina.

9. La faringo-amigdalitis específicas, como la difteria, la angina de Vincent etc. requieren tratamiento específico, como la sueroterapia y antibioterapia intensa.

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

Constituye el único tratamiento para las faringo-amigdalitis víricas. Entre estas medidas están, los antitérmicos (Paracetamol 10-15 mg./kg./dosis), el calor local, evitar la sequedad ambiental, el reposo y la dieta blanda.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Los niños con amigdalitis repetidas que evolucionan con una hipertrofia importante de su tejido con la consiguiente disfagia, respiración obstructiva, hipoventilación, apnea obstructiva e incluso corazón pulmonar. Este tipo de pacientes se benefician del tratamiento quirúrgico.

TABLA V. PAUTAS DE DOSIFICACIÓN

ANTIBIÓTICO	DOSIS		DURACIÓN	FORMA DE PRESENTACIÓN
	-25 kg.	+ 25 kg.		
PENICILINA BENZATINA	600.000 U.	1.200.000 U.	Una sola dosis	Benzetacil 600.000-1.200.000 Cepacilina 600.000-1.200.000
PENICILINA PROCAÍNA + BENZATINA.	600.000 U. 900.000 U.	1.200.000 U.	Una sola dosis	Benzetacil 3, 2, 1-6, 2, 1 y 6, 3, 3 U.
FENOXIMETIL PENICILINA	125 mg./6 h.	250 mg./6 h.	10 días	Penilevel 250 mg. sobres
FENOXIETIL PENICILINA	125 mg./6 h.	250 mg./6 h.	10 días	Bendralán 250 mg. comprimidos 125 mg. 5 c.c.
ERITROMICINA (Alérgicos)	40 mg./kg. día 4 dosis		10 días	Pantomicina 250 mg. 5 c.c. 250 mg. sobre
RIFAMPICINA (Portadores)	20 mg./kg. día 2 dosis		4 días	Rifaldin 100 mg. 5 c.c. 300 mg. cápsulas
CLINDAMICINA (Crónicas)	15 mg./kg. día 6 h.		8 días	Dalacin 150 mg. cápsulas 300 mg. ampollas

Otros muchos enfermos tienen faringoamigdalitis de repetición, faltan muchas horas a la escuela y los padres pierden muchas horas de trabajo. La pérdida de escolarización puede generar o contribuir al fracaso escolar. La tolerancia de la enfermedad por parte de la familia, puede ser un factor más, como la sensación de frustración que experimentan algunos escolares al verse continuamente enfermos. En estos casos es prudente valorar las circunstancias individuales.

Hay pocos estudios controlados que valoren indicaciones, resultados y efectos secundarios de la cirugía. Del trabajo de PARADISE se pueden hacer las siguientes deducciones.

A) *Indicaciones:*

1. *Absolutas:* Amígdalas obstructivas con hipoventilación.

2. *Relativas:* Infecciones muy recurrentes, más de 7 al año, con fiebre, secreción, adenitis etc.

- Absceso periamigdalino, después de su curación o regresión.

- Amigdalitis crónica de más de 6 meses y bien tratada.

- Adenopatías crónicas de más de 2 cm. y cronificada, que no responde al tratamiento.

B) *Contraindicaciones:*

- Trastornos velopalatinos, anatómicos o disfuncionales.

- Trastornos hematológicos (Anemias, hemostasia, neoplasia).

- Foco infeccioso agudo hasta su resolución.

C) *Riesgos:*

- Accidente de la anestesia (arritmia, hipertermia maligna etc.).

- Hemorragias.

- Obstrucción de la vía aérea por edema.

- Insuficiencia palato-faríngea.

- Trastornos emocionales.

TABLA VI. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
<p>ABSOLUTAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amígdalas obstructivas con hipoventilación 	<p>TRASTORNOS VELOPALATINOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcionales • Orgánicos
<p>RELATIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infección recurrente • Absceso periamigdalinar • Amigdalitis crónica • Adenitis crónica + 2 cm. 	<p>TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS</p> <p>FOCO INFECCIOSO AGUDO HASTA SU RESOLUCIÓN</p>

BIBLIOGRAFÍA

1. PORTMANN, M.: *Manual de Otorrinolaringología. La infección faríngea.* P. 177-194. Ed. Toray-Masson, 5.ª edic. 1980. Barcelona.
2. RUIZ CONTRERAS, J. y MORENO RUIZ, J. M.: *Faringitis aguda.* *Pediatrics* 1988; 49: 10-14.
3. PARADISE, L.: *Faringitis. Patología Infección Pediátrica.* Tomo I. Ed. DOYMA, p. 189. Madrid, 1984.
4. PALUMBO, F. M.: *Consideraciones Pediátricas de Inflammaciones del anillo de Waldeyer.* *Clin. Otorrinolaringol. N. Am.* 1987; 2: 333.
5. BEREZIN, A.: *Angines Aiguës.* *Encicloped Medico-Chirurgicale.* París, 1980, p. 20500 A10.
6. GERBER, M. A.: *Culturing of throat swabs: End of an era.* *J. Pediat.* 1985; 107: 85-87.
7. BERKOWITZ, C. D.; BASCOM, F. A.; KAPLAN, E. L.; WOLINSKI, E. and BISMO, A. L.: *Cooperative study of latex agglutination to identify group A streptococcal antigen on throat in patients with acute pharyngitis.* *J. Pediat.* 1985; 107: 89-92.
8. RANDOLPH, M. F.; GERBER, M. A.; DE MED, K. and WRIGHT, L.: *Effect of antibiotic therapy on the clinical course of streptococcal pharyngitis.* *J. Pediat.* 1985; 106: 870-875.
9. TANZ, R. R.; SHULMAX, S. T.; BARTHEL, M. J.; WILLERT, C.; and YOGER, R.: *Penicillin plus rifampin eradicates pharyngeal carriage of group A streptococci.* *J. Pediat.* 1985; 106: 876-880.
10. CHAUDHARY, S.; BILLINSKY, A.; HENNESSY, J. L.; SOLER, S. M.; WALLAGE, S. E.; SCHACHT, C. M.; and BISNO, A. L.: *Penicillin V and rifampin for the treatment of group A streptococcal pharyngitis: A randomized trial of 10 days penicillin VS 10 days penicillin with rifampin during the final 4 days of therapy.* *J. Ped.* 1985, 106: 481-486.
11. BROOK, I.: *Direct and indirect pathogenicity of anaerobic bacteria in respiratory tract infections in children.* *Advan. in Ped.* 1987; 34: 357-373.
12. PARADISE, J. L.: *Amigdalectomía y adenoidectomía.* *Clín. Ped. N. Am.* 1981; 4: 891-902.