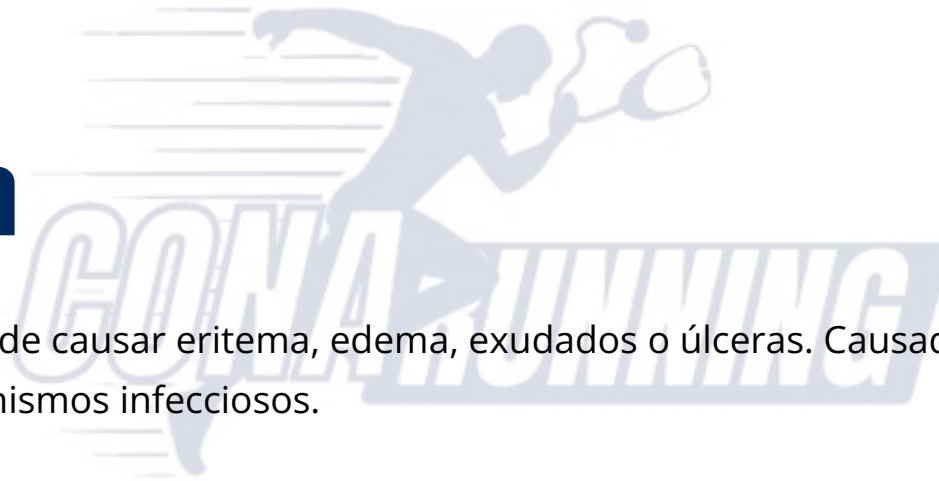


Faringitis Aguda

Inflamación de la faringe que puede causar eritema, edema, exudados o úlceras. Causada por factores ambientales, sustancias cáusticas o microorganismos infecciosos.



Causas Infecciosas: Virus

Los virus son la causa más común de faringitis aguda en países industrializados, predominando en otoño, invierno y primavera.



Virus Gripales y Paragripales

Infecciones respiratorias superiores con síntomas inespecíficos como rinorrea y tos.



Virus del Herpes Simple

Causa gingivostomatitis con vesículas ulceradas en faringe anterior, labios y piel peribucal. Fiebre elevada y dificultad para tragar.



Enterovirus

Producen herpangina con lesiones papulovesiculares en orofaringe posterior. Máxima frecuencia en verano.



Adenovirus

Causan fiebre faringoconjuntival cuando se produce conjuntivitis simultánea. Pueden ser epidémicos o esporádicos.

Estreptococos del Grupo A (EGA)

Causa bacteriana más importante de faringitis aguda. Produce el 15-30% de las faringitis en niños en edad escolar.

Características Epidemiológicas

- Infrecuente antes de 2-3 años
- Más común entre 5-15 años
- Prevalente en invierno y primavera
- Diseminación rápida entre hermanos y compañeros
- Periodo de incubación: 2-5 días

Manifestaciones Clínicas

- Inicio rápido de dolor de garganta intenso
- Fiebre
- Faringe enrojecida
- Amígdalas aumentadas con exudado
- Adenopatía cervical anterior dolorosa

Escarlatina

Exantema característico producido por exotoxinas pirógenas estreptocócicas A, B o C.



A horizontal timeline with four cyan dots connected by a thin line. Each dot has a vertical line extending down to a stage title. The background features a faint watermark of a runner and the text 'GO ON RUNNING'.

Inicio

Exantema papular rojo fino ("papel de lija") comienza en la cara.

Generalización

Se extiende por todo el cuerpo. Palidez peribucal característica.

