

Manejo del dolor agudo de garganta

I. Domènech Juan, I. Sánchez-Martínez

Agrupació Mèdica i Quirúrgica (AMIQ). Unitat Funcional d'Otorrinolaringologia i Al·lèrgia. Hospital Universitari Dexeus. Barcelona

La odinofagia es un motivo habitual de consulta en la práctica diaria, especialmente en invierno, y su causa más frecuente es la faringoamigdalitis aguda. Se estiman que se producen unos 16 millones de casos/año^{1,2}, motivo por el cual en este artículo nos vamos a centrar en los aspectos más importantes de su manejo y tratamiento.

Definición

La faringoamigdalitis aguda se define como la inflamación aguda de la mucosa y el tejido orofaríngeo.

Etiología

Según su origen, las faringoamigdalitis pueden clasificarse del modo siguiente:

Infeciosa

- Vírica^{3,4} (50-90% de los casos). Muy a menudo se trata de uno de los virus que producen el resfriado común: rinovirus, adenovirus, el virus de la gripe o el virus sincitial respiratorio. Otros virus están implicados con menor frecuencia, como el virus de Epstein-Barr (VEB), que causa la mononucleosis, o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Bacteriana^{3,4} (10-50%): estreptococo beta hemolítico del grupo A, *Corynebacterium diphtheriae*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Fusobacterium necrophorum* y otros anaerobios.
- Por hongos^{1,5}: *Candida albicans*, hongos mucorales (mucormicosis), *Cryptococcus neoformans*, *Paracoccidioides brasiliensis*.

No infecciosa^{1,6}

- Cuerpo extraño.
- Problemas nasales crónicos (alérgico...).
- Irritativa: tabaco, agentes irritativos de ámbito profesional, cáusticos, posradioterapia o quimioterapia.
- Enfermedades sistémicas: vasculitis (enfermedad de Wegener), sarcoidosis, autoinmunes (síndrome de Sjögren), etc.

Anamnesis y semiología⁶

A la hora de realizar el diagnóstico diferencial es importante interrogar sobre síntomas acompañantes (rinorrea, insuficiencia respiratoria nasal, dolores articulares, tos, conjuntivitis, inflamación adenopatías cervicales, dolor abdominal, náuseas, vómitos, sensación distérmica) y síntomas locales

(odinofagia), además de los síntomas de alarma (disfagia, sialorrea, disnea), así como aparición de fiebre, náuseas y dolores abdominales.

También es importante la sucesión de estos síntomas en el tiempo y su evolución para realizar una correcta sospecha diagnóstica y, consecuentemente, no sobretratar con antibióticos (tendencia muy frecuente en la actualidad) a los pacientes que no lo necesitan, lo que podría crear resistencias y favorecer una mayor tasa de complicaciones –pese a realizar tratamientos correctos– en un futuro.

Mención aparte merecen las reagudizaciones de procesos crónicos, ya que se debe interrogar sobre síntomas de reflujo y la posible asociación con patología nasal crónica (en especial la debida a procesos alérgicos). En muchos casos estos pacientes también acudirán a urgencias a causa de una odinofagia aguda, y será la pericia del observador quien deba descartar el uso de antibióticos y optar por un tratamiento específico.

También se debe indagar sobre las posibles inmunodeficiencias y tratamientos, en especial el tratamiento prolongado con antibióticos y la quimio/radioterapia⁴, que en algunos casos va asociado al sobrecrecimiento de hongos, y finalmente sobre la ingesta reciente de cuerpos extraños.

Exploración

Desde el punto de vista otorrinolaringológico, es importante realizar una cuidadosa exploración haciendo hincapié en los siguientes puntos:

- Aspecto de las mucosas (cavidad bucal, faringe)³: eritema de mucosas, aparición de placas pultáceas (más frecuentes en las bacterianas, aunque también podrían aparecer en procesos víricos, como la mononucleosis), vesículas y ulceraciones (frecuentes en las etiologías víricas, como herpes simple y herpes de varicela zóster) y seudomembranas que sobrepasan los límites amigdalares (en el caso de la difteria).
- Palpación del cuello^{3,4}: aparición de adenopatías inflamatorias dolorosas rodaderas, unilaterales o múltiples. Aparición de masas empastadas dolorosas con importante eritema cutáneo, en ocasiones fluctuantes (lo que nos pondría en la pista de ciertas complicaciones, como la abscesificación).

- Aspecto de las áreas circundantes³: abombamiento y enrojecimiento de los pilares amigdalinos, además de desplazamiento amigdalar (absceso periamigdalino), empastamiento y tumefacción de las regiones parotídea y submaxilar (absceso preestiloideo), abombamiento de pared faríngea lateral (absceso parafaríngeo) y posterior (absceso retrofaríngeo), etc.

Evolución de la enfermedad^{4,6,7}

En general, las infecciones víricas suelen tener una evolución insidiosa y más estable en el tiempo, de días a semanas (menos de 15 días), acompañada de síntomas generales (tos, rinorrea, conjuntivitis, mialgias) de intensidad moderada en cuanto a fiebre y síntomas locales. Pueden aparecer adenopatías múltiples pero de pequeño tamaño.

