

Faringitis y amigdalitis. Tratamiento etiológico y sintomático

ELISABET FONT

Farmacéutica.



La faringitis y la amigdalitis son afecciones leves de las vías respiratorias altas muy frecuentes con la llegada del invierno. Desde la oficina de farmacia se responde habitualmente a un gran número de consultas para su alivio. En el presente trabajo se pretende realizar una descripción de estas enfermedades y aconsejar sobre su tratamiento etiológico y sintomático.

La patología faríngea incluye diferentes procesos que van desde una simple afección común por procesos infecciosos u otras causas, descritas posteriormente, hasta afecciones graves. También se da como síntoma derivado de enfermedades (mononucleosis infecciosa, difteria, gripe, resfriado común o sífilis); son las llamadas faringitis específicas. Las faringitis crónicas se presentan de forma progresiva con una evolución larga y no remiten fácilmente. Otras

faringitis tienen causas tumorales, neurológicas o alérgicas. A continuación se hará una revisión de las más habituales: la faringitis aguda y la amigdalitis, que son en definitiva las que buscarán el consejo en la oficina de farmacia.

Faringitis

La faringitis es una inflamación aguda de la mucosa de la orofaringe, también denominada bucofa-

ringe o faringe media, situada por detrás de la boca abarcando desde el borde inferior del velo del paladar hasta el borde superior de la epiglotis (membrana existente en la unión de la faringe con la tráquea y que cierra el paso de los alimentos al aparato respiratorio). La zona afectada es muy susceptible de ser infectada por gérmenes debido a que forma parte a la vez del tracto digestivo y del respiratorio. Es zona de paso de alimentos con distintas características de

tamaño, superficie y temperatura que pueden ir acompañados de algún germen, y que van desde la boca hacia el tubo digestivo. Además, la faringe tiene continuo contacto con el aire inspirado a distintas temperaturas que proviene de las fosas nasales y de la boca y con el aire expirado que proviene de los pulmones.

Por esta razón la bucofaringe dispone de diversos mecanismos de defensa, como el recubrimiento de secreción mucosa elaborada por glándulas de la misma mucosa, la disposición a ambos lados de las paredes laterales de la bucofaringe de las amígdalas palatinas cargadas de tejido linfoidal que constituyen una destacada estructura formadora de anticuerpos, sobre todo en la infancia, y la disposición del llamado anillo de Waldeyer que son folículos linfoides de distinto tamaño distribuidos en la orofaringe.

La inflamación se produce por muchas causas. Entre ellas, cabe destacar el consumo de sustancias irritantes como el tabaco o el alcohol, que alteran las células de la mucosa; la temperatura ambiental baja, que provoca un enfriamiento del aire inspirado (éste disminuye el movimiento ciliar de la mucosa nasal y altera la formación de moco, provocando una menor filtración de posibles agentes infecciosos), o simplemente por infección masiva de gérmenes, frente a la cual se ven desbordados los sistemas de defensa.

Según la causa de la inflamación, se diferencia la faringitis infecciosa (debida a virus y a bacterias) y la faringitis no infecciosa (producida por alergias, por sustancias irritantes, por sequedad del ambiente, por traumatismos, etc.).

Para poder instaurar una terapia con antibióticos se debe realizar un diagnóstico diferencial entre las faringitis de origen viral y las de origen bacteriano. Resulta difícil distinguirlas sólo con la exploración física, por lo que en algunos casos se deberán realizar pruebas analíticas sobre la secreción faríngea y proceder a su cultivo, que tarda entre 48 y 72 horas, o recurrir a pruebas antihigiénicas con resultados más rápidos aunque menos fiables.

Las faringitis causadas por virus tienen una incidencia estacional y se instauran de forma gradual. El período de incubación oscila entre 1 y 3 días y afecta a cualquier edad. Lo primero que aparece es sensación de fatiga y escalofríos, seguido de sequedad de garganta con dolor faríngeo que aunque poco intenso dificulta la deglución. Puede aparecer fiebre, aunque nunca supera los 38 °C. Otros síntomas, no siempre presentes, son los típicos del catarro (estornudos, tos y obstrucción nasal), de la rinitis aguda (rinorrea) y la presencia de aftas en boca y faringe. Los virus responsables son adenovirus, rinovirus, virus Coxsackie A, virus de la influenza, de la parainfluenza y coronavirus, entre otros. En general, son procesos leves y autolimitados, aunque se pueden complicar si seguidamente se produce infección bacteriana.

