

Asignatura: Otorrinolaringología

Tema 1: Nariz, Fosas Nasales y Senos Paranasales.

Título: Síndrome Linfoideo Faríngeo Agudo.

Sumario:

1.1 Enfermedades agudas de la faringe: Amigdalitis Aguda Eritematopultácea, Vincent, Pseudomembranosa, Diftérica, Infectocontagiosas y enfermedades hematológicas, Adenoiditis Agudas

1.2 Etiopatogenia, Anamnesis, Cuadro Clínico, Diagnóstico, Complicaciones, Tratamiento, Criterios de remisión

## OBJETIVOS

Que los estudiantes sean capaces de:

- Identificar las patologías que ocasionan este Síndrome.
- Orientar la conducta a seguir con los pacientes con enfermedades de la nariz, fosas nasales y senos paranasales en el nivel primario de atención médica.

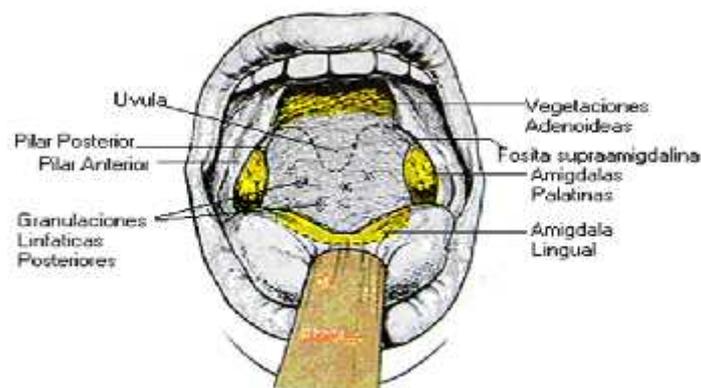
Forma organizativa docente: Conferencia Método: expositivo, heurístico

Función didáctica principal: introducción de nuevos contenidos

## INTRODUCCIÓN

La Faringe es un órgano impar y simétrico, con una longitud promedio es de 14 cm en el hombre y 13 cm en la mujer. Está situada por delante de la columna vertebral, detrás de las fosas nasales, de la boca y de la laringe, inmediatamente por debajo de la apófisis basilar del occipital y por dentro de las regiones carotideas y cigomáticas. Es un largo conducto irregularmente infundibuliforme, suspendido por arriba de la cara inferior del cráneo y continuándose hacia abajo con el esófago. Topográficamente se divide en 3 regiones: la nasofaringe, la orofaringe y la laringofaringe.

Rinofaringe Es la única porción puramente aérea de la faringe. Se prolonga hacia delante a ambos lados del tabique nasal con la bóveda de las fosas nasales. Está ocupado por una masa de tejido linfoide: la amígdala faríngea, en la pared lateral de la nasofaringe también se encuentran los rodetes tubarios que no son más que la elevación del borde de la trompa de Eustaquio en donde se proyecta en la nasofaringe.



Faringoscopia estructuras linfáticas del anillo de Waldeyer

## DESARROLLO

### 1.1 AMIGDALITIS ERITEMATOPULTACEA. (Catarral)

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

**Etiopatogenia:** Es causada por agentes infecciosos de naturaleza banal huéspedes habituales de la faringe (estreptococo, estafilococo, neumococo) que ante determinadas circunstancias exacerbaban su virulencia, como sucede ante cambios climáticos, la presencia de amigdalitis críptica que constituye un foco frecuente de infecciones, la presencia de epidemias, etc.

**Anatomía patológica:** Amígdala roja, tumefacta, con exudado grisáceo situado especialmente en las criptas.

**CUADRO CLINICO:** Después de periodo de incubación variable aparece.

Periodo de estado (eritematoso)

-Dolor en el cuello.

-Odinofagia que se presenta como un dolor sordo con irradiación al oído.

-Fiebre de 39-40 C, escalofrío, cefalea, taquicardia con TA normal, sed.

-Convulsión y reacción meníngea en el niño.

Periodo pultáceo

-Criptas con exudado friable, blanco-amarillo cremoso y no adherente que se deja desprender fácilmente

-Pilares anteriores y úvula enrojecidos, pero no tumefactos.

-Adenopatía satélite a nivel del subángulo de la mandíbula, dolorosa a la palpación, y la periadenitis subesternocleidomastoidea puede producir tortícolis.

**Evolución:** Variable entre 3 y 6 días. Abortiva en 48 horas. La curación es la regla pero la repetición de los ataques puede llevar a la amigdalitis crónica.

