

FARINGO- AMIGDALITIS AGUDA

Carlos Martínez Valdés

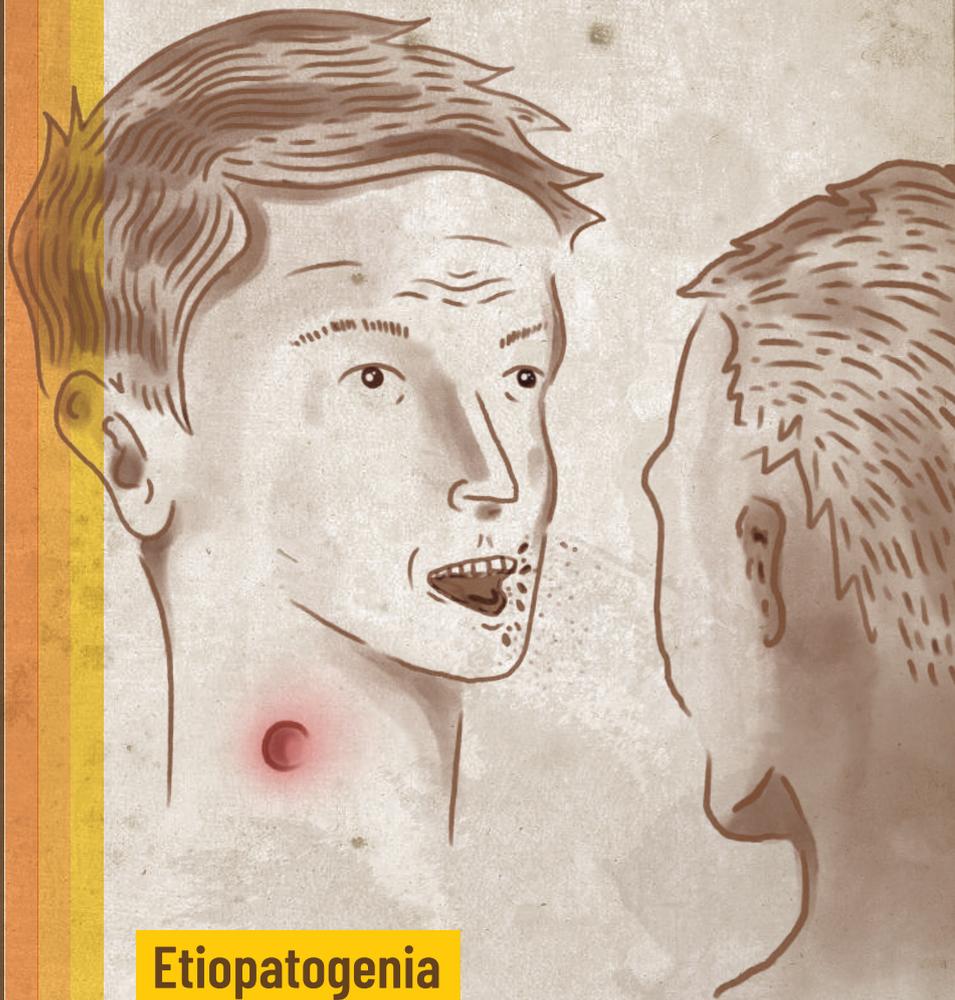
Cédula profesional: 3150541

Otorrinolaringólogo, Ciudad de México

La faringoamigdalitis aguda es un proceso agudo febril, de origen casi siempre infeccioso (estreptococo beta hemolítico del grupo A), que transcurre con **INFLAMACIÓN DE LAS MUCOSAS DE LA FARINGE O AMÍGDALAS FARÍNGEAS**, en las que pueden advertirse: eritema, edema, exudados, úlceras o vesículas.^{1,2}

Epidemiología

- **La faringoamigdalitis aguda no tiene distinción de género o edad**, pero es significativamente más frecuente entre niños de 5 a 15 años.^{1,2} Su incidencia y prevalencia se vinculan con condiciones de hacinamiento, bajo nivel socioeconómico y asistencia a guarderías, entre las más sobresalientes.³
- En Estados Unidos se registran cada año alrededor de **15 MILLONES DE CASOS**, de los que 7.3 son en niños.⁵ En Alemania, más de **120,000 PACIENTES** reciben tratamiento por esta causa.⁴ En México, en 2014, se reportó a la faringoamigdalitis estreptocócica como la causa número **20 DE MORBILIDAD**.⁵ En el IMSS, en 2017, la cuarta causa de consultas externas fueron las infecciones respiratorias agudas y, en el caso de motivo de consulta por urgencias, fue la primera causa.⁶ Ante este panorama es indispensable **estar al día en la evolución de esta enfermedad para poder identificarla, diagnosticarla y tratarla oportunamente y adecuadamente.**