**Para poder instaurar
una terapia con
antibióticos se debe
realizar un diagnóstico
diferencial entre
las faringitis de origen
viral y las de origen
bacteriano**

La faringitis bacteriana aparece en cualquier época del año en forma de pequeñas epidemias y se instaura bruscamente. Aparece fiebre elevada por encima de 38 °C hasta los 40 °C, acompañada de dolor muy intenso que dificulta la deglución de los alimentos y el paso de la saliva. El dolor puede irradiar hacia la oreja, produciendo otalgias. Se presenta con malestar general y aparición de cefaleas, náuseas, vómitos y dolor abdominal. Además del enrojecimiento y tumefacción de la mucosa, se observan placas de color blanco-amarillento en la pared posterior de la faringe y los ganglios inflamados. El contagio se produce

fácilmente a través de las gotas de saliva que se pueden expulsar al hablar o toser; por tanto, es muy frecuente en la edad escolar, cuando los niños tienen un contacto muy próximo. Otro agravante es que en este sector de la población los síntomas generales son más intensos. Las bacterias responsables de este proceso infeccioso son básicamente estreptococos beta-hemolíticos del grupo A (como *Streptococcus pyogenes*) y con menor frecuencia *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis* y *Chlamydia pneumoniae*, entre otras.

Una vez instaurado el tratamiento, la afección debe remitir en 3-5 días. Si no es así se debe derivar al paciente al facultativo para evitar complicaciones graves como otitis medias, laringotraqueítis, mastoiditis, sinusitis aguda, abscesos retrofaríngeos y, en casos más raros pero muy complicados, la fiebre reumática, que produce focos inflamatorios del tejido conectivo de las articulaciones y afectación de las válvulas cardíacas.

Hemos explicado algunas diferencias entre la infección por virus y por bacterias, pero cabría citar que dentro de cada una y dependiendo del tipo de virus o bacteria varían los síntomas generales y la afectación de la faringe desde un leve enrojecimiento y tumefacción de la mucosa hasta el crecimiento de los ganglios y folículos linfoides, con aparición de placas de pus. Por este motivo, hay veces que se deben recurrir a pruebas analíticas en laboratorio.

Amigdalitis

Cuando la inflamación aguda se localiza especialmente en las amígdalas palatinas y en otras formaciones linfoides de la bucofaringe, se denomina amigdalitis o faringitis circunscrita y se conoce vulgarmente como anginas. Está afectada directamente por la flora bacteriana bucal e indirectamente por diversas infecciones del organismo. La etiología se puede atribuir también a virus o a bacterias (generalmente por estreptococos), y se diferencian por pruebas analíticas.

Las amígdalas, como mecanismo de defensa, constituyen un reservorio de linfocitos B. Aunque esta patología puede aparecer en cualquier sector de la población, normalmente afecta a niños mayores de 3 años y a adultos hasta los 50. Este órgano va creciendo a medida que el niño entra en contacto con agentes infecciosos y se activan células inmunitarias. Alcanza el tamaño máximo entre los 3 y 6 años de edad y a partir de los 7-8 años se va reduciendo. En la pubertad, las amígdalas son casi inactivas.

Es un trastorno muy frecuente que aparece de forma brusca tras un período de incubación de 2-4 días, con malestar general; procesos febriles que pueden llegar a ser muy elevados, alcanzando los 40 °C y que remiten al cabo de 72 horas; escalofríos, y dolor de garganta al deglutir o de forma espontánea. El dolor puede llegar hasta el oído o afectar a la nuca, dificultando el movimiento de rotación del cuello y propiciando la aparición de cefaleas, náuseas e incluso vómitos. Existen distintos tipos de amigdalitis que cursan con los síntomas descritos y son más o menos graves.

