

# FARINGOAMIGDALITIS

---

Octavio Garaycochea, Juan Manuel Alcalde

La faringoamigdalitis aguda (FAA) es un proceso agudo que cursa con inflamación de las mucosas del área faringoamigdalar, pudiendo presentar eritema, edema, exudado, úlceras o vesículas. La mayor incidencia se da en las estaciones de invierno y primavera y el mecanismo de transmisión suele ser por vía respiratoria.

## ETIOLOGÍA

La mayoría de casos de FAA es viral, siendo los agentes más comunes el adenovirus, rinovirus, enterovirus, influenza y el coronavirus.

La etiología bacteriana corresponde al 20-30% de todas las FAA en niños y el 5-15% en adultos, siendo los agentes etiológico más frecuentes el EBHGA, *Mycoplasma pneumoniae*, estreptococos -hemolíticos de los grupos C y G, *Borrelia vincentii* y el *Arcanobacterium haemolyticum*.

## APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA EN URGENCIAS

### Clínica

La mayoría de FAA son de origen viral y se dan en el contexto de un cuadro catarral, suelen acompañarse de síntomas virales como congestión nasal, febrícula, tos, disfonía, cefalea o mialgias.

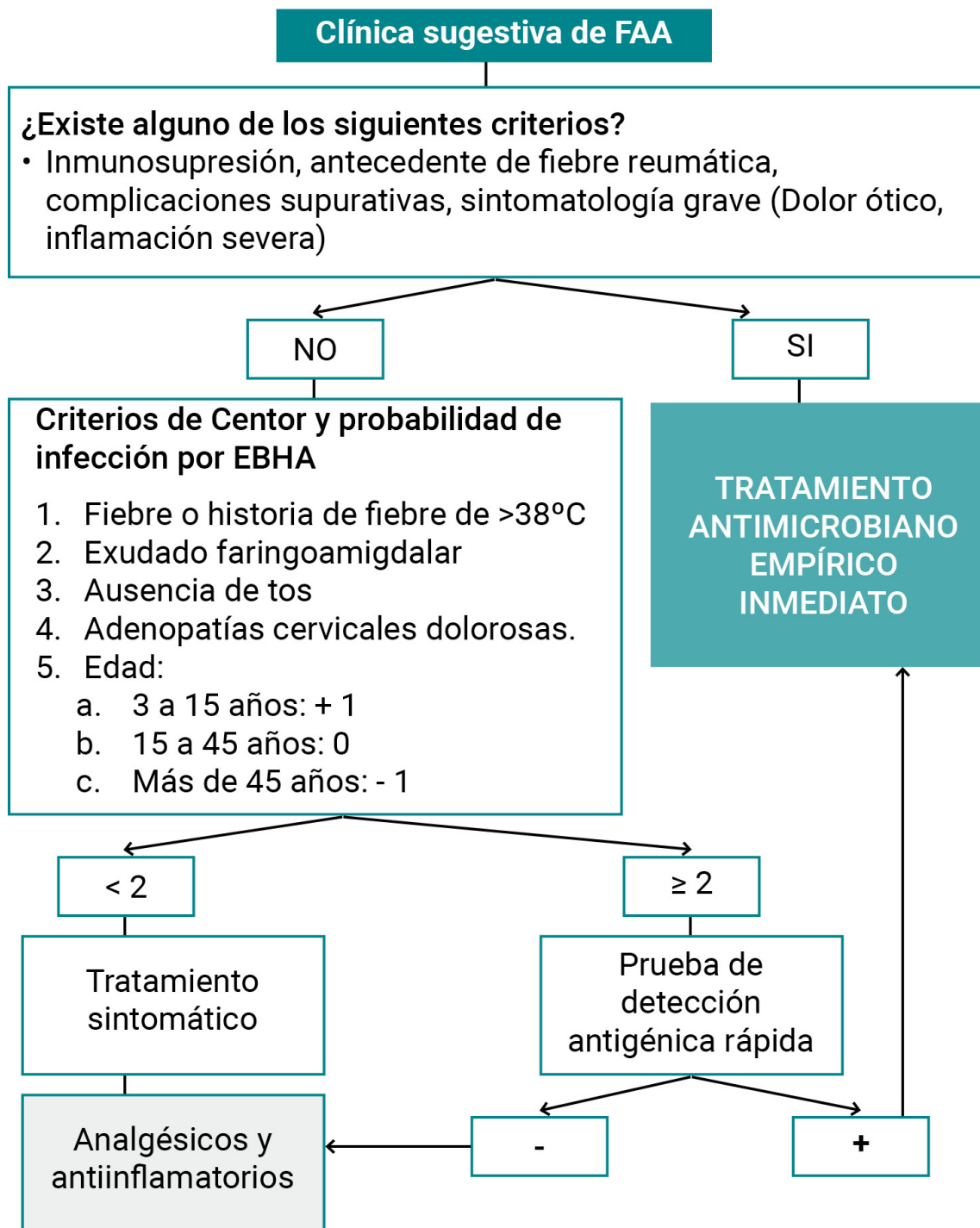
Las bacterianas suelen cursar con un cuadro brusco de fiebre alta con escalofríos, odinofagia y disfagia importantes, pero sin síntomas virales generales.

