

III. FARINGE

Breve reseña anatomofisiológica de la faringe. Examen físico de la faringe (faringscopia). Cuerpos extraños faríngeos, diagnóstico, conducta a seguir. Inflammaciones agudas de las estructuras del anillo de Waldeyer.

Adenoiditis. Patogenia, cuadro clínico, diagnóstico, complicaciones, conducta a seguir. Flora normal de la faringe. Amigdalitis lingual, cuadro clínico, diagnóstico, complicaciones y conducta a seguir. Amigdalitis (tonsilitis), clasificación. Amigdalitis aguda pultácea, patogenia, diagnóstico. Tratamiento, complicaciones, flemón y absceso periamigdalino. Amigdalitis aguda de evolución tórpida, concepto y conducta a seguir. Difteria faríngea, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento. Anginas hemopáticas, concepto, cuadro clínico, diagnóstico, conducta a seguir. Anginas virales, cuadro clínico, diagnóstico, conducta a seguir. Amigdalitis crónica. Adenoiditis crónica. Manifestaciones faríngeas del SIDA. Neoplasias.

Reseña anatomofisiológica

La faringe constituye la antesala de las vías aerodigestivas inferiores y está formada por varias estructuras de tipo musculares, linfáticas y mucosas, destinadas a diferentes funciones. Los músculos de la faringe constituyen el velo del paladar (músculo palatogloso que forma el pilar anterior; el palatofaríngeo, para el pilar posterior y el pequeño músculo ácidos de la úvula) y los tres constrictores de la faringe (superior, medio e inferior). Las estructuras linfáticas se agrupan en varios grupos de disposición circular, las cuales forman el anillo linfático de Waldeyer, estas son: Hacia la pared posterior de la faringe en su parte más alta (nasofaringe) se ubican las llamadas adenoides en forma de varios cordones, de tejido linfoideo que ocupan la parte central, en la misma zona hacia las paredes laterales de las fositas tubáricas (Rosenmüller) aparecen otras formaciones del mismo tipo, pero de tamaño mucho menor.

Las mayores estructuras linfáticas del anillo son las amígdalas palatina o tónsilas, se les llama amígdalas por su forma (almendra en griego), ubicadas simétricamente y engastadas entre los pilares musculares anteriores y posteriores, su superficie es irregular debido a la presencia de nichos o criptas que penetran profundamente en el tejido linfático y su tamaño es muy variable de un individuo a otro.

En la pared posterior de la faringe en la superficie mucosa aparecen varios folículos linfáticos de pequeño tamaño distribuidos irregularmente, pero con cierta tendencia a la agrupación en un área situada detrás del borde del pilar posterior.

En la base de la lengua por detrás de la V lingual y el agujero ciego y hasta la fosa glosoepiglótica aparece la amígdala lingual, también impar como los adenoides y de superficie muy irregular.

Toda la faringe está recubierta por una mucosa dotada de abundantes glándulas que la mantienen húmeda constantemente (**figura 1**)

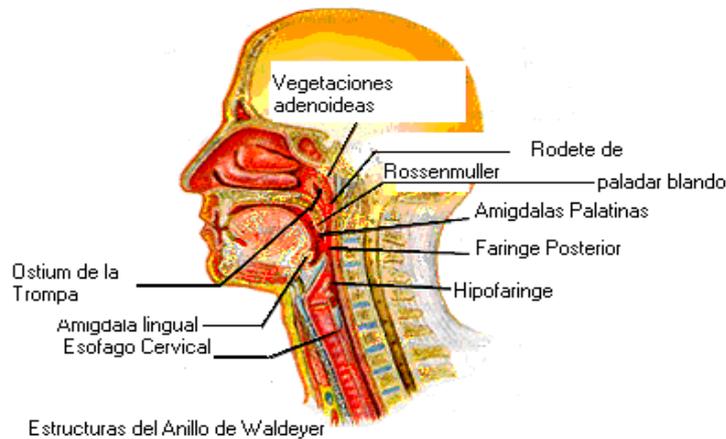


Figura 1. *Vista lateral de las estructuras linfáticas de la faringe*

La faringe como órgano tiene varias funciones, una de ellas es la deglutoria, que comienza al llevar la lengua los alimentos hacia la región velopalatina, en este momento dicho velo se contrae y se aplica contra la pared posterior formando un diafragma que al ocluir la nasofaringe evita el paso hacia esa zona que es fundamentalmente respiratoria. A partir del momento en que los alimentos llegan a la mesofaringe, la contracción coordinada de los constrictores con los músculos extrínsecos de la laringe los cuales elevan a ésta, y la apertura del cricofaríngeo permiten el paso del bolo alimentario hacia el esófago cervical. Esta parte de la deglución se efectúa de manera completamente automática.

La función fonatoria de la faringe es muy activa y participa en la adecuada pronunciación de las letras y palabras, algunas de ellas resultan totalmente imposible cuando se establece una lesión orgánica del órgano y contribuye, a su vez en la resonancia de la voz.

La función inmunológica es de extraordinaria importancia debido a las estructuras linfoides ubicadas en la faringe, las cuales participan tanto en la formación de anticuerpos, así como también en el complejo proceso de la activación de los linfocitos T4, pero no es una función aislada sino como parte integrante de un sistema.

Faringoscopia

Es un sencillo proceder que por su importancia debe ser dominado a la perfección por todo médico, ya que cualquier examen al paciente quedará incompleto si no se realiza.

