

TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LAS INFECCIONES DE LA FARINGE

INDICACIÓN	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO PRIMARIO	ALTERNATIVA	COMENTARIO
Faringitis / amigdalitis Eritema exudativo difuso (A) Tos, rinorrea, ronquera y úlceras orales asociadas sugieren etiología viral CID 55: 1279, 2012;	Virus: <i>Adenovirus,</i> <i>Rinovirus,</i> <i>Coronavirus</i> VEB, VHS 1 Y 2 Coxackie, Gripe, Parainfluenza HIV primario, Bacterias: <i>Streptococcus</i> grupo A (<i>pyogenes</i>), <i>Fusobacterium necrophorum</i> ; <i>Streptococcus</i> C,G <i>Chlamydomphila pneumoniae</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Por faringitis estreptocócica: Amoxicilina vo 500 mg/8-12 h (10 d) o Fenoximetilpenicilina vo 500 mg/12h (10 días); o Bencilpenicilina benzatínica 1,2 MU im x 1 dosis; o Cefuroxima 500mg / 12 h x 7 días;	Si alergia a Penicilina: Claritromicina 250 mg c/12h x 10 días o Azitromicina 500 mg 1 ^a dosis y 250 mg c/24 h 4 días más o 500 mg/día x 3 días Son opciones pero se han descrito resistencias de <i>S. pyogenes</i> (EID 18: 1658, 2012)	Test rápido para detectar EGA. Si la prueba es negativa efectuar cultivo (CID 59: 643, 2014) Complicaciones de la faringitis estreptocócica: - Fiebre reumática aguda - Posibles complicaciones: absceso periamigdalino; flebitis supurativa (Síndrome Lemierre)
Faringitis exudativa o enrojecimiento difuso	Gonocócica	Ceftriaxona 250 mg im dosis única + Azitromicina 1 g vo una dosis o Doxiciclina vo 100 mg c/12h x 7 días	Ya no se recomiendan Fluoroquinolonas por resistencias	Espectinomicina, Cefixima, Cefuroxima y Cepodoxima no se recomiendan por ineficacia en faringitis gonocócica. MMWR 61: 590, 2012
Faringitis recidivante	Recurrencia de <i>S. pyogenes</i> probada 7 episodios en 1 año o 5 al año en 2 años consecutivos Enferm Infecc Microbiol Clin. 2016;34(9):585-594	Clindamicina 300 – 450 mg c/8h vo x 7 -10 días o Amoxicilina/clav 875/125 vo /8h (7-10 días) Considerar amigdalectomía	Bencilpenicilina benzatínica 1,2 MU im x 1 dosis.	Es difícil el diagnóstico diferencial clínico entre faringoamigdalitis bacteriana y vírica. Hay portadores asintomáticos de <i>S. Pyogenes</i> Posible amigdalectomía por: La aparición de nefropatía por Ig A; el desarrollo de absceso periamigdalino en 2 o más ocasiones y la hipertrofia que origina apnea obstructiva del sueño moderada o severa o <i>cor pulmonale</i>