La FAA suele tener un curso benigno sin embargo las complicaciones supurativas pueden aparecer en un 1-2% de las FAA bacterianas sin tratamiento o tratadas con un antibiótico inadecuado o mal cumplimentado siendo las mas comunes el flemón y el absceso periamigdalar, el absceso retrofaríngeo, la otitis media aguda, la sinusitis, la mastoiditis y la adenitis cervical supurativa. Las complicaciones no supurativas (fiebre reumática aguda y la glomerulonefritis post-estreptocócica) son poco frecuentes en países desarrollados.

Las decisiones sobre la necesidad de hacer prueba de detección antigénica rápida y poner o no tratamiento antibiótico se toman en función del resultado obtenido al aplicar los criterios de Centor :

- **0-1 puntos:** no precisa test ni antibiótico.
- **2 puntos:** test antigénico.
- **3-4 puntos:** tratamiento antibiótico.

## ALGORITMO DIAGNÓSTICO



## TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

Adultos	Niños y adolescentes
<b>Penicilina Intramuscular, dosis única</b>	
Penicilina G Benzatínica 1.2 millones de unidades	<27 Kg: Penicilina G Benzatínica 600,000 millones de unidades
<b>Amoxicilina</b>	
500mg cada 12 h o 1g cada 24 h por 10 días	40-50mg/kg/día cada 12 o 24 h por 10 días
<b>Cefalexina</b>	
500 mg cada 12 h por 10 días	25-50mg/kg/día cada 12 h por 10 días (máximo 1000 mg día)
<b>Azitromicina</b>	
500 mg cada 24 h por 03 días	20mg/kg/día cada 24 h por 03 días (máximo 500mg/dosis)
<b>Clindamicina</b>	
300 mg cada 8 h por 10 días	<70 Kg: 20-30 mg/kg/día cada 8 horas por 10 días (máximo 900mg/día)<70 Kg: 300mg cada 8 h por 10 días
<b>Claritromicina</b>	
250 mg cada 12 h por 10 días	15 mg/kg/día cada 12 horas por 10 días (máximo 500 mg/día)

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Cots JM, Alós JI, Bárcena M, Boleda X, Cañada JL, Gómez N, Mendoza A, Vilaseca I, Llor C. Guía clínica para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2015; 7(1):20-31.
2. Fica C Alberto. Manejo de la faringoamigdalitis estreptocócica en pacientes adultos o adolescentes. *Rev. chil. infectol.* 2002 ; 19( 2 ): 79-91.
3. F.Álviz González, J.M. Sánchez Lastres. Faringoamigdalitis Aguda. *Protocolos diagnósticos-terapéuticos de infectología pediátrica SEIP-AEP*. Ediciones Ergon 2011. 25-36.
4. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2012;55(10):e98.
5. Michael R. Wessels MR. Streptococcal Pharyngitis. *N Engl J Med* 2011; 364: 648-55.