Sus requerimientos instrumentales son muy simples y se componen de:

- Fuente de luz (proyector o reflector)
- Depresor de lengua (metálico, madera o plástico)

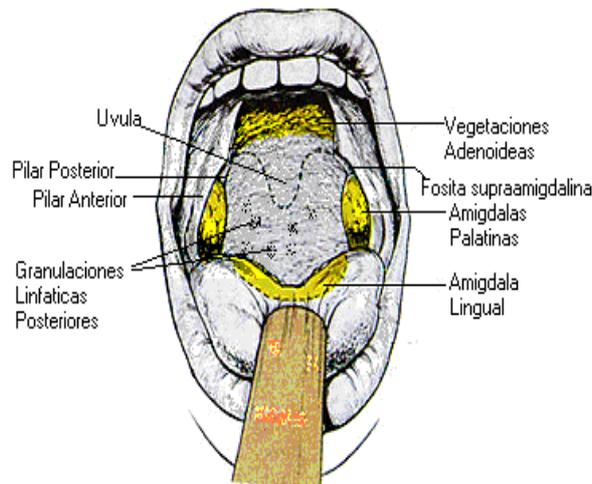


Figura 2. Faringoscopia, estructuras linfáticas del anillo de Waldeyer

Técnica

Al paciente que coopera se le indicará abrir la boca y mantenerse relajado, no se le pedirá que saque la lengua salvo que necesitemos ver por alguna razón la porción posterior de la lengua, a continuación se aplicará suave, pero firmemente el depresor lingual sobre los dos tercios anteriores de la lengua, debe evitarse colocar el instrumento sobre el tercio posterior ya que se pueden desencadenar reflejos nauseosos que dificultarían la continuación de esta técnica; en algunos pacientes son tan intensos dichos reflejos que se hace necesario aplicar una o dos atomizaciones de anestésico de superficie del tipo de la xilocaina (**figura 2**). En los niños y personas que no cooperan, la apertura de la boca tendrá necesariamente que forzarse pero en estos casos siempre usaremos depresores del tipo metálico, siempre teniendo cuidado de no comprimir el borde libre de la lengua contra los incisivos inferiores ya que es doloroso e incluso se pueden producir lesiones.

Podemos entonces observar las estructuras del órgano, comenzando por la mucosa de los carrillos en busca de leucoplasias u otras alteraciones, a la altura del 2^{do}.molar superior vertemos la carúncula de la salida del conducto de Stenon, el suelo de la boca también será objeto de atención con el mismo objetivo, se verá muy fácilmente el frenillo lingual y a ambos lado de la base las carúnculas del conducto de Wharton.

Terminada esta parte anterior se pasará al examen de la faringe, primeramente es necesario observar el velo del paladar y en este momento puede pedírsele al paciente que emita la letra “A” con lo que se elevará dicho velo evidenciándose su movilidad y simetría.

Engastadas entre ambos pilares encontraremos las amígdalas palatinas, hacia la pared posterior además de las mucosas podemos ver, en la mayoría de las personas, unos pequeños nódulos linfáticos. Al bascular ligeramente la punta del depresor aparecerán las estructuras de la V lingual y parte de la amígdala lingual.

Debemos recordar que esta misma técnica de la faringoscopia nos sirve de base para visualizar las estructuras de la nasofaringe (rinoscopia posterior) al colocar un pequeño espejo por detrás del velo.

Cuerpos extraños faríngeos

Son sin duda alguna los cuerpos extraños más frecuentemente encontrados en la práctica otorrinolaringológica, pueden verse tanto en los niños como en los adultos.

La consulta se comienza interrogando al paciente sobre la naturaleza del objeto ingerido, en nuestro medio lo más habitual es que el accidente ocurra cuando el paciente está comiendo pescado; no obstante cualquier tipo de objeto pequeño que acompañe a los alimentos puede convertirse en un cuerpo extraño, en los niños muchas veces recogemos el antecedente de que tenía dicho objeto en la boca jugando y lo deglutió accidentalmente.

En el caso de los cuerpos extraños en nasofaringe, sólo pueden llegar a ésta siguiendo dos vías: la primera es que se haya alojado en dicha región por una mala técnica de extracción de un cuerpo extraño, al inicio nasal, y la otra es que se haya impactado como consecuencia de un vómito. En algunas oportunidades hemos diagnosticado cuerpos extraños en la nasofaringe como resultado de torundas de gasas olvidadas después de maniobras de taponamiento para cohibir sangramiento durante la adenoidectomía.

Clasificación

Utilizaremos la correspondiente a la anatomía de la región:

- Cuerpos extraños en nasofaringe
- Cuerpos extraños en la orofaringe
- Cuerpos extraños en la hipofaringe

- **Cuerpos extraños en nasofaringe**

Resultan los menos comunes y proceden de la nariz anterior o de las vías digestivas bajas.

Cuadro clínico

Teniendo en cuenta los antecedentes se apreciará en relación con el volumen un cuadro dominado por una obstrucción nasal posterior; si permanecen varios días, la rinorrea purulenta posterior es la regla.

Conducta a seguir

Aunque la extracción ofrece grandes dificultades técnicas, esta situación debe tratarse con prudencia y cuidado, lo más recomendable siempre será la extracción en el quirófano, bajo anestesia general y por un personal calificado, ya que un cuerpo extraño de esta índole puede hacerse fácilmente laringotraqueobronquial como consecuencias de maniobras intempestivas.

- **Cuerpos extraños en orofaringe**

El paciente se presenta refiriendo más una odinofagia que una disfagia, esta odinofagia es típica, pues se traduce por una sensación de cuerpo extraño acompañada de pinchazos, localizada en el área de las amígdalas palatinas o en la base de la lengua cuando se encuentra alojado en la amígdala lingual. En los niños pequeños no es posible muchas veces recoger el antecedente de ingestión y la mayoría de las veces tendremos que pensar en ello, cuando se niegue a ingerir alimentos o llore al tratar de hacerlo, la gran sialorrea del niño es bastante típica en esta situación.

