

Farinxite aguda na urxencia extrahospitalaria

María Mantiñán Vázquez¹, Francisco Martínez González²

1 Médico de Familia. Centro de Saude de Caranza (Ferrol)

2 Médico de Familia. PAC de Curtis

Cad Aten Primaria
Ano 2014
Volume 20
Páx. 221

INTRODUCCIÓN

A farinxite é unha inflamación da orofarinx que adoita manifestarse clinicamente pola presenza de odinofaxia. No presente documento ocuparémonos das formas de presentación aguda.

Aínda que pode afectar a pacientes de calqueira idade, a súa incidencia é maior entre os 3 e os 15 anos (1). A lista de axentes etiolóxicos é extensa, sendo a causa máis común a vírica, principalmente no contexto dunha infección das vías respiratorias superiores. A causa bacteriana máis frecuente é a infección por estreptococo beta hemolítico do grupo A (EBHGA) (2, 3). Entre os 3 e os 15 anos, a etiología estreptocócica supón entre un 15-30% das farinxites (4). En adultos, entre un 5-15% dos casos presentaron cultivos positivos para EBHGA (5). A presenza de portadores sans do EBHGA na poboación xeral estímase entre un 6% e un 40% (5). Na Táboa 1 resúmense os principais axentes etiolóxicos, xunto coas características clínicas máis destacadas.

O contido desta actualización céntrase en revisar os aspectos diagnósticos e terapéuticos de maior importancia para a asistencia na urxencia extrahospitalaria.

DIAGNÓSTICO:

Os principais obxectivos na avaliación dos pacientes con farinxite aguda serán:

1. Identificar a aqueles pacientes que presentan síntomas ou signos asociados con procesos graves que requiran a adopción de medidas terapéuticas ou de soporte de forma inmediata e/ou a derivación á urxencia hospitalaria. Síntomas ou signos inusualmente severos como disfagia intensa, disfonía, disnea, estridor, sialorrea, "voz de pataca quente" ou a presenza de inflamación cervical deben poñernos en alerta ante a presenza de procesos graves como; infeccións do espazo parafaríngeo, absceso periamigdalino, infección do espazo submandibular ou epiglotite.
2. Identificar a aqueles pacientes con síntomas ou signos que suxiran farinxite de etioloxías pouco frecuentes e que para o seu diagnóstico precisen da realización de probas complementarias específicas (como Virus Epstein Barr ou Virus da Inmunodeficiencia

Humana). Neste apartado toma importancia a realización dunha adecuada avaliación clínica, que permita identificar síntomas e signos asociados con estas causas de farinxite aguda (Ver Táboa 1.)

3. Identificar a aqueles pacientes que presentan unha farinxite aguda por EBHGA co fin de prescribilles tratamento antibiótico e non tratar a outros de forma inapropiada. Aínda que son a principal ferramenta diagnóstica, tanto a exploración como a historia clínica, mostran unha baixa sensibilidade (55-74%) e especificidade (58-76%) para a infección por EBHGA (7). Os criterios de Centor son os máis empregados no diagnóstico clínico dunha farinxite estreptocócica nos adultos (8):

1. Exudado amigdalal.
2. Adenopatía dolorosa no triángulo anterior cervical.
3. Febre (>38 °C).
4. Ausencia de tos e rinorrea.

A presenza de 4 criterios asóciase a unha probabilidade de presentar probas de confirmación para EBHGA positivas de entre o 54-57%, con 3 criterios é entre 34-45%, a probabilidade diminúe conforme ó número de criterios (5, 9, 10). Os criterios de Centor son útiles á hora de tomar a decisión de empregar antibióticos (11). É aconsellable que os pacientes con 1 só criterio non realicen probas diagnósticas nin reciban inicialmente antibiótico (7).

Existe unha modificación destes criterios que inclúe tamén á idade pediátrica (Criterios de Centor modificados por McIsaac) (12), que se expón na táboa 2. Unha puntuación de polo menos 4 puntos neste score asóciase cunha probabilidade do 51-55% de infección por EGHBA, mentres que con 3 puntos a probabilidade redúcese a un 28-35%(10).