**Complicaciones:**

1- Flemón periamigdalino.

2- Adenitis del cuello.

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

4-Complicaciones a distancia: Glomerulonefritis, reumatismo poliarticular agudo, osteomielitis, endocarditis, enteritis, y apendicitis.

**Complementarios:** Hemograma completo (leucocitosis con predominio de polimorfo nucleares), serología, urea, exudado faringeo con antibiograma.

**Tratamiento:**

Local:

1. Rojo aseptic, ½ gotero en la faringe, 3 veces al día.
2. Bismuto tópico faringeo o supositorios, 1 vez/día.
3. Gargarismos con solución Dobell, fenosalil, 3 veces/día.
4. Gotas nasales con argirol con efedrina, 3 veces/día.

General:

1. Penicilina C, 1.000.000 uds EV cada 4 horas si el paciente está ingresado.
2. Penicilina RL, 1.000.000 uds IM c/12 horas.
3. Si no resuelve oxacillin 2g/ día

#### 4. Antiálgicos y antipiréticos.

### **ANGINA DE PLAUT- VINCENT (ulceronecrótica)**

**Concepto:** Afección caracterizada por lesión ulceronecrótica, recubierta por una seudomembrana. Debido a una asociación fusoespirilar entre el bacilo fusiforme de Vincent y espirilos huéspedes habituales de la cavidad bucal. Afecta fundamentalmente a jóvenes, masculino, favorecidas por lesiones dentarias de importancia y 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 general.

-Disfagia.

-Comienzo unilateral.

-Evoluciona en dos tiempos: seudomembranosa y ulceronecrótica.

-Las lesiones comienzan a nivel de amígdalas o encías.

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

- Pilares edematosos.

-Adenopatía constante sin periadenitis.

- Halitosis y sialorrea.

**Evolución:** La evolución depende del tratamiento de la causa. Generalmente entre 8 y 10 días.

#### **Complementarios:**

Hemograma, Serología, estudio bacteriológico: baciloscopia o frotis.

#### **Tratamiento:**

1-Local: Tratar la causa, revisar el estado dentario. Tópicos con Azul de metileno, solución de fenosalil, sulfarsenol, neosolvartán directamente sobre la lesión ulcerada. Bismuto.

2- General: Penicilina, vitaminoterapia, régimen dietético.

### **AMIGDALITIS DIFTERICA (Seudomembranosa):**

**Concepto:** Enfermedad infectocontagiosa producida por la inoculación faríngea del bacilo de Loeffler 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 ante de los 10 años. Tiene carácter epidémico en ocasiones.

#### **FORMAS CLINICAS**

##### **Forma Común:**

-Periodo de incubación de 3-4 días.

- Dolor de garganta.
- Examen 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 e hipotensión.
- La mejoría rápida tan pronto se inicia el tratamiento.

**Forma submaligna o grave:**

-Gran inflamación de la faringe y se propaga la seudomembrana hacia la úvula, las amígdalas y los pilares, las membranas siempre son gruesas, bilaterales y de color gris sucio, la adenitis cervical es mas notable y siempre hay periadenitis, los síntomas generales siempre son mas acentuados: temperatura elevada, adinamia, taquicardia con hipotensión y palidez exagerada.

**Forma Maligna:** Puede ser desde un inicio como maligna o ser una prolongación de una común no tratada o mal tratada.

Cuadro clínico general: Fiebre elevada, vomito, dolor abdominal, estado general deteriorado con fatiga intensa que impide la alimentación, delirio. Palidez que contrasta con temperatura elevada. El cuadro es fundamentalmente tóxico y la muerte ocurre por extensión del proceso al árbol respiratorio o complicaciones cardíacas, renales, nerviosas, etc.

Cuadro Clínico Local: Seudo membranas de color parduzco sucio, hemorrágico y fétido, sobre mucosa edematosa y fenómenos necrotizantes.

-Ganglios del cuello y ángulo de la mandíbula infartados, con periadenitis y se le denomina: cuello proconsular de Saint German. Rinorrea, epistaxis, aliento fétido y nauseabundo cuando se extiende al cavum y nariz.

**Evolución:**

- Depende de la forma clínica y la precocidad del tratamiento.
- La forma común bien tratada tiene buen pronóstico
- La forma maligna puede llevar a la muerte en 48 horas.
- Puede aparecer parálisis de los músculos de la acomodación ocular y polineuritis de los miembros inferiores.

