

Diagnóstico, tratamiento y posibles complicaciones de la Faringoamigdalitis Aguda Bacteriana

Diagnosis, treatment, and possible complications of acute bacterial pharyngotonsillitis

Lorena Aila Moraes Rezende, Rafael Lopes Roeweder, Beatriz Alves de Oliveira, Rebeca Isabel Garcia Cabrera

Resumen

El objetivo de este estudio es reconocer mejor el tema de la Faringoamigdalitis Aguda Bacteriana (FAAB) y sus implicaciones en adultos, presentando el caso de una paciente femenina, adulta, con una alteración clínica sugestiva de FAAB que enfrentó. Además, la gran mayoría de los médicos intervienen con prescripciones de antibióticos, ya que la mayoría de los casos son virales, generando resistencia bacteriana frente a los antibióticos y también efectos secundarios indeseables. Por lo tanto, este trabajo pretende comprender de manera integral todo el proceso que debe seguir los adultos diagnosticados con FAAB. Para llevar a cabo este análisis, se procedió a una revisión sistemática de 8 artículos científicos. Se encontró que es necesario realizar pruebas rápidas a los pacientes, para que tengan una forma segura y eficaz. En casos recurrentes de la enfermedad, es posible que se recomiende la Amigdalectomía, es decir, la extirpación quirúrgica de las amígdalas con el objetivo de minimizar la aparición de infección y, por tanto, evitar complicaciones derivadas de infecciones bacterianas que se producen en esta parte del cuerpo. Lo que se puede concluir del estudio es que el diagnóstico preciso y el tratamiento adecuado de la Faringoamigdalitis Aguda Bacteriana son la mejor manera de afrontar la enfermedad. Aun así, la aparición de cepas potencialmente virulentas puede provocar complicaciones más graves por la infección.

Palabras clave: Faringoamigdalitis Aguda Bacteriana; Resistencia bacteriana; Amigdalectomía.

Abstract

The aim of this study is to better discern the issue of Pharyngotonsillitis Acute Bacterial (FAAB) and its implications in young adults, presenting the case of an adult female patient with a clinical alteration suggestive of FAAB that she faced. Furthermore, the vast majority of doctors intervene with antibiotic prescriptions, since the majority of cases are viral, generating bacterial resistance to antibiotics and also undesirable side effects. Therefore, this work aims to comprehen-

sively understand the entire process that adults diagnosed with FAAB must follow. To carry out this analysis, a systematic review of 8 scientific articles was carried out. It was found that it is necessary to perform rapid tests on patients, so that they have a safe and effective way. In recurrent cases of the disease, a Tonsillectomy may be recommended, that is, the surgical removal of the tonsils with the purpose of minimizing the appearance of infection and, therefore, avoiding complications derived from bacterial infections that occur in this part of the body. What can be concluded from the study is that accurate diagnosis and adequate treatment of Pharyngotonsillitis Acute Bacterial are the best way to deal with the disease. Even so, the emergence of potentially virulent strains can cause more serious complications from the infection.

Keywords: Pharyngotonsillitis Acute Bacterial; Bacterial resistance; Tonsillectomy.

Introducción

La Faringoamigdalitis Aguda es una de las causas más frecuentes de consulta médica conocida también por agina, que viene del latín *angere* (estrangular, apretar), se refiere a una inflamación aguda de las amígdalas y es una de las enfermedades más común en la infancia, siendo el *Streptococcus pyogenes* o Estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBhGA) el agente etiológico bacteriano más común (30%), aunque la mayoría es de origen viral (40%) y otras causas desconocidas. (1) (2) (3)

Aunque afecta principalmente a personas de entre 5 y 15 años, la faringoamigdalitis también puede presentarse en personas de mayor edad, como es el caso que presentamos adelante. (4) En la faringotonsilitis bacteriana hay un proceso agudo febril, de origen infecciosa, que cursa con inflamación de las mucosas de la faringe y/o las tonsilas faríngeas, eso se observa la presencia de edema, eritema, exudados, úlceras o vesículas. Los síntomas generales incluyen dolor de garganta, adenopatías cervicales anterior, fiebre y el diagnóstico es clínico, complementado con cultivo o prueba rápida de antígenos. (5)

EBhGA, la principal causa de faringoamigdalitis bacteriana, se puede encontrar en las vías respiratorias y la piel de personas sanas, y las investigaciones muestran que alrededor del 15 al 20% de la población mundial es portadora de esta bacteria. Esta bacteria

suele producir faringoamigdalitis aguda, sin embargo, lo preocupante es la posibilidad de que este padecimiento evolucione hacia complicaciones graves que pueden llegar a ser letales, como la glomerulonefritis aguda difusa (GNDA) y la fiebre reumática. La aparición de estas complicaciones está relacionada con la presentación de cepas de la bacteria potencialmente virulentas. (6)

