***Anatomía de la faringe:***

*Se extiende desde la base del cráneo hasta VII vértebra cervical.*

*-Se divide en* ***tres regiones:***

*1.****Nasal*** *(****nasofaringe****).*

*2.****Bucal*** *(****orofaringe****).*

*3.****Laringea*** *(****hipofaringe****).*

* ***Nasofaringe*** *(Rinofaringe):*

*-Se extiende desde la base del cráneo hasta el velo del paladar.*

*-En su parte superior se encuentra la Amígdala faríngea*

*-Por delante las Coanas.*

*-Lateralmente los Orificios de entrada de la Trompa de Eustaquio, con las fositas de Rosemuller.*

Orofaringe:

-Desde el Velo del paladar hasta un plano horizontal que pasa a nivel del borde superior de la Epiglotis.

-Se comunica con boca a través del istmo de las fauces.

-Lateralmente con Amígdalas palatinas y Pilares.

Hipofaringe (Laringofaringe) :

-Se extiende desde un plano horizontal a nivel del vértice de la Epiglotis, hasta el borde inferior del cartílago Cricoides.

-Por delante se encuentra la entrada de la Laringe y por la pared posterior deprimida lateralmente se encuentra los Senos piriformes, hasta llegar a la entrada del esófago.

Anillo de Waldeyer:

Está formado por un acúmulo de tejido linfoideo del cual forman parte:

-La Amígdala faríngea (Adenoidea o de Luchka).

-Las Amígdalas palatinas.

-La Amígdala lingual.

-Los Cordones laterales faríngeos.

Síndrome Linfoideo faríngeo agudo

Clasificación (I):

Anatomoclínica:

\*ANGINAS No Específicas:

1. Localizadas en Amígdalas palatinas:

a) Eritemato-pultáceas.

b) Seudomembranosa.

c) Ulcerosa.

d) Periamigdalitis flegmonosa.

2. Localizadas en Amígdala faríngea:

a) Amigdalitis faríngea (Adenoiditis).

3. Localizada en Amígdala lingual:

a) Amigdalitis lingual:

-Catarral. -Periamigdalitis flegmonosa.

4. Generalizadas a toda la faringe:

a) Catarral difusa.

b) Absceso difuso faríngeo.

c) Gangrena faríngea.

4. Supuraciones faríngeas:

a) Absceso retrofaringeo.

b) Absceso laterofaringeo.

\* ANGINAS Específicas:

a) Difteria (Seudomembranosa).

b) Escarlatina.

c) Reumatismal.

d) Fusoespirilar (de Vincent o Ulceronecrótica).

e) Herpética.

f) Zosteriana. g) Penfigoide.

ANGINAS en el curso de Enfermedades hematológicas:

a) Leucemias.

b) Agranulocitosis.

c) Mononucleosis.

Amigdalitis Eritemato-Pultácea (Catarral):

Concepto: Es la faringitis trivial y corriente que aparece en cualquier época del año, con exacerbaciones invernales y es generalmente bilateral.

Etiopatogenia: Es causado por agentes infecciosos de naturaleza banal que son huéspedes habituales de la faringe:

1.Estreptococo. En determinadas circunstancias exacerban su virulen-

2.Estafilococo. cia, como sucede ante: Cambios climáticos, presencia

3.Neumococo. de epidemias, focos infecciosos.

Cuadro Clínico:

-Período de incubación variable y después aparece el

cuadro.

-Período de estado (eritematoso):

-dolor en el cuello.

-odinofagia que se presenta como dolor sordo que se

irradia al oído.

fiebre de 39 a 40ºc, escalofrío.

-cefalea, taquicardia con TA normal.

-sed.

-convulsión y reacción meníngea en el niño.

-Período pultáceo:

-criptas con exudado friable.

-exudado blanco-amarillo cremoso y no adherente

que se deja desprender fácilmente.

-pilares anteriores y úvula enrojecidos, pero no

tumefactos.

-adenopatía satélite a nivel de subangulo de la mandibula (dolorosa, con periadenitis subesternocleidomastoidea que puedeproducir Tortícolis)

Complicaciones:

-Flemón periamigdalino.

-Adenitis del cuello.

-Complicaciones de vecindad: otitis media, reagudización de otitis crónica, sinusitis, laringitis aguda.

-Complicaciones a distancia: glomérulo-nefritis, reumatismo poliarticular agudo, endocarditis, osteomielitis, enteritis y apendicitis.

Complementarios: -Hemograma completo -Leucocitosis (polimorfonucleares ).

-Serología. -Urea. -Exudado faríngeo con antibiograma.

