



Amigdalitis aguda

Definición

Es una infección de las amígdalas causadas por uno de varios tipos de bacterias o virus. El estreptococo del grupo A (*Streptococcus pyogenes*) es responsable de 5 a 15% de los casos de faringitis en adultos y 20 a 30% de los casos en niños(1). La faringitis estreptocócica ocurre con mayor frecuencia entre los niños de entre 5 y 15 años de edad (1).

Etiología

Bacteriana

- *Streptococo Beta-hemolítico Grupo A piógenes* (20 %)
- *Corynebacterium difteria* (no común por la vacunación)
- *Bordetella pertusis* (tos ferina, no común por la vacunación)
- *Neisseria gonorrhoeae* (ETS)
- *Mycoplasma*(1%) (2)

Viral

80% (influenza A, B; parainfluenza 1, 2, 3; Epstein-Barr; enterovirus, coxsackievirus, adenovirus).

Síntomas y signos

Los criterios clínicos para diagnóstico del *Streptococo Beta-hemolítico Grupo A* son cinco. Según Centor se asigna un punto por cada uno de estos (tabla 1).

- Fiebre > 38 grados
- Adenopatías cervicales anteriores dolorosas
- Amígdalas inflamadas y con exudados
- Ausencia de tos
- Menores de 15 años de edad.

Tabla 1. Criterios clínicos para diagnóstico del Estreptococo Beta-hemolítico Grupo A

PUNTAJE	DIAGNÓSTICO
0 puntos	No es Estreptococo Beta – hemolítico Grupo A.
1-3 puntos	Indeterminado (dudoso); prueba rápida sería útil.
4-5 puntos	Es Estreptococo Beta – hemolítico Grupo A.

Fuente: Manual Médico Saludesa, 2016

Diagnóstico

La evaluación para la faringitis estreptocócica debe incluir una historia y exploración física centrada, guiada por reglas de decisiones clínicas, validadas y confirmadas por la prueba rápida de detección de antígeno para estreptococo (sensibilidad 80-90% y especificidad 95%) (2) o el cultivo de exudado faríngeo de ser disponible. (Sensibilidad 90-95% y especificidad > 95%) (3).

Tratamiento general

Penicilina VK

- Es el tratamiento de elección para la faringitis por Estreptococo Betahemolítico Grupo A piógenes.
- Si el paciente pesa menos de 27 kg, la dosis es de 250mg VO administrados 3 veces al día durante 10 días.
- Si el paciente pesa más de 27 kg, utilizar 500mg VO 3 veces al día durante 10 días.
- Penicilina benzatínica intramuscular debe usarse con mucho cuidado en pacientes seleccionados.

En caso de falla del tratamiento con Penicilina VK se recomienda amoxicilina

La falla de tratamiento puede darse por mala penetración de penicilina a los tejidos en caso de hipertrofia amigdalina, amoxicilina tiene mejor penetración que penicilina (5).

Si el uso de Amoxicilina provoca urticaria (habones), la causa puede ser Mononucleosis Infecciosa (virus Epstein-Barr) y no reacción alérgica a Amoxicilina (4).

Alergia a la Penicilina

- Con reacción alérgica leve, tipo urticaria, Cefalexina 20mg/kg dosis VO BID o 500mg VO TID x 10 días(4).
- Con reacción alérgica grave, Azitromicina 12mg/kg VO QD o 500mg VO QD por 5 días o clindamicina 7mg/kg dosis VO TID o 300mg dosis x 10 días(5).

Cotrimoxazol no es útil para el Estreptococo Beta-hemolítico Grupo A.

La amigdalitis aguda es un proceso benigno y autolimitado, la etiología que predomina es viral, los síntomas generalmente se resuelven en aproximadamente tres a cinco días para la mayoría de los pacientes (6), lo que hace que la prevención de complicaciones sea un objetivo clave de la atención.

La fiebre reumática aguda y la cardiopatía reumática se encuentran entre las principales causas de muerte cardiovascular en todo el mundo(7). Se ha demostrado que el tratamiento con antibióticos reduce la gravedad de los síntomas 1-2 días y acelera la tasa de recuperación en pacientes con faringitis estreptocócica. (6).