Nunha análise sobre a validez destes scores (Centor e McIsaac)

Correspondencia

Francisco Martínez González.

PAC de Curtis. R/ Galicia, 4. Teixeira. 15310, Curtis (A Coruña)

Teléfono 981 789705 – Fax 981 777553

Correo Electrónico: francisco.martinez.gonzalez@sergas.es

	Puntos
Temperatura >38°C	1
Exudado amigdalal	1
Adenopatías laterocervicais dolorosas	1
Ausencia de tos	1
Idade:	
3-14 anos	1
15-44 anos	0
>45 anos	-1

TÁBOA 2: Criterios de Centor modificados por Mclsaac (12)

determinouse a súa utilidade no diagnóstico e tratamento da farinxite aguda por EBHGA (10).

AVALIACIÓN CLÍNICA:

ANAMNESE:

A anamnese dos pacientes con farinxite aguda debería ter en conta:

- Antecedentes persoais do paciente incluíndo historia vacinal e alerxias farmacolóxicas.
- Descrición do cadro actual; tempo de evolución, presenza de febre, signos de infección vírica das vías respiratorias (rinorrea, esbirros, tos, conxuntivite...).
- Presenza de síntomas que fagan sospeitar causas de farinxite pouco frecuentes (Ver Táboa 1)

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Aconséllase que a exploración física contemple:

- Exame do estado xeral do paciente, presenza de febre ou dificultade respiratoria.
- Exame da pel (Descartar a presenza de exantema ou ictericia).
- Exame da orofarinxe: Determinar a existencia de signos inflamatorios, exudados, úlceras ou lesións aftosas, membranas, amígdala desplazada medialmente (suxestivo de absceso periamigdalino).
- Exploración cervical (Presenza de adenopatías ou signos inflamatorios), incluíndo exame tiroideo para descartar signos inflamatorios que suxiran tiroidite.
- Auscultación cardíaca e sobre todo pulmonar (Descartar datos que indiquen a presenza de infección respiratoria de vías baixas).
- Exploración abdominal, si se sospeita Mononucleose Infecciosa (Presenza de visceromegalias ou semioloxía de hepátite).

PROBAS MICROBIOLÓXICAS:

TEST DE DETECCIÓN RÁPIDA DO ANTÍXENO DO ESTREPTOCOCO (DRAE): Aínda que non existe suficiente evidencia que sosteña a súa utilización (11), estaría indicada en adultos con sospeita de farinxite aguda por EBHGA con 2 criterios de Centor (7). En menores de 18 anos, onde existe unha maior incidencia de infección por EBHGA, aconséllase a realización de DRAE no caso de; a) presentar signos inflamatorios farínxeos evidentes en ausencia doutra clínica de infección vírica, b) presentar síntomas de farinxite aguda por EBHGA e exposición a individuos con farinxite aguda por EBHGA na escola ou na casa ou cando exista alta prevalencia de infeccións por EBHGA na comunidade. Non se aconsella a realización de DRAE en nenos e adolescentes que presenten clínica suxestiva de infección vírica (rinorrea, conxuntivite, estomatite, diarrea) (13). O DRAE non detecta a infección por estreptococo que non pertence ó grupo A (6).

CULTIVO DO EXUDADO FARÍNXE: Estaría indicado en (6); a) Menores de 18 anos cando o DRAE é negativo e a clínica suxire infección por EBHGA, b)Adultos con clínica suxestiva de infección por EBHGA, DREA negativo e alto risco de infección grave (Diabetes con mal control, inmunodeprimidos, corticoterapia crónica). Como no caso da DRAE, non se aconsella a realización de cultivo en nenos e adolescentes que presenten clínica suxestiva de infección vírica (13).

