



Infecciones respiratorias altas y otorrinolaringología

Raimundo Pastor Sánchez

Médico General. CS Miguel de Cervantes. Alcalá de Henares. Madrid
Red Española de Atención Primaria (REAP)

La infección del tracto respiratorio incluye cualquier enfermedad infecciosa de las vías respiratorias superiores o inferiores. Se clasifican según su localización: amígdalas (amigdalitis), bronquios (bronquitis y bronquiolitis), faringe (faringitis), laringe (laringitis), nariz (rinitis), oídos (otitis), pulmones (neumonía), tráquea (traqueítis) y senos paranasales (sinusitis maxilar, etmoidal, o frontal).

Las infecciones de las vías respiratorias altas son las que afectan al aparato respiratorio superior. Las «vías respiratorias superiores» están formadas por los segmentos comprendidos entre la nariz y la carina de la tráquea.

Catarro o resfriado común

Suele ser la infección benigna de las vías respiratorias altas más frecuente, que origi-

© RYAN KC WONG/ISTOCKPHOTO



© SWETLANA WALL/FOTOLIA



«El catarro o resfriado común suele ser la infección benigna de las vías respiratorias altas más frecuente. Puede aparecer en cualquier época del año, aunque el número de casos se incrementa en invierno»

na un alto coste y absentismo laboral, a pesar de su escasa repercusión clínica. Puede aparecer en cualquier época del año, aunque el número de casos suele incrementarse en invierno.

Sus principales agentes etiológicos son los virus *Rhinovirus*, *Coronavirus*, *Parainfluenzavirus*, virus respiratorio sincitial e *Influenzavirus*.

Su mecanismo de transmisión se produce, fundamentalmente, por el contacto con secreciones infectadas, tanto de forma directa como por fomites, o por inhalación de partículas infecciosas (estornudos). El periodo de incubación es de dos a tres días, y los síntomas pueden durar entre una y dos semanas.

El cuadro suele iniciarse con molestias faríngeas. Posteriormente, aparece la congestión nasal, rinorrea acuosa y estornudos que, en días posteriores, se convierte en mucosa o, incluso, en mucopurulenta. Por lo general, se acompaña de síntomas como tos, mialgias y febrícula, que suelen desaparecer en la primera semana.

El diagnóstico se basa en la clínica que presenta el paciente y la exploración del tracto respiratorio; sólo suelen realizarse exploraciones complementarias cuando se sospechan complicaciones o si la evolución no es la habitual.

La enfermedad acostumbra a curar espontáneamente al cabo de unos 7 días, por lo que el tratamiento debe ser sintomático. Una buena hidratación facilita la expecto-

ración. Para aliviar la sensación de malestar, mialgias y febrícula, pueden usarse analgésicos antipiréticos o antiinflamatorios no esteroideos, aunque no acortan la duración del proceso. Son útiles los lavados nasales con suero fisiológico. Los descongestivos pueden utilizarse solos o asociados a paracetamol. Los antibióticos no tienen indicación en el catarro común –ya que se trata de una infección viral–, salvo en caso de complicaciones y siempre por indicación médica.

Los síntomas y signos que indican la presencia de complicaciones son dolor, supuración de oídos, aumento de la dificultad respiratoria, fiebre superior a 39,3 °C, sobre todo si se trata de niños menores de 2 años, fiebre de más de 4 días o reaparición después de que el paciente haya estado afebril durante 24 horas; también si no disminuye la tos pasados los días, es intensa y dificulta las actividades, o malestar general. Ante estos síntomas deberá acudir a la consulta del médico.

Gripe

Causada por el virus influenza, los factores de riesgo para sufrir una gripe grave son edad avanzada, padecer una enfermedad de base (bronquitis crónica, cardiopatía, diabetes, etc.) o la falta de anticuerpos contra las proteínas específicas HA y NA de la superficie vírica.

Clínicamente muy parecida al resfriado, la gripe se diferencia por presentar una fiebre más elevada, frecuente cefalea, malestar general, y dolor torácico, debido a la tos. Las principales complicaciones son bronquitis, neumonía (a veces mortal), sinusitis u otitis.

El tratamiento también es sintomático, similar al del catarro y, ocasionalmente, se usan retrovirales (amantadina o zanamivir). La prevención se lleva a cabo mediante vacunación anual de virus inactivado; está especialmente indicada en mayores de 60 años, enfermos crónicos o inmunodeprimidos, niños tratados a largo plazo con ácido acetilsalicílico (por la posibilidad del síndrome de Reye) y en personal sanitario.

Sinusitis

Es una inflamación de la mucosa de los senos paranasales de origen bacteriano. A

© FORCA/FOTOLIA



menudo, resulta difícil distinguirla de una simple rinofaringitis vírica o de una inflamación sinusal de causa alérgica, y estos dos procesos –sobre todo la infección vírica de las vías respiratorias altas– son importantes factores predisponentes para la aparición de una infección bacteriana de los senos paranasales.

Los senos frontales y esfenoidales no se infectan casi nunca en niños menores de ocho o diez años, y es rara la infección bacteriana aislada a cualquier edad. Cuando éstos se ven afectados, suele deberse a una pansinusitis. La principal complicación de las infecciones bacterianas de estos senos es que pueden extenderse al sistema nervioso central.

La obstrucción del orificio de drenaje, la reducción del aclaramiento ciliar, o el aumento de la cantidad o la viscosidad de las secreciones provoca retención de secreciones mucosas en el interior de los senos paranasales, lo que favorece que se produzca una infección bacteriana.

La sinusitis aguda es, generalmente, resultado de una complicación de una infección vírica de las vías respiratorias altas. Por consiguiente, la infección bacteriana de los senos suele producirse en niños pe-

«La gripe se diferencia del catarro por presentar una fiebre más elevada, frecuente cefalea, malestar general, y dolor torácico, debido a la tos»

queños y durante los meses de invierno. Se estima que se produce una sinusitis como complicación en el 5-10% de las infecciones respiratorias víricas de los niños pequeños, y en el 1-2% de las que afectan a los adultos. Existe una estrecha relación entre sinusitis y manifestaciones atópicas, como rinitis y asma.

Hay dos patrones básicos de presentación de las sinusitis agudas:

- Infección persistente de las vías respiratorias altas: es el cuadro clínico más frecuente y consiste en la persistencia de tos diurna o rinorrea, durante más de diez días, sin aparente mejoría, en el contexto de una infección de las vías respiratorias superiores. La secreción nasal puede ser tanto fluida como espesa y clara, mucoide o purulenta. La tos seca o húmeda está presente durante todo el día, aunque, a menudo, empeora por la noche. Otros posibles síntomas son halitosis y edema palpebral matutino transitorio; rara vez hay dolor facial o cefalea. El estado general es bueno y el paciente está afebril o con febrícula.

- Resfriado más intenso de lo habitual. Es mucho menos frecuente, se caracteriza por fiebre moderada o alta y secreción nasal purulenta de más de 3 o 4 días de duración. El estado general está algo afectado, hay cefalea frontal o retroorbitaria y, en ocasiones, edema periorbitario.

Cuando los síntomas respiratorios de rinorrea o tos diurna persisten entre uno y tres meses, aunque sea de manera intermitente, hablamos de sinusitis crónica. La secreción nasal puede ser de cualquier tipo y la tos suele empeorar por la noche; no hay fiebre o sólo febrícula ocasional.

La presencia de un cuadro clínico característico (forma «persistente») es todo lo que se requiere en la mayoría de los casos para establecer el diagnóstico en los niños menores de seis años, ya que, en ellos, se ha comprobado una correlación cercana al 90% entre la sospecha clínica y la existencia de alteraciones radiológicas.

En niños menores y mayores de 6 años con un cuadro clínico de «resfriado intenso», está indicado realizar un estudio radiológico para confirmar la sospecha de sinusitis. La información aportada por la



«La sinusitis es una inflamación de la mucosa de los senos paranasales de origen bacteriano»

radiología convencional es suficiente en pacientes con signos y síntomas de sinusitis aguda sin complicaciones. Cuando el diagnóstico basado en la anamnesis y la exploración física es dudoso o hay una mala respuesta al tratamiento empírico, puede ser necesario efectuar otros estudios de imagen y, en ocasiones, una aspiración sinusal para confirmar o descartar el diagnóstico.

En pacientes mayores de 10 años, la transluminación de los senos maxilares y frontales puede ayudar al diagnóstico.

La radiografía de senos paranasales ha sido el método tradicional para evaluar la presencia de enfermedad sinusal. La tomografía axial computarizada (TAC) resulta muy útil en situaciones atípicas, complicadas o crónicas. No obstante, es frecuente hallar anomalías de la mucosa de los senos en pacientes con síntomas respiratorios de cualquier etiología, por lo que no sirve para diferenciar si el origen de la inflamación es alérgico, vírico o bacteriano.

En caso de fracaso de varias tandas de antibiótico en terapia empírica, o ante la presencia de dolor facial intenso o de complicaciones orbitarias o intracraneales, así como en pacientes inmunodeprimidos, un otorri-

nolaringólogo deberá efectuar una aspiración del seno maxilar por vía transnasal.

Los principales agentes responsables de la sinusitis aguda son *Streptococcus pneumoniae* (30-40%), *Haemophilus influenzae* (20%) y *Streptococcus pyogenes*. En las fases iniciales del proceso, no es raro identificar virus respiratorios como adenovirus, virus de la parainfluenza, virus de la gripe y rinovirus.

De acuerdo con los patrones de susceptibilidad de los microorganismos causantes de las sinusitis agudas, el tratamiento de elección es amoxicilina en dosis altas (niños: 80-90 mg/kg/día, en 3 dosis; adultos: 875-1.000 mg cada 8 horas), asociada o no a ácido clavulánico (niños: 7,5-10 mg/kg/día; adultos: 125 mg/8 h). Por lo general, es suficiente la amoxicilina sola, pero es preferible asociar ácido clavulánico en las sinusitis frontales o esfenoidales, en las sinusitis etmoidales complicadas, cuando la sintomatología es muy intensa, se prolonga más de un mes, o cuando falla el tratamiento inicial con amoxicilina. La duración del tratamiento en condiciones normales es de unos 10 días. Aun así, en determinados casos (pacientes con respuesta lenta) es aconsejable prolongarlo hasta 2 o 3 semanas.

Otros antibióticos, como cefuroxima axetil, cefpodoximo proxetil, cefprozil, azitromicina y claritromicina, también han resultado eficaces en diversos estudios, pero cabe recordar que alrededor del 40% de los pacientes con sinusitis presenta una curación espontánea, lo que dificulta la interpretación de los estudios terapéuticos con escaso número de enfermos.

Cuando el tratamiento es adecuado, la mejoría clínica es rápida: los pacientes con sinusitis quedan afebriles y disminuye claramente la tos y la rinorrea en un plazo de 48 horas. Si a los dos días el enfermo no ha mejorado, hay que replantearse el diagnóstico y el tratamiento; en esta situación, debe considerarse la conveniencia de practicar una TAC o una aspiración del seno.

En ausencia de rinitis alérgica no hay que prescribir antihistamínicos sistémicos ni corticoides tópicos. Los descongestivos sistémicos o nasales tienen una escasa utilidad real, pero pueden proporcionar alivio sintomático en los primeros dos o tres días de tratamiento.



Otitis media

Se caracteriza por la presencia de exudado en la cavidad media del oído. A su vez, la otitis media se divide en otitis media con exudado (OME) o aguda (OMA). Si este exudado se acompaña de sintomatología, se considera que existe una OMA, y si su presencia es asintomática se plantea la posibilidad de una OME, más conocida como otitis media serosa o secretora. Cuando la duración de la OME es superior a 3 meses, se establece como otitis media crónica (OMC).

Los lactantes y niños pequeños son los más propensos a padecer otitis media, con una mayor frecuencia entre los 6 y 12 meses de edad, seguido de los niños de 12 a 24 meses, y poco frecuente a partir de los 4 años. Esta frecuencia, no obstante, varía mucho de unos individuos a otros, ya que existen factores predisponentes que favorecen en ciertos niños una mayor frecuencia a padecer OMA. Entre estos factores, se encuentra ser varón, el comienzo temprano del proceso, la asistencia a guardería, la alimentación artificial en los primeros meses de vida, la presencia de fumadores en el entorno familiar y la historia familiar de otitis media.

La OMA sólo debería ser tratada con antibioticoterapia. La otitis media con exudado no debería ser tratada, excepto si pasa a ser una OMC. La OMA puede ser esporádica o de repetición: según la frecuencia de dicha repetición se subdivide en OMA

persistente u OMA recurrente. La otitis media aguda persistente se considera como el mismo proceso que no ha terminado de curar, mientras que la otitis media recurrente es una sucesión de episodios esporádicos perfectamente curados. Esta clasificación tiene gran trascendencia terapéutica, ya que el tratamiento va a ser muy diferente para cada una de las diferentes formas clínicas.

La OMA es una enfermedad con un elevado porcentaje de curación espontánea (entre el 70-80% de los casos). Esta curación, sin embargo, es menor cuanto más pequeño es el niño y más numerosas son las recaídas. Además, la OMA tiene complicaciones temibles que hace que muchos pediatras consideren prioritario evitar su aparición. La más frecuente es la mastoiditis aguda. Se recomienda tratar con antibióticos sólo a aquellos enfermos que no tienen mejoría clínica después de 3-4 días de tratamiento sintomático.

La duración habitual del tratamiento de la OMA es de 10 días, aunque debe individualizarse: los tratamientos cortos de 5-7 días preferiblemente en niños mayores con OMA esporádica, y los tratamientos largos en niños pequeños y lactantes o con historia de OMA persistente.

En la inmensa mayoría de las ocasiones el tratamiento de la OMA es empírico. Los Therapeutic Working Group, Centers Disease Control de EE.UU. recomiendan como tratamiento de primera elección amoxicilina en dosis de 80-90 mg/kg/día, con la alternativa de amoxicilina/ácido clavulánico con altas dosis de amoxicilina, cefuroximaxetilo o ceftriaxona intramuscular (i.m.) si existe fracaso terapéutico dentro de los 3 primeros días del tratamiento con amoxicilina sola.

En España, se recomienda el uso de analgésicos para niños mayores de 2 años y sin factores de riesgo, y para aquellos con factores de riesgo amoxicilina (50 mg/kg/día) durante 5-7 días. En niños menores de 2 años y sin factores de riesgo es preferible amoxicilina en dosis de 50 mg/kg/día (durante 7-10 días), y con factores de riesgo amoxicilina 80-90 mg/kg/día, durante 10 días. Cuando hay fracaso terapéutico en 48-72 horas, la alternativa más adecuada es amoxicilina/ácido clavulánico en dosis de

«Los lactantes y niños pequeños son los más propensos a padecer otitis media, con una mayor frecuencia entre los 6 y 12 meses de edad»



«La laringitis es una enfermedad potencialmente grave y la causa más frecuente de obstrucción de la vía respiratoria superior en la infancia»

40 mg/kg/día, cefalosporinas orales con actividad frente a betalactamasas o ceftriaxona intramuscular (i.m.). Si el tratamiento sigue sin tener éxito, será necesario realizar una timpanocentesis. En caso de OMA persistente (recaída inmediata postratamiento), deberá mantenerse igual antibioticoterapia pero durante 2-3 semanas. Si existe OMA recurrente (recaída tardía), será necesario pautar el tratamiento convencional y valorar profilaxis en los meses de invierno si se han producido más de 3-4 episodios en 6 meses.

La profilaxis más recomendada de la OMA es con amoxicilina en 20 mg/kg/día (una dosis al día durante los meses de invierno). Existe una fuerte oposición al uso de la profilaxis por ser una práctica con alto riesgo de selección de microorganismos resistentes.

Laringitis (crup [*croup*], laringotraqueobronquitis o laringitis subglótica)

Cuadro clínico caracterizado por afonía, tos perruna, estridor y dificultad respiratoria. Existen, fundamentalmente, dos entidades responsables de este síndrome: la laringotraqueobronquitis aguda viral (LAV) y el crup espasmódico. Desde el punto de vista

práctico, es de escaso valor diferenciarlas, ya que el tratamiento de ambas no difiere.

A pesar de que la mayoría de estos cuadros son leves, la laringitis es una enfermedad potencialmente grave y la causa más frecuente de obstrucción de la vía respiratoria superior en la infancia. Constituye, aproximadamente, el 20% de las urgencias respiratorias que se atienden en los servicios de urgencias pediátricos, precisando hospitalización el 1-5% de los pacientes.

Las laringitis agudas están casi exclusivamente producidas por agentes virales, el más frecuentemente implicado es el virus parainfluenza tipo 1, responsable de, aproximadamente, el 75% de todos los casos de LAV. También pueden producirla los tipos 2 y 3, así como la influenza A y B, virus respiratorio sincitial, adenovirus, rinovirus, enterovirus y otros. Ocasionalmente, se han descrito otros patógenos como *Mycoplasma pneumoniae*. La LAV puede complicarse debido a sobreinfección bacteriana, sobre todo en adultos, por microorganismos como *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* o *Moraxella catarrhalis*.

La LAV aparece, principalmente, en niños con edades comprendidas entre 3 meses y 3 años, con un pico de incidencia en el segundo año de vida, que disminuye sustancialmente a partir del sexto año de vida. Existe un predominio en varones, con una relación niños/niñas de 2:1.

Se produce un edema de la mucosa y submucosa de la porción subglótica de la vía respiratoria superior, que resulta ser la más estrecha en el niño. Esto, sumado a un aumento de la cantidad y viscosidad en las secreciones, provoca una disminución de la luz traqueal. Inicialmente, esta obstrucción puede compensarse con taquipnea. Si la obstrucción aumenta, el trabajo respiratorio puede ser mayor, pudiendo el paciente agotarse. En esta fase de insuficiencia respiratoria, aparece hipoxemia e hipercapnia.

Habitualmente, existen síntomas catarrales previos de 24 a 72 horas de evolución. De forma más brusca, y generalmente por la noche, aparece la triada típica del crup: tos perruna, afonía y estridor de predominio inspiratorio. Sigue una secuencia ca-

racterística: primero, aparece la tos metálica ligera, con estridor inspiratorio intermitente; después, el estridor se hace continuo, con empeoramiento de la tos, pudiendo aparecer retracciones subintercostales y aleteo nasal. La agitación y el llanto del niño agravan la sintomatología, al igual que la posición horizontal, por lo que éste prefiere estar sentado o de pie. En ocasiones, se observa fiebre, aunque suele ser leve. Una de las características clásicas del crup es su evolución fluctuante. Un niño puede empeorar o mejorar clínicamente en una hora. El cuadro clínico típico dura 2-3 días, es de características leves con evolución autolimitada, aunque la tos puede persistir durante un periodo mayor.

El diagnóstico de laringitis aguda se basa, habitualmente, en el cuadro clínico característico y no suele ofrecer dificultades. En la radiografía anteroposterior de cuello, en los casos de LAV se puede observar una estenosis subglótica, signo descrito como «en punta de lápiz» o «en reloj de arena».

Suele ser un proceso benigno que, en muchas ocasiones, no requiere medidas terapéuticas. Sin embargo, hay un grupo de pacientes que puede beneficiarse de medidas farmacológicas, siendo excepcional la necesidad de medidas más agresivas. Los pilares fundamentales del tratamiento farmacológico son budesonida y epinefrina. La nebulización de sustancias en el tratamiento de las laringitis agudas precisa un flujo de aire de 5 litros por minuto, para favorecer el depósito de éstas en la laringe. Respecto a la humedad ambiental, existen escasas pruebas científicas que justifiquen su empleo.

El corticoide sistémico más utilizado en crup moderado y grave es dexametasona, en dosis de 0,6 mg/kg (máximo 10 mg), por vía intramuscular, en dosis única. Disminuye la gravedad de los síntomas, la necesidad de epinefrina nebulizada posteriormente, los ingresos hospitalarios, la necesidad de intubación y la estancia hospitalaria en el área de observación de urgencias. Aunque los resultados clínicos no suelen aparecer hasta pasadas 6 horas de la administración de dexametasona, parece que la mejoría clínica comienza a las 1-2 horas de su administración. Las dosis inferiores (de 0,3 e incluso de 0,15 mg/kg en

los casos leves y administradas por vía oral, en dosis única) son de igual eficacia. Con este tipo de administración se reducen los efectos adversos potenciales y se evitan las molestias de la inyección intramuscular. En los cuadros de laringitis que mejoran lo suficiente para ser dados de alta, sólo se precisa la administración de la dosis inicial de corticoide (dexametasona mantiene niveles durante 36-72 h), pero en el paciente grave hospitalizado pueden ser necesarias dosis repetidas cada 12 o 24 horas.

La eficacia de epinefrina nebulizada está demostrada en los casos moderados y graves de laringitis aguda, tanto en su forma racémica como estándar. Habitualmente, no altera el curso de la enfermedad ni acorta la estancia hospitalaria, pero produce mejoría clínica. Su efecto es rápido, comenzando a los 10 minutos, con un pico máximo al cabo de media hora (su efecto dura unas 2 horas). Las dosis requeridas oscilan entre 3 y 6 mg. Su administración puede repetirse si es preciso, pudiéndose emplear hasta tres veces en 90 minutos. Si tras esta pauta no se produce mejoría, debe considerarse el ingreso en la unidad de cuidados intensivos y/o intubación.

La obstrucción laríngea grave es una indicación de epinefrina nebulizada antes de recurrir a la intubación endotraqueal, siempre que la obstrucción no sea completa. Por otro lado, su administración no está justificada en pacientes que no presenten estrés respiratorio.

Epiglotitis aguda

Se trata de una inflamación de la epiglotis y las estructuras adyacentes de instauración brusca y rápidamente progresiva, que se produce sobre todo en niños pequeños. Su consecuencia más importante es la capacidad de provocar una obstrucción grave, e incluso total, de la vía respiratoria superior, que puede causar la muerte.

La introducción de la vacuna contra *H. influenzae* tipo B (Hib), es el principal patógeno implicado en la epiglotitis aguda (EA). Ésta ha reducido de manera notable su incidencia, especialmente en los niños menores de 5 años. Sin embargo, su incidencia en adultos podría aumentar en los próximos años debido al uso incrementado



de antibióticos en todas las edades. También están apareciendo cada vez más casos de EA por gérmenes inusuales, sobre todo en pacientes inmunocomprometidos y en adictos a drogas. Es más frecuente en varones (70%), tanto en edad pediátrica como adulta. No existe predominio estacional claro, aunque parece más frecuente en los meses más fríos.

H. influenzae tipo b es el germen implicado en la mayoría (95%) de los casos de EA. Otros microorganismos ocasionalmente productores de EA son *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *S. pyogenes*, *Pasteurella multocida* y *H. paraphrophilus*. La etiología viral de la epiglotitis es muy rara, sobre todo en adultos.

El caso típico es un varón de 2 a 4 años de edad, que presenta, en cualquier momento del año, una historia de 6 a 12 horas de fiebre elevada y disfagia. La odinofagia, más frecuente en niños mayores y adultos, se observa en el 85% de estos últimos. De forma relativamente rápida, se instaura di-

«En la epiglotitis aguda, debe administrarse oxígeno sin interferir en la posición del paciente, mientras disponemos de las medidas de intubación con rapidez»

ficultad respiratoria, que hace que el paciente adopte una postura hacia delante, con el cuello en hiperextensión y la boca abierta con la lengua fuera, presentando una postura clásicamente llamada «en trípode»; se muestra también ansioso e inquieto; es típico el babeo, aunque no constante, y puede no aparecer en la mitad de los casos. Al contrario que en las laringitis agudas, el estridor inspiratorio no es tan ruidoso, sino de tono bajo y húmedo, y la tos se presenta en raras ocasiones.

La evolución de estos pacientes puede ser fulminante. En la mayoría, el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es inferior a 24 horas. La evolución puede ser más lenta en adultos, pero no por ello es potencialmente menos grave. La muerte (1% en adultos) se puede producir por obstrucción respiratoria grave no corregida, sepsis o parada cardiorrespiratoria.

El diagnóstico definitivo se realiza mediante la visualización directa (con ayuda de un depresor lingual o un laringoscopio) de una epiglotis edematosa y coloración «rojo cereza».

El tratamiento fundamental de la EA es el mantenimiento adecuado de la vía respiratoria, obteniéndose tan pronto como se sospeche esta enfermedad. Inicialmente, debe administrarse oxígeno sin interferir en la posición del paciente, mientras disponemos de las medidas de intubación con rapidez.

El otro pilar del tratamiento es la antibióticoterapia, que debe administrarse siempre por vía intravenosa (i.v.). El antibiótico de elección es una cefalosporina de tercera generación, normalmente cefotaxima i.v. (150-200 mg/kg/día), o ceftriaxona i.v. (50-75 mg/kg/día). Ambos fármacos presentan una excelente biodisponibilidad y una actividad demostrada contra el Hib. En pacientes alérgicos a betalactámicos, puede utilizarse aztreonam asociado a vancomicina. La antibióticoterapia debe mantenerse durante al menos 7-10 días.

La administración de corticoides por vía intravenosa puede ser beneficiosa en estos pacientes durante la primera parte del tratamiento, pudiendo disminuir notablemente el edema supraglótico.

Los pacientes con EA suelen mejorar en 36-48 horas de antibioticoterapia adecuada. Normalmente, el periodo en que es necesaria la intubación endotraqueal es corto, siendo extubados normalmente en 48 horas.

La aparición de la vacuna conjugada (polisacárido PRP unido a proteína transportadora) contra el Hib ha sido y es un arma fundamental en la prevención de la enfermedad debida a este microorganismo, incluida la EA.

Faringoamigdalitis

La faringitis aguda es una de las causas más frecuentes de consulta en atención primaria. Supone un coste económico y social importante, con pérdidas de escolaridad del niño y de horas de trabajo de los padres.

La mayoría son de etiología vírica y, por ende, el tratamiento antibiótico incorrecto ocasiona un gasto económico innecesario, expone a efectos secundarios y contribuye a la génesis de resistencias bacterianas. Este último problema es de extraordinaria importancia en España, donde el uso indiscriminado de betalactámicos ha conducido

a una tasa de resistencias de neumococo frente a estos antibióticos del 40-50%, una de las más altas del mundo.

El 70-80% de todas las faringitis están producidas por virus. Entre las bacterias, la más importante (por su frecuencia y por las complicaciones supuradas y no supuradas –fiebre reumática, glomerulonefritis y trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes–) es el estreptococo betahemolítico del grupo A (*S. pyogenes*), que causa un 15-20% de las faringitis.

La faringoamigdalitis por estreptococo betahemolítico del grupo A se manifiesta, por lo general, en invierno y primavera. Afecta, preferentemente, a niños de edad escolar, entre los 5 y los 15 años. Suele iniciarse de forma brusca con fiebre, cefalea, dolor de garganta y dolor abdominal; además de faringoamigdalitis, a menudo con exudado, adenitis cervical dolorosa, petequias en amígdalas o paladar, y exantema escarlatiniforme, con ausencia de rininitis, tos, ronquera y diarrea.

Las manifestaciones clínicas no predicen de manera fidedigna la etiología estrepto-

Bienvenido al mundo Calenduflo^r Baby[®]

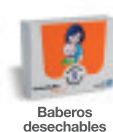
Cuidado diario del culito del bebé.

* Pack ahorro Calenduflo^r Baby[®] Crema:

- + 2 Calenduflo^r Baby[®] Crema 50 g
- + Toallitas de Caléndula 24 unidades



P.V.P. recomendado **7,18€**



© VLADIMIR IVANOV/ISTOCKPHOTO



«La faringoamigdalitis por estreptococo beta hemolítico del grupo A afecta, preferentemente, a niños de edad escolar»

cócica, por lo que se recomienda, cuando es posible, realizar pruebas diagnósticas (cultivo o tests rápidos). Los signos y síntomas clínicos sirven, más que para diagnosticar la faringitis estreptocócica, para excluir a los pacientes que no padecen esta infección (los que tienen afectación de varias mucosas, como conjuntivitis, rinitis, ronquera, tos y diarrea) y que, por tanto, no necesitan cultivo faríngeo, tests rápidos ni tratamiento antibiótico.

La faringitis estreptocócica es una entidad autolimitada que se resuelve de forma espontánea, sin tratamiento antibiótico, en 3 o 4 días. Los objetivos del tratamiento son la prevención de la fiebre reumática y el acortamiento del periodo de síntomas. Los estudios realizados en la década de los cincuenta demostraron que la penicilina benzatina era capaz de prevenir la fiebre reumática incluso cuando se administraba hasta 90 días después del inicio de los síntomas. En los años siguientes, la penicilina benzatina, debido al dolor de la inyección, fue sustituida por penicilina V oral, durante 10 días, y, desde entonces, ha sido el tratamiento de elección de la faringitis estreptocócica, sin que se haya producido una disminución de su eficacia ni detectado cepas de estreptococo beta hemolítico del grupo A resistentes.

Los portadores asintomáticos no necesitan tratamiento, salvo en una epidemia de infección estreptocócica y en situaciones

de alto riesgo. Para las faringitis recurrentes asociadas a la presencia comprobada de *S. Pyogenes* en la faringe y a fracaso del tratamiento de primera elección, está indicada la alternativa amoxicilina/ácido clavulánico (niños: 40 mg/kg/día en 3 dosis vía oral [v.o.]; adultos: 500 mg/8 h v.o., durante 10 días) o telitromicina (en mayores de 12 años: 800 mg/día v.o., durante 5 días). ■

Bibliografía

- Blanquer Olivares J, Torres Martí A. Infecciones del aparato respiratorio. En: Farreras P, Rozman C, eds. Medicina interna. Madrid: Harcourt Brace, 1998; 787.
- Carrillo R. Infecciones respiratorias altas y ORL. En: Muñoz Calvo B, et al., eds. Cliniguía. Coruña: EviScience, 2006; 421-426.
- Catarro o resfriado en los niños. Disponible en: www.fisterra.com/material/consejos/catarro_ninos.asp.
- Córdoba García R, Franch Nadal J, López Verde F. Coordinadores. Guía de consulta en atención primaria. Barcelona: latros, 1997.
- Drobnic L. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones en Atención Primaria. Madrid: Drobnic, 2005; 270-271.
- Fidalgo García ML, Larrubia Muñoz O, Molina García T, Rodríguez Escobar C. Coordinadores. Guía de utilización de antibióticos en pacientes ambulatorios. Madrid: INSALUD, 1999; 25-40.
- Julián Jiménez A. Infecciones de las vías respiratorias altas y ORL. En: Govantes J, Lorenzo P, Govantes C, eds. Manual Normon. Madrid: Laboratorios Normon, 2006; 916-917.
- Llor Vila, González Saavedra I, Luque Alonso A, Hospital Guardiola I. Infecciones del aparato respiratorio superior. En: Grupos de enfermedades infecciosas. Manual de enfermedades infecciosas en Atención Primaria. Madrid: Linfointer, 1999; 19-30.
- Picazo JJ. Los 5 minutos clave en la consulta sobre enfermedades infecciosas. León: AWW, 2005.
- Rodrigo C, Del Castillo F, García Martín F, Moreno Pérez D, Ruiz Contreras J. Infección de las vías respiratorias superiores. En: Arístegui J, ed. Coordinador Protocolos Clínicos de la SEIMC. Disponible en: www.seimc.org/protocolos/clinicos/proto3.htm.
- Sánchez-Celaya del Pozo M. Coordinadora. Recomendaciones prácticas para el médico de familia. Madrid: SEMFYC, 2005.
- Síntomas del resfriado. Disponible en: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp_imagepages/19656.htm.
- Temprano Gogénola M, García Echevarría L. Infecciones de la vía aérea superior e inferior. Bronquiectasias. En: Álvarez-Sala Walter JL, Viejo Bañuelos JL, eds. Coordinadores. Guía rápida para residentes en Neumología. Madrid: Luzán 5, 2005; 133-146.