El propósito del tratamiento es prevenir complicaciones: fiebre reumática, glomerulonefritis postestreptocócica y absceso periamigdalino. No existe resistencia del Estreptococo Betahemolítico Grupo A a la penicilina. En los criterios de Centor (con un puntaje de 3 en adelante), en ausencia de prueba rápida, se recomienda el tratamiento antibiótico. Celulitis amigdalina y absceso periamigdalino deben sospecharse de existir dolor insoportable desde el primer día, dificultad para hablar, deglutir y abrir la boca, asimetría del crecimiento amigdalino (figura 1) (5).

Figura 1. Drenaje de un absceso peri-amigdalino



Fuente: <http://www.doctoroscarlopez.com/que-es-un-absceso-periamigdalino/>

Aspectos socioculturales

Las infecciones respiratorias altas y la amigdalitis, en el conocimiento popular, se las vincula con un riesgo latente, una amenaza, relacionada con el frío y “el mal tiempo”.

Los médicos usan la palabra “infecciones estacionales”, lo que demuestra la idea de cierta naturalización de estos procesos infecciosos, como eventos banales producidos por epidemias relacionadas con variaciones de temperatura durante el año.

Esta diferencia en la apreciación de la gravedad del evento, es el primer obstáculo comunicacional entre el profesional de salud y los pacientes.

Para el paciente y la comunidad todo evento que implique “fiebre”, es peligroso y debe ser tratado por un profesional especializado. Para los profesionales de la salud, son infecciones leves, todas ellas prevenibles y que no necesitan atención emergente, peor especializada.

Sin embargo, el escenario de la atención médica, no es homogéneo, sino que se configura como un campo de disputas entre sectores por la definición de las competencias, dentro de los servicios de salud occidentales, configurando un tipo de relación ambigua y conflictiva.

Los servicios de salud, están centrados en la figura del médico, pero, también dentro del colectivo profesional existe una estratificación entre los médicos generalistas y los pediatras.

En el imaginario social confían más en el pediatra. Para los trabajadores de la salud y los pacientes, el que conoce, es el especialista, no el generalista, ni la enfermera.

Las tensiones que existen entre pediatras y generalistas, se visibilizan en la pugna “por los pacientes”. Cuando un paciente requiere necesariamente ser atendido por un especialista y cuando no. (8)

Esta pugna también se vive entre los pacientes, y los profesionales, al momento de definir la gravedad del cuadro que presenta el paciente pediátrico, para las enfermeras y los médicos que trabajan en las salas de emergencia, son cuadros típicos de “infecciones respiratorias altas”, o “simples faringitis”, siendo rechazados cortés o despectivamente, las madres con hijos con cuadro clínico de faringo-amigdalitis, que acuden a la sala de emergencia demandando atención, o peor aún, solicitando atención prioritaria o de un especialista en Pediatría.

El entendimiento de la construcción simbólica del “ser médico” y la pugna de poder que existen dentro de los servicios de salud y entre los profesionales médicos, deben ayudar a la comprender, que al igual que en los servicios de salud, las familias y las comunidades viven conflictos internos, que se expresan como; “temor a la fiebre y el dolor de garganta” o la “exigencia al uso oportuno de antibióticos o medicinas más fuertes”. Estas peticiones, no deben ser leídas textualmente, sino, como “gritos de dolor”, de un sistema familiar que en estos momentos de incertidumbre, busca expresar el sufrimiento, alrededor de los conflictos internos que está enfrentando la familia.

Referencias bibliográficas

1. Ebell MH, Smith MA, Barry HC. The rational clinical examination. Does this patient have strep throat? *Jama*. 2000 Dec; 284((22):2912-8).
2. Shaikh N, Leonard E, Martin JM. Prevalence of streptococcal pharyngitis and streptococcal carriage in children: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2010 ;126. 2010 Sep; 126((3):557-64.).
3. Leung AK, Newman R, Kumar A. Rapid antigen detection testing in diagnosing group A beta-hemolytic streptococcal pharyngitis. *Expert Rev Mol Diagn*. 2006 Sep; 6((5):761-6).
4. Beneden. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Infectious Diseases Socie*. 2012 Nov; 55((10):1279-82).
5. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la faringitis estreptocócica del grupo A. *Clin Infect Di*. 2012; 55(10): 1279.
6. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Nov;((11)CD000023).
7. Roth GA, Huffman MD, Moran AE. Patrones globales y regionales de mortalidad cardiovascular. *Circulation*. 1990-2013 Oct; 137((17): 1667).
8. Ase I, Buriyovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? 2009; V(5).