Diferencias clínicas entre faringoamigdalitis vírica y bacteriana ⁷		
Características	Vírica	Bacteriana
Edad	<4 años y >45 años	5-15 años
Estacionalidad	Variable	Invierno-primavera
Inicio	Gradual	Brusco
Síntomas principales	Fiebre y odinofagia leve	Fiebre elevada Odinofagia importante
Otros síntomas	Tos, conjuntivitis, mialgias, diarrea	Cefalea, náuseas, vómitos, exantema
Faringe	Eritematosa. Exudado (65%)	Inflamación importante Exudado (70%)
Adenopatías	Múltiples y pequeñas o ausentes	Dolorosas Aumentadas de tamaño
Incidencia	50-90%	10-50%

Adaptada de Cots Yago JM, et al. Guía clínica para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto. Farmacéuticos Comunitarios 2015; vol.7 1: 20-31

Sin embargo, las infecciones bacterianas suelen tener una evolución abrupta, en horas o incluso en pocos días, sin un tratamiento adecuado, presentándose síntomas de intensidad severa, no asociados a los antes mencionados, y con adenopatías generalmente aumentadas de tamaño, con importante dolor a la palpación.

Escalas clínicas^{4,7}

Existen escalas clínicas que ayudan al médico de atención primaria a predecir las infecciones provocadas por el estreptococo betahemolítico del grupo A (EBHGA), una de las más utilizadas es la escala de Centor.

Sin embargo, esto no es suficiente para predecir correctamente las infecciones causadas por este agente microbiano.

Pruebas complementarias⁴

Como ya se ha comentado en el apartado anterior, la sospecha clínica y la evaluación con escalas de Centor no es suficiente para tomar con exactitud la decisión correcta. Por tanto, en la actualidad se recurre a otras pruebas, como el uso del test rápido Strep A. La propuesta sería tratar los pacientes con 2 o más criterios positivos, sin sustituir el control clínico estrecho en los casos límite (pues este test no descarta otros estreptococos distintos al grupo A y, por tanto, las complicaciones posteriores si no se tratan a tiempo).

Tratamiento³

Se recomienda tratamiento sintomático consistente en reposo relativo durante el proceso agudo febril, hidratación abundante y tratamiento con analgésicos y antipiréticos, desempeñando un papel importante en este último punto los antiinflamatorios no esteroideos (ibuprofeno, flurbiprofeno) y antipiréticos como el paracetamol y metamizol. En este sentido, flurbiprofeno, antiinflamatorio de acción local, tendría un papel importante para la odinofagia sin fiebre alta frente a placebo.

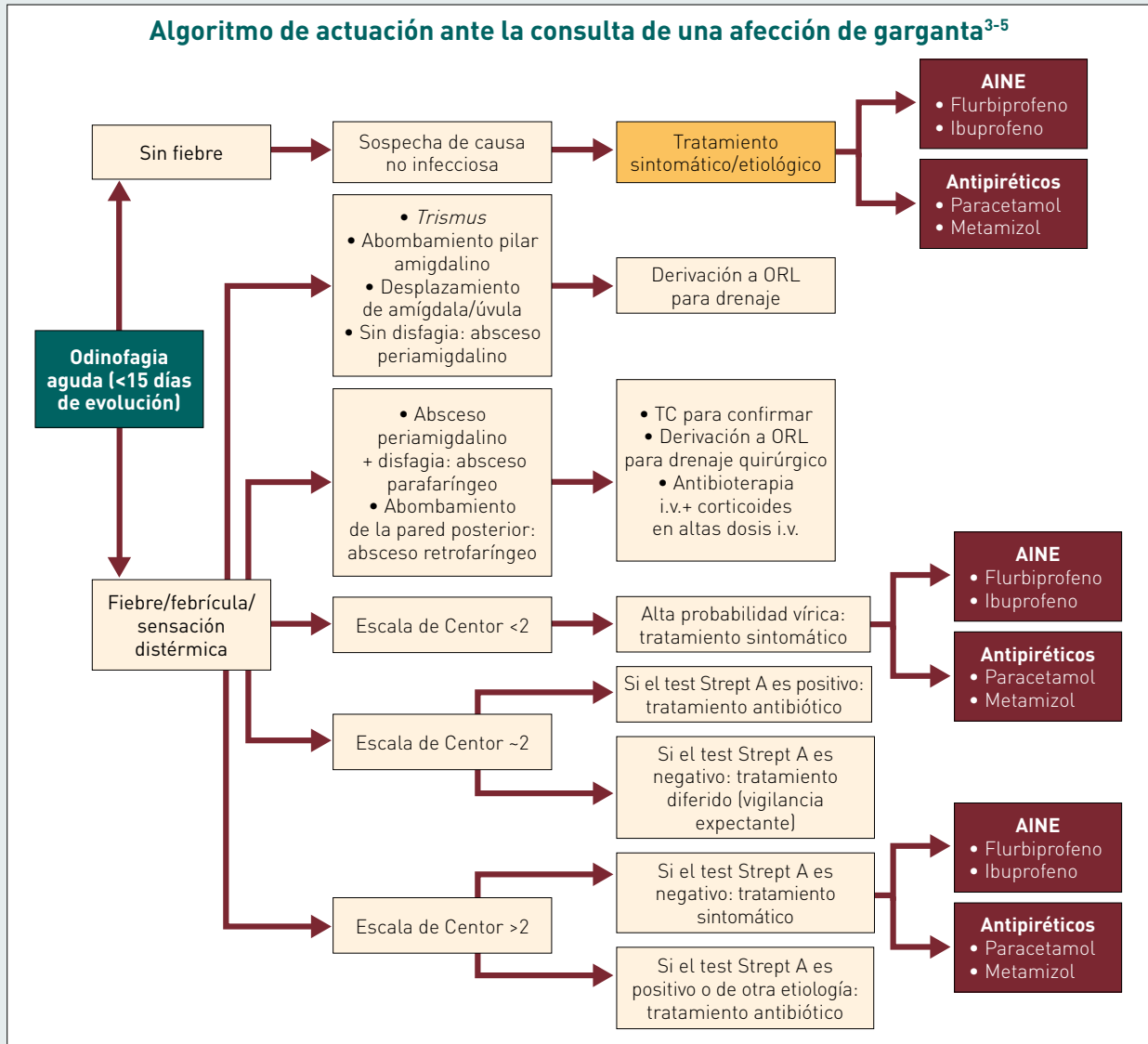
Respecto a las infecciones bacterianas, además de lo anterior tiene especial importancia la asociación de un antibiótico en las primeras fases de la enfermedad.