<p>Absceso periamigdalino (complicación grave de la faringoamigdalitis exudativa (JAC 68 : 1941, 2013)</p>	<p><i>F.usobacterium necroforum</i> (44%) <i>Streptococcus</i> grupo A (<i>pyogenes</i>) (33%) EG C/G (9%) S. anginosus</p>	<p>Drenaje (incisión o punción) más tratamiento antibiótico</p> <p>Amoxicilina-clav 1g iv c/8h y continuar con 875 mg vo según evolución (Clin Otolaryngol. 2008; 33 (1):52-5)</p> <p>o</p> <p>Ceftriaxona 2 g iv c/24h + Clindamicina 600 – 900 mg iv c/6-8 h o Metronidazol 500 mg iv/oral c/6-8 h</p>	<p>Piperacilina/TZ 4 g c/8h iv o Imipenem 500 mg/6h iv</p> <p>Si alérgicos a βlactámicos: Ciprofloxacino 400 mg/12 h iv y continuar con 750-500 mg vo según evolución + Clindamicina 600 – 900 mg iv c/6-8 h o Metronidazol 500 mg iv/oral c/6-8 h</p>	<p>Evitar Macrólidos a los que el <i>F. necroforum</i> es resistente Informes sobre la producción de betalactamasas por anaerobios orales</p>
<p>Faringitis vesicular, ulcerativa (viral)</p>	<p>Coxsackie A9, B1-5, ECHO, Enterovirus 71, Herpes simple (VHS) 1,2</p>	<p>Antibacterianos no indicados. VHS 1 y 2; Aciclovir 400mg vo c/8h x 10 días</p>		<p>Las vesículas pequeñas en la pared posterior de la faringe sugieren enterovirus. Conjuntivitis, coriza, tos, exantema cutáneo y ronquera, sugieren causa vírica</p>
<p>Candidiasis orofaríngea, paciente sin sida</p>	<p>Candida albicans</p>	<p>Paciente inmunocompetente: Nistatina suspensión 5 ml c/6h (7–14 días)</p>	<p>Paciente inmunodeprimido: Fluconazol 100 – 200 mg/ día vo (7-10 días)</p>	<p>Fluconazol para enfermedad moderada o grave</p>
<p>Faringitis membranosa por difteria. Aislamiento respiratorio, cultivo nasal y faríngeo (medios especiales), obtener antitoxina Aislamiento respiratorio del paciente</p>	<p><i>C. diptheriae</i> (de ser humano a ser humano) <i>C. ulcerans</i> y <i>C. pseudotuberculosis</i> (de animal a ser humano) (raro)</p>	<p>Antitoxina + Claritromicina 500 mg iv c/12 h o Bencilpenicilina 50.000 U /kg (max 1,2 millones de U) iv c/12h . Se puede pasar a Peni VK 250 mg c/6h vo cuando sea posible. (14 días)</p>	<p>Antitoxina: < 48h 20.000 a 40.000 U Si hay membranas nasofaríngeas 40.000 a 60.000 U Pasados 3 días y cuello proconsular 80.000 a 120.000 U Alergia a Penicilina: Claritromicina 500 mg</p>	<p>Asegurar vía aérea. ECG y enzimas cardíacas. Cultivos de control 2 semanas después del tratamiento. Luego vacunación con toxoide diftérico. Cultivos de los contactos: tratarlos con Bencilpenicilina 600.000 U im en < 6 años y 1,2 millones de U en > 6 años.</p>

			vo c/12h x 7-10 d.	
Angina Vincent, Gingivitis ulcerosa (boca de trinchera)	Anaerobios orales + deficiencia vitamínica	Amoxicilina-clav 875/125 mg vo c/8h	Bencilpenicilina 1,2 millones de U + Metronidazol 500 mg c/6h vo o iv o Clindamicina 600 mg c/ 8h IV	Reponer vitaminas A-D. La forma grave se denomina GUNA (Gingivitis ulcero-necrotizante aguda)
Epiglotitis (supraglotitis) adultos	Estreptococo grup A, H. influenzae (raro) y otros	Ceftriaxona 2g iv c/24h	Levofloxacino 500 mg iv c/24h + Clindamicina 600 – 900 mg iv c/6-8h	
Infección Espacio Parafaríngeo Incluye los espacios sublinguales, submaxilar (angina de Ludwig), parafaríngeo lateral, retrofaríngeo y pretraqueal. CID 49: 1467, 2009	Polimicrobiana: Strep spp, anaerobios, Eikenella corrodens. Los anaerobios superan a los aerobios 10:1	Ceftriaxona 2 g iv c/24h) + Clindamicina 600 – 900 mg iv c/6-8h Bencilpenicilina 24 millones de U / día por infusión continua o c/4-6 h iv + Metronidazol 1 g de inicio y 500 mg c/6h iv	Piperazilina / Tazobactan 4 g iv c/8h o Imipenen iv 500mg/ 6h Si alérgicos a βlactámicos: Ciprofloxacino 400 mg/12 h iv y continuar con 750-500 mg vo según evolución + Clindamicina o Metronidazol	Vigilancia de vía aérea. 1/3 requiere intubación Realizar TC o RM para identificar abscesos Si hay absceso: drenaje quirúrgico Complicaciones: infección de artéria carótida (riesgo de rotura) y flebitis de vena yugular interna.
Tromboflebitis séptica de la vena yugular int (enf. De Lemierre) Lancet ID 12: 808, 2012	Fusobacterium necroforum en la gran mayoría de los casos	Piperacilina / Tazobactan 4 g iv c/8h o Imipenem 500 mg iv c/6h o Metro 0,5 g oral/iv c/8h + Ceftriaxona 2g iv dosis única	Clindamicina 600 – 900 mg iv c/8h Evitar macrólidos a los que Fusobacterium es resistente	El tratamiento suele incluir el drenaje externo del espacio parafaríngeo lateral y ligadura de la VYI. Otros anaerobios y cocos gran positivos son causa menos frecuente de flebitis supurativa postfaringitis.
Laringitis (ronquera)	Suele ser viral 90%)	No suele requerir antibioterapia		