Na obtención das mostras para a realización das probas microbiolóxicas (tanto DRAE como cultivo) aconséllase un hisopado vigoroso de ambas amígdalas (ou fosas amigdalares en amigdalectomizados) e farinxe posterior. Evitarase o contacto do hisopo coa lingua e a mucosa oral. A obtención da mostra débese realizar antes do inicio do tratamento antibiótico. O EBHGA é relativamente resistente ó desecamento, podéndose manter nun hisopo seco ata 48-72 horas (6).

As condicións da asistencia na urxencia extrahospitalaria non sempre permiten a realización desta proba polo médico de urxencias. Nese caso, si existira indicación de cultivo do exudado farínxeo, remitirse ó paciente ó seu médico ou pediatra, sempre cando as condicións do centro de saúde permitan a realización da proba nun periodo de tempo razoable.

TRATAMENTO

Neste apartado abordaranse aspectos comúns ás distintas causas de farinxite aguda en canto ó tratamento sintomático. Ó ser o EBHGA a causa infecciosa tratable máis común de farinxite aguda, no tocante ó tratamento antibiótico centrarémonos nesta causa.

TRATAMENTO SINTOMÁTICO:

Aconséllase o control da dor mediante Paracetamol así como unha adecuada hidratación. En ocasións pódese precisar Ibuprofeno (14). Non existen estudos nin recomendacións específicas respecto ó uso

Etioloxía		Características clínicas
Axentes bacterianos comúns	Estreptococo grupo A	Odinofaxia de comenzo repentino, febre, presenza de exudado e hipertrofia amigdalar con dor á palpación das adenopatías cervicais. Na maioría dos pacientes a tos e a rinorrea están ausentes. En nenos pódese presentar en forma de escarlatina. Pode provocar febre reumática aguda.
	Estreptococo non grupo A (C ou G)	Cadro clínico similar ó previamente descrito. Non asociados a febre reumática aguda.
Axentes bacterianos pouco comúns	Chlamyphilia pneumoniae	Pódese presentar en pacientes novos e sans, asociada a bronquite aguda
	Mycoplasma pneumoniae	
	Neisseria gonorrhoeae	Adoita ser asintomática
	Corynebacterium diphtheriae	Responsable da difteria. Instáurase lentamente con odinofaxia, mal estado xeral e febre non elevada. Presenza de membranas farínxeas que sangran ó desprenderse. Excepcional no noso entorno, ter en conta en poboación inmigrante sen vacinar.
	Archaeobacterium haemolyticum	Cadro similar á faringoamigdalite estreptocócica en adolescentes ou adultos novos con exantema escarlatiniforme e cultivos negativos para Estreptococo do grupo A
	Fusobacterium necrophorum	Causante do Sind. De Lemiere (Faringoamigdalite necrótica seguida de bacteriemia e trombose séptica da vena iugular interna e infección pulmonar metastásica)
Virus	Rhinovirus	Frecuentemente asóciase con síntomas de infección das vías respiratorias superiores (conxestión nasal, rinorrea, disconfort en senos paranasais, otalxia, tos) ou outros síntomas de infección vírica (conxuntivite, diarrea)
	Adenovirus	
	Parainfluenza	
	Enterovirus	
	Coronavirus	
	Virus respiratorio sincitial	
	Metapneumovirus	
	Echovirus	
	Influenza A e B	Odinofaxia que se acompaña de febre e mialxias. Coincide con epidemias na comunidade.
	Herpes simplex	Se non presenta lesións características en boca ou beizos, difícil de distinguir doutras causas de farinxite aguda.
	Virus Epstein Barr (VEB)	Mononucleose infecciosa: Afecta con máis frecuencia a adolescentes e adultos novos, nos que a farinxite prolóngase máis dunha semana con febre elevada, adenomegalias cervicais anteriores e posteriores que son grandes e dolorosas. Importante exudado e hipertrofia amigdalar. Pódese acompañar de esplenomegalia, fatiga persistente, perda de peso e hepatite.
	Citomegalovirus (CMV)	
	Virus da inmuno deficiencia humana (VIH)	A primoinfección en pacientes con neutropenia pódese presentar como unha Mononucleose Infecciosa. Pódense recoñecer factores de risco para a transmisión nas 2-3 semanas previas. É característica a presenza de úlceras mucocutaneas dolorosas.
Non se illan patóxenos	Alerxia, tabaquismo ou condicións ambientais (escasa humidade no ambiente)	