Angina de Pault Vincent (Ulceronecrótica):

Concepto: Afección caracterizada por lesión Ulceronecrótica, recubierta por una seudomembrana. Debida a una asociación Fusoespirilar entre el Bacilo Fusiforme de Vincent y Espirilos huéspedes habituales de la cavidad oral.

\*Afecta sobre todo a jóvenes, masculinos, favorecidas por lesiones dentarias de importancia y a pacientes debilitados con avitaminosis.

Etiología: Asociación : Borrelia de Vincent y Treponema Microdentrium.

Cuadro Clínico:

-Dolor faríngeo que aumenta progresivamente.

-Temperatura no muy elevada y deterioro del estado ge-

neral.

-Disfagia, Halitosis y Sialorrea.

-Comienzo unilateral.

-Evoluciona en 2 tiempos: Seudomembranosa y Ulceronecrótica.

-Pilares Edematosos.

-Adenopatía constante sin periadenitis.

-Las lesiones comienzan a nivel de amígdalas o encías.

-Seudomembrana gris blanquecina bien localizada yadherente. Al eliminarse deja ulcera irregular de fondo necrótico, anfractuoso y bordes netos que sobresalen.

Complementarios:

-Hemograma, Serología, Estudio bacteriológico.

Tratamiento:

1- Local: Tratar la causa, revisar el estado dentario, tópicos con azul de metileno, solución de fenosalil directamente sobre la ulcera.

2- General:

-Penicilina, Vitaminoterapia, Régimen dietético.

Amigdalitis Diftérica (Seudomembranosa):

Concepto: Enfermedad infectocontagiosa producida por la inoculación faríngea del bacilo de Loeffer, proveniente de las secreciones faríngeas de un portador. Es una enfermedad local por sus falsas membranas y

general por acción de las toxinas.

\*Enfermedad que aparece antes de los 10 años.

\*En ocasiones tiene carácter epidémico.

Formas Clínicas:

-Forma Común.

-Forma Submaligna (Grave).

-Forma Maligna.

1. Forma Común:

-Período de incubación 3-4 días.

-Dolor de garganta.

-Ex Físico: Falsas membranas de color gris sucio, que se extienden hacia los pilares y la úvula, se adhieren a los planos superficiales, son gruesas, difíciles de despegar y no se disocian en agua. Adenopatía cervical dolorosa sin signos de periadenitis . Coriza cuando hay propagación hacia el Cavum. Astenia y palidez que indican el grado de intoxicación del paciente. Fiebre no muy elevada, taquicardia, hipotensión.

2. Forma Submaligna (Grave):

-Gran inflamación de faringe, se propaga la seudomembrana hacia la úvula, las amígdalas y los pilares.-Las membranas son gruesas, bilaterales y color gris sucio.-Adenitis cervical notable y siempre hay periadenitis.-Sintomas generales acentuados: temperatura elevada,

adinamia, taquicardia con hipotensión y palidez exagerada

3. Forma Maligna:

-Puede ser desde el inicio como maligna o ser una prolongación de una común no tratada o mal tratada. Cuadro clínico general: Fiebre elevada.-Dolor abdominal. Vómitos.-Estado general deteriorado.

-Fatiga intensa que impide la alimentación.-Delirio.-Palidez que contrasta con temp. elevada. El cuadro es fundamentalmente tóxico y la muerte ocurre por extensión del proceso al árbol respiratorio o complicaciones:-Cardíacas. -Renales. -Nerviosas.

Complicaciones:

1.Por extensión de la enferm. secundario a la inoculación del Bacilo:

-Difteria nasal: obstrucción nasal y rinorrea mucopiosanguinolenta por presencia de seudomembranas.

-Difteria laríngea: es una laringitis seudomembranosa conocida como Crup (que afecta a niños entre 2 y 5 años), se presenta con disfonía y luego dificultad respiratoria.

-Difteria del aparato auditivo: otitis media simple y complicada.

2. Complicaciones por acción de las toxinas:

\*Cardíacas:

Tiene predilección por el miocardio, produce taquicardia con hipotensión y extrasistólia, cardiomegalia y ritmo de galope.

\*Neurológicas: La afección más frecuente es la parálisis velopalatina, seguida de la del musculo ciliar, que garantiza la acomodación y luego afecta los miembros.

\*Hepática y Digestiva: Hepatomegalia producida por ICC o por hepatitis tóxica.

\*Suprarrenales: Insuficiencia suprarrenal aguda.

\*Renales: Lesiones tubulares más que glomerulares.

. Síndromes tóxicos Diftéricos:

-Sínd. Precoz de Verdoux: Aparece entre 2 y 5 días, presenta parálisis precoces, depresión, trast. cardíacos y Albuminuria (dura de 3-6 días).