**Diagnostico:** Depende del Cuadro Clínico, el examen físico, y los hallazgos de laboratorio con exudado faringeo positivo de bacilo de Loeffler, aunque su negatividad no excluye la enfermedad.

**Complicaciones:**

- I. Por extensión de la enfermedad secundario a la inoculación del bacilo:
  - Difteria nasal: Obstrucción nasal y rinorrea mucopiosanguinolenta por la presencia de seudomembranas.
  - Difteria laringea: Consiste en una laringitis seudomembranosa conocida como Crup que afecta a los niños entre 2 y 5 años. Se presenta con disfonía, luego dificultad respiratoria.
  - Difteria del aparato auditivo: otitis media simple y complicada.
- II. Complicaciones por acción de las toxinas:

- Cardiacas: Tiene predilección por el miocardio, produce taquicardia con hipotensión y extrasistolia, cardiomegalia y ritmo de galope.
- Neurológicas: La afección más frecuente es la parálisis velopalatina, seguida de la del músculo ciliar que garantiza la acomodación y luego afecta los miembros.
- Hepática y digestiva: Hepatomegalia producida por ICC o por hepatitis toxica.
- Suprarrenales: Insuficiencia suprarrenal aguda.
- Renales: Lesiones tubulares más que glomerulares.

### III. Síndromes tóxicos diftéricos:

- Síndrome precoz de Verdoux: Aparece entre el 2 y 5 día, presenta parálisis precoces, depresión, trastornos cardiacos y albuminuria, dura de 3 a 6 días.
- Síndrome secundario de Marfán: Aparece en la difteria maligna, entre el 8 y 12 día. Aparentemente después de la curación el enfermo presenta palidez extrema trastornos cardiacos y hepatomegalia, ascitis e irritación peritoneal, la muerte sobreviene entre el 3 y 5 día.
- Síndrome tardío de Graut Mizard: aparece después de los 5 días, se presentan parálisis motoras con grave repercusión sobre el estado general y la muerte se produce en poco tiempo.

#### **Tratamiento:**

- 1- Suero antidiftérico.
- 2- Antibiótico: De elección la penicilina.
- 3- Reposo, vitamina B1, estricnina, gárgarismos.

#### **ANGINA LEUCEMICA:**

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

#### **Cuadro Clínico:**

- Más frecuente en niño y adulto joven.
- La anemia es su síntoma constante, asociado a manifestaciones hemorrágicas por trombocitopenia: epistaxis, gingivorragia, púrpura y equimosis.
- Adenopatía cervical voluminosa.
- Predominan las lesiones bucales: Lesiones ulceronecrotica de las encías, edematizadas y sangrantes, masticación dolorosa y moniliasis.
- Hiperplasia de órganos leucopoyéticos como bazo, ganglios y tejido linfoide.
- Fiebre igual a cualquier enfermedad infecciosa.

**Complementarios:** Leucocitosis 50-200 mil glóbulos blancos y elementos embrionarios no diferenciados.

**Tratamiento:** -Inmunosupresores.

- Reposo.
- Antipiréticos.
- Asepsia de la faringe,

### **ANGINA AGRANULOCITICA:**

**Concepto:** Enfermedad aguda grave caracterizada por desaparición total o casi total de los granulocitos en la medula 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, cloranfenicol.

**Cuadro clínico:**

- La faringitis es un signo precoz y de comienzo agudo.
- Semejante a la leucemia pero se diferencia del cuadro hematológico.
- La pequeña lesión inicial se extiende a amígdalas, pilares, úvula, pared posterior de faringe y finalmente a hipo faringe.
- Las lesiones faríngeas predominan sobre las bucales.
- Ligero trismos.
- Disfagia, aliento fétido, salivación son otros síntomas.
- No hay adenopatías ni esplenomegalia.

**Cuadro hematológico:**

-A diferencia de la leucemia hay leucopenia de hasta menos de 500 elementos por mm. cúbicos y neutropenia con desaparición de elementos de la serie blanca reemplazados por mononucleares. Jamás aparecen elementos embrionarios anormales. El número de hematíes y el conteo de plaquetas son normales.

**Tratamiento:** -Inmunosupresores.

- Reposo.
- Antipiréticos.
- Asepsia de la faringe,

### **ANGINA MONOCITICA:**

**Concepto:** Enfermedad infecciosa generalmente febril, caracterizada por angina esplenomegalia, poliadenopatias y un cuadro hematológico característico

ETIOLOGIA: Producida por el virus de Eintein-Bar.

