



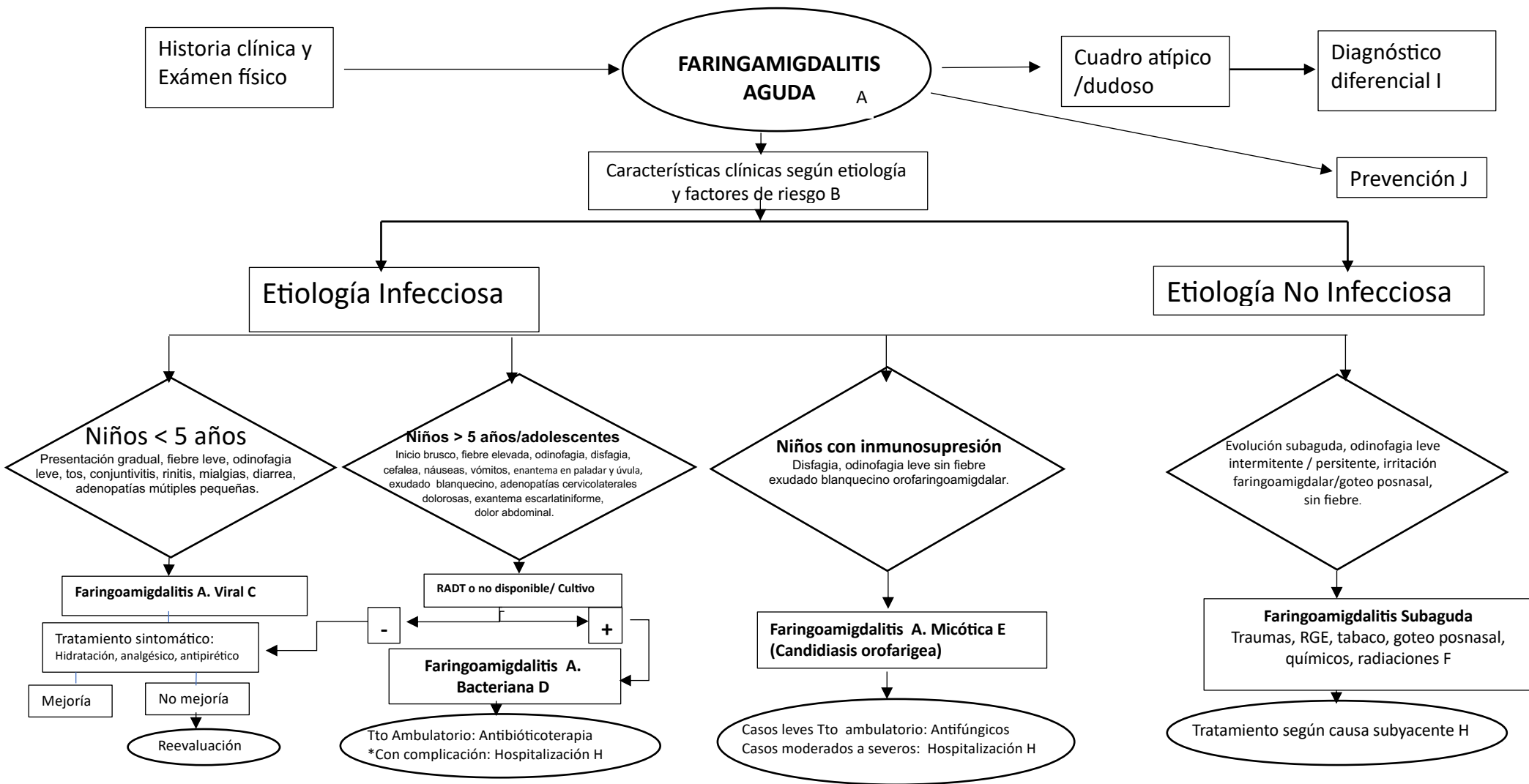
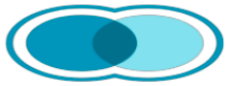
GUÍAS
CLINICAS
SVPP