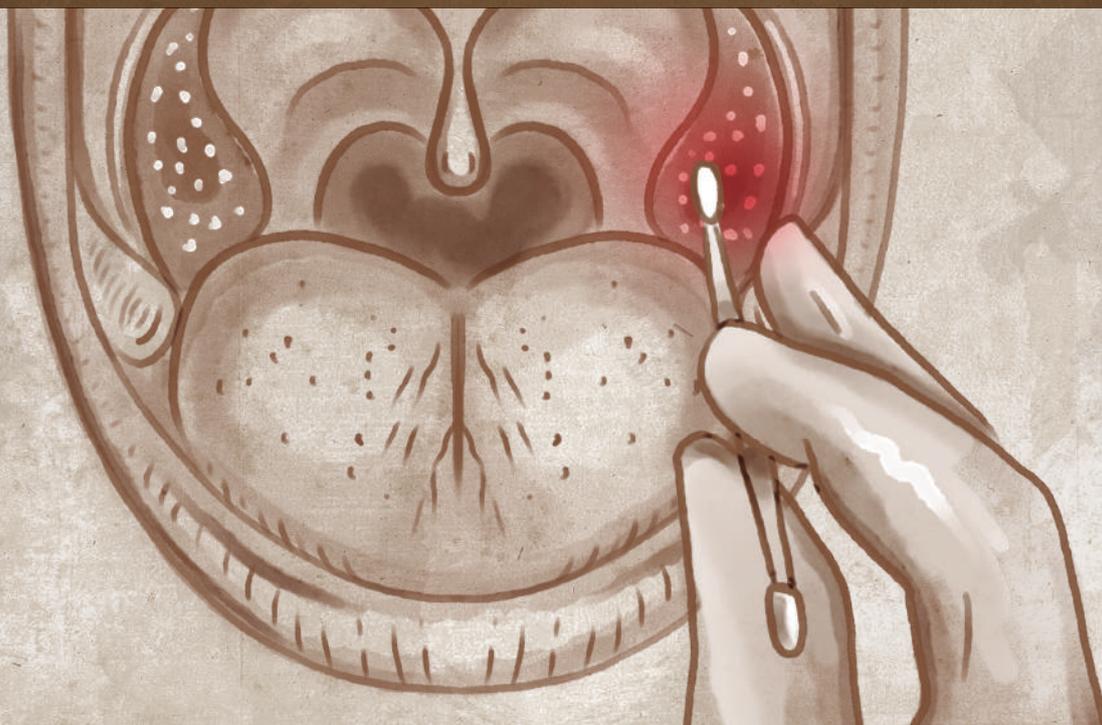


Etiopatogenia

- **Se transmite de una persona infectada a un huésped susceptible por medio de gotitas de saliva o por contacto directo de las manos con secreciones.** También se han descrito brotes transmitidos por contaminación de alimentos o agua.⁷
- En el Consenso de Infecciones de Vías Respiratorias Superiores⁸ se puntualizó que **EL ESTREPTOCOCO BETA HEMOLÍTICO DEL GRUPO A ES EL AGENTE CAUSAL MÁS COMÚN DE LA FARINGITIS AGUDA** y es responsable, aproximadamente, **de 15 a 30% de los casos en niños y de 5 a 10% en adultos.**^{8,9}

Diagnóstico

- **ANTE LA INESPECIFICIDAD DE LOS SÍNTOMAS**, sin estudios microbiológicos, se favorece el sobrediagnóstico con la consiguiente innecesaria prescripción de antibióticos. **Los estudios de sensibilidad y especificidad sugieren que el diagnóstico solo mediante la clínica es erróneo en 25-50% de los casos**, por lo que debería basarse en pruebas objetivas que detecten el microorganismo.
- **Los síntomas más comunes son: fiebre, odinofagia, malestar general, disfagia, otalgia, cefalea, náusea y dolor abdominal.** A la exploración pueden encontrarse: eritema orofaríngeo, hipertrofia de amígdalas con o sin exudado, úvula edematosa, petequias palatinas, linfadenopatía cervical dolorosa y erupción escalatiforme.^{4,9}
- **Para establecer el diagnóstico presuntivo de infección viral o bacteriana se dispone de diversas escalas de predicción clínica:** Centor de Mc Issac y la británica FeverPAIN; la más útil y sencilla es la primera,⁹ aun cuando la aproximación máxima a un diagnóstico es de solo 62%.¹⁰ Esa escala toma en cuenta: fiebre mayor de 38 °C, exudado o hipertrofia amigdalina, adenopatías latero-cervicales dolorosas y ausencia de tos. Si hay cuatro criterios, la probabilidad de infección es de **39-57%**; si hay tres, es de **25-35%**, si son dos es de **10-17%** y si solo hay un criterio es menor de **2.5%**.⁹
- El patrón de referencia en las pruebas de laboratorio es el cultivo faríngeo, **CON SENSIBILIDAD DE 90-95% Y ESPECIFICIDAD DE 99%**.¹⁰