Amigdalitis eritematosa

Cursa con aumento de tamaño y enrojecimiento de las amígdalas; también se enrojecen la parte posterior de la faringe, el velo superior del paladar y la campanilla. Ocasionalmente aparecen puntos blanquecinos que forman un velo cremoso que se desprende de la superficie de las amígdalas con relativa facilidad y con folículos linfoides más grandes de lo normal. En este caso se denomina amigdalitis eritematopultácea.

Los agentes causales virales son rinovirus, coronavirus y adenovirus, mientras que los bacteriológicos son estreptococos beta hemolíticos del grupo A, *Chlamydia corinebacterium hemolyticum*, *Staphylococcus aureus* y micoplasma. Cuando la infección es de tipo viral puede afectar al aparato respiratorio, apareciendo rinitis, laringitis o bronquitis.

Amigdalitis vesiculosa

Como su nombre indica, se caracteriza por la aparición de vesículas

que se rompen y provocan pequeñas lesiones ulcerosas cubiertas en superficie por una capa amarillenta e instauradas sobre un halo eritematoso.

Su origen es sólo viral: virus varicela, virus herpes simple t-I y virus Coxsackie A.

Amigdalitis pseudomembranosa

Se presenta con enrojecimiento y formación de depósitos fibrinógenos de color blanco-grisáceo encima de las amígdalas, que se puede extender hacia la laringe. Es provocada por el virus de Epstein-Barr, responsable de la mononucleosis infecciosa, muy frecuente entre niños y adolescentes. Ésta cursa con fiebre alta y adenopatías generalizadas, dolor articular o dilatación del hígado y del bazo. El virus C. *Diphtheriae* también se encuentra como agente causal de este tipo de amigdalitis, pero de forma más rara.

En el caso de alergia
o de resistencia
a las penicilinas,
el tratamiento
alternativo más habitual
para infecciones
grampositivas
es la eritromicina

Amigdalitis ulceronecrotica

Se manifiesta con ulceración de las amígdalas, con posible extensión hacia la mucosa de la boca y la faringe, recubierta por una membrana blanquecina pútrida y maloliente. Es el caso de la angina de Plaut-Vincent, producida sobre todo por malas condiciones higiénicas y con afectación frecuentemente asimétrica de una sola amígdala, o el caso de afectaciones por la flora anaerobia endógena (hemopatía subyacente) o por *T. Pallidum*.

Tratamiento

Para remitir estas afecciones existen dos tipos de tratamiento: el etiológico, en el caso de faringitis y amigdalitis bacterianas, y el sintomático para tratar infecciones virales, bacterianas y afecciones con otras causas (irritación, sequedad, etc.).

Tratamiento etiológico

El fármaco de elección será la penicilina en forma de penicilina G benzatina, que al ser una sal de bencilpenicilina con benzatina forma un depósito tisular desde donde se libera la penicilina G, alcanzándose la máxima concentración plasmática al cabo de 18 horas. Se administra por vía intramuscular en dosis única de 1,2 millones de UI.

Otra penicilina indicada es la penicilina V (fenoximetilpenicilina). Al ser más resistente a la hidrólisis ácida del estómago que la bencilpenicilina, se administra vía oral, pero su efectividad antimicrobiana es menor y se prescribe sólo para casos leves. La posología es de 250 mg cada 6 horas en adultos y de 15 mg/kg también cada 6 horas para niños durante no menos de 10 días. La amoxicilina (penicilina de amplio espectro) por vía oral también es efectiva con una dosis de 500 mg cada 8 horas durante 10 días.

En el caso de alergia a o de resistencia a las penicilinas, el tratamiento alternativo más habitual para infecciones grampositivas es la eritromicina. Con mecanismo de acción distinto, la eritromicina presenta un buen perfil de seguridad y pocos efectos secundarios. Su biodisponibilidad oral oscila entre el 35 y el 75%, consiguiendo la concentración máxima plasmática al cabo de 2-4 horas. Como tiene gran capacidad para penetrar en el interior de las células, las concentraciones tisulares suelen ser superiores a las plasmáticas, por lo que se distribuye en elevadas concentraciones en boca y faringe. La posología en forma de base es de 250-500 mg cada 6 horas o de 500-1.000 mg cada 12 horas.