Criterios de derivación^{3,4}

- Evolución distinta de la habitual con aparición de *trismus*, aumento progresivo del dolor, pese a recibir tratamiento antibiótico, con predominio unilateral y afección de las zonas circundantes.
- Aparición de disfagia propiamente dicha de cualquier nivel y/o disnea.
- Mal control analgésico pese a recibir tratamiento antiinflamatorio que impide la deglución normal.
- Evolución de una adenitis a adenoflemón.

Éstas son características clínicas que nos llevarían a sospechar la aparición de complicaciones en la evolución de una amigdalectomía. Las más frecuentes son:

- Absceso periamigdalino. Se desarrolla entre la mucosa amigdalina y la fascia bucofaríngea. Se manifiesta por una odinofagia de predominio unilateral tras una amigdalitis, y *trismus* progresivo a medida que avanza el cuadro. En la exploración podemos observar un abombamiento del pilar amigdalino anterior, con desplazamiento de la amígdala en sentido anteroinferior y, en función de la gravedad, un desplazamiento secundario de la úvula en sentido contralateral. Suele aparecer una odinofagia y el consiguiente dolor a la deglución, pero no existe una disfagia propiamente dicha.
- Absceso parafaríngeo. Si el absceso periamigdalino se extiende a través del espacio parafaríngeo, debería sospe-



charse un absceso parafaríngeo, además de por los hallazgos anteriores, ante la aparición de una disfagia franca en el contexto de una amigdalitis que no evoluciona bien. En casos graves podría afectarse la vía respiratoria con disnea.

- Absceso retrofaríngeo. Igual que el anterior, los pacientes con este absceso presentan odinofagia que, pese a recibir tratamiento, sigue en aumento con una disfagia franca. En la exploración podríamos observar un abombamiento de la pared faríngea posterior y, en casos graves, los pacientes podrían asociar una rigidez nuchal por afectación del espacio prevertebral y disnea por afectación de la vía respiratoria⁸.

Bibliografía

1. Cenjor C. Documento de consenso sobre tratamiento de antimicrobiano de la faringoamigdalitis. Acta Otorrinolaringol Esp. 2003; 54: 369-383.

2. Oxford JS, Leuwer M. Acute sore throat revisited: clinical and experimental evidence for the efficacy of over-the-counter AMC/DCBA throat lozenges. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2011.02644.x>

3. Couloigner V, Graver M. Amigdalitis y sus complicaciones. EMC-Otorrinolaringología. 2014; 43(2): 1-14 [art. E-20-500-A-10].

4. Cots JM. Recomendaciones para el manejo de las faringoamigdalitis del adulto. Acta Otorrinolaringol Esp. 2015; 66(3): 159-170.

5. Campette L, Durrier J. Sémiologie pharygée, examen physique du pharynx. Encycl Méd Chir Oto-rhino-laringologie, 20-490-A-10, 1194, 12 p.

6. López Diu R, Arbizu Ruiz L, Zubizaray Ugarteche J. Libro virtual de formación en ORL [internet]. SEORL [consultado el 24 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://seorl.net/libro-virtual/>

7. Cots Yago JM, et al. Guía clínica para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto. Farmacéuticos comunitarios. 2005; 7(1): 20-31. Disponible en: http://www.farmacéuticoscomunitarios.org/system/files/journals/824/articles/faringoamigdalitis_0.pdf

8. Bagaria de Casanova G, et al. Mal de gola. Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya. Febrero 2014. https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/CS4-GAF1-mal-de-gola.pdf