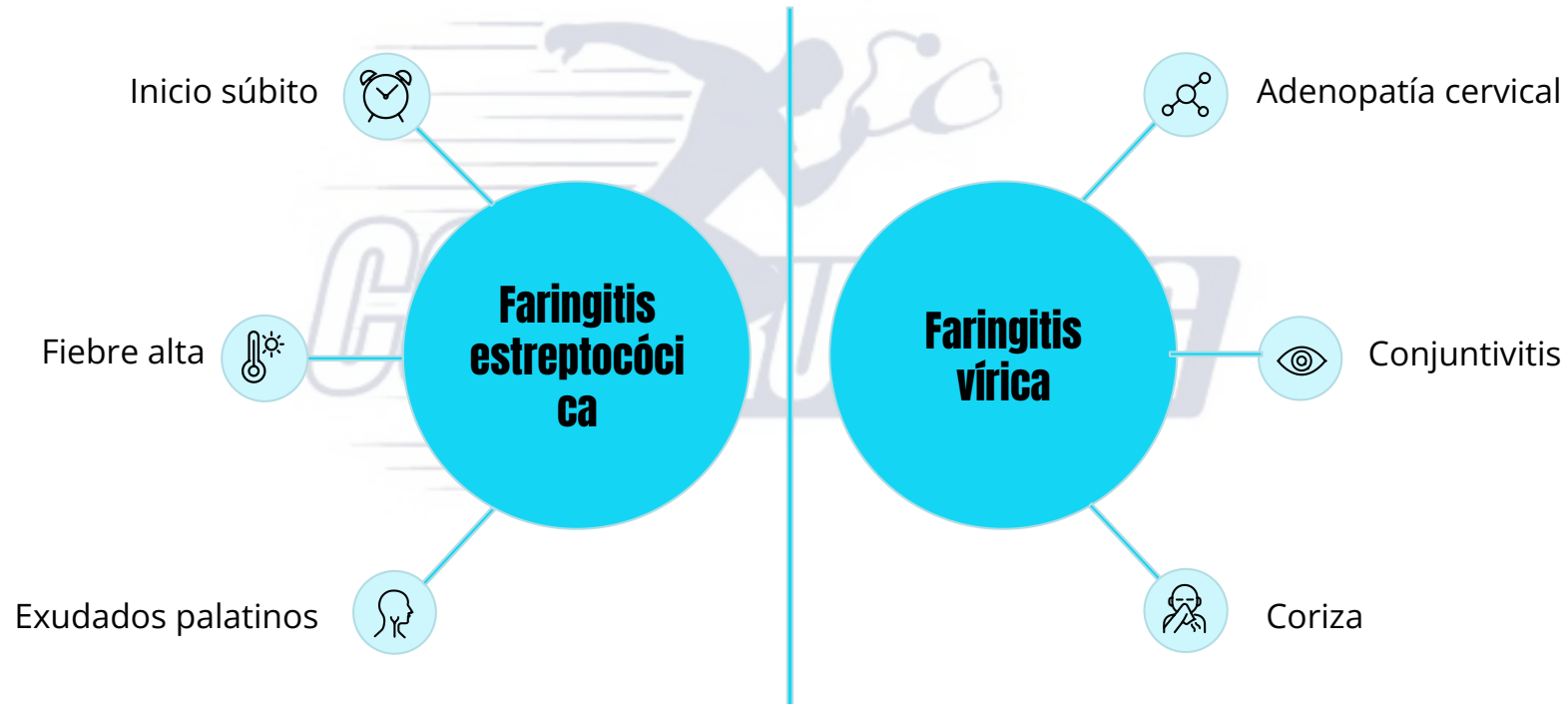
Líneas de Pastia

Intensificación en pliegues cutáneos: fosa antecubital, axilas e ingle.

Resolución

Desaparece en varios días con descamación similar a quemadura solar.

Diagnóstico Diferencial



Las manifestaciones clínicas se superponen frecuentemente. El juicio clínico solo sobrestima la probabilidad de etiología estreptocócica.