Título: **FARINGOAMIGDALITIS AGUDA**

Autor: Dra. Ligia M Acosta Boett

Email: ligiaorl2@gmail.com





DEFINICIÓN

- A. La Faringoamigdalitis aguda (FAA) es el proceso inflamatorio que involucra al tejido amigdalario y faríngeo, con una duración no mayor a 4 semanas. Generalmente de etiología infecciosa. Frecuentemente afecta a niños entre 5 y 15 años, en especial durante los meses fríos. (1,2).
- B. Las causas de faringoamigdalitis aguda pueden ser:
- **Infecciosas:** viral, bacteriana, micótica.
 - **No infecciosas:** traumas, irritantes, agentes químicos.(1,2,3)
- C. **Faringoamigdalitis aguda viral**, frecuentemente en niños menores de 5 años, representa el 70% de la FAA, causada por virus: Rinovirus, Adenovirus, Virus de Epstein Barr, Coxsackie A, Herpes simple I y II, Virus Sincicial Respiratorio (VSR), Coronavirus, SARS-CoV-2, Parainfluenza, Influenza A y B, Citomegalovirus (CMV), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).
Caracterizada por síntomas de presentación gradual, fiebre leve, odinofagia leve, tos, conjuntivitis, rinitis, mialgias, diarrea, adenopatías múltiples pequeñas, exudado - pseudomembrana amigdalina en 65% (Citomegalovirus - Adenovirus, Virus de Epstein Barr), úlceras necróticas (VIH), Vesículas (Coxsackie A, Herpes simple I y II) (1,2,4)
- D. **Faringoamigdalitis aguda bacteriana**, generalmente en escolares y adolescentes, constituye el 15-30% de la FAA, en especial en niños de 5-15 años, es poco común en niños menores de 2 años, debido a la insuficiencia de fibronectina. En esta edad, los factores de riesgo, como la asistencia a guarderías, escuelas o tener hermanos

mayores, pueden ocasionar que los niños sean portadores de EbhGA y, al mismo tiempo, sufran infecciones virales del tracto respiratorio superior, las cuales pueden confundirse con faringoamigdalitis por EbhGA. (1,2,4,5)

El EbhGA o *Streptococcus pyogenes*, es el responsable del 70% de Faringoamigdalitis aguda bacteriana, sin embargo otras bacterias involucradas son: *Streptococcus* β -hemolítico del grupo C y G, *Arcanobacterium haemolyticum*, *Moraxella catarrhalis*, *Haemophilus influenzae* no tipificable, *Staphylococcus aureus*, *Corynebacterium diphtheriae*, Anaerobios, *Fusobacterium necrophorum*, *Mycoplasma pneumoniae*.(2,4,5,6)

Clinicamente se caracteriza por: inicio brusco, fiebre elevada (>38 grados), odinofagia, disfagia, cefalea, náuseas, vómitos, enantema en paladar y úvula, exantema escarlatiniforme, exudado blanquecino (70 %) , adenopatías cervicolaterales anteriores dolorosas, dolor abdominal (adenitis mesentérica). En nuestro medio la Faringoamigdalitis aguda por el *Corynebacterium diphtheriae* típicamente se caracteriza por el exudado blanco-grisáceo adherente a la superficie de la amígdala o paladar.(1,2,4,6,7)

- E. **Faringoamigdalitis Micótica**, originada generalmente por *Cándida albicans*, caracterizada por exudado blanquecino que cubre toda la mucosa oral y amígdalas, con clínica leve de disfagia, odinofagia, sin fiebre, frecuentes en inmunosuprimidos. (2, 5, 7)
- F. **Faringoamigdalitis No infecciosa**, causadas por: traumatismos faríngeos por ingestión de cuerpos extraños, Irritantes: tabaco, reflujo gastroesofágico (8), contaminantes ambientales, respiración bucal, goteo posnasal, sobreuso de soluciones tópicas bucales y faríngeas (colutorios). Agentes químicos: productos de limpieza o exposición ocupacional. Agentes físicos: radiaciones, generalmente la clínica es leve, insidiosa, odinofagia leve, sensación de irritación faríngea intermitente/ persistente, sin fiebre, de carácter subagudo o crónico. (2,5,8)

G. **DIAGNÓSTICO:**

En la Faringoamigdalitis aguda el diagnóstico es clínico, sin embargo existen estudios complementarios que nos ayudan a confirmar el diagnóstico en casos dudosos/atípicos o complicados. Las escalas de predicción clínica (Centor, Mc Isaac y FeverPAIN), la mayoría de los autores y guías sugieren que estas escalas deben utilizarse sólo para seleccionar candidatos para pruebas de diagnóstico microbiológico (cultivo). No se recomienda utilizarlas para decidir sobre la instauración de antibioterapia, a menos que las pruebas microbiológicas no estén disponibles o exista

riesgo de fiebre reumática (GE 1A) (5,7,8)

Estudios complementarios: **Cultivo faríngeo (estándar de oro)**: un cultivo positivo confirma etiología bacteriana, pero uno negativo no la excluye. Tiene una sensibilidad de 90% y una especificidad de 95-99% (3,9,14) (GE:A).