Diagnóstico

Se realizará mediante la faringoscopia, los puntos habituales de enclavamiento son: en las criptas de las amígdalas y en el espacio situado entre la amígdala palatina y el pilar anterior; en caso de que se encuentre en la amígdala lingual tendremos que introducir el depresor de lengua algo más posterior de lo recomendado y bascular hacia abajo su punta, con esto se visualizarán la mayoría, pero a veces si está enclavado cerca del repliegue glosopiglótico será necesario el uso de un espejo laríngeo para verlo indirectamente.

Si la sensación de cuerpo extraño faríngeo persiste y con las maniobras anteriores no lo vemos, será necesario palpar con el dedo índice la región, tanto de la amígdala palatina como de la lingual para detectar la rugosidad que produce el material extraño y ubicarlo con precisión.

Conducta a seguir

Se procederá a la extracción usando una pinza de bayoneta, que casi nunca resulta difícil, salvo en pacientes dotados de reflejos exaltados en los cuales será necesario atomizar un anestésico de superficie para mitigar los mismos, algo más dificultosos son los enclavados en la amígdala lingual que de no ser posible visualizarlos directamente tendremos que acudir al uso del espejito laríngeo y con una pinza de curvatura acentuada (Mixer) hacer presa de él extraerlo.

- **Cuerpos extraños en hipofaringe**

Se establece este diagnóstico cuando se aloja en los senos piriformes antes de la entrada del esófago cervical, por la proximidad, muchas veces los síntomas son análogos a los de los cuerpos extraños en tercio superior del esófago.

Cuadro clínico

Depende del volumen del objeto, cuando se trata de espinas y huesos pequeños la sensación de cuerpo extraño, la odinofagia y la disfagia están presentes, el enfermo señala generalmente la molestia en la faringe baja.

En algunas oportunidades el paciente ha deglutido un objeto tan voluminoso que es incapaz de pasar al esófago y se queda detenido en la hipofaringe, de manera que provoca una grave situación de asfixia con peligro inminente para la vida, es típica la facies y el estado de agitación del enfermo y se requieren medidas enérgicas y precisas por parte del médico para salvar la vida del enfermo.

Tratamiento

En la situación más común, es decir los cuerpos extraños pequeños alojados en senos piriformes, se requiere llevar al enfermo al salón de operaciones y bajo anestesia general mediante un laringoscopio de los usados por los anesthesiólogos con espátula de Weder o de Macintosh y la pinza doble, acodada de Maggil proceder a su extracción. Se contraindican las maniobras de extracción indirectas con espejito y pinzas de Brüning porque al no tener control visual de la punta del objeto pueden ocasionar perforaciones de la mucosa de los senos piriformes de muy graves consecuencias.

La otra situación, es decir ante una emergencia por atragantamiento, la gravedad del cuadro y la imposibilidad de llegar a tiempo a un centro hospitalario, pueden justificar como medida "salva vidas" la maniobra de Heimlich; los autos ambulancias modernos dotados de equipos de reanimación tienen instrumental de anestesiología de entubación, con el cual el personal médico especialmente entrenado puede efectuar la extracción de un objeto voluminoso; si las condiciones vitales del enfermo permiten llegar al centro hospitalario, entonces el otorrinolaringólogo con el instrumental más adecuado para esos menesteres se hará cargo de la situación.

Inflamaciones agudas de las estructuras del anillo de Waldeyer

- **Adenoiditis aguda**

Concepto

Es la inflamación aguda del tejido linfático de la nasofaringe, aunque no es habitual que la entidad se presente en forma aislada, sino como parte de una adenoamigdalitis, en algunos enfermos los síntomas originados en la nasofaringe pueden predominar.

Cuadro clínico

Es un cuadro febril agudo, específicamente en los niños, se acompaña de obstrucción nasal que los obliga a mantener una respiración bucal, la infección es provocada por bacterias patógenas grampositivas.

Diagnóstico

Se diagnosticará al paciente que presente los síntomas anteriormente descritos y que al realizársele la faringoscopia encontremos secreciones mucopurulentas en forma de cortinas, adheridas a la pared posterior y procedentes de la nasofaringe; si logramos efectuar la rinoscopia posterior se confirmará dicho diagnóstico al verse el tejido adenoideo inflamado y con secreciones mucopurulentas en su superficie, en la adenoiditis aguda se encuentra contraindicado el tacto nasofaríngeo.

Tratamiento

Se indicará un antibiótico para gérmenes grampositivos, preferentemente del tipo de las penicilinas (G procaínica o semisintética) por un espacio no menor de siete días a dosis calculadas según el peso corporal.

Se añadirá también gotas antisépticas combinadas con un vasoconstrictor a baja concentración. Durante mucho tiempo se utilizó la combinación de argirol (vitelinato de plata) con efedrina al 1% con buenos resultados, pero debido al peligro de impregnación cutánea por sales de plata, ha sido desplazada por antibióticos de uso tópico como la framicitina, la efedrina y otros antisépticos de superficie, también por vasoconstrictores con menores efectos sistémicos como la privina. En el mercado farmacéutico se encuentran múltiples fórmulas de estas combinaciones para esta finalidad terapéutica.

Por último recordaremos la indicación de antipiréticos que tienen efectos analgésicos, entre ellos se encuentran el paracetamol y antihistámnicos del grupo H₂.

Complicaciones

Son regionales por contigüidad y las más frecuentes resultan: otitis media aguda purulenta y sinusitis aguda.

Flora normal de la faringe

Antes de proceder al diagnóstico de otras infecciones de la región resulta conveniente conocer la flora normal. Aquí se encuentran los siguientes gérmenes: Alfa estreptococos, estafilococos Albus, Neisseria cararralis, Neisseria pharyngis, difteroides, espirilos, bacilos fusiformes el leptotric bucalis, Hongos saprofitos y virus (adenovirus, picornavirus y enterovirus). Lo anterior no debe confundirse con el estado de portador de gérmenes patógenos (neumococos y meningococos) que vemos en algunos pacientes en los cuales se descubren casi siempre como resultado de pesquisas en grupos de riesgo.