Sistema de Puntuación de McIsaac

Herramienta para identificar pacientes con probable faringitis por EGA. Se asigna 1 punto por cada criterio presente:



Fiebre >38°C



Ausencia de Tos



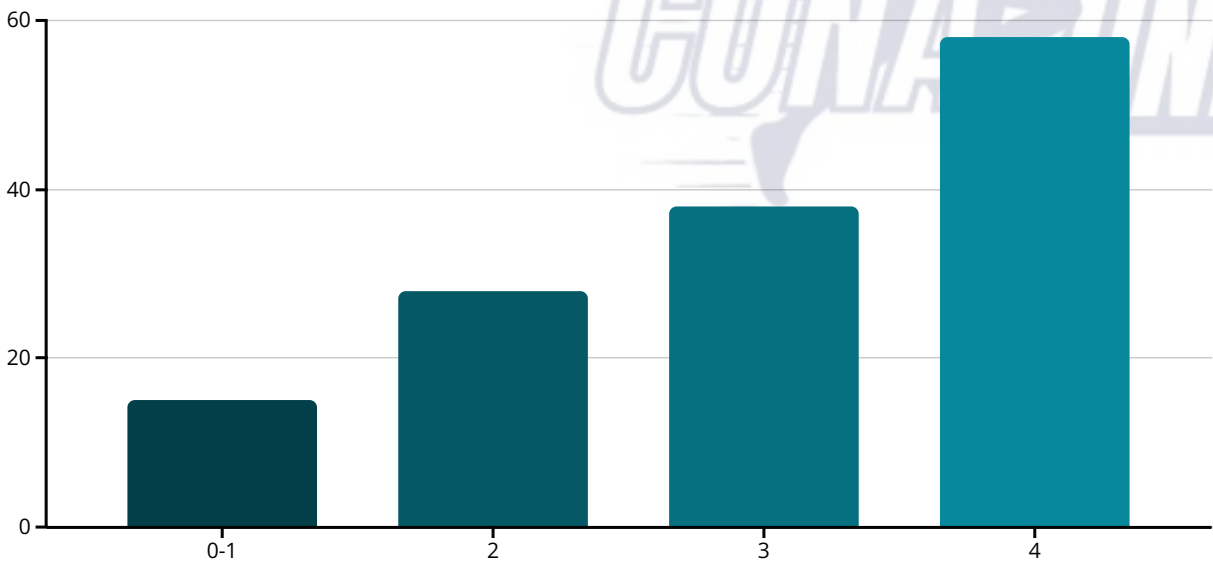
Adenopatía Cervical Dolorosa



Tumefacción o Exudado Amigdalino



Edad 3-14 Años



Una puntuación ≥ 4 se asocia a EGA positivo en menos del 70% de los casos, por lo que el estudio de laboratorio es esencial.

Métodos Diagnósticos

1

Cultivo Faríngeo

Método de referencia en placa con agar sangre. Puede tener falsos negativos por errores de obtención o tratamiento antibiótico previo.

2

Pruebas de Detección Rápida de Antígenos (PDRA)

Especificidad muy elevada ($\geq 95\%$). Menos sensibles que el cultivo. Resultado negativo requiere confirmación con cultivo.

3

Pruebas Moleculares (PCR)

Sensibilidad y especificidad $\geq 98\%$. Resultado en menos de 1 hora. No requieren confirmación pero pueden detectar portadores crónicos.

Tratamiento de la Faringitis Vírica

Tratamiento Sintomático

- Antipiréticos/analgésicos orales (paracetamol o ibuprofeno)
- Aerosoles y pastillas con anestésicos locales
- Hidratación adecuada

No hay tratamiento específico para la mayoría de las faringitis víricas. Los síntomas se resuelven sin complicaciones en varios días.



Tratamiento Antibiótico de la Faringitis por EGA

Objetivos principales: acelerar recuperación clínica (12-24 horas), reducir complicaciones supurativas y prevenir fiebre reumática aguda.

Penicilina/Amoxicilina

Primera línea: Amoxicilina 50 mg/kg/día (máx. 1.000 mg) una vez al día durante 10 días. Siempre sensibles, económicas, espectro estrecho.

