

Amigdalitis en la infancia

Abordaje terapéutico

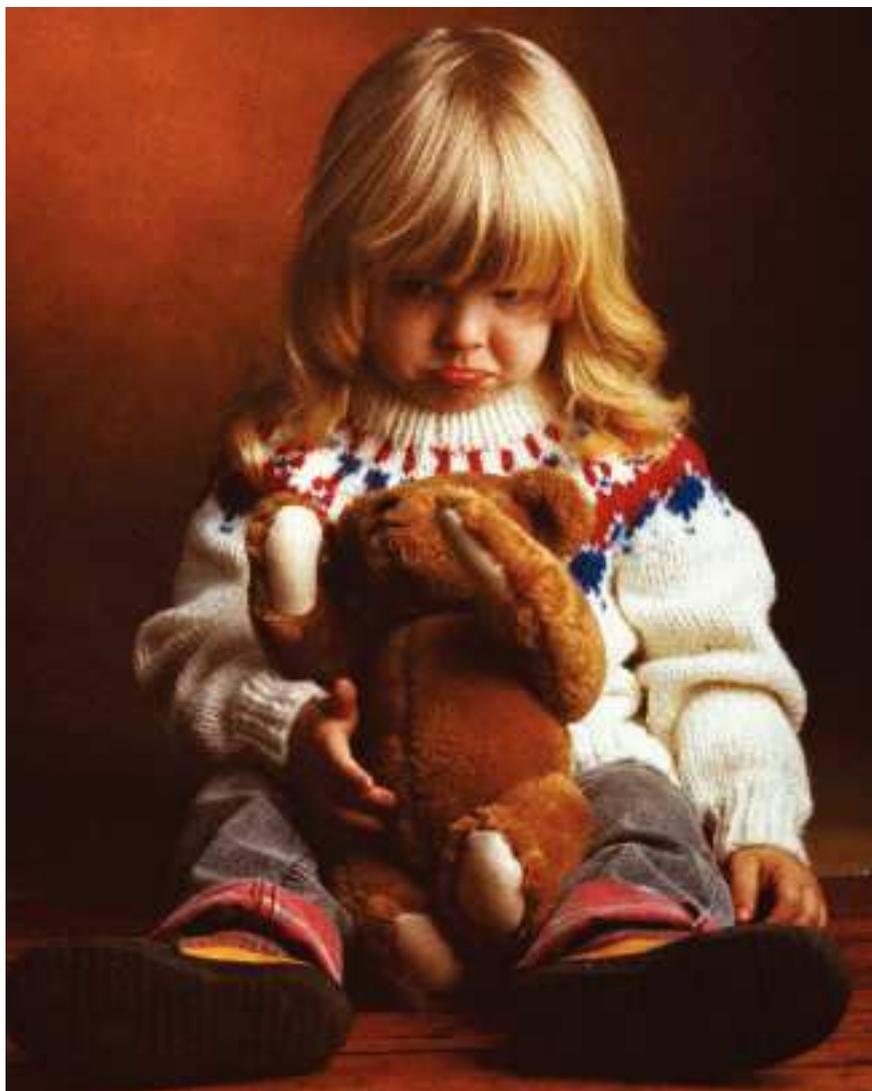
■ MERCÈ PIERA FERNÁNDEZ • Médico generalista.

Si bien las patologías infantiles deben ser abordadas siempre desde la consulta del médico pediatra, la labor del farmacéutico como asesor en relación con las medidas higienicodietéticas, las pautas de administración del tratamiento farmacológico y su conservación será determinante para la resolución satisfactoria del proceso.

Hasta hace unos años, la extracción de las amígdalas o amigdalectomía en los niños constituía una práctica común. Actualmente, el mayor conocimiento sobre este tejido linfoide por parte de los médicos hace que la recomendación de su extirpación sea mucho más selectiva.

Las amígdalas son unas masas de tejido de color rosado y forma oval que se localizan a ambos lados de la garganta (fig. 1). Forman parte del mecanismo de defensa del organismo frente a agentes extraños, debido a que constituyen un reservorio de linfocitos B. Su tamaño aumenta a medida que el niño entra en contacto con agentes infecciosos y se activan células inmunes. Alcanza el tamaño máximo entre los 3 y los 6 años de edad y a partir de los 7-8 años va disminuyendo. Las amígdalas son prácticamente inactivas en la pubertad.