TÁBOA 1: Causas de Farinxite aguda e características clínicas (Modificada de Chow et al)(6)

de gargarismos ou sprays farinxeos(7, 11). Cando non se acadada un axeitado alivio da dor poderíanse engadir corticoides orais durante 1 ou 2 días (15).

TRATAMENTO ANTIBIÓTICO DA INFECCION POR EBHGA:

Son catro os principais obxectivos do tratamento antibiótico nos cadros de farinxite aguda causada por EBHGA (6); a) Prevención das secuelas post-estreptocócicas (febre reumática aguda), b) Prevención de complicacións supurativas locais (absceso periamigdalino, absceso retrofaríngeo ou sinusite), c) Reducir os síntomas, e d) Prevención do contaxio.

As indicacións de tratamento antibiótico teñen en conta tanto a idade do paciente, coma os datos clínicos e microbiolóxicos:

- En menores de 18 anos aconséllase iniciar o tratamento antibiótico tras confirmar a infección por EBHGA mediante DRAE ou cultivo (13). Si existe sospeita de infección por EBHGA iniciar o estudo coa proba da DRAE. Nos casos negativos realizar un cultivo do exudado amigdalario. Poderíase iniciar o tratamento antibiótico, á espera do resultado do cultivo, si o paciente presenta datos clínicos ou epidemiolóxicos altamente suxestivos de infección por EBHGA (16). Algúns autores aconsellan iniciar o tratamento antibiótico de forma empírica si a sospeita clínica de infección por EBHGA é elevada (3 ou máis criterios de Centor modificados por McIsaac) e non se dispón de DRAE ou resultado do cultivo faríngeo antes de 48 horas (17).
- En adultos con dous criterios de Centor iniciar tratamento antibiótico si a DRAE é positiva. Si é negativa non é preciso o tratamento antibiótico (6).
- En adultos con 3 ou 4 criterios de Centor pódese iniciar o tratamento antibiótico (7).

O tratamento de elección é a penicilina V oral (Fenoximetilpenicilina). En adultos e nenos maiores de 12 anos ou de peso maior a 27 kg, a dose será de 500 mg cada 12 horas durante 10 días. Os nenos menores de 12 anos ou de menos de 27 kg recibirán unha dose de 250 mg cada 12 horas durante 10 días. Aconséllase a administración antes das comidas. Si houbera intolerancia dixestiva ou problemas de cumplimentación; penicilina benzatina intramuscular en dose única (\geq 25 kg, 1.200.000 UI; $<$ 25 kg, 600.000 UI)(16, 18).

Tamén se pode utilizar Amoxicilina, durante 10 días, á dose de 500 mg/8 horas ou 1000 mg/12 horas en adultos. En nenos a dose sería de 40-50 mg/kg/día cada 12 ou 24 horas (19). Algúns autores desaconsellan o uso de Amoxicilina en nenos con odinofaxia e febre elevada xa que pode provocar erupcións cutáneas máculo-papulares, etiquetándose erroneamente como alerxias (20).

O tratamento con Cefalosporinas (cefuroxima, cefpodoxima) durante 5 días obtén iguais taxas de erradicación do EBHGA que a penicilina durante 10 días (10, 21).

En caso de alerxia á penicilina, en adultos usarase Eritromicina a razón de 500 mg cada 8 horas, 10 días (22) ou Azitromicina 500 mg/día durante 3 días. En nenos pódese empregar Azitromicina a unha dose total de 60 mg/kg de peso que podería ser administrada de dúas formas: 12 mg/kg/día durante 5 días ou, 20 mg/kg/día durante 3 días (23).