Amigdalitis lingual

Es la infección aguda del tejido linfático de dicho nombre, situada en la base de la lengua.

Cuadro clínico

Se presenta regularmente como un estado infeccioso agudo por bacterias grampositivas, fiebre, malestar general y es característica la intensa odinofagia con disfagia.

Diagnóstico

Se planteará cuando nos llegue un enfermo con el cuadro anterior que inicialmente pensemos que se trata de una tonsilitis, pero que al efectuar la faringoscopia no encontremos exudado pultáceo, al examinar la base de la lengua con el espejito de laringoscopia vemos el tejido linfático de la amígdala lingual edematoso muy congestivo y con exudado pultáceo en su superficie. La tracción de la lengua necesaria para realizar el examen anterior resulta algo dolorosa.

Tratamiento

Está dirigido al control de la infección, para lo cual indicaremos antibióticos para gérmenes grampositivos, de preferencia las penicilinas (Rapilentas o semisintéticas) por diez días, analgésicos (paracetamol y similares), los gargarismos no resultan de utilidad debido a la ubicación posterior del proceso.

Complicaciones

El edema de la cara lingual de la epiglotis que inicialmente puede confundirse con el grave cuadro conocido como epiglotitis es el más frecuente, y ante la duda razonable recomendamos el ingreso del enfermo para una observación estricta y modificar la terapéutica oportunamente; siguiendo esta pauta veremos cómo en muchos servicios de ORL algunos enfermos ingresados de urgencia con el diagnóstico de epiglotitis al final resultan tener una amigdalitis lingual porque en las etapas iniciales ambos procesos resultan muchas veces indistinguibles.

• **Amigdalitis (tonsilitis) aguda**

De todas las inflamaciones agudas del tejido linfático del anillo de Waldeyer, las amigdalitis resultan las más frecuentes.

Clasificación

Las clasificaremos en dos grandes grupos: Las amigdalitis aisladas o genuinas, y las asociadas o secundarias que aparecen en el curso de otras enfermedades acompañando a su cuadro clínico.

• **Amigdalitis aisladas o genuinas**

En este grupo tendremos a las siguientes:

- Bacterianas
 - a) Amigdalitis pultácea aguda
 - b) Amigdalitis ulceronecrótica de Plaut-Vincent
 - c) Chancro de inoculación (primario sifilítico)
 - d) Difteria
 - Virales
 - a) Herpangina
- #### • **Amigdalitis asociadas o secundarias**
- Enfermedades bacterianas
 - a) Angina de la fiebre tifoidea
 - b) Escarlatina
 - Enfermedades virales
 - a) Angina sarampionosa

- c) Rubéola
- c) Gripe (influenza)
- d) Mononucleosis infecciosa (virus Epstein Barr)
- e) Infecciones por enterovirus (poliomielitis)
- f) SIDA
- Enfermedades hematológicas
 - a) Leucosis aguda
 - b) Agranulocitosis

- **Amigdalitis aguda pultácea**

Enfermedad ocasionada por la infección bacteriana aguda de las tonsilas, es un cuadro muy común en niños y adolescentes, su frecuencia disminuye con la edad resultando infrecuente en el adulto mayor.

Patogenia

Los agentes causales son bacterias grampositivas sobre todo el Estreptococo Beta Hemolítico del grupo A de Lancenfield , Estafilococo dorado coagulasapositivo, neumococos, y en los últimos años aparecen cada día con más frecuencia infecciones amigdalinas agudas por Hemophillus Influenzae y bacterias gramnegativas como las Klebsielas, lo cual debe tenerse en cuenta sobre todo en enfermos inmunodeprimidos o portadores de disbacteriosis al recibir tratamientos antibióticos anteriores que han alterado la flora faríngea.

Cuadro clínico

Es muy agudo, el paciente generalmente un niño o un joven presenta fiebre alta, escalofríos, malestar general, altralgias e intenso dolor faríngeo con odinofagia.

Diagnóstico

Generalmente no ofrece dificultades, en la faringoscopia encontraremos las amígdalas palatinas congestivas y en cada una de las criptas emerge pus, (de aquí su nombre de pultácea), otras veces este exudado se hace confluyente formando unas placas blanquecinas que jamás toman los pilares, detalle importante para el diagnóstico diferencial con la difteria. Aparecen adenopatías inflamatorias muy dolorosas en la región subangulomaxilar (**figura 3**)



Figura 3 *Amigdalitis aguda pultácea.*
Observe la congestión de las amígdalas
y el pus emergiendo por las criptas. El
exudado no toma los pilares

Tratamiento

La penicilina rapilenta continúa siendo el de elección a dosis de 1 millón de unidades por vía intramuscular diarias durante 10 días, también son útiles las modernas penicilinas semisintéticas que alcanzan buenas concentraciones terapéuticas plasmáticas por vía oral. En caso de alergia a las penicilinas puede optarse por los macrólidos o las tetraciclinas.

Como complemento se indicarán gargarismos con sustancias antisépticas débiles como la solución Dobell o el fenosalil, analgésicos-antipiréticos y reposo; en caso de brotes de anginas provocadas por estreptococos en escuelas, internados e instituciones similares debe informarse a las autoridades epidemiológicas encargadas de tomar las medidas pertinentes para el control del foco.

Complicaciones

Las infecciones generalizadas del tipo septicémico son poco frecuentes, pero debemos tenerlas presente siempre, mucho más comunes son las complicaciones locales como el flemón y el absceso periamigdalino.

Flemón periamigdalino

Es el paso de la infección al espacio capsular de la amígdala y ocurre por la obstrucción del drenaje del pus de una cripta, lo que fuerza su paso a este espacio. Es la etapa precedente del absceso periamigdalino.

Cuadro clínico

En el curso de una amigdalitis aguda pultácea, el enfermo comienza a presentar un aumento del dolor que se hace unilateral y se irradia al oído (por irritación de las ramas del glosofaríngeo y ganglio de Anders), aparece trismo y resulta doloroso el intento de abrir la boca (irritación y miositis de los músculos pterigoideos) la disfagia se acentúa y aparece sialorrea copiosa.

Diagnóstico

Mediante la faringoscopia que se hace algo difícil debido al trismo observaremos el aumento de volumen del pilar anterior y el desplazamiento de la amígdala hacia la línea media, en ocasiones se asocia el edema de la úvula (**figura 4**).



Absceso Periamigdalino Izquierdo Observece el edema de la uvula

Figura 4. Periamigdalitis izquierda. Observe el desplazamiento de la úvula y el trismo

Para establecer la diferencia entre el flemón y el absceso periamigdalino, aunque el primero sea una fase inicial del segundo, se debe de palpar la región del pilar anterior que se encontrará endurecida, la punción con un trocar 18 en el punto de mayor abombamiento, seguida de la aspiración, mostrará contenido serohemático en el flemón y pus en el absceso.

Si el proceso se encuentra en fase flemonosa se recomienda el llamado tratamiento abortivo, el cual instituido a tiempo impide que éste pase a la fase de abscedación, para lo cual pasaremos el antibiótico penicilina cristalina a altas dosis, por lo general 2 millones de unidades cada 4 horas, por vía endovenosa; simultáneamente se administrará mediante venoclisis dextrosa al 5% o glucosifisiológico a 35 gotas/ min, lo cual se hace con dos fines, el primero mejorar la hidratación del enfermo que por lo general está algo deshidratado debido a la gran dificultad que presenta para ingerir líquidos, y segundo para mantener canalizada la vena. Se administrarán además analgésicos del tipo de la dipirona por vía intramuscular.

Pasadas unas 6 horas se valorará nuevamente al enfermo, en unos casos el edema habrá disminuido, así como el trismo y otros síntomas acompañantes, si no hay fiebre y el paciente refiere sentirse mejorado se dará salida de la sala de observación y se le instituirá tratamiento ambulatorio como si se tratase de una amigdalitis aguda pultácea; en otros casos el paciente no ha mejorado, de manera que volveremos a explorar la faringe, palpar la región del pilar anterior y eventualmente punsionar, si se obtiene pus, entonces se realiza la incisión y drenaje haciendo un pequeño corte en el pilar anterior y debridando con una pinza de Kelly, inmediatamente sale el pus a tensión, a veces muy fétido cuando se trata de estreptococos anaerobios.

Establecido el drenaje el enfermo acusará una notable mejoría, por tanto puede continuar el tratamiento en forma ambulatoria al igual que en el caso anterior.

Todo enfermo que haya presentado un absceso periamigdalino, salvo contraindicaciones generales muy específicas, debe ser sometido a la amigdalectomía debido a la elevada incidencia de recidiva que presentan estos procesos, haciéndose en cada nueva crisis más difícil su solución debido a la fibrosis y tabicamiento posinflamatorio que se establece en la cápsula amigdalina.

- **Amigdalitis aguda de evolución tórpida**

Concepto

En esta categoría agrupamos aquellos cuadros amigdalinos agudos que no mejoran con el tratamiento impuesto.

Ante esta situación tendremos que valorar varias causas: a) no se ha cumplido correctamente con la dosis o con el antibiótico indicado, b) se trata de un germen con resistencia al antibiótico o muy virulento, c) existe un trastorno asociado que ha alterado la defensa inmunológica del paciente (mononucleosis infecciosa, leucosis, agranulocitosis, inmunodeficiencias de varios tipos) y d) ha aparecido una complicación.

Cuando se está en presencia de una amigdalitis de evolución tórpida debemos revalorizar al enfermo comenzando por el examen físico, donde buscaremos alguna complicación local (flemón o absceso periamigdalino), palpación del cuello y otras regiones donde pueden aparecer grupos ganglionares afectados. El estudio hematológico, sobre todo el leucograma, es indispensable ya que pueden aparecer alteraciones leucocitarias típicas de las leucosis, la agranulocitosis o de la mononucleosis infecciosa (células linfomonocitarias).

Descartadas las situaciones anteriores debemos ingresar al enfermo para proceder a un ajuste de la dosis o un cambio de antibiótico, pero siempre cuando es posible se prefiere la vía endovenosa para lograr altas concentraciones del medicamento en muy breve plazo.

Angina ulceronecrótica (Vincent)

Es una amigdalitis generalmente unilateral, donde se recoge el dato de una sepsis oral y que aparece en forma de una ulceración cubierta por una membrana blancogrisácea, no muy adherente con los bordes congestivos, la membrana no cubre jamás los pilares.

El enfermo se nos presenta con halitosis, fiebre y ligera toma del estado general, existe, además, adenopatía única satélite muy dolorosa.

Patogenia

Es producida por una virulencia inusual de los gérmenes considerados como integrantes de la flora normal de la faringe, específicamente se encuentra la *Borrelia Vincenti* y fusobacterias.

Diagnóstico

La presencia de la lesión ulceronecrótica unilateral en un paciente debilitado o con mala higiene oral y la adenopatía dolorosa nos hacen pensar en la esta afección; si tenemos posibilidad de hacer un estudio bacteriológico con coloración de Gram directo, podemos observar fácilmente la presencia de gran cantidad de bacilos fusiformes grampositivos, el espirilo es mucho más difícil de detectar por este método tan simple. El diagnóstico diferencial debe hacerse con el chancro de inoculación sifilítico.

Tratamiento

El agente causal es bastante sensible a las penicilinas y cefalosporinas a las dosis habituales, el tratamiento tendrá una duración de una semana, la alternativa terapéutica en caso de contraindicación por alergia medicamentosa son los macrólidos; debe mejorarse el estado general del enfermo y acaso requiera ocasionalmente la hidratación parenteral. Actualmente están contraindicadas las antiguas terapéuticas con sales de metales pesados como en bismuto. Conjuntamente se indicarán colutorios antisépticos para mejorar el estado de la sepsis oral casi siempre presente en estos enfermos.

Chancro sifilítico en amígdala

La sífilis es considerada una enfermedad de las llamadas actualmente reemergentes, por lo que el chancro sifilítico en amígdalas, aunque puede aparecer en cualquier parte de la mucosa oral y en la lengua, hasta no hace mucho considerado una rareza en la especialidad, pero con el alza epidemiológica de la sífilis volvemos a verlo cada día con mayor frecuencia.

Aparece como una ulceración de bordes elevados en una amígdala, la cual se cubre con una membrana blanquecina de esfacelos, no es muy dolorosa salvo que el chancro se infecte secundariamente lo que no es habitual, simultáneamente encontraremos en el cuello una adenopatía dura e indolora.

La lesión cura sin tratamiento, si no es diagnosticada, para después aparecer las manifestaciones secundarias de la sífilis. En esta etapa precoz de la sífilis las pruebas serológicas son negativas y el diagnóstico puede hacerse sin dificultad indicando un examen bacteriológico directo del raspado de la lesión con el microscopio de campo oscuro.

El agente causal es la espiroqueta pálida que llega a la faringe por el uso de vasos, cucharas y otros utensilios contaminados o por la practica del sexo oral.

En el chancro de inoculación se debe hacer el diagnóstico diferencial con la angina de Vincent y con el cáncer de amígdala.

Tratamiento

En nuestro país toda sífilis diagnosticada es de declaración obligatoria y debe ser remitido a su área de salud para que el dermatólogo realice la pesquisa epidemiológica y control del foco, así como el tratamiento normado con penicilina benzatínica en dos dosis de 2400,000 UI y el seguimiento ulterior del paciente.

Difteria faríngea

Otra de las llamadas enfermedades reemergentes, no existe en nuestro país gracias a las campañas sistemáticas realizadas por el Ministerio de Salud Pública después de 1959, el último caso confirmado fue en 1970, pero la enfermedad reaparece en otras partes del mundo como consecuencia del deterioro epidemiológico en países donde había sido erradicada anteriormente.

Cuadro clínico

Es una enfermedad contagiosa aguda que aparece en forma de botes epidémicos en el caso de la faríngea, pues la nasal es endémica en países del Magreb (norte de Africa), es causada por el *Corynebacterium Diphtheriae* o bacilo de Klebbs-Löeffer.

Afecta principalmente a niños y adolescentes, aunque en las grandes epidemias ataca a todos los grupos etáreos, comienza con fiebre no muy elevada, toma del estado general y un estado toxicoinfeccioso que domina el cuadro clínico, puede haber disociación esfígmotérmica. En la faringe aparecen las llamadas pseudomembranas, primero sobre la superficie amigdalina que se extienden rápidamente a los pilares y pared posterior, poco después avanzan hasta el vestíbulo laríngeo provocando una insuficiencia respiratoria alta obstructiva. Existen adenopatías cervicales dolorosas y puede aparecer edema del cuello que se extiende en casos graves hasta la base de éste.

Estas pseudomembranas son muy adherentes y al desprenderlas sangran con facilidad.

La gravedad de la enfermedad y su alta mortalidad no solo está determinada por el peligro de asfixia al ocluir la laringe las pseudomembranas, sino por las neurotoxinas que libera el microorganismo capaz de producir parálisis musculares (es típica la parálisis velopalatina), otras toxinas del germen ocasionan un cuadro agudo de miocarditis con insuficiencia cardíaca.

Diagnóstico

Durante las epidemias el diagnóstico de la difteria no reviste grandes dificultades al encontrarse a la faringoscopia las pseudomembranas y el cuadro toxicoinfeccioso característico; la dificultad radica en los casos esporádicos u aislados en los cuales es necesario hacer la prueba de Schick, coloración de Gram, búsqueda de gránulos metacromáticos y otras pruebas bacteriológicas especiales.

Tratamiento

El recomendado por la Organización Panamericana de la Salud (Publicación No: 442)

Cuando haya sospecha de difteria, debe administrarse antitoxina sin esperar la confirmación bacteriológica. Una vez terminadas las pruebas para descartar la hipersensibilidad, se administrará una dosis única de 20 000 a 100 000 Unidades según el número de días que duren los síntomas, la localización, extensión de la infección y la gravedad del caso. Por lo general basta con la administración intramuscular; en los casos graves puede estar indicada la antitoxina administrada tanto por vía intravenosa como intramuscular. La penicilina y la eritomicina son eficaces, pero deben administrarse junto con la antitoxina después de tomados los cultivos, no como un sustituto de esta.

Desde el diagnóstico inicial se establecerá una vigilancia estricta del enfermo, si comienzan los signos de obstrucción laríngea la traqueostomía se realizará sin dilación.

Amigdalitis virales

Son procesos muy agudos acompañados de fiebre alta, malestar general e intenso dolor faríngeo, inicialmente son indistinguibles de una amigdalitis aguda bacteriana, pero entre las 24 y 48 horas se encuentran al nivel de los pilares unas vesículas herpéticas de las cuales se deriva el nombre de la enfermedad, herpanginas.

Los virus causales son el del herpes simple cepa antigénica 2 y virus coxsackie aunque a veces en el curso de infecciones por virus V-Z 0 aparece el llamado herpes faríngeo de Bock.

La mononucleosis infecciosa (virus Epstein Barr) aunque es una virosis sistémica puede debutar como una angina, pero las poliadenopatías, la esplenomegalia, así como la presencia de células linfomonocitarias en el leucograma establecen el diagnóstico sin grandes dificultades.

Diagnóstico

Inicialmente es muy difícil y la persistencia de la fiebre a pesar del tratamiento impuesto para la supuesta amigdalitis bacteriana hacen pensar en una amigdalitis de evolución tórpida, hasta que al repetir la faringoscopia se encuentran las vesículas herpéticas, la fórmula leucocitaria normal o hay linfocitosis relativa.

Conducta a seguir

Es únicamente sintomático, aunque el control de la fiebre suele ser difícil, se administrarán antipiréticos, abundantes líquidos y gargarismos, con los cuales se logra mitigar el dolor faríngeo. Por ser un cuadro benigno que cura en unos 5 ó 6 días no se justifican los medicamentos antivirales sistémicos.

Anginas en el curso de hemopatías

Las faringoamigdalitis suelen acompañar a muchas de las serias enfermedades hematológicas, sobre todo a las leucosis agudas y a la agranulocitosis.

El otorrinolaringólogo no pocas veces diagnostica en los Cuerpos de Guardia al indicar el leucograma como está establecido frente a una amigdalitis de evolución tórpida, que es el caso de las anginas asociadas a hemopatías, ya que éstas pueden ser las primeras manifestaciones de una leucemia u otro grave trastorno leucocitario.

Una vez planteada una angina hemopática se iniciará un tratamiento con antibiótico enérgico y el enfermo se remitirá al Internista o al Hematólogo el estudio y tratamiento de la enfermedad de base.

- **Amigdalitis crónica**

Se define como la inflamación crónica de las tonsilas o amígdalas palatinas. Es una situación patológica muy común en la práctica médica que afecta principalmente a pacientes en edades tempranas, a los adolescentes y al adulto joven, se hace menos frecuente después de la quinta década de vida y en el geronte.

Cuadro clínico

No es posible definir en forma específica un cuadro infeccioso crónico de las amígdalas ya que varía considerablemente de una persona a otra, pero en forma general puede ser signo de cronicidad las siguientes situaciones:

- Crisis de amigdalitis aguda pultácea a repetición, a veces alcanza una frecuencia de una crisis mensual
- Dolores faríngeos persistentes acompañados de una adenitis inflamatoria crónica, casi siempre ubicada en los ganglios subangulomaxilares.
- El antecedente de abscesos o flemones periamigdalinos.
- Presencia y expulsión muy frecuente de tapones de Dietrich (caseum)

Examen físico

No existen signos patognomónicos de una amigdalitis crónica y los datos positivos a la faringoscopia son: a) amígdalas congestivas con la presencia de enrojecimiento del pilar anterior (signo del pilar), b) la salida de pus o abundantes tapones de Dietrich cuando efectuamos la presión suave con la punta del depresor de lengua sobre el pilar anterior, c) la persistencia de un germen patógeno a pesar del tratamiento antibiótico específico en el estudio bacteriológico seriado.

La hipertrofia de las tonsilas, frecuente en la infancia constituye una gran preocupación para los padres e incluso para el personal médico no especializado, si no está acompañada de anginas frecuentes o no ocasiona trastornos a la deglución o fonación se considera como una hipertrofia linfoidea simple y no requiere ningún tratamiento, dicha hipertrofia desaparece normalmente al llegar la adolescencia.

Otra situación que nos puede confundir es el caso contrario, es decir la existencia de un cuadro clínico de amigdalitis crónica con la presencia, al examen físico, de unas amígdalas atróficas; es en estos casos donde tiene mucho valor, al efectuar el examen físico, presionar el pilar anterior porque la mayoría de las veces nos sorprende la infección crónica evidente, de manera que tiene gran vigencia en la actualidad la aseveración de los clásicos que dice: “Las amígdalas son más patológicas mientras más atróficas se encuentren”.

Conducta a seguir

El tratamiento quirúrgico (amigdalectomía) es el de elección frente a una amigdalitis crónica. Actualmente es un proceder muy seguro y las complicaciones con una buena técnica quirúrgica son excepcionales, tiene ciertas contraindicaciones entre las cuales se encuentran la existencia de hemopatías o coagulopatías, cardiopatías y de enfermedades sistémicas que puedan contraindicar una intervención quirúrgica electiva como lo es la amigdalectomía. Su indicación será valorada cuidadosamente en los hipertensos y en los pacientes situados a partir de la quinta década de la vida.

Como alternativa a la ablación quirúrgica, en algunos servicios especializados se han informado recientemente buenos resultados con el uso de la criocirugía y el tratamiento intraamigdalino con ozono.

En todas las situaciones anteriores, como no es aconsejable la intervención, se impondrá tratamiento médico en forma permanente para, en lo posible, disminuir los síntomas y evitar la repetición de las crisis.

El uso de la penicilina benzatínica a dosis de 1,200 000 UI intramuscular mensual puede ayudar a evitar las crisis de amigdalitis a repetición.

Adenoiditis crónica

Es la infección bacteriana crónica de las formaciones linfáticas de la nasofaringe, casi siempre acompañada de hipertrofia de dichos tejidos.

Cuadro clínico

Es una enfermedad que aparece generalmente en los niños y resulta poco frecuente después de la pubertad, los síntomas suelen comenzar alrededor del segundo año de vida, excepcionalmente antes, y se caracteriza por un síndrome obstructivo nasal inicialmente nocturno, pero que de no ser tratado a tiempo puede llegar a ser permanente, entonces aparece la llamada facies adenoidea caracterizada por mantener el niño la boca abierta para poder respirar, lo cual produce el alargamiento típico de la cara con protrusión de los incisivos anteriores y el paladar ojival.

Son muy frecuentes las infecciones del oído medio así como también las infecciones respiratorias bajas, se suma la pérdida de peso y hasta un cierto retardo intelectual.

Diagnóstico

En el niño pequeño es imposible efectuar una rinoscopia posterior convencional, por lo que para el diagnóstico de una hipertrofia adenoidea se impone la realización del tacto nasofaríngeo; no obstante ser un examen sencillo requiere práctica y un entrenamiento que permita apreciar el tamaño “normal” del tejido linfático nasofaríngeo en las diferentes edades pediátricas.

Conducta a seguir

La adenoidectomía es método de elección, no debe diferirse después de realizado el diagnóstico para evitar las consecuencias, a veces irreversibles, sobre otros aparatos o sistemas. Este proceder quirúrgico es muy sencillo y en la actualidad, con los avances de la anestesiología, las complicaciones de antaño han desaparecido prácticamente.

Manifestaciones faríngeas del SIDA

En la actualidad se reconoce clínicamente la etapa inicial del SIDA, llamada de seroconversión como un verdadero cuadro de primoinfección, esta situación es clínicamente indiferenciable de la mononucleosis infecciosa, es decir manifestaciones febriles de una faringoamigdalitis, acompañada de adenopatías cervicales dolorosas cuyos síntomas y signos pueden persistir una o dos semanas. Pasará después a la fase de seropositividad asintomático hasta que aparezca el SIDA como enfermedad; en ella pueden verse, además de las adenomegalias, hipertrofias pseudotumorales de las amígdalas, diversos tipos de infecciones bucofaríngeas llamadas oportunistas, sobre todo las candidiasis y algunas lesiones virales herpéticas.

• **Neoplasias**

Las neoplasias malignas, tanto linfoproliferativas primarias como el linfoma de Hodkin y otras pueden tener su primera expresión en algunas de las estructuras del anillo linfático de Waldeyer, otras veces en el curso de esas enfermedades se presenta el agrandamiento tumoral significativo de dichas estructuras. Se debe plantear la posibilidad de un linfoma ante todo aumento unilateral no inflamatorio agudo de una amígdala.

Otro grupo de neoplasias es la que se origina en los epitelios de la faringe y el principal de todos es el carcinoma epidermoide, esta neoplasia puede aparecer en cualquier parte de la mucosa con el antecedente de lesiones premalignas o sin él (Leucoplasias); el carcinoma de amígdala faríngea o de la amígdala lingual puede presentarse como una lesión ulcerada con necrosis central (crateriforme) o como una forma infiltrante.

En su etapa inicial es necesario establecer el diagnóstico diferencial con las lesiones unilaterales de amígdala de causas infecciosas (Vincent, Sífilis), pero por la cronicidad del

proceso, ya que generalmente el enfermo refiere que tiene dicha lesión desde hace más de dos semanas nos hace sospechar.

Ante toda lesión crónica de amígdalas debe de realizarse la biopsia por ponchamiento ya que no existe imagen patognomónica de las mismas.

En la nasofaringe la neoplasia maligna más frecuente es el carcinoma epidermoide. Este Cáncer tiene algunas características propias dignas de mencionar como: su distribución geográfica, relativamente frecuente en los países del Oriente y Asia y su forma de presentación que puede adoptar cuatro formas clínicas:

1. Forma neurológica: Se define como tal cuando este cáncer debuta con parálisis de pares craneales de la base del cráneo, los llamados posteriores IX, X, XI, (síndrome del agujero rasgado posterior de Vernet) y IX,X, XI,XII (síndrome de Collet-Sicart), la lesión neurológica se produce debido a la infiltración tumoral cuando su crecimiento se establece en dirección a la base del cráneo.
2. Forma ótica: En este caso un cáncer de nasofaringe, ubicado inicialmente en la región peritubárica o en la fosa de Rosenmüller, comienza a presionar primero e invadir después la desembocadura del órgano, por tanto aparece como primera manifestación una obstrucción tubárica con atelectasia del oído medio y la consecuente hipoacusia conductiva.
3. Forma adénica: Esta forma es a nuestro juicio la más habitual, el motivo de consulta del paciente es una adenopatía dura que se fija muy rápidamente, casi siempre situada en el tercio superior de la cadena ganglionar yugular, en otros casos muy raros la metástasis ganglionar aparece en los ganglios digástricos y submaxilares.
4. Forma nasal: Se presenta produciendo un síndrome obstructivo nasal debido al crecimiento anterior y medial del tumor, puede combinarse con episodios de epístaxis posteriores de difícil control o con la combinación de ambas situaciones.

En las etapas avanzadas de la enfermedad pueden estar presente de manera combinada varias de las formas antes mencionadas en el paciente.

El cáncer de nasofaringe es en nuestro medio una neoplasia poco frecuente; alrededor de 1,5 % de los cánceres de la cabeza y del cuello, por la zona de difícil acceso donde se ubica su diagnóstico precoz, no se realiza tan fácilmente como en las neoplasias de la faringe o de la boca, y es debido a ello que se presenta cuando su propagación genera daños en otras estructuras vecinas. La nasofaringe, además es de muy poca accesibilidad quirúrgica por formar parte de la base del cráneo, de manera que su tratamiento, una vez realizado su diagnóstico mediante biopsia, es de tipo actínico (radioterapia) y en etapas avanzadas cuando ha fracasado el tratamiento anterior se instituye tratamiento paliativo con citostáticos.