-Sínd. Secundario de Marfán: Aparece en la difteria maligna, entre el 8 y 12 día. Después de la curación el enfermo presenta palidez extrema, trastornos cardíacos y hepatomegalia, ascitis e irritación peritoneal, la

muerte sobreviene entre el 3 y 5 día.

-Sínd. De Graut Mizard: Aparece después de los 5 días, se presentan parálisis motoras con grave repercusión sobre el estado general y muerte en poco tiempo.

Tratamiento:

1. Suero Antidiftérico.

2. Antibiótico: de elección Penicilina.

3. Reposo, Vit B1, Estricnina, gargarismos.

Angina Leucémica :

Concepto: Enfermedad grave por hiperplasia difusa y progresiva de tejido hemolinfopoyético, generalmente en sus formas celulares más primitivas e indiferenciadas.

C. Clínico: -Más frecuente en niño y adulto joven.-La anemia es su síntoma constante, asociada a manifestaciones hemorrágicas por trombocitopénia: (epistaxis, gingivorragia, purpura y equimosis). -Adenopatía cervical voluminosa. -Predominan lesiones bucales: -Lesiones ulceronecróticas de las encías (edematizadas y sangrantes).-Masticación dolorosa.-Moniliasis.-Hiperplasia de órganos leucopoyéticos como: Bazo, ganglios y tejido linfoide.-Fiebre, similar a la de cualquier enfermedad infecciosa.

Complementarios:

-Leucocitosis (50-200 mil) glóbulos blancos y elementos embrionarios no diferenciados.

Angina Agranulocítica :

Concepto: Enfermedad aguda grave caracterizada por desaparición total o casi total de los granulocitos en la médula ósea y sangre periférica.

Etiopatogenia: Desconocida, pudiera ser infecciosa autónoma aun sin descubrir el germen, pudiera ser por causa tóxica, por sales de oro, duralgina, sulfamidas y cloranfenicol.

Cuadro Clínico: -La faringitis es un signo precoz y de comienzo agudo.

-Semejante a la Leucemia (se diferencia en el cuadro hematológico)

-La pequeña lesión inicial se extiende a Amigdalas, Pilares, Úvula, Pared posterior de faringe y finalmente a Hipofaringe. -Las lesiones faríngeas predominan sobre las bucales.-Ligero trismo.-Disfagia, aliento fétido y salivación.-No hay adenopatías ni esplenomegalia.

\*Cuadro hematológico:-Leucopenia (hasta menos de 500 elementos /mm cúbico), a diferencia de la Leucemia. -Neutropenia (con desaparición de elementos de la serie blanca reemplazados por mononucleares). -No aparecen elementos embrionarios anormales.-El número de hematíes y el conteo de plaquetas son normales.

Angina Monocítica :

Concepto: Enfermedad infecciosa febril, caracterizada por angina, esplenomegalia, poliadenopatías y un cuadro hematológico característico.

Etiología: Producida por el Virus de Eintein-Bar.

Cuadro Clínico: No tiene cuadro típico definido, puede ser Eritemato-pultácea, Seudomembranosa, y para algunos nunca tendencia a la ulceración. -La faringitis predomina en el adulto y la fiebre y adenopatías en el niño. -Fiebre que persiste por semanas, palidez y astenia. -Puede manifestarse en forma de leucemia aguda o en forma hemorrágica.-Poliadenitis submaxilar y carotidea considerable de consistencia firme, inmóvil, indolora, no tendencia a la supuración. Posteriormente se generalizan a regiones

axilares e inguinales. -Esplenomegalia.

Complementarios: -Leucocitos menos de 20 mil, mononucleares que pueden pasar de 70%, perdiendo el predominio de Polimorfos.

-Paul-Bunnell positivo (entre 10 y 15 días), aunque la negatividad no excluye la enfermedad.

-No anemia, no trombocitopénia, medulograma Normal.

Complicaciones -Hepatitis. -Miocarditis. -Ruptura del bazo\*.

Tratamiento:

-Inmunosupresores.

-Reposo.

-Antipiréticos.

-Asepsia de la faringe.

-Aislamiento.

Flemón Paramigdalino :

Concepto: Inflamación aguda que ocasiona la supuración a nivel del tejido celular que rodea la amígdala (celulitis aguda supurada). Es generalmente unilateral.