Aconséllase tratar con penicilina ós portadores sans nas seguintes situacións(13):

- Historia familiar de febre reumática.
- Durante os abrochos de febre reumática ou de glomerulonefrite postestreptocócica nunha comunidade.
- Nunha situación de farinxite estreptocócica con contaxio intrafamiliar.
- En abrochos de farinxite estreptocócica en comunidades amoreadas.

DERIVACIÓN

A URXENCIAS DO HOSPITAL:

- Pacientes con sospeita de procesos graves como; infeccións do espazo parafaríngeo, absceso periamigdalino, infección do espazo submandibular, epiglotite ou sospeita de diftería (11). A derivación realizarase unha vez adoptadas as medidas de soporte pertinentes e asegurada a permeabilidade da vía aérea.
- Pacientes con amigdalite severa, con disfaxia e deshidratación (11).
- Cando exista indicación de realizar probas complementarias e non podan demorarse ata a atención do seu médico de cabeceira ou pediatra (fin de semana, datas de recollida de mostras no seu centro, ansiedade do paciente ou familiar,...).

A PEDIATRÍA OU MÉDICO DE CABECEIRA

- Menores de 18 anos con clínica suxestiva de farinxite por EBHGA e DRAE negativo, para a realización de cultivo do exudado faríngeo.
- Cando exista indicación de probas complementarias que non requiran a derivación a urxencias do hospital (cultivo, seroloxía, test de mononucleose,...).
- Nos casos que se estime a conveniencia de control clínico evolutivo.

SUMARIO E RECOMENDACIÓN.S.

- Habitualmente a farinxite aguda está causada por virus. A etioloxía tratable máis frecuente é a infección por estreptococo beta hemolítico do grupo A (EBHGA).
- Os criterios de Centor (exudado amigdalario, adenopatía cervical dolorosa, febre e ausencia de tos e rinorrea) son os máis empregados para a sospeita dunha farinxite estreptocócica nos adultos. Existe unha modificación destes criterios (Criterios de Centor Modificados por McIsaac) de utilidade en menores de 18 anos.
- En menores de 18 anos, aconséllase a realización do test de

detección rápida do antíxeno do estreptococo (DRAE) no caso de ;

a) signos inflamatorios farínxeos evidentes en ausencia doutra clínica de infección vírica,

b) síntomas de farinxite aguda por EBHGA e exposición a individuos con farinxite por EBHGA na escola ou na casa ou cando exista alta prevalencia de infeccións por EBHGA na comunidade.