Tratamiento

- El tratamiento de la faringoamigdalitis aguda bacteriana, además de ser sintomático, **se inicia con penicilina, que sigue siendo el antibiótico de primera línea.** Sin embargo, **LA EXPERIENCIA DEMUESTRA QUE LOS MACRÓLIDOS SON MÁS EFECTIVOS⁴ Y UNA OPCIÓN PARA LOS PACIENTES ALÉRGICOS A ESTE ANTIBIÓTICO.⁵** En una revisión Cochrane se concluye que los esquemas de corta duración son más fáciles de cumplir que los de 10 días, como es el caso de la penicilina.¹¹ Y de los macrólidos, **la azitromicina es uno de los que originan menos efectos secundarios⁸** y es de toma única diaria durante solo 5 días.³

MACROZIT
azitromicina



Macrozit® Reg. Núm. 170M2002 SSA IV (Suspensión).
Macrozit® Reg. No.: 015M2001 SSA IV (Tabletas)
*Reporte las sospechas de reacción adversa al correo:
farmacovigilancia@liomont.com.mx
o en la página de internet: www.liomont.com.mx
Material exclusivo para el profesional de la salud
Editado y producido por Edición y Farmacia S.A. de C.V. 2020

Bibliografía consultada

- 1 Diagnóstico y Tratamiento de Faringoamigdalitis Aguda, México: Secretaría de Salud; 2009. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
- 2 Pérez, R. Pavez, D. Rodríguez, J. Cofré, J. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento etiológico de la faringoamigdalitis aguda estreptocócica en pediatría. Rev Chilena Infectol 2019; 36 (1): 69-77
- 3 Hupp, James R. Ferneini, Elie M. Head, Neck and Orofacial Infections: An Interdisciplinary Approach. Naples, J. Parham, K. Chapter 16. Infections of the Head, Neck, and Orofacial Region. Oropharyngeal and tonsillar infections. (Part one. 2015.271, 276-7.
- 4 Cummings Otolaryngology, 7th Edition. Paul W. Flint, Bruce H. Haughey, Valerie J. Lund, Ed, K. Thomas Robbins, J. Regan Thomas, Marci M. Lesperance, Howard W. Francis. Cai, Yi Meyer, Anna. Pediatric Infectious Disease. Pag 11599, 11606-8
- 5 Windfuhr, Jochen P et al. Clinical practice guideline: tonsillitis. Diagnostics and nonsurgical management Arch Otorhinolaryngol. Jan 2016. 273:973. DOI 10.1007/s00405-015-3872-6.
- 6 Soto-Estrada, G. Moreno-Altamirano, L. Pahuá DD. Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM: 8, 15,16.
- 7 Seguro de enfermedades y maternidad. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS 2017-2018:113.
- 8 Faringoamigdalitis aguda. Consenso de Infecciones de Vías Respiratorias Superiores. Indicaciones de macrólidos en pediatría. Acta Pediatr Mex 2006;27 (Supl.1):S6-S13.
- 9 Cots Yago JM, et al. Guía clínica para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto. Farmaceuticos comunitarios. Revista trimestral Volumen 7 No 1. 2015: 21,22, 24. http://www.farmaceuticoscomunitarios.org/system/files/journals/824/articles/faringoamigdalitis_0.pdf
- 10 Burgaya Subirana S, Cabral Salvadores M, Bonet Esteve AM, Macià Rieradevall E, Ramos Calvo AM. Uso del test rápido de detección de antígeno estreptocócico en la consulta de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2017;19:120.
- 11 Altamimi S, Khalil A, Khalaiwi KA, Milner RA, Pusic MV, Al Othman MA. Short-term late-generation antibiotics versus longer term penicillin for acute streptococcal pharyngitis in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No.: CD004872. DOI: 10.1002/14651858.CD004872.pub3.

MACROZIT[®]

azitromicina

EL
ANTIBIÓTICO
CON EFECTO
POST
ANTIBIÓTICO¹

Otitis²

Sinusitis²

Faringitis
Amigdalitis²

Caja con frasco con polvo para 30 mL,
envase con diluyente y jeringa graduada.
1200 mg.

Caja con 5 o 3 tabletas.
500 mg.

Caja con un frasco ampula y ampolleta
con 5 mL de diluyente.
Solución inyectable 500 mg.

1 toma
al día²⁻⁴



REFERENCIAS: 1. M.A. Ramadan, A.F. Tawfik, A.M. Shibl, C.G. Gemmill. Post antibiotic effect of azithromycin and erythromycin on streptococcal susceptibility to phagocytosis. 1994. 2. Información para prescribir Macrozit[®] Tablet. 3. Información para prescribir Macrozit[®] Solución. 4. Información para prescribir Macrozit[®] Suspensión. *Reporte las sospechas de reacción adversa al correo: farmacovigilancia@liomont.com.mx o en la página de internet: www.liomont.com.mx*

Aviso de publicidad No.: XXX

Reg. No.: 015M2001 SSA IV (Tabletas) Reg. No.: 170M2002 SSA IV (Suspensión) Reg. No.: 151M2009 SSA IV (Solución)

LIOMONT
ÉTICA FARMACÉUTICA DESDE 1938