Prueba rápida de detección de antígenos polisacáridos de *Streptococcus pyogenes* (RADT), brindan 95% de especificidad y 80-90% de sensibilidad, resultado en 30-60 seg, Si el resultado es positivo, debe indicarse antibioticoterapia, si es negativo no se excluye etiología bacteriana(GE:A). Hematología, VSG, PCR, estudios imagenológicos (ecsonograma, Rx /Tomografía), evaluación endoscópica de la vía aérea superior, se pueden requerir en casos de complicaciones o descarte de otros diagnósticos. **Título de Antiestreptolisina (ASTO)**: útil para el diagnóstico de las secuelas no supurativas de la faringoamigdalitis por EbhGA.(2,5,9)

H. TRATAMIENTO:

En FAA Viral: hidratación adecuada, analgésicos como acetaminofén o antiinflamatorios no esteroideos y reposo.

En FAA Bacteriana:

Tratamiento antibiótico de elección (2,5,7,8,9) (GE: A / FR).

- Penicilina V: < 27 kg: 250mg/12h 10 días >12 años o > 27 kg: 500mg/12h 10 días
- Penicilina G Benzatina: 12 años o >27 kg: 1200000UI, dosis única
- Amoxicilina: 50mg/kg/día, cada 12-24 horas, 10 días, con dosis máxima de 500mg/12h ó 1g/24h.

Tratamiento en Alérgicos a penicilina:

- No mediada por IgE: - Cefadroxilo: 30mg/kg/día, cada 12h, 10 días (máximo 1g al día) (suspensión 250 mg/ 5ml, comprimidos 500mg
- Mediada por IgE: - Josamicina: 30-50 mg/ kg /día, cada 12h, 10 días (máximo 1g/día) - Azitromicina: 20mg/ kg /día , una vez al día, 3 días (máximo 500mg/día) - Clindamicina: 20-30mg/kg/día, cada 8-12h, 10 días (máximo 900mg/día). Calidad de la evidencia II. Fuerza de recomendación a favor: B

Actualmente, la penicilina sigue siendo efectiva contra EbhGC y EbhGA. Sin embargo, se han registrado fallas terapéuticas entre un 2% y 28% en los casos de faringitis (media: 12%) atribuibles a diferentes causas:

- Falta de adherencia a la pauta terapéutica
- Presencia de bacterias copatógenas productoras de betalactamasa que inactivan a la penicilina
- Gérmenes resistentes al antibiótico indicado

- Cepas de *S. pyogenes* tolerantes a la penicilina
- Reinfección por contacto con portador sano
- Pacientes inmunosuprimidos
- Presencia de biofilms en superficie amigdalina (2,5,7, 9).

Alternativas terapéuticas:

Amoxicilina/ácido clavulánico 40-90mg/kg/día cada 8 h (máx. 500 mg/dosis) VO/IV por 10 días

Ampicilina/sulbactam (sultamicilina) 50 mg/kg/día cada 6-8h (máx. 3 g/día) VO

100-200 mg/kg/día cada 6 h (máx. 12 g/día) por 10 días

Cefadroxilo 30 mg/kg/día cada 12-24 h. (máx. 2 g/día) VO por 10 días

Cefalexina 40-100 mg/kg/día cada 6-8 h (máx. 500 mg/dosis) VO por 10 días

Clindamicina 20 a 30 mg/kg/día cada 6-8 horas (máx. 1,8 g/día) VO o
mg/kg/día cada 6-8 horas (máx. 4,8 g/día) IV por 10 días.(2,5,7,8, 9)

En FAA Micótica: Casos leves: Tópico: enjuague bucal a base de nistatina o clotrimazol TID o geles antifúngicos orales por 7-14 días. Casos moderados o severos: Fluconazol, en dosis de 100 a 200 mg (3 mg/kg) al día durante 7 a 14 días. Para la enfermedad refractaria al fluconazol, se recomienda una solución de itraconazol en una dosis de 200 mg al día o una suspensión de posaconazol en una dosis de 400 mg dos veces al día durante 3 días, y luego 400 mg al día hasta por 28 días. Es fundamental tener en cuenta que el tratamiento debe continuar hasta que los síntomas desaparezcan y durante al menos 48 horas posterior, para prevenir la recurrencia. (10)

En caso de niños con clínica no sugestiva de infección bacteriana con factores de riesgo como: Inmunosupresión, antecedente de Fiebre reumática aguda, Glomerulonefritis aguda posestreptocócica en el niño/conviviente, contacto con FAA EbhGA confirmado, alta incidencia de enfermedad estreptococcica invasiva en la comunidad, se sugiere iniciar antibióticoterapia hasta obtener resultado de cultivo. (2,5,9)

La mayoría de los niños con FAA EbhGA se tratan en forma ambulatoria presentando mejoría clínica en las primeras 48 horas de tratamiento, la hospitalización se reserva para casos severos o con complicaciones. (5,9,11)

En las FAA bacteriana recurrente (> 6 episodios en 3 meses/> 4 en 1 año), o hipertrofia amigdalina severa, plantearse tratamiento quirúrgico de Tonsilectomía.(2,5,12).