Clasificación:

1. Anterior: Entre el pilar anterior y el espacio celular decolable periamigdalino.

2. Posterior: Entre el pilar posterior y el espacio celular decolable periamigdalino.

3. Externo: Laterofaringeo.

4. Inferior: Base de la lengua.

Etiología:

Se deben a infecciones agudas de la faringe y especialmente de la amígdala palatina, favorecidas por: disposiciones anatómicas. Factores locales. e Infecciones de la vecindad.

Cuadro Clínico:

\*Forma Anterosuperior:

Frecuente en adulto y adolescentes, no en niños.

Período de comienzo: -Suele presentarse como una amigdalitis aguda de gran intensidad con: odinofagia intensa (dolor lancinante que se irradia a oído y dificulta la deglución). -Hay Trismo, lengua saburral, amigdalas (cubiertas por seudomembrana), aparece tumefacción (Unilateral y localizada delante de la amígdala).

2. Período de Estado:

-Toma del estado general. -Odinofagia severa.-Voz nasal y apagada.

-Mantiene la boca entreabierta (y deja escapar saliva por comisura labial por el intenso dolor que desencadena la deglución).-Temperatura elevada y pulso acelerado.-Lateraliza la cabeza hacia el lado afecto.-Hay progresión del Trismo (que dificulta apertura bucal).-Asimetría faríngea (por severa tumefacción de una amigdala que queda desplazada hacia detrás, la úvula tumefacta es rechazada al lado opuesto). Adenopatía en subangulo mandibular (ligeramente dolorosa)

Complicaciones:

a) Faríngeas: Infección en la base de la lengua (absceso inferior). No puede sacar la lengua y hay tumefacción edematosa de la base de lengua, en su unión con pilar anterior.

b) Laríngeas: Edema laríngeo e infecciones respiratorias bajas.

c) Cervicales: Flemón Laterofaringeo.

d) Hemorrágicas: Raras pero serias, precedidas por secreción purulenta.

e) Septicemia: Trombosis de senos cavernosos, edema palpebral, quemosis y exoftalmia, toma de estado general, fiebre alta, taquicardia, dolor orbitario, complic. cerebrales y meníngeas que provocan la muerte.

Tratamiento:

a) Medicamentoso:

Antibióticoterapia inicial, en el período de inicio y gárgaras tibias cada 1 hora hasta que coleccione el pus.

2. Analgésicos y Antinflamatorios.

b) En Período de estado:

1. Incisión y drenaje, una vez que este en franco estado de colección supurada: Infiltramos anestesia local en los puntos de Pilar anterior, igual que en la Amigdalectomía. Luego se hace incisión con Bisturí, en Pilar anterior en su punto más fluctuante, ampliamos la incisión con pinza y después pedimos que abra y cierre la boca para mejor drenaje del pus. Después se impone tto antibiótico y se da seguimiento por temor a complicaciones. Por último se realiza Amigdalectomía en Frío.

Adenoiditis Aguda :

Concepto: Inflamación de la Amigdala Faríngea. Es una de las más frecuentes enfermedades infantiles.

Etiopatogenia: Sería una amigdalitis catarral banal si no fuese por su localización. Aparece ante determinadas circunstancias que exaltan la virulencia de gérmenes huéspedes habituales de la faringe.

Cuadro Clínico: \*Varía en el lactante y en el niño mayor.

Lactante:

-Comienzo dramático. -Temperatura de 40-41 ºc, con convulsiones y espasmos glóticos, en raquíticos.-Polipnea con obstrucción nasal mal tolerada por la ausencia de la respiración bucal como mecanismo compensador, la insuficiencia respiratoria aumenta con la succión y puede llegar a la asfixia. -Las nauseas dejan ver las secreciones al expulsarlas hacia delante (las cuales descienden desde el cavum a través de la pared posterior de la faringe).

Evolución:

-La Adenoiditis aguda a repetición solapadamente crea una otitis crónica y son fuente de dispepsia.-Las secreciones purulentas pueden descender por detrás e infectan las vías respiratorias bajas.

Del niño mayor:

-Menos llamativo porque tolera mejor la respiración bucal y la nasofaringe es más amplia. -Comienzo brusco con fiebre elevada.-Otodinia, falso crup.-Causa frecuente de otitis media en el niño.-Menos frecuente complicaciones pulmonares.

Pronóstico:

-Favorable si no aparecen complicaciones como:

1. Infecciones broncopulmonares.

2. Otitis supurada.

3. Absceso retrofaringeo.

Tratamiento:

1. Restablecer la permeabilidad de las fosas nasales.

2. Duchas nasales de Solución salina y Argirol como antiséptico y para facilitar el arrastre de secreciones.

3. Vitaminoterapia.

4. Antibiótico, según antibiograma.

5. Quirúrgico, en la Adenoiditis Crónica.