

Faringitis en mujer joven

¹Gentile Lorente J, ²Andrade Martín N, ³Gentile Lorente D

¹Área Básica de Salud “Tortosa Oeste”

²Área Básica de Salud Amposta

³Hospital Verge de la Cinta
Tortosa (Tarragona)

Mujer de 39 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés e inmunocompetente, que consulta por faringitis. Refiere que hace unos días inicia clínica de glositis y odinofagia de intensidad creciente; en los últimos 2 días también ha presentado escasa expectoración mucosa verdosa y sensación distérmica, por lo que ha comenzado a automedicarse con amoxicilina; sin embargo, la clínica se ha intensificado. No refiere diarrea, vómitos, artralgias u otros síntomas asociados.

Durante la exploración física está afebril. La auscultación pulmonar es normal. En la inspección de la cavidad bucal observamos una orofaringe

hiperémica y con múltiples lesiones vesiculares, de unos 2 mm de diámetro con centro blanquecino rodeado de un halo eritematoso, situadas en el paladar, istmo de las fauces y mucosa labial inferior y sublingual (figura 1).

Con diagnóstico clínico de herpangina se indica suspender antibioterapia, iniciar tratamiento sintomático con analgésicos-antiinflamatorios y adoptar las medidas higiénicas oportunas para evitar el contagio de dicha virosis a los contactos.

A las 48 horas vuelve a consultar por añadirse a la clínica dolor urente en los dedos de las manos y los pies. Al inspeccionar las extremidades, en la cara palmar de los dedos de la mano (figura 2) y en la plantar de los pies (figura 3) se detecta la existencia de múltiples lesiones papulosas eritematosas (1-2 mm de diámetro) y algunas vesículas pequeñas.

Se da la circunstancia de que la paciente es madre de un bebé de 12 meses, asistente a guardería, que en los últimos 15 días ha presentado un cuadro catarral de vías respiratorias altas consistente en fiebre, tos productiva y mucosidad nasal, que no se acompaña en ningún momento de lesiones orales o cutáneas.

Dado el contexto epidemiológico y la clínica característica que presenta la paciente, se establece el diagnóstico clínico de enfermedad boca-mano-pie en el adulto. Se le indica continuar el mismo tratamiento, extremar las medidas higiénicas y revisión a los 10 días. El día del control la paciente está asintomática y las lesiones mucocutáneas han desaparecido.

COMENTARIO

La odinofagia constituye un motivo de consulta frecuente en atención primaria y, a menudo, se acompaña de otros síntomas como malestar general, fiebre o pérdida del apetito. En la mayoría de

Figura 1. Vesículas con halo eritematoso, características en la mucosa sublingual y la orofaringe



los casos es síntoma de una faringitis infecciosa, la cual, según autores, representa una tercera parte de todas las infecciones del tracto respiratorio superior que motivan una consulta al médico de familia; por esta causa, los adultos en edad de trabajar presentan una media anual de 6,5 días de baja laboral. Se estima que 60-85 % de las faringitis del adulto son de etiología vírica (50 % en los niños)^{1,2}, pese a lo cual es frecuente la prescripción de antibióticos por parte de los facultativos³ e incluso la automedicación por parte del paciente, con las consecuencias negativas que ello conlleva en cuanto a efectos adversos medicamentosos, aparición de resistencias a los antimicrobianos y coste farmacéutico. Actualmente, solo se indica administrar tratamiento antibiótico ya de inicio en las faringitis bacterianas causadas por el estreptococo beta-hemolítico del grupo A, por sus posibles complicaciones locales y sistémicas, para cuya detección se han elaborado diversas pruebas antigénicas de diagnóstico rápido y de aplicación en la consulta de atención primaria².

La herpangina y la enfermedad boca-mano-pie forman parte del espectro clínico a que pueden

dar lugar determinados enterovirus.

En el caso de la enfermedad boca-mano-pie (EBMP), el virus Coxsackie A16 es el agente etiológico en la mayoría de los casos; son menos frecuentes los casos por enterovirus⁷¹ u otros. Esta entidad es de alta prevalencia en los países del sudeste asiático (India, Singapur, Japón, China), donde, probablemente asociado a los bajos niveles socio-sanitarios, cada año se presenta como grandes brotes epidémicos comunitarios que afectan principalmente a una parte importante de la población infantil⁴. Sin embargo, en nuestro medio, se trata de una entidad habitualmente benigna que afecta en particular a niños de 6 meses a 4 años de edad, especialmente si asisten a guarderías; muy raramente aparece en los adultos, entre los cuales son muy susceptibles los inmunodeprimidos.

Su presentación puede ser esporádica o epidémica, pero, en general, es en forma de pequeñas epidemias en las guarderías y en los meses cálidos de primavera y verano. El reservorio del virus es el hombre, su tubo digestivo, y se contagia de persona a persona a través del contacto directo con las secreciones orofaríngeas o nasales (y también vía aérea por gotitas) o con las heces (vía fecal-oral) del paciente infectado. El periodo de incubación de la EBMP es de 3 a 6 días, tras lo cual suele aparecer clínica de fiebre, malestar general, falta de apetito y odinofagia; junto a esta clínica, y de forma característica, se observa la presencia en la cavidad bucal (lengua, cara interna de las mejillas, paladar y orofaringe) de 5 a 10 lesiones tipo pápula que rápidamente se convierten en vesículas blanquecinas rodeadas de un halo eritematoso y posteriormente en úlceras superficiales muy dolorosas; a las 24-48 horas, suele asociarse la aparición de lesiones cutáneas en las palmas de las manos y en las plantas de los pies (máculas o pápulas), eritematosas, de 2 a 10 mm de diámetro, en número menor de 100; en ocasiones se convierten en vesículas⁵.

La EBMP es generalmente benigna y autolimitada para el paciente (unos 7-10 días). Aunque los enterovirus pueden dar lugar a una gran variedad de síntomas (en algunos niños la única clínica puede ser la fiebre autolimitada durante 3-4 días), las complicaciones serias como infecciones del sistema nervioso central (meningitis aséptica, encefalitis...) son raras en los países desarrollados^{6,7}. Sin embargo, y dado que la contagiosidad del virus es alta, cabe extremar las medidas de prevención

Figura 2. Lesiones máculo-papulosas y alguna vesícula en las manos



a contactos sanos, especialmente durante la primera semana de evolución del cuadro (teniendo en cuenta además que el virus se sigue eliminando por las heces durante semanas).

El tratamiento consiste en el alivio de la sintomatología con antitérmicos-antiinflamatorios y enjuagues bucales o líquidos fríos para las lesiones bucofaringeas. Para evitar el contagio, resulta fundamental el correcto lavado de las manos