**Cuadro clínico:**

- No tiene cuadro típico definido, puede ser eritematopultácea, seudomembranosa y para algunos nunca tendencia a la ulceración.
- La faringitis predomina en el adulto y adenopatías y fiebre en el niño.
- Fiebre que persiste por semanas, pálido, asténico.
- Puede manifestarse en forma de leucemia aguda o en forma hemorrágica.
- Poliadenitis submaxilar y carotídea considerable de consistencia firme, inmóvil, indolora, no tendencia a la supuración. Posteriormente se generalizan a regiones axilares e inguinales.
- Esplenomegalia.

**Complementario:**

1-Leucocitosis menor de 20 mil, mononucleares que pueden pasar de 70%, perdiendo el predominio de polimorfo.

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

3-Test de Davinson positivo.  
No anemia, ni trombocitopenia, medulograma normal.

**Evolución:** Cura espontáneamente en 3-6 semanas.

**Complicaciones:** Poco frecuentes:

- Hepatitis.
- Miocarditis.
- Ruptura de bazo por friabilidad de la esplenomegalia.

**Tratamiento:** -Inmunosupresores.

- Reposo.
- Antipiréticos.
- Asepsia de la faringe,

### **FLEMÓN O ABSCESO PARAAMIGDALINO**

**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: Laterofaríngeo.

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.

- Causas locales: Amigdalitis crónica, en la cual la infección alcanza el tejido celular periamigdalino a través de la cápsula, apertura de una cripta o vía vascular.

-Las infecciones de la vecindad están dadas por lesiones dentarias en especial del tercer molar inferior. Juegan un importante papel, la gripe, amigdalitis aguda, cambios bruscos de temperatura.

- Los factores anatómicos son: receso palatino con adherencias patológicas, fosa supramigdalina con el seno de Tortual y la Fosita triangular entre el repliegue de Hiss y la cara anterior de la amígdala.

**Localización:** Entre el espacio en que se encuentra la cápsula y la pared faríngea.

**Cuadro Clínico (FORMA ANTEROSUPEIOR):**

Frecuente en adulto y adolescentes y no en niños.

-Periodo de comienzo: Suele presentarse como una amigdalitis aguda de gran intensidad con odinofagia intensa que se presenta como un dolor lacinante que se irradia al oído y dificulta la deglución.

Al examen físico en este periodo de inicio suele constatar un ligero trismo, lengua saburral, las amígdalas están cubiertas por una pseudomembrana y aparece la tumefacción unilateral localizada delante de la amígdala.

- Periodo de estado: Toma del estado general, odinofagia severa, voz nasal y apagada, mantiene la boca entreabierta y deja escapar saliva por la comisura labial por el intenso dolor que desencadena la deglución, tiene temperatura elevada y pulso acelerado, lateraliza la cabeza hacia el lado afecto. Al examen físico se constata progresión del trismo por lo que se dificulta la apertura bucal, se constata asimetría faríngea dada por la severa tumefacción de una amígdala, específicamente en la porción entre ella y el pilar anterior, por lo que queda desplazada hacia atrás, la úvula tumefacta es rechazada hacia el lado opuesto. El examen del cuello revela una adenopatía subángulo mandibular ligeramente dolorosa.

**Evolución:**

- Al cabo de unos días la inflamación aumenta.
- Se torna amarillento y se abre espontáneamente el absceso.
- El pus fétido sale por la parte alta del pilar anterior y comienza a aliviarse el dolor.
- Si drenaje insuficiente se forma fístula y pasa a la cronicidad.

**ABSCESO POSTERIOR:**

- Raro y más grave.
- Poco trismo.
- Dolor lacinante más intenso.
- Disfagia.
- Localización entre amígdala y pilar posterior cercano a los grandes vasos.
- Pilar posterior muy edematizado.
- Amígdala rechazada hacia delante.

**Evolución:**

- Se evacua tardíamente a nivel de fosa supraamigdalina.
- En ocasiones se extiende hacia la carótida interna lo que constituye un peligro para la intervención quirúrgica.

**Complicaciones:**

- a) Faríngeas: Infección en la base de la lengua (absceso inferior). No puede sacar la lengua y se constata tumefacción edematosa en la base de la lengua en su unión con el pilar anterior.
- b) Laringeas: Edema laríngeo e infecciones respiratorias bajas.
- c) Cervicales: Flemón laterofaríngeo.
- d) Hemorrágicas: Raras pero serias, precedidas por secreción purulenta.
- e) Septicemia: Trombosis del seno cavernoso, aparece tríada de edema palpebral, quemosis, exoftalmia y toma de su estado general, fiebre elevada, taquicardia, dolor orbitario y finalmente complicaciones cerebrales y meníngeas que producen la muerte del paciente.