Penicilina Benzatina IM

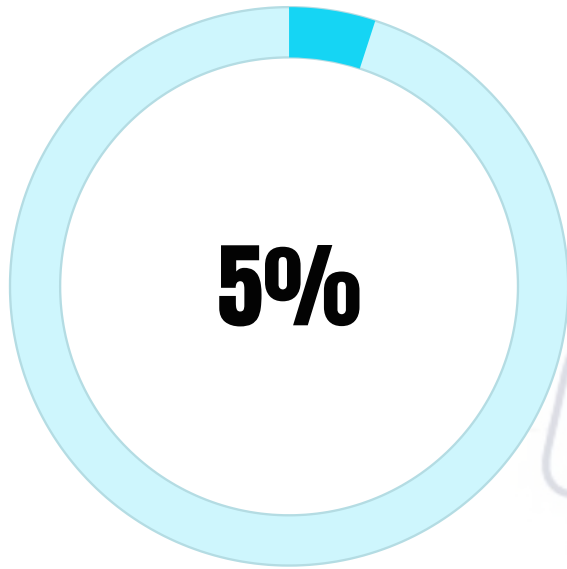
Alternativa: 600.000 unidades (<27 kg) o 1,2 millones (>27 kg). Dosis única que garantiza cumplimiento.

Alérgicos a Penicilina

Opciones: Cefalosporinas de 1ª generación (10 días), macrólidos (eritromicina, claritromicina 10 días; azitromicina 5 días) o clindamicina (10 días).

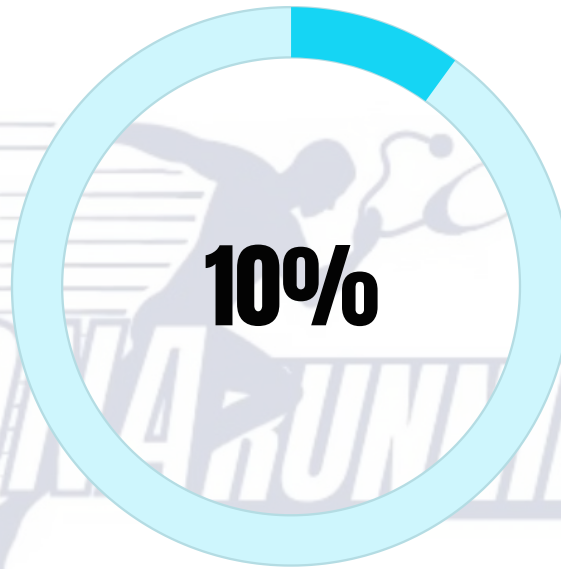
❏ **Importante:** El tratamiento es muy eficaz para prevenir fiebre reumática aguda cuando se inicia en los 9 días siguientes al inicio de la enfermedad. No previene glomerulonefritis postestreptocócica.

Resistencia a Macrólidos



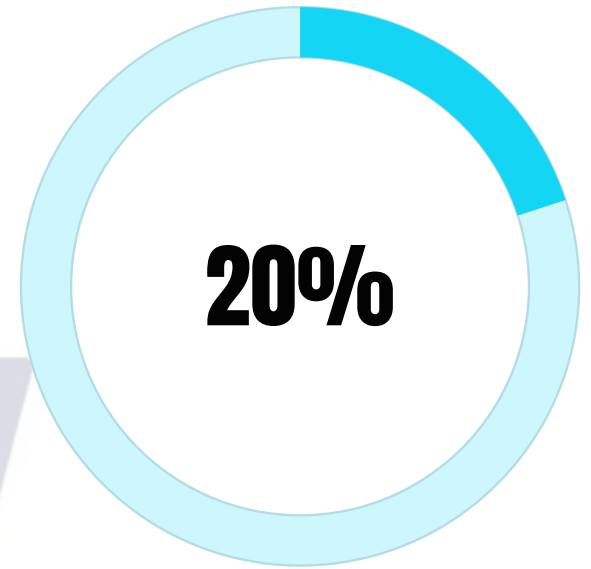
Estados Unidos

Prevalencia de resistencia del EGA a macrólidos



Canadá

Resistencia con alta variación local



Europa y Asia

Incidencia mucho mayor en muchos países

El uso de macrólidos debe restringirse a pacientes que no puedan recibir β -lactámicos de forma segura. Algunas cepas también son resistentes a clindamicina.