- En adultos aconséllase a realización do DRAE en pacientes con 2 criterios de Centor
- Aconséllase a realización de cultivo do exudado farínxeo en menores de 18 anos cando a DRAE é negativa e a clínica suxire infección por EBHGA.
- En menores de 18 anos aconséllase iniciar o tratamento antibiótico tras confirmar a infección por EBHGA mediante DRAE ou cultivo. Poderíase iniciar o tratamento, á espera do resultado do cultivo, si o paciente presenta datos clínicos ou epidemiolóxicos altamente suxestivos de infección por EBHGA.
- En adultos con 2 criterios de Centor iniciárase tratamento antibiótico si a DRAE é positiva. En adultos con 3 ou 4 criterios de Centor pódese iniciar directamente o tratamento antibiótico.
- O tratamento de elección é a penicilina V oral (Fenoximetilpenicilina) durante 10 días. En caso de alerxia a penicilina pódese usar Azitromicina.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 MeReC. Managing sore throats. MeReC Bulletin 1999; 10(11): 41-44.
- 2 Ochoa Sangrador C, Brezmes Valdivieso MF, López-Urrutia L, Gutiérrez Zufiaurrez ML, Barajas Sánchez MV, Bajo Delgado AF. Epidemiología de la infección estreptocócica faríngea en un área de salud. Bol Pediatr 2006; 46: 32-38.
- 3 Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Kaplan EL. 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 Nov;55(10):e86-102
- 4 Gerber AM. Diagnosis and treatment of pharyngitis in children. Pediatr Clin N Am. 2005; 52: 729-47.
- 5 Snow V, Mottur-Pilson C, Cooper R, Hoffman JR. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults. Ann Intern Med 2001, 20;134(6):506-508.
- 6 Chow A, Doron S. Evaluation of acute pharyngitis in adults. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2013. [Acceso: 10/02/2014]. Disponible en: www.uptodate.com
- 7 Amor JC, Costa C, Barreira . Faringitis aguda. Guías clínicas de Fisterra. 2010. [Acceso: 10/02/2014]. Disponible en: www.fisterra.com
- 8 Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. Med Decis Making 1981; 1(3):239-46
- 9 Linder JA, Stafford RS. Antibiotic treatment of adults with sore throat by community primary care physicians: a national survey, 1989-1999. JAMA 2001, 12; 286(10):1181-6.
- 10 Fine AM, Nizet V, Mandl KD. Large-scale validation of the Centor and McIsaac scores to predict group A streptococcal pharyngitis. Arch Intern Med. 2012 Jun 11;172(11):847-52
- 11 SIGN. Management of sore throat and indications for tonsillectomy: a national clinical guideline. 2010. Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2010. [Acceso: 08/02/2014]. Disponible en: www.sign.ac.uk
- 12 McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D, Low DE. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 1998 Jan 13;158(1):75-83
- 13 Wald E. Approach to diagnosis of acute infectious pharyngitis in children and adolescents. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2013. [Acceso: 10/02/2014]. Disponible en: www.uptodate.com
- 14 CKS-Prodigy: Sore throat-acute 2012. NHS; 2012. [Acceso: 11/02/2014]. Disponible en: http://cks.nice.org.uk
- 15 Kiderman A, Yaphe J, Bregman J, Zemel T, Furst AL. Adjuvant prednisone therapy in pharyngitis: a randomised controlled trial from general practice. Br J Gen Pract. 2005;55(512):218-21.
- 16 Pichichero M. Treatment and prevention of streptococcal tonsillopharyngitis. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2013. [Acceso: 08/02/2014]. Disponible en: www.uptodate.com
- 17 Bercedo Sanz A, Cortés Rico O, García Vera C, Montón Álvarez JL. Normas de Calidad para el diagnóstico y tratamiento de la Faringoamigdalitis aguda en Pediatría de Atención Primaria. Protocolos del GVR (publicación P-GVR-10) [consultado 08/02/2014]. Disponible en: www.aepap.org/gvr/protocolos.htm
- 18 SEMFYC. Faringitis aguda [Internet]. Guía terapéutica de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria [Acceso: 11/02/2014]. Disponible en: www.guiaterapeutica.net
- 19 Álvarez F, Sanchez JM. Faringoamigdalitis aguda. Protocolos de infectología de la Sociedad Española de Pediatría. 2011. [Acceso: 08/02/2014]. Disponible en: www.aeped.es
- 20 Schaad, U.B. Acute streptococcal tonsillopharyngitis: a review of clinical efficacy and bacteriological eradication. J Int Med Res 2004, 32(1): 1-13.
- 21 Pichichero ME, Casey JR. Bacterial eradication rates with shortened courses of 2nd- and 3rd-generation cephalosporins versus 10 days of penicillin for treatment of group A streptococcal tonsillopharyngitis in adults. Diagn Microbiol Infect Dis. 2007;59(2):127-30.
- 22 Cooper RJ, Hoffman JR, Bartlett JG, Besser RE, Gonzales R, Hickner JM et al. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults: background. Ann Intern Med. 2001, 20;134(6):509-17.
- 23 Casey JR, Pichichero ME. Higher dosages of azithromycin are more effective in treatment of group A streptococcal tonsillopharyngitis. Clin Infect Dis. 2005, 15;40(12):1748-5.