**Diagnóstico:** El CC es suficiente en la etapa inicial más la punción.

**Tratamiento:**

1-Se indica antibiótico inicialmente en el periodo de comienzo y gárgaras tibias cada una hora hasta que colecciona el pus, analgésicos y antiinflamatorios.

2-En el periodo de estado se orientara la incisión y drenaje una vez que se este en franco estado de colección supurado: para ello se infiltrara anestesia local en los puntos del pilara anterior igual que para la Amigdalectomia y luego con un bisturí de hoja corta envuelto en una

gasa dejando su punta libre se incide en el pilar anterior en el punto mas fluctuante, nos auxiliamos de un pinza y ampliamos la incisión para facilitar el avenamiento del pus y se le pide de igual forma que abra y cierre la boca para lograr igual efecto. Luego se impone antibiótico y se cita para seguimiento por temor a posibles complicaciones.

4-Amigdalectomia en frío.

### **ADENOIDITIS AGUDA:**

**Concepto:** Inflamación de la amígdala faríngea. Es una de las más frecuentes enfermedades infantiles.

**Etiopatogenia:** Seria 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 el **niño mayor**.

#### **Lactante:**

- Comienzo dramático.
- Temperatura de 40-41C, con convulsiones y espasmo glótico en raquíticos y espasmofílicos.
- 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 náuseas 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 crean una otitis crónica y son fuente de dispepsia.
- Las secreciones purulentas pueden descender por detrás e infectan las vías respiratorias bajas.

**Adenoiditis del niño:** -Menos llamativo porque tolera mejor la respiración bucal y tiene nasofaringe más amplia.

- Comienzo brusco con fiebre elevada.
- Otodinia,
- Causa frecuente de otitis media en el niño.
- Menos frecuente complicaciones pulmonares.

## **INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA ADENOAMIGDALECTOMIA**

### **Indicaciones francas de la amigdalectomia**

- 1-Episodios reiterados de amigdalitis aguda o crónica
- 2-Amigdalitis que producen convulsiones febriles en niños con bajo umbral convulsivo.
- 3-Absceso periamigdalino.
- 4-Hipertrofia amigdalina que dificulta la deglución o la respiración.
- 5-Apnea del sueño.
- 6-Biopsias para diagnosticar neoplasias malignas.
7. Portadores de Difteria.

### **Indicaciones relativas de la adenoamigdalectomía.**

- 1-Irritaciones de garganta a repetición (más de 6 meses que no resuelve con antibiótico).
- 2-Otalgia a repetición.
- 3-Rinitis recurrente o crónica.
- 4-Infecciones de vías aéreas a repetición (bronquitis, neumonías).
- 5-Ronquidos o respiración bucal.
- 6-Retardo del crecimiento.
- 7-Amígdalas grandes o restos amigdalinos.
- 8-Linfadenopatía cervical.
- 9-Adenitis tuberculosa.
- 10-Enfermedades sistémicas por estreptococo beta hemolítico (Fiebre reumática, cardiopatía reumática, nefritis)
- 11-Halitosis por acumulo de secreciones a nivel de las criptas.

### **CONCLUSIONES**

Las enfermedades que provocan el síndrome obstructivo nasal son varias, de etiología diversa y de aparición frecuente. Es necesario que el médico general las conozca para facilitar el diagnóstico oportuno y tratamiento precoz de estas enfermedades con el objetivo de evitar las complicaciones.

### **ESTUDIO INDEPENDIENTE:**

Realice una búsqueda por internet usando como en bases de datos de salud, sobre cuerpo extraño faríngeo y elabore un mapa conceptual sobre clasificación de los cuerpos extraños faríngeos, sintomatología, diagnóstico, conducta y complicaciones que pueden provocar.

### **BIBLIOGRAFIA**

#### **Básica:**

*Otorrinolaringología Dr. C. Manuel S. Villar Suárez. Páginas: 7-23*

#### **Complementaria:**

*Temas para estudiantes. Folleto complementario. Páginas 12-17*

*Otorrinolaringología. Paparella. Páginas 210-219.*

*Otorrinolaringología. Balentyne Páginas 36-48.*

*Otorrinolaringología. Ballenger Páginas 59-71.*

*Otorrinolaringología. Thompson y Bertelli Páginas 27-39*

*Manual práctico de ORL. M. Portmann Páginas 102-119*