- I. La FAA puede solaparse con otras afecciones que afectan la orofaringe y las vías respiratorias superiores, presentándose cuadros atípicos, por lo que debe establecerse diagnóstico diferencial: Infección por VEB, Infección primaria por VIH, Epiglotitis, Difteria, Herpangina, Infecciones profundas de cuello. (1,5,12)

Indicaciones de derivación a Otorrinolaringología:

Presencia de complicaciones supurativas o no supurativas, faringoamigdalitis recurrente u obstrucción de la vía aérea superior por hipertrofia amigdalina severa.(2,6,11,12)

J. **Prevención**

1. Lactancia materna
2. Lavado frecuente de manos
3. Tratamiento portadores sanos del *Streptococcus* β hemolítico del grupo A.
4. Cumplir con esquema de vacunación
5. No automedicación de antibióticos en cuadros sospechosos virales
6. Control de hacinamiento, tanto familiar como escolar, en especial en las guarderías infantiles.
7. Medidas para evitar contagio del paciente en fase aguda: reposo domiciliario, uso individual de los utensilios de alimentación, tapa boca y vigilancia del cumplimiento del tratamiento adecuado.
8. No exposición al humo de cigarrillos.
9. Educación, charlas instructivas sobre la patología, dirigidas a la población susceptible de padecerla (2,5,12)

BIBLIOGRAFÍA:

1. Nimmana BK, Paterek E. Tonsillitis. 2025 Jul 7. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. PMID: 31335062.
2. Consenso de infecciones en ORL. Sociedad Venezolana de Otorrinolaringología. Volumen 34, Suplemento 01. Marzo 2025.
3. Krüger K, Töpfner N, Berner R, Windfuhr J, Oltrogge JH; Guideline group. Clinical Practice Guideline: Sore Throat. Dtsch Arztebl Int. 2021;118(11):188-194. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0121. PMID: 33602392; PMCID: PMC8245861.

4. Ibadango Ávila DG, Gómez Chacón DE, Rengel Pinzón GR, Martínez Palacios GJ, Pizarro Narea NE. Manifestaciones clínicas en pacientes entre 5 a 19 años con faringoamigdalitis aguda estreptocócica, confirmado por test de detección rápida de antígenos. *ConcienciaDigital*. 2022;5(4.2):57-68. <https://doi.org/10.33262/concienciadigital.v5i4.2.2387>
5. Piñeiro Pérez R, et al. Actualización del documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *An Pediatr (Barc)*. 2020;93(3):206.e1-206.e8. doi: 10.1016/j.anpedi.2020.05.004.
6. Cubero Santos A, García Vera C, Lupiani Castellanos P. Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Faringoamigdalitis. *AEPap*. 2015 (en línea). Disponible en algoritmos.aepap.org.
7. Guntinas-Lichius O, Geißler K, Mäkitie AA, Ronen O, Bradley PJ, Rinaldo A, Takes RP, Ferlito A. Treatment of recurrent acute tonsillitis-a systematic review and clinical practice recommendations. *Front Surg*. 2023 Oct 10;10:1221932. doi: 10.3389/fsurg.2023.1221932. PMID: 37881239; PMCID: PMC10597714.
8. Di Sarno L, Curatola A, Pansini V, Caroselli A, Gatto A, Chiaretti A. Antibiotic treatment for streptococcal pharyngitis: time for a new approach? *Acta Biomed*. 2023 Dec 5;94(6):e2023219. doi: 10.23750/abm.v94i6.14928. PMID: 38054680; PMCID: PMC10734236.
9. Protocolo de manejo de la Faringoamigdalitis aguda. Subdirección xeral de atención hospitalaria dirección xeral de asistencia sanitaria. Complejo Administrativo de San Lázaro15781 Santiago de Compostela, julio de 2024. [citado 8 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.sergas.es/Asistenciasanitaria/Documents/1851/PROTOCOLO_DE_%20MANEJO_DE_LA_FAA.pdf
10. Quindós G, Gil-Alonso S, Marcos-Arias C, Sevillano E, Mateo E, Jauregizar N, Eraso E. Therapeutic tools for oral candidiasis: Current and new antifungal drugs. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2019 Mar 1;24(2):e172-e180. doi: 10.4317/medoral.22978. PMID: 30818309; PMCID: PMC6441600.
11. Canadian Paediatric Society. Group A streptococcal (GAS) pharyngitis: a practical guide to diagnosis and treatment. [Internet]. Canadian Paediatric Society; 2021 [cited 2024 Apr 29]. Available from: <https://cps.ca/en/documents/position/group-a-streptococcal/>
12. Otero Pérez L, Ares Álvarez J, Piñeiro Pérez R. Faringoamigdalitis aguda y sus complicaciones. *Protoc diagn ter pediatr*. 2023;2:51-79.

