

# Infecciones de las vías respiratorias superiores

B. Barry, S. Bernard

*Las infecciones de las vías respiratorias superiores forman una parte importante del consumo de antibióticos en entorno extrahospitalario. Es importante no iniciar un tratamiento antibiótico hasta que existan argumentos a favor de una patología bacteriana. En las anginas se debe aplicar la prueba diagnóstica rápida. Está justificado, tanto en el adulto como en el niño mayor de 2 años ante una infección sugerente de otitis y de sinusitis, si los síntomas son moderados, proponer una nueva valoración a las 48 horas antes de decidir iniciar un tratamiento antibiótico.*

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Anginas; Otitis media aguda; Rinofaringitis; Sinusitis; Antibioticoterapia; Resistencia a los antibióticos

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Rinofaringitis</b>	1
■ <b>Anginas</b>	2
Diagnóstico clínico	2
Cuadros clínicos en función del agente patógeno causal	2
Pruebas complementarias	3
Complicaciones	3
Tratamiento	3
■ <b>Sinusitis</b>	4
Diagnóstico	4
Pruebas complementarias	4
Tratamiento	4
■ <b>Otitis medias agudas</b>	4
Epidemiología bacteriana de las otitis medias agudas	4
Factores de riesgo de las otitis medias agudas	5
Diagnóstico clínico	5
Pruebas complementarias	5
Diagnósticos diferenciales	5
Tratamiento	7
Evolución y seguimiento bajo tratamiento	8
Caso particular de las otitis medias agudas del lactante	8
Complicaciones	8

Según la Organización Mundial de la Salud, 25.000 personas fallecen al año en la Unión Europea a causa de infecciones debidas a gérmenes resistentes a los antibióticos (con un gasto que alcanza 1,5 millones de euros). Por lo tanto, es fundamental limitar la prescripción de antibióticos para infecciones bacterianas con el fin de no favorecer la selección de cepas bacterianas comunitarias resistentes a los antibióticos.

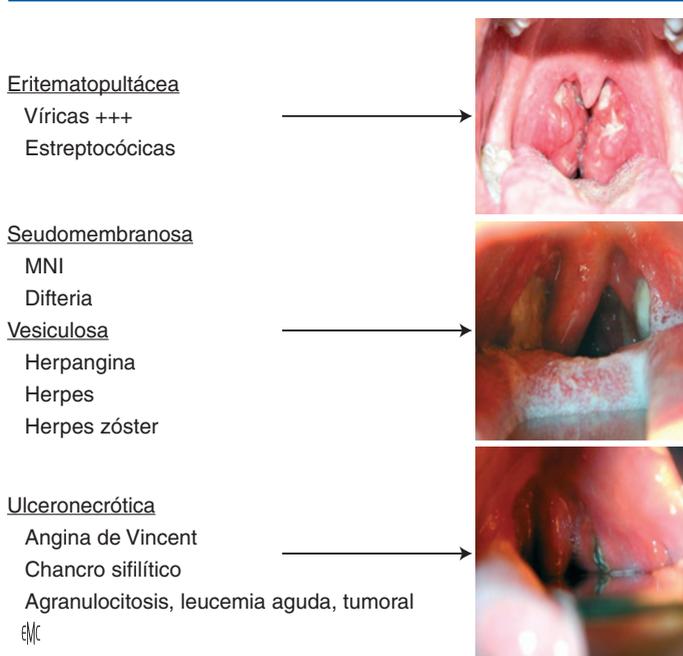
## ■ Rinofaringitis

La rinofaringitis es una afectación inflamatoria de la faringe y de las fosas nasales de origen vírico. Esta infección banal es muy frecuente, aparece entre cuatro y seis veces al año en promedio en el adulto, y es particularmente frecuente en los niños menores de 6 años. El cuadro clínico asocia de forma variable rinorrea, estornudos, obstrucción nasal, fiebre y tos. La exploración física es anodina; se observa un aspecto inflamatorio más o menos importante de la orofaringe y de la mucosa nasal (edema de los cornetes inferiores), rinorrea anterior y/o posterior que puede ser seromucosa (viscosa y clara), purulenta (verdosa, más o menos espesa) o mucopurulenta (viscosa y verdosa). El objetivo fundamental de la exploración es descartar una complicación u otra patología asociada.