El proceso patológico más frecuentemente asociado a las amígdalas se denomina amigdalitis o, coloquialmente, anginas. La amigdalitis es una inflamación de las amígdalas, generalmente como respuesta a una infección (fig. 2). Aunque este proceso patológico puede manifestarse a cualquier edad, normalmente afecta a niños mayores de 3 años y a adultos hasta los 50.



CAUSAS

La causa más frecuente de amigdalitis en niños son las infecciones víricas. Cuando se trata de bacterias, la más común es el estreptococo (fig. 3). Es difícil distinguir entre las amigdalitis

víricas y las bacteriana únicamente a través de los síntomas y signos clínicos. Para confirmar si se trata de un virus o una bacteria se requiere una prueba analítica. Sin embargo, existen datos clínicos que orientan sobre la posible etiología de la infección (tabla I).

Es importante distinguir entre la amigdalitis bacteriana y la vírica, ya que la primera debe ser tratada con antibióticos mientras que la segunda no requiere un tratamiento específico. La amigdalitis estreptocócica no tratada con antibiótico o tratada de forma incompleta puede diseminarse a otras partes del organismo y causar problemas más graves como otitis o sinusitis. Una infección estreptocócica no tratada puede conllevar al desarrollo de fiebre reumática, una enfermedad que afecta a las articulaciones y al corazón.

CLÍNICA

En la tabla II se presentan los signos y síntomas generales de la amigdalitis. Los síntomas de la amigdalitis causada por estreptococos varían en función de la edad del niño. En lactantes suele provocar poca fiebre y espesa mucosidad nasal. En niños entre 1 y 3 años también puede aparecer mucosidad nasal espesa junto a fiebre, además de irritabilidad, falta de apetito e inflamación de los ganglios linfáticos del cuello. Los niños mayores de 3 años suelen tener mayor afectación del estado general, intenso dolor de garganta, fiebre superior a 39 °C, inflamación de los ganglios linfáticos

Fig. 1. Anatomía de las amígdalas

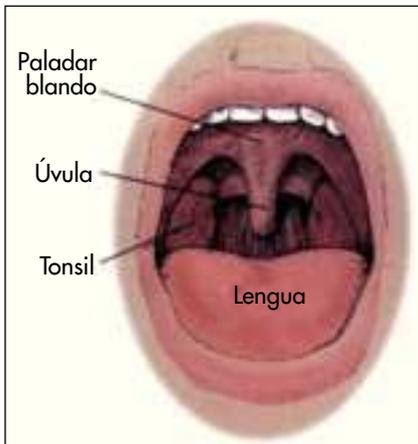


Fig. 2. Exploración médica de las amígdalas



Tabla I. Etiología de la amigdalitis

	Vírica	Bacteriana
Epidemiología	Estacional	En cualquier época
Presentación	Gradual	Brusca
Edad	A cualquier edad	Edad escolar
Fiebre	Poco frecuente (< 38 °C)	Fiebre elevada (> 38 °C)
Dolor	De poca intensidad	Muy intenso
Otros síntomas	Síntomas catarrales Aftas bucales y faríngeas Exantema no escarlatiforme	Exudado amigdalor Ganglios inflamados Náuseas, vómitos, dolor abdominal Exantema escarlatiforme

del cuello (fig. 4) y pus sobre las amígdalas. Con frecuencia los niños con amigdalitis vírica padecen a la vez un resfriado, manifestando fiebre.

Un tipo particular de virus, denominado Coxsackie y que suele observarse durante el verano y el otoño, puede causar la aparición de una o más vesículas en la garganta, fiebre elevada, gran dificultad para tragar y malestar general acentuado.

PLAN TERAPÉUTICO

Ante una consulta relacionada con un niño con síntomas de amigdalitis, la primera actuación del farmacéutico debe consistir en discernir sobre la necesidad de remisión al médico. En el caso de niños menores de 10 años con fiebre y ganglios inflamados; niños mayores de 10 años con fiebre elevada y pus en las amígdalas, y niños con una enfermedad crónica concomitante como diabetes, asma, trastornos cardíacos o respiratorios, es imprescindible la remisión al médico.