Se estima que los principales problemas a los que se enfrenta el médico de atención primaria ante la FAAB es el de poder realizar un diagnóstico diferencial para establecer el tratamiento más adecuado. La prescripción antibiótica ante una enfermedad es exagerada, ya que la mayoría de los casos cursan a una causa viral. El uso excesivo de antibióticos implica la posibilidad de producir efectos secundarios en el paciente, la selección de resistencias y el consiguiente aumento en el gasto en salud. (7)

Como el análisis de los síntomas no permite el diagnóstico preciso del microorganismo causante de la FAAB, algunas pruebas pueden ayudar, siendo las más comunes la prueba rápida y el cultivo de orofaringitis. El primero tiene una especificidad del 80% al 90%, y su principal ventaja es la rapidez del diagnóstico, analizando la historia clínica y epidemiológica del paciente sugestiva de infección estreptocócica. En caso positivo el tratamiento adecuado consiste en terapia antibiótica, en casos negativos se recomienda cultivo, con una sensibilidad del 90% al 95%. En este

caso, nuevamente, con un resultado positivo, se inicia el tratamiento con antibióticos, y un resultado negativo, se realiza un tratamiento sintomático. (4)

La realización de estos procedimientos es fundamental, ya que, en el caso de aplicar terapia antibiótica para la faringoamigdalitis viral aguda, es posible producir efectos no deseados en el paciente, incluida la resistencia bacteriana a los antibióticos. (7) Por tanto, realizar un diagnóstico rápido y aplicar el tratamiento adecuado reduce las posibilidades de que la infección evolucione hacia complicaciones graves. (4) (6)

Además, cuando el médico se enfrenta a casos de faringoamigdalitis aguda recurrente, ya sea en niños o en adultos, la amigdalectomía resulta ser una opción viable, cuando se agotan todos los demás recursos médicos para el tratamiento. La amigdalectomía consiste en la extirpación quirúrgica de las amígdalas y se considera, sobre todo, cuando la recurrencia de una faringoamigdalitis aguda afecta la calidad de vida del paciente. Para su aplicación, sin embargo, se debe evaluar cuidadosamente la historia clínica del paciente y el historial de infecciones. (8)

Teniendo esto en cuenta, el objetivo de este estudio es comprender el comportamiento de la FAAB. Para ello, en las siguientes páginas se describe y analiza el caso de un paciente adulto que presentó el padecimiento, siendo correctamente diagnosticada y medicada, y sin complicaciones relacionadas con la infección.

Informe de caso

Paciente de 52 años de edad, sexo femenino, de nacionalidad paraguaya, ama de casa. En el día 16 de septiembre de 2023 a las 11:55h, acude a la Clínica N°: 3 de la Universidad Central del Paraguay, presenta los siguientes signos vitales: P.A.: 120/100mmHg, F.C.: 30lat/min, T.Ax.: 35,9°C, Sat. O2: 95% y Peso: 64kg. Refiere odinofagia moderada de aproximadamente 05(cinco) días de evolución, tos seca y sensación febril que acompaña el cuadro. Refiere uso de paracetamol via oral, pero sin mejora

de los síntomas. Informa que tuvo cuadro similar a 01(un) año.

Relata hábitos alimentarios e defecatorios regulares, niega hábitos tóxicos. Antecedentes socio-económicos: casa de alvenaria y con saneamiento básico. Niega patologías personales y familiares. Niega antecedentes de internaciones y quirúrgicas.

En el Examen físico general-regional y por sistemas: Piel, mucosa y faneras: normocorada y normohidratada. Cabeza y Rostro: normocéfalo. Cuello: cilíndrico y simétrico. Orofaringe: mucosas húmedas, amígdalas hiperémicas e hipertroficadas y con presencia de placas. Tórax: plano y simétrico. Ap. Respiratorio: MV conservados, sin ruidos agregados. Ap. Cardiovascular: R1 y R2 normofonéticos y sin soplos. Abdomen y Pelvis: globosos expensa de tejido adiposo, RHA + y no doloroso. Ap. Genitourinario: no inspeccionado en la consulta. SOMA: miembros pares y simétricos. Sistema Nervioso Central/Pares Craneales: Escala de Coma de Glasgow 15/15.

Diagnóstico: por las presentaciones clínicas de la paciente, fue diagnosticada con faringoamigdalitis aguda bacteriana.

Conducta y Tratamiento: Amoxicilina 500mg cada 12h por 10 días y Ibuprofeno 400mg cada 12h si presenta dolor o fiebre.

Discusión

Es posible observar el procedimiento de prueba rápida en la paciente, ya que se analizó su historia clínica, así como sus hábitos diarios y los síntomas analizados. (4) Mediante este procedimiento fue posible diagnosticar una faringoamigdalitis aguda de causa bacteriana.