En el caso de resistencia a la eritromicina, otros antibióticos apro-

piados son las cefalosporinas de administración oral de primera generación, como cefadroxil, cefalexina y cefradina, que poseen buena actividad bactericida frente a bacterias grampositivas. Los lincosánidos (clindamicina y lincomicina) también están indicados para este tratamiento. Si existe una infección estreptocócica recurrente se asocia amoxicilina más ácido clavulánico.

Para amigdalitis causada por bacterias, como en el caso de la faringitis, la antibioterapia es a base de penicilina G benzatina intramuscular, penicilina V oral, ampicilina, o macrólidos como eritromicina, josamicina y diritromicina.

Siempre que se sospeche que el origen de la afección es bacteriano, el médico, ayudado por un diagnóstico diferencial a partir de la analítica, será la persona más indicada para decidir el tratamiento con antibióticos.

Tratamiento sintomático

Mientras persista la inflamación, para mitigar el dolor faríngeo se recomendará ingerir sólo alimentos de consistencia blanda y aumentar el consumo de líquidos, exceptuando zumos cítricos (son muy ácidos y resultan irritantes para la mucosa inflamada); evitar el tabaco, el alcohol y las comidas picantes, copiosas o muy calientes; evitar el aire muy cargado, ventilando adecuadamente las habitaciones, y evitar los cambios bruscos de temperatura ambiental. Como medidas higiénicas para evitar el contagio se encuentra el uso de pañuelos desechables, proteger la boca y la nariz con pañuelos al toser o estornudar, y lavarse bien las manos si se deben manipular alimentos.

Es en este tipo de tratamiento en el que el fármaco tiene un importante papel, evitando la automedicación y dispensando el tipo de fármaco más adecuado para cada caso. Para ello, se debe valorar la importancia de la afección, la edad del paciente y los principios activos incluidos en la forma farmacéutica. Pero hay que tener en cuenta que el tratamiento sintomático se debe recomendar siempre y cuando se cumpla lo siguiente: que no existan procesos febriles, que los ganglios no estén inflamados, que el



enrojecimiento y el dolor sean leves, que los síntomas de la patología faríngea tengan pocos días de evolución, que se presenten erupciones, que no haya complicaciones del tipo otitis o sinusitis, y que no aparezcan placas blanquecinas.

Respecto al tipo de paciente que se debe derivar al médico, normalmente son niños menores de 10 años con fiebre y ganglios inflamados, mayores de 10 años con fiebre elevada y pus en las amígdalas, pacientes con enfermedades crónicas (diabetes, asma, afecciones cardíacas), y personas con antecedentes de fiebre reumática, con dificultad respiratoria o con alteraciones renales.

Si una vez instaurado el tratamiento sintomático el dolor no remite en 4-5 días, también se debe aconsejar la visita médica, ya que si se sigue el tratamiento se pueden enmascarar otras enfermedades más graves que cursan con la misma sintomatología.

Este tratamiento conlleva la administración sistémica de medicamentos analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios como el ácido acetil salicílico, y de administración local con antisépticos, antiinflamatorios, anestésicos locales,

demulcentes, antibióticos locales y sedantes.

Las formas farmacéuticas de aplicación local son de dos tipos, las primeras son líquidos destinados a enjuague aplicados como colutorios y gargarismos y otras en forma de aerosol. Las segundas son formas sólidas a base de tabletas, comprimidos o pastillas desleíbles en la boca.

Colutorios

Son preparados destinados a ejercer una acción local sobre las mucosas de la zona oral y de la garganta. Para su correcta administración se realizarán enjuagues o, a veces, toques con una espátula de la que están ya provistos algunos envases; si no, se realizará con una torunda de algodón hidrófilo o con un pincel adecuado, un escobillón o el cepillo de dientes habitual. Se debe mantener la boca abierta durante algunos segundos sin tragar saliva. En ningún caso se deben ingerir algunos excipientes que encontramos en su formulación, como agua, etanol, tensioactivos, humectantes (propilenglicol, sorbitol o glicerina) y aromatizantes (mentol, timol, eucaliptol). Los principios activos son los siguientes:

– Antisépticos. Presentan un amplio espectro antibacteriano frente a bacterias grampositivas y gramnegativas, y no son activos frente a virus. Son sustancias antisépticas la clorhexidina, cloruro de dequalinio, hexetidina, povidona yodada, cloruro de cetilpiridinio, formol, cineol, timol y fenol.