(A) La razón fundamental para tratar, es la erradicación del Estreptococo del grupo A, para prevenir la fiebre reumática (FR) aguda. (EN PAÍSES DESARROLLADOS LA INCIDENCIA DE FR ES 1/100000 hab año. *Nat Rev Cardiol.* 2009;6(11):689–698)

Bibliografía:

- Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. **Clin Infect Dis.** 2012;55(10):1279–1282
- Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, et al; ESCMID Sore Throat Guideline Group. Guideline for the management of acute sore throat. **Clin Microbiol Infect.** 2012;18 (suppl 1):1–28 .(ESCMIC: EUROPEAN SOCYETY FOR CLINICAL MICROBIOLOGY AND INFECTIOUS DISEASES)
- Dingle YC, Abbott AN, Fang FC. Reflexive culture in adolescents and adults with group A streptococcal pharyngitis. **Clin Infect Dis.** 2014 Sep 1;59(5):643-50. doi: 10.1093/cid/ciu400. Epub 2014 May 27.
- Josep M. Cots a,j , Juan-Ignacio Alós b,k , Mario Bárcenac,l , Xavier Boleda d,m, José L. Canada ~ e,n , Niceto Gómezf,o , Ana Mendoza g,m, Isabel Vilaseca h,o,* y Carles Llor. Recomendaciones para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto. **Enferm Infecc Microbiol Clin.** 2016;34(9):585–594
- Powell EL, Powell J, Samuel JR, Wilson JA. A review of the pathogenesis of adult peritonsillar abscess: time for a re-evaluation. **J Antimicrob Chemother.** 2013 Sep;68(9):1941-50. doi: 10.1093/jac/dkt128. Epub 2013 Apr 23
- Centers for Disease Control and Prevention. Update to the CDC's sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010: oral cephalosporins no longer a recommended treatment for gonococcal infections, 2012. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep.** 2012; 61: 590-594
- Rafei K, Lichenstein R. Airway infectious disease emergencies. **Pediatr Clin N Am** 53:215, 2006
- Steer AC, Carapetis JR. Prevention and treatment of rheumatic heart disease in the developing world. **Nat Rev Cardiol.** 2009;6(11):689–698. doi: [10.1038/nrcardio.2009.162](https://doi.org/10.1038/nrcardio.2009.162)
- [Ehlers Klug T¹](#), [Rusan M](#), [Fuursted K](#), [Ovesen T](#). Fusobacterium necrophorum: most prevalent pathogen in peritonsillar abscess in Denmark. **Clin Infect Dis.** 2009 Nov 15;49(10):1467-72. doi: 10.1086/644616
- Al Yaghchi C, Cruise A, Kapoor K, Singh A, Harcourt J. Out-patient management of patients with a peritonsillar abscess. **Clin Otolaryngol** 2008 Feb;33(1): 52-5 doi: 10.1111/j.1749-4486.2007.01575.x
- [Kuppalli K¹](#), [Livorsi D](#), [Talati NJ](#), [Osborn M](#). Lemierre's syndrome due to Fusobacterium necrophorum. **Lancet Infect Dis.** 2012 Oct;12(10):808-15. doi: 10.1016/S1473-3099(12)70089-0. Epub 2012 May 25
- GUÍA DE TERAPÉUTICA ANTIMICROBIANA 2016. J. Mensa, J.M.Gatell, J.E.García-Sánchez, E.Letang, E. López-Suñé, F. Marco. Ediciones Escofet Zamora, S.L. ISBN: 978-84-88825-19-3
- GUÍA SANFORD TERAPÉUTICA ANTIMICROBIANA 2015 45ª Edición. David N Gilbert, Henry F. Chambers, George M, Eliopoulos, Michael S. Saag, Douglas Black, Pharm, David O. Freedman, Andrew T. Pavia, Brian S, Schwartz. ISBN – 13 9789876390415.

Autores: Dr. Francisco Javier Gamboa; Dra Amira Cortez Zaga (Servicio de Otorrinolaringología)

Aprobado por la Comisión de Infecciones y Política de Antibióticos