Una vez presentado el diagnóstico se le indicó el tratamiento adecuado: terapia antibiótica con Amoxicilina 500 mg, además de Ibuprofeno 400 mg para aliviar síntomas como dolor y fiebre. En este contexto, la selección del antibiótico adecuado se realizó considerando eficacia clínica y bacteriológica, alergia al medicamento, adherencia al tratamiento, dosis, sabor, costo, espectro de acción y efectos secundarios. La amoxicilina, tratamiento frecuen-

temente recomendado para este tipo de casos en la actualidad, ha demostrado ser el medicamento más adecuado para el tratamiento. (4)

Dado que el paciente no volvió posteriormente a la clínica, es posible entender que el tratamiento recomendado tuvo el efecto esperado, conduciendo a la curación clínica y la desaparición de los síntomas presentados. En este sentido, podemos entender que no hubo complicaciones graves derivadas de la infección bacteriana. (6)

Además, como el análisis de la historia clínica del paciente no demostró casos recurrentes de faringoamigdalitis aguda, no hubo necesidad de considerar ni recomendar un procedimiento de amigdalectomía. (8)

Conclusión

A través del estudio de caso aquí descrito, respaldado por la literatura disponible relevante al tema, fue posible concluir que la incidencia de FAAB, especialmente aquellas causadas por la bacteria *Streptococcus pyogenes* o *Estreptococo betahemolítico* del grupo A (EBhGA) es común, aunque la mayoría de las faringoamigdalitis agudas tienen causas virales. Por este motivo, es necesario realizar un diagnóstico preciso de la causa infecciosa, ya que la aplicación de tratamientos antibióticos a infecciones virales puede provocar daños al paciente, como la creación de resistencias a los medicamentos.

Por otro lado, la falta de un tratamiento adecuado en el caso de FAAB puede hacer que el cuadro evolucione hacia complicaciones graves, como fiebre reumática, que puede provocar la muerte del paciente. Por eso es tan importante un diagnóstico preciso y rápido.

Con relación al estudio de caso presentado, se pudo comprobar el diagnóstico clínico, preciso y rápido, así como la prescripción del tratamiento adecuado, es decir, el paciente diagnosticado con faringoamigdalitis bacteriana aguda fue tratado con terapia antibiótica con Amoxicilina 500 mg, lo que permitió para comprobar su mejoría, ya que no regresó a la clínica. Asimismo, la falta de recidiva de la in-

fección hizo que no fuera necesaria la recomendación de amigdalectomía. A través de este caso se pudo comprobar la efectividad de un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado para la curación clínica en casos de faringoamigdalitis bacteriana aguda.

Referencias

- (1) Couloigner V. Las faringoamigdalitis y sus complicaciones. EMC - Otorrinolaringol. 2022;51(1):1-14. [http://dx.doi.org/10.1016/s1632-3475\(21\)46019-4](http://dx.doi.org/10.1016/s1632-3475(21)46019-4)
- (2) Fontes MJF, Bottrel FB, Fonseca MTM, Lasmar LB, Diamante R, Camargos PAM. Diagnóstico precoce das faringoamigdalites estreptocócicas: avaliação pelo teste de aglutinação de partículas de látex. J Pediatr (Rio J). 2007;83(5). <http://dx.doi.org/10.1590/s0021-75572007000600012>
- (3) Medrado AV de S, Santos JFM dos, Pereira Neto SC, Lobo LRAA, Salles LP, Azevedo CT de O. Febre reumática e seu perfil epidemiológico no brasil nos últimos 5 anos. Rease. 2022;8(4):1175-84. <http://dx.doi.org/10.51891/rease.v8i4.5125>
- (4) Matos FS, Reale JA, Neto JS, Barata L, Pamponet LO, Brito RM, et al. Uso de antibióticos na faringomigdalite estreptocócica. Gaz Méd. 2007;77(Suplemento): S23-S27. <https://gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/279/270>
- (5) Piñeiro Pérez R, Hijano Bandera F, Alvez González F, Fernández Landaluce A, Silva Rico JC, Pérez Cánovas C, et al. Extracto del documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica. 2021;34(2):62-72. <http://dx.doi.org/10.35366/100544>
- (6) Tanaka II, Iwamoto AH, Person OC. Amigdalite aguda letal causada por *Streptococcus pyogenes*. O mundo da saúde. 2009; 33(1):114-117. http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/66/114a117.pdf
- (7) Cots JM, Alós J-I, Bárcena M, Boleda X, Cañada JL, Gómez N, et al. Recomendaciones para el manejo de la faringoamigdalitis aguda

del adulto. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2016;34(9):585–94.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2015.02.010>

(8) Sabra LN, Andrade BN, Melo SS, Sabra GN, Brandão TM, Barroso BZ, et al. Amigdalite de repetição em criança: avaliação clínica e amigdalectomia. *Revista Foco.* 2023;16(9):01-12.

<https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n9-005>

Los autores

Lorena Aila Moraes Rezende, estudiante de la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central del Paraguay.

Rafael Lopes Roeweder, estudiante de la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central del Paraguay.

Beatriz Alves de Oliveira, estudiante de la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central del Paraguay.

Rebeca Isabel Garcia Cabrera, médica, docente de la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central del Paraguay.

- | |
|---|
| <p><input checked="" type="checkbox"/> Los autores declaran que el trabajo no recibió financiamiento.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Los autores declaran no tener conflictos de interés.</p> |
|---|