– Antiinflamatorios. Como enoxolona y bencidamina.

– Anestésicos locales. Son efectivos para la disminución del dolor, ya que reducen la sensibilidad de la lengua y la garganta. Entre otros, podemos destacar la lidocaína, benzocaína, tetracaína, fenol, cloral hidrato, butoformo, clorobutanol, etc. Es importante tener en cuenta que los productos que contiene anestésicos locales están contraindicados en niños menores de 6 años, por lo que hasta los 12 años se deben administrar con precaución, ya que un tratamiento prolongado puede provocar efectos secundarios por absorción sistémica.

– Otros productos con acción sedante (eugenol). También se incluye el mentol (contraindicado en niños menores a 30 meses por posible aparición de laringoespasmos) y el salicilato de sodio o de metilo.

Gargarismos

Son preparaciones líquidas de aplicación local destinadas al lavado de garganta, pero que no deben ser ingeridas. Con la cabeza situada hacia atrás y la solución en la boca, se realizarán gargarismos durante unos 30 segundos. También se pueden aplicar con una ducha provista de una cánula que realiza un lavado continuo. Normalmente, la misma presentación sirve para colutorio y para gargarismos. Por tanto, los principios activos son los mismos.

Aerosoles

Están destinados a pacientes pediátricos debido a la difícil utilización que supone en niños el uso de colutorios y no digamos ya de gargarismos. Son sistemas polidispersos de fase interna líquida y fase externa gaseosa. Dentro de envases presurizados se incluyen fórmulas con principios activos similares a los colutorios, aplicán-

dose en forma de nebulizaciones varias veces al día.

Comprimidos, pastillas, tabletas.

Estas formas sólidas ejercen una acción local y se deben administrar mediante una disolución lenta y completa en la boca. Debido a que se necesita una disgregación paulatina, se provoca un exceso de saliva que es beneficioso para la afección faríngea, ya que tiene poder antimicrobiano debido a la lisozima que contiene y poder inmunitario por la IgA. Incluyen distintos tipos de principios activos:

– Antisépticos. Cloruro de dequalinio, cloruro de cetilpiridinio, clorhexidina, benzetonio cloruro, alcohol diclorobencílico, amilmetacresol, cineol, hexamidina, potasio clorato, cloruro o bromuro de cetrimonio, benzalconio cloruro, etc.

– Antibióticos de acción local. Bacitracina, tirotricina, neomicina sulfato, sulfoguanidina, sulfatiazol, kanamicina sulfato y polimixina B sulfato.

– Antiinflamatorios. Bencidamina, enoxolona y corticoides (hidrocortisona acetato, triamcinolona acetone).

– Descongestionantes, demulcentes y expectorantes. Alcanfor, clorofila, gomenol, mentol, terpineol, esencia de pino, eucalipto.

– Anestésicos locales. Lidocaína, benzocaína, bencidamina, clorobutanol, procaína, tetracaína, butoformo, etc.

Dentro y fuera del canal farmacéutico existen caramelos que tienen el registro de productos dietéticos compuestos de sustancias de origen natural como miel, limón, eucalipto, malvavisco, regaliz, etc., que se deben chupar lentamente y producen alivio del dolor y sequedad de garganta.

En cuanto a las precauciones con estos tipos de preparados, recordar que las pastillas voluminosas no se deben administrar en niños por posible obstrucción respiratoria, que en pacientes diabéticos están contraindicados si existe sacarosa y glucosa como excipiente, y que en el caso de pastillas que llevan edulcorantes como xilitol o sorbitol, si se consumen en exceso, pueden llegar a producir fenómenos diarreicos. □