Portadores Crónicos de EGA

Pacientes que albergan EGA en faringe a pesar de tratamiento correcto o cuando están asintomáticos. Plantean poco riesgo pero pueden confundir el diagnóstico.



Identificación

Pruebas positivas repetidas sin respuesta inmunitaria significativa contra el microorganismo.



Manejo

Evaluar y tratar faringitis clínica independientemente del estado de portador. Usar criterios clínicos para determinar necesidad de pruebas.

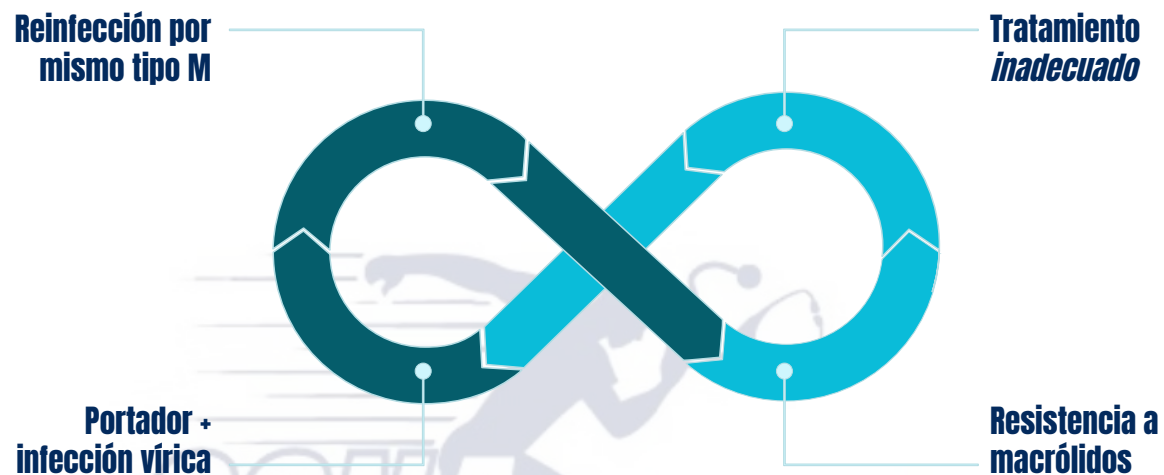


Erradicación

Considerar solo en circunstancias especiales: brotes, antecedentes de FRA, diseminación familiar o ansiedad extrema.

"Habitualmente no es necesario intentar eliminar el estado de portador crónico. El estado de portador no es un riesgo significativo para la salud."

Faringitis Recorrente



Amigdalectomía

Puede reducir incidencia durante 1-2 años en niños con episodios frecuentes documentados:

- ≥ 7 episodios el año previo
- ≥ 5 cada uno de los 2 años previos
- ≥ 3 cada uno de los 3 años previos

La frecuencia generalmente disminuye con el tiempo. Sopesar beneficios con riesgos quirúrgicos.



Complicaciones de la Faringitis por EGA

Complicaciones Supurativas

- Absceso periamigdalino
- Absceso parafaríngeo
- Adenitis cervical

Fiebre Reumática Aguda (FRA)

Enfermedad no supurativa prevenible con tratamiento antibiótico temprano (dentro de 9 días del inicio).

Glomerulonefritis Postestreptocócica Aguda (GNPEA)

No prevenible con tratamiento antibiótico.
Complicación inmunológica tardía.

Otras Complicaciones

- Artritis reactiva postestreptocócica
- Posibles trastornos neuropsiquiátricos (TNAPAS/SNAI/SNAP)

Prevención y Perspectivas Futuras



Vacunas en Desarrollo

Vacunas recombinantes multivalentes contra diversos tipos M de EGA. Otras basadas en epítomos conservados. Ninguna próxima a autorización.

Profilaxis Antimicrobiana

Penicilina oral diaria previene infecciones recurrentes por EGA. Recomendada solo para prevenir recurrencias de fiebre reumática aguda.

Desafío futuro: Diseñar vacunas eficaces considerando la variedad de situaciones clínicas asociadas al EGA y determinar los beneficios clínicos previstos de la vacunación.