En pacientes con síntomas de amigdalitis de pocos días de evolución, sin fiebre, sin inflamación ganglionar, con dolor y enrojecimiento leves, sin pus y sin complicaciones como otitis o sinusitis, el farmacéutico puede iniciar un tratamiento sintomático. Este tipo de tratamiento tiene como objetivos aliviar los síntomas, acortar el curso de la enfermedad, evitar la diseminación al entorno y prevenir las complicaciones. Si no se consigue la mejora del enfermo en un período de 3 a 5 días, debe aconsejarse la visita al médico, pues la continuación del tratamiento podría enmascarar otras patologías o agravar alguno de los síntomas.

Tratamiento sintomático

En este apartado cabe distinguir entre medidas higienicodietéticas y tratamiento farmacológico.

Medidas higienicodietéticas

Para aliviar el dolor de garganta del niño con amigdalitis es aconsejable dar-

le únicamente alimentos de consistencia blanda y no muy calientes; aumentar su consumo de líquidos (excepto zumos cítricos pues su acidez irrita la mucosa inflamada); evitar su presencia en ambientes muy cargados, ventilando adecuadamente las habitaciones y no fumando delante de él, y evitar los cambios bruscos de temperatura ambiental.

Otras medidas higiénicas para prevenir el contagio son el uso de pañuelos desechables y, en niños mayores, enseñarles a protegerse la boca y la nariz con pañuelos al toser o estornudar.

Tratamiento farmacológico

En cuanto al tratamiento sintomático mediante fármacos, debe tenerse en cuenta que los productos que contienen anestésicos locales con el fin de

Fig. 4. Localización de los ganglios linfáticos cervicales



Fig. 3. Estreptococos



Tabla II. Sintomatología general las amigdalitis

Amígdalas enrojecidas e inflamadas

Exudado blanco o amarillento por encima de las amígdalas

Voz gutural

Dolor de garganta

Dolor o molestia al tragar

Inflamación de los ganglios linfáticos del cuello

Fiebre

Mal aliento

reducir la sensibilidad de la lengua y la garganta están contraindicados en niños menores de 6 años. Entre estos productos se encuentran: lidocaína, benzocaína, tetracaína, fenol, cloral hidrato, butoformo o clorobutanol. Hasta los 12 años deben administrarse con precaución, ya que un tratamiento prolongado puede provocar efectos secundarios sistémicos. El mentol, otra sustancia con acción sedante, está contraindicado en niños menores de treinta meses por la posible aparición de laringoespasmos.

**Es importante que
el farmacéutico recalque
la necesidad de completar
el tratamiento**

También debe tenerse precaución con las pastillas, tabletas o comprimidos que se chupan hasta disolverse y conjugar el efectos de los principios que contienen (anestésicos, antisépticos, antibióticos y antiinflamatorios) con el efecto beneficioso que ejerce la masiva producción de saliva. Las pastillas voluminosas no deben administrarse en niños por la posibilidad de obstrucción respiratoria. Además, aquéllas que llevan edulcorantes como xilitol o sorbitol, si se consumen en exceso, pueden llegar a provocar fenómenos diarreicos.

Los aerosoles están especialmente indicados para los pacientes pediátricos, debido a las dificultades que supone en niños el uso de colutorios y gargarismos. Son sistemas polidispersos de fase interna líquida y fase externa gaseosa. Dentro de envases presuri-

zados se incluyen fórmulas con principios activos similares a los colutorios. Estos principios activos incluyen anti-sépticos con un amplio espectro antibacteriano y antiinflamatorios. Los aerosoles se aplican en forma de nebulizaciones varias veces al día.

Tratamiento etiológico

Ante la sospecha de una amigdalitis de origen bacteriano, el médico deberá decidir el tratamiento con antibióticos.

Penicilina

La penicilina es el fármaco de elección. En casos de amigdalitis grave, se puede administrar en forma de penicilina G benzatina por vía intramuscular, en una dosis única de entre 3.000 y 1.200.000 UI. Una vez inyectada, forma un depósito tisular que va liberando la penicilina, alcanzando su máxima concentración en plasma en 18 horas. Ante amigdalitis más leves, el médico puede optar por prescribir penicilina V (fenoximetilpenicilina) de administración oral. La penicilina V tiene una efectividad antimicrobiana inferior a la de la penicilina G benzatina. La posología de la penicilina V en niños suele ser de 15 mg/kg cada 6 horas durante no menos de 10 días. La amoxicilina, una penicilina de amplio espectro de administración oral, es también efectiva.

Eritromicina

En el caso de alergia o de resistencia a las penicilinas, el médico suele prescribir como tratamiento alternativo la eritromicina. La eritromicina tiene un mecanismo de acción diferente, presenta un buen perfil de seguridad y escasos efectos secundarios. Además, como posee una gran capacidad para penetrar dentro de las células, consigue unas concentraciones tisulares superiores a las plasmáticas, por lo que se distribuye en altas concentraciones en boca y faringe. La posología de base en niños es de 7,5-12,5 mg/kg 4 veces al día, o 15-25 mg/kg dos veces al día, durante un período no inferior a los 10 días.

Cefalosporinas

Si el paciente presenta resistencia a la eritromicina, se pueden emplear cefalosporinas de administración oral de primera generación, como cefadroxil, que poseen buena actividad bactericida frente a bacterias grampositivas. La posología en niños está en función del tipo de cefalosporina aplicada, siendo en el caso de cefadroxil, 15 mg/kg cada 12 horas o 30 mg/kg una vez al día durante 10 días como mínimo. El tratamiento con cefalosporinas puede hacerse con el estómago lleno o vacío, pero en caso de provocar molestias estomacales es mejor tomar el fármaco junto con la comida.

Tabla III. Consejos para un tratamiento antibiótico correcto

Mantener el medicamento dentro de su envase, bien cerrado y fuera del alcance de los niños

No exponerlo al calor o a la luz directa

No guardarlo en el baño, cerca del fregadero de la cocina o en otros lugares húmedos. El calor y la humedad pueden inactivar el fármaco

Guardar las soluciones orales en la nevera, pues en caso contrario, una temperatura elevada puede inactivar el fármaco

Desechar la medicación una vez caducada o cuando ya no se necesite

Planificar la toma del medicamento para que interfiera lo menos posible con las horas de sueño u otras actividades diarias, a fin de que no se deje de tomar ninguna dosis

Amoxicilina y ácido clavulánico

Ante niños con una infección por estreptococos recurrente, el médico suele indicar la asociación de amoxicilina con ácido clavulánico. Esta combinación de fármacos puede tomarse con el estómago lleno o vacío, pero si se toma junto a las comidas disminuyen las probabilidades de que aparezcan náuseas, vómitos o diarrea. Las dosis indicadas para neonatos y bebés hasta los tres meses suelen ser de 15 mg de amoxicilina por kg de peso cada doce horas. En bebés de tres o más meses y en niños con un peso inferior a 40 kg, la dosis habitual es de 6,7-22,5 mg de amoxicilina por kg en combinación con 1,7-3,2 mg de ácido clavulánico por kg, cada 12 horas. Los niños con un peso superior a 40 kg deben recibir de 250 a 500 mg de amoxicilina, en combinación con 125 mg de ácido clavulánico cada ocho horas o 500-875 mg de amoxicilina, en combinación con 125 mg de ácido clavulánico, cada 12 horas.

La causa más frecuente de amigdalitis en niños son las infecciones víricas

Consejos del farmacéutico

Es importante que el farmacéutico recalque la necesidad de completar el tratamiento, incluso si el paciente mejora a los pocos días, para la erradicación total de la infección. Asimismo, si la amigdalitis es estreptocócica, debe mantenerse la toma del antibiótico hasta al menos 10 días. Esto es especialmente importante en las infecciones por estreptococos, por la posibilidad de desarrollar posteriormente graves problemas renales o cardíacos si la infección no se erradica completamente. Además, si se abandona el tratamiento antibiótico demasiado pronto, los síntomas pueden volver a aparecer.

Otro aspecto en el que el farmacéutico puede incidir es en las condiciones en que se debe guardar y mantener la medicación antibiótica y que se resumen en la tabla III. □

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Cazallas J, Collazos J. Protocolo diagnóstico y terapéutico de las faringoamigdalitis agudas. *Medicine* 2002;8:3543-4.
- Contessotto C, Cámara M, Avilés MJ, Ojeda JM, Cascales I, Rodríguez F. Empleo racional de los antibióticos en pediatría: impacto de la aplicación de un test rápido de detección de estreptococo beta-hemolítico del grupo A en la faringoamigdalitis aguda. *Anales Españoles de Pediatría* 2000;52:212-9.
- Rodríguez D, Danés I. Nuevas pautas de antibioterapia en la faringoamigdalitis aguda. *Medicina Clínica* 2001;117:115-6.