La historia natural de la rinofaringitis se caracteriza por un dolor faríngeo agudo de 24-48 horas de duración al que se asocia de forma rápida fiebre, que puede ser elevada en el niño, y una rinorrea clara, acuosa y abundante. Rápidamente, la disfagia y la fiebre desaparecen y la rinorrea se oscurece por la abrasión superficial del epitelio por el virus. Esta coloración de la rinorrea no constituye nunca un signo de sobreinfección, pero la adherencia de las bacterias a la mucosa cambia, lo que favorece las complicaciones, tipo otitis, esencialmente en el niño, y sinusitis en el adulto. En 6-8 días, la rinofaringitis cura de forma espontánea. Sólo debe prescribirse un tratamiento sintomático con analgésico/antipirético (paracetamol), asociado en ocasiones a lavados nasales con suero fisiológico (en particular en el niño).

## ■ Introducción

Las infecciones de las vías respiratorias superiores constituyen un motivo frecuente de consulta ambulatoria y en las urgencias. Representan así mismo un reto importante para nuestra sociedad, ya que son un motivo frecuente de prescripción de antibióticos para infecciones que a menudo son víricas <sup>[1]</sup>.



**Figura 1.** Orientación diagnóstica ante una angina.

## ■ Anginas

La angina constituye una de las causas más frecuentes de consulta médica. Se estima que en Francia se diagnostican 10-12 millones de anginas cada año [1]. La angina es mayoritariamente vírica, en particular en el adulto. Son excepcionales antes de los 3 años y a partir de los 50 años de edad. Son numerosos los virus implicados, mientras que la principal bacteria responsable de angina es el estreptococo  $\beta$ -hemolítico del grupo A (EGA) o *Streptococcus pyogenes* (nombre taxonómico) [2]; las demás anginas bacterianas son mucho más infrecuentes. La curación de las anginas víricas es rápida y espontánea; la gravedad de las anginas bacterianas está relacionada con el riesgo de complicaciones locorregionales y sistémicas, lo que justifica un tratamiento anti-biótico.

### Diagnóstico clínico

Los síntomas son la aparición a menudo brusca de fiebre (moderada o elevada) y dolor a la deglución (odinofagia), asociados o no a otalgia uni o bilateral. Pueden asociarse otros síntomas y signos clínicos: conjuntivitis, rinorrea, tos, disfonía, artralgias, mialgias.

La asociación de fiebre moderada de aparición progresiva y de varios síntomas extrafaríngeos a una odinofagia moderada sugiere una infección de origen vírico.

Un cuadro clínico que asocia fiebre elevada, de aparición aguda y odinofagia importante, sin signos extrafaríngeos, sugiere una infección bacteriana.

La exploración física de la orofaringe permite establecer el diagnóstico de anginas (Fig. 1):

- angina eritematosa (angina « roja ») con amígdalas palatinas y orofaringe eritematosas y congestivas;
- angina eritematopultácea (angina « blanca ») con exudado purulento que se desprende fácilmente de la mucosa y recubre las dos amígdalas palatinas (Fig. 2);
- angina pseudomembranosa por la presencia de pseudomembranas, adheridas a la mucosa, que se desprenden difícilmente, limitadas a las amígdalas palatinas o que se extienden hasta el velo del paladar (Fig. 3);
- angina vesiculosa, con presencia de vesículas, en particular a nivel de los pilares amigdalinos y/o del velo del paladar;
- angina ulcerada, con presencia de una úlcera, asociada o no a una necrosis del tejido amigdalino, generalmente unilateral (Fig. 4).



**Figura 2.** Angina eritematopultácea.



**Figura 3.** Angina pseudomembranosa.



**Figura 4.** Angina de Vincent: ulceración de la amígdala izquierda.

A la palpación cervical se observan con frecuencia uno o varios ganglios cervicales de tamaño variable, uni o bilaterales, en ocasiones dolorosos a la palpación.

En la gran mayoría de los casos, la sintomatología y la exploración física no permiten determinar con certeza el origen vírico o bacteriano de la infección.

### Cuadros clínicos en función del agente patógeno causal (Cuadro 1)

#### Anginas bacterianas

En la gran mayoría de los casos están causadas por el EGA. Son el motivo del 20% de las anginas independientemente de la edad. Una infección bacteriana es más frecuente en niños que en adultos (respectivamente, el 25-40% frente al 10-25% de las anginas). La angina por EGA aparece a partir de los 3 años de edad, y su pico de incidencia se sitúa entre los 5-15 años.

La difteria está causada por *Corynebacterium diphtheriae*, bacilo grampositivo que secreta una toxina que origina un síndrome

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757799>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757799>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)