

Faringitis

Revisión

Faringitis aguda o crónica, vírica, estreptocócica, gonocócica, candidiásica, purulenta, congestiva, hiperplásica. Sobre la clínica y el tratamiento de estas afecciones, origen de numerosas consultas en el mostrador de la oficina de farmacia, nos ilustra este artículo.

SALVADOR GIMÉNEZ SERRANO

Médico de atención primaria.

El término faringitis describe la inflamación aguda o crónica de la mucosa de la faringe, un órgano hueco que se localiza en el cuello. La faringitis aguda es la forma más frecuente de inflamación de la faringe y suele manifestarse como catarro agudo. Las faringitis crónicas son mucho menos frecuentes.

Faringitis agudas

Las faringitis agudas suelen ser víricas o bacterianas, más raramente fúngicas, y hasta en el 30% de los casos no se identifica ningún microorganismo patógeno. La mayor parte de las faringitis agudas se presenta durante los meses fríos, esto es, en la estación de las enfermedades respiratorias infecciosas, en la que es común el contagio entre los miembros de la familia.

Tanto en niños como en adultos, la mayoría de las faringitis son víricas. Entre los virus implicados se encuentran los del resfriado, como el rinovirus o el adenovirus, el virus de la gripe (Influenzavirus), el virus de Epstein-Barr que produce la mononucleosis infecciosa, etc.

Las faringitis bacterianas son más frecuentes en niños y la mayoría de las veces son producidas por el estreptococo beta hemolítico del grupo A. La faringitis estreptocócica es una causa grave de faringitis. Las complicaciones de la fa-

ringitis estreptocócica pueden incluir fiebre reumática aguda, insuficiencia renal y enfermedades graves como la bacteremia y el síndrome del choque tóxico estreptocócico. En los adultos es relativamente frecuente la faringitis gonocócica producida por *Neisseria gonorrhoeae*.

Clínicamente, el síntoma que siempre aparece y más frecuente es el dolor de garganta. Este puede ser espontáneo o bien aumentar al tragar. También aparece quemazón y sensación de garganta rasposa y seca que provoca carraspeo. Cuando la infección es bacteriana, la clínica suele ir acompañada de fiebre alta, malestar general, dolor de cabeza y adenopatías cervicales, es decir, inflamación de los ganglios linfáticos de la zona lateral del cuello.

Faringitis crónicas

Las faringitis crónicas representan modificaciones inflamatorias, irritativas o alérgicas de la faringe, que se mantienen a lo largo del tiempo. No suelen tener una causa infecciosa, sino una serie de factores causales como:

- Sustancias irritantes: polvo, sustancias químicas laborales, aire acondicionado seco en oficinas.
- Abuso de alcohol y/o tabaco.
- Respiración bucal propia de las obstrucciones nasales por desviación

del tabique, sinusitis o aumento del tamaño de la adenoides (vegetaciones).

- Factores hormonales: hipotiroidismo, menopausia.
- Enfermedades crónicas como la diabetes y la alergia respiratoria.
- El uso abusivo de gotas vasoconstrictoras nasales.

En las faringitis crónicas hay una sensación muy molesta de sequedad de garganta, carraspera, eliminación de mucosidad espesa, sensación de ocupación faríngea, dificultad para tragar saliva, aunque el paciente tiene la necesidad de tragar constantemente, sensación de sed y tos irritativa.

En los niños y adolescentes el cuadro coincide siempre con un aumento del tamaño de amígdala faríngea, adenoides o «vegetaciones». Frecuentemente aparecen crisis agudas con otitis de repetición y gran cantidad de producción de moco que baja del *cavum*.

En los adultos pueden presentarse de diferentes formas:

- Faringitis purulenta (con pus). Casi siempre coincide con rinorrea o aumento de la mucosidad nasal purulenta o sinusitis crónica. El origen es siempre nasal o se sitúa en los senos paranasales.
- Faringitis congestiva. Es frecuente en alcohólicos, fumadores y profesionales de ambientes con polvo. Hay enrojecimiento faríngeo y tos seca.
- Faringitis hiperplásica. Aumento de tamaño de las estructuras glandulares de la faringe que provocan un aumento de producción de moco. Hay sensación de cuerpo extraño.
- Faringitis seca. Al contrario que en la anterior, hay atrofia o adelgazamiento de las glándulas, secundaria a un aumento de la ventilación nasal por operaciones agresivas sobre los cornetes o el tabique nasal. Hay moco adherido y molestias subjetivas de sequedad.

Tratamiento

En las faringitis agudas bacterianas será necesario el uso de antibióticos. En las de origen vírico, se suele esperar su autorresolución. Para calmar el dolor, la irritación y/o bajar la fiebre, se emplean:

- Analgésicos-antitérmicos como paracetamol.
- Antiinflamatorios no esteroideos como ibuprofeno, ácido acetilsalicílico, etc.
- Antisépticos bucofaríngeos, ya sea en forma de colutorio, enjuague, pastilla, comprimido o aerosol (bencidamina, clorhexidina, clorato potásico, trioxano, cloruro de bencetonio, dequalinio o cetilpiridinio, alcohol diclorobencílico, amilmetacresol, cineol, etc.).
- Anestésicos locales: lidocaína, benzocaína, enoxolona y corticoides como hidrocortisona o dexametasona.
- Antibióticos tópicos como bacitracina, tirotricina, neomicina, fusafungina, polimixina B, etc.
- Descongestionantes y demulcentes: regaliz, mentol, terpineol, esencia de pino, eucalipto, etc.

Otras medidas de cuidado general son:

- Tapar el cuello para mantenerlo caliente.
- Beber leche caliente con miel o té con limón.
- Soluciones oleosas suaves administradas por la nariz.
- Aumentar la humedad ambiental con humidificadores.
- Gargarismos de agua tibia y sal: media a una cucharadita de sal en una taza de agua.
- Tomar caramelos de miel o de eucalipto.

Prevención

Para prevenir, en la medida de lo posible, la inflamación de la faringe, hay una serie de hábitos y pautas higiénicas que conviene observar:

- Lavarse las manos con frecuencia, en particular antes de comer.
- Evitar en lo posible el contacto con personas infectadas.
- En las faringitis crónicas, se deben evitar las sustancias irritantes como el polvo, el aire acondicio-



nado seco y las sustancias químicas presentes en determinados ambientes laborales.

- Las gotas nasales vasoconstrictoras utilizadas abusivamente o durante mucho tiempo resultan perjudiciales.
- Evitar el tabaco y el alcohol.
- Emplear un humidificador.

Hasta no hace mucho, se extirpaban las amígdalas en un intento de prevenir las irritaciones de la garganta, pero en la actualidad este procedimiento ya no se recomienda en la mayoría de circunstancias.

Diagnóstico

El diagnóstico es principalmente clínico, a través del interrogatorio y la exploración física del paciente. Durante el interrogatorio hay que evaluar factores como la presencia de enfermedades de la nariz y los senos paranasales, inflamación, obstrucción; enfermedades de la boca; profesión y ambiente laboral, en particular si hay polvo, humedad, temperaturas bajas, etc.; tabaquismo e ingesta de alcohol.

Los principales síntomas de la faringitis son: dolor de garganta, dificultad y dolor al tragar, sensación de sequedad y cuerpo extraño, quemazón y carraspeo, fiebre, dolor de cabeza, adenopatías cervicales, malestar general, rinorrea nasal y secreción posnasal.

En la faringitis aguda vírica, la mucosa que recubre la pared posterior de la faringe aparece enrojecida y cubierta de moco. Cuando la infección es bacteriana, estreptocócica, la mucosa queda cubierta por un punteado blanquecino que tiene tendencia a confluír formando una capa: es el pus. Esta infección bacteriana aparece ocasionalmente en enfermos a los que se les ha extirpado las amígdalas.

En la faringitis crónica seca la mucosa está pálida, adelgazada, brillante, como si estuviera barnizada, y recubierta de mucosidad espesa. En la faringitis hiperplásica, la mucosa aparece engrosada.

Otros métodos diagnósticos menos utilizados son los análisis de laboratorio: el cultivo faringoamigdalal, los tests rápidos para detección de estreptococo beta hemolítico, etc. Las técnicas radiológicas, desde la radiografía de cráneo en distintas proyecciones hasta la tomografía computarizada, son útiles para ver las diferentes estructuras anatómicas de la faringe.

Diagnóstico diferencial

El dolor de garganta al tragar o el dolor en la zona de la faringe, en particular cuando se acompaña de otros síntomas de infección de las vías respiratorias superiores, suele ser lo más común. Sin embargo, hay que tener presentes otros posibles diagnósticos. La tabla I puede ayudar a identificar el problema y a saber qué hacer en cada caso.

Faringitis estreptocócica

La faringitis aguda producida por el estreptococo beta hemolítico del grupo A es la infección bacteriana más común de la faringe. Es más frecuente entre los 5 y los 15 años de edad, aunque puede aparecer también en niños pequeños y en adultos. Es más común a finales de otoño, durante todo el invierno y a principios de primavera. La infección se contagia de persona a persona a través de las secreciones nasales o la saliva, a menudo entre miembros de la familia o las personas que conviven en la casa.

Tras un período de incubación de 2-5 días, la enfermedad comienza generalmente de forma brusca, con fiebre que alcanza su máximo en el segundo día. Además suele haber dolor de garganta, dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas o escalofríos.

En general, los síntomas más frecuentes de la faringitis estreptocócica con los siguientes: dolor e irritación de garganta, enrojecimiento de la garganta a la exploración física, dificultad para tragar, fiebre de inicio súbito, adenopatías cervicales, malestar general, inquietud, sensación de enfermedad, náuseas, pérdida del apetito y erupción cutánea.

El diagnóstico suele ser clínico, por los síntomas, aunque se puede tomar una muestra de la faringe para realizar un cultivo. Las pruebas del antígeno rápido pueden ser útiles pero no detectan cierto número de casos.

El tratamiento de la faringitis estreptocócica se basa en el empleo de antibióticos. El fármaco de elección para tratar el estreptococo es la amoxicilina a dosis de 500 mg por vía oral cada 8 h durante 7 días. En caso de alergia a la penicilina, se utilizará la eritromicina con la misma pauta de administración. Si la infección es recurrente, se aconseja el uso de amoxicilina-clavulánico o clindamicina. A causa de las resistencias del microorganismo a los antibióticos, hoy día se prefieren derivados antibióticos más modernos y cefalosporinas.

Suele ser recomendable el empleo de un analgésico antitérmico como paracetamol, ibuprofeno o, en niños a partir de 16 años de edad, ácido acetilsalicílico. Hacer gargarismos con agua

tibia con sal también suele procurar alivio.

El pronóstico de este tipo de faringitis suele ser bueno si no hay complicaciones, que el tratamiento ayuda a evitar. Entre las complicaciones de la faringitis estreptocócica se encuentran la otitis, la sinusitis, la mastoiditis, el absceso periamigdalino, la fiebre reumática, la glomerulonefritis y la escarlatina.

Faringitis gonocócica

La faringitis gonocócica, producida por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* o gonococo, es una enfermedad de transmisión sexual que se adquiere a través del sexo oral con una pareja infectada. En la mayoría de casos no hay síntomas.

Cuando los hay, en general son leves y solamente son generalizados cuando la enfermedad evoluciona hacia una gonocemia diseminada por el torrente circulatorio. La gonorrea sin tratar puede diseminarse a otras partes del cuerpo, produciendo inflamación de los testículos o la próstata en los hombres y enfermedad inflamatoria pélvica en las mujeres.

Los síntomas típicos de la faringitis gonocócica son: irritación de garganta, dificultad para tragar, fiebre y adenopatías cervicales. Otros síntomas que pueden acompañar a la infección son los siguientes: dolor en el cuello, secreción nasal, congestión nasal, dolor muscular, rigidez articular, dolor de cabeza, alteración del sentido del gusto.

Hay que recordar que la faringitis gonocócica puede cursar sin síntomas y su diagnóstico solamente se realiza por medio de un frotis faríngeo positivo para el gonococo tras su cultivo en el laboratorio.

El tratamiento de la faringitis gonocócica, que es una enfermedad de notificación obligatoria, es el propio de la gonorrea. El tratamiento antibiótico, por vía intramuscular (ceftriaxona, espectinomina) u oral en dosis única (cefixima, ciprofloxacino, ofloxacino, cefuroxima axetil, cefpodoxima proxetil, enoxacino) o en múltiples dosis (eritromicina), debe ser realizado por la persona infectada, así como por todas las parejas sexuales, para evitar una mayor diseminación de la enfermedad.

Tabla I.
Aproximación al diagnóstico diferencial de faringitis

Síntomas		Diagnóstico	Qué hacer
1. ¿Tiene fiebre?	No	Ir a la pregunta 7	
Sí			
2. ¿Tiene dolor de cabeza, malestar general, tos o rinorrea?	Sí	Probablemente se trata de un resfriado o la gripe	Pueden emplearse anticatarrales Si el resfriado dura más de dos o tres días, es mejor consultar con el médico
No			
3. ¿Tiene síntomas de resfriado junto con náuseas, vómitos o diarrea?	Sí	Probablemente se debe a una gastroenteritis vírica	Los antieméticos y antidiarreicos suelen ser útiles. Si los síntomas duran más de una semana, es recomendable la consulta con el médico
No			
4. ¿Al mirar la faringe, se ven manchas blancas sobre ella y sobre las amígdalas?	Sí	Lo más probable es que sea una faringitis estreptocócica o una mononucleosis infecciosa	Consultar con el médico lo antes posible
No			
5. ¿Tiene tos persistente o la tos se acompaña de expectoración mucosa?	Sí	Estos síntomas son muy sugestivos de bronquitis o neumonía	Consultar con el médico lo antes posible
No			
6. ¿El paciente es un niño y tiene una tos perruna seca?	Sí	Una tos perruna seca suele ser síntoma de crup o, con menos frecuencia, de epiglotitis	Consultar con el médico lo antes posible. Hacerlo de forma inmediata si la tos se acompaña de dificultad respiratoria
No			
7. ¿Hay pequeñas manchas blancas y enrojecimiento sobre la lengua, la cara interna de las mejillas o la faringe?	Sí	Es probable que sea una candidiasis orofaríngea	Puede ser una infección simple o el resultado de otra enfermedad más grave. Conviene consultar con el médico

Candidiasis orofaríngea

La candidiasis de la boca y la faringe, conocida como muguet o candidiasis orofaríngea (COF) es una infección fúngica, producida por el hongo *Candida*. Este hongo es un residente habitual de la piel o las membranas mucosas, pero en situaciones de desequilibrio del microambiente del interior de la boca y la faringe es capaz de multiplicarse y acabar produciendo los síntomas clásicos del muguet.

La COF puede afectar a recién nacidos normales, especialmente si la madre padece candidiasis vulvovaginal durante el embarazo y el parto, pero ocurre con mayor frecuencia y es más grave en pacientes con su sistema inmunitario debilitado, y en particular en pacientes con sida.

Los síntomas clásicos del muguet son la presencia de manchas blancas indoloras sobre la mucosa de la orofaringe, que puede acompañarse de dolor y dificultad al tragar.

La mayoría de casos de COF se deben a la *Candida* presente en el propio organismo del paciente, en particular, a los hongos normalmente residentes en la boca y al tracto digestivo.

El diagnóstico de la COF se basa en la toma de una muestra del exudado blanquecino sobre la mucosa orofaríngea y

su visualización al microscopio y posterior confirmación del microorganismo causante en un cultivo de laboratorio.

El tratamiento de la COF se realiza bajo prescripción médica, mediante el empleo de antifúngicos específicos como los derivados azólicos o nistatina. En los casos recidivantes es útil el estudio de la sensibilidad del hongo responsable frente a diferentes antifúngicos. Sin tratamiento, los síntomas de la COF persisten y existe riesgo de progresión de la enfermedad a una candidiasis invasiva. □

Cuándo acudir al médico

Es recomendable acudir a la consulta del médico:

- Si se desarrolla un dolor de garganta persistente que no se resuelve en unos pocos días.
- Si la fiebre es elevada, superior a los 38,5 °C.
- Si hay inflamación de los ganglios linfáticos del cuello.
- Si aparece erupción cutánea y aumento del enrojecimiento de los pliegues cutáneos en un niño pequeño.
- Si aparece dificultad respiratoria.
- Si aparece babeo excesivo en un lactante.
- Si se observa pus en la pared posterior de la faringe.

Bibliografía general

- McIsaac WJ, Kellner JD, Aufricht P, Vanjaka A, and Low DE. Empirical Validation of Guidelines for the Management of Pharyngitis in Children and Adults. JAMA. 2004;291:1587-95.
- National Institute of Allergy and Infectious Diseases. Group A Streptococcal Infections. Bethesda, MD: Office of Communications and Public Liaison. Disponible en: <http://www.niaid.nih.gov/factsheets/strep.htm>.
- Parnet S, Lynn C, Glass RM. Sore throat. JAMA Patient Page. JAMA. 2004;291:1664.
- Wald ER. Diagnosing and treating strep throat. Fam Pract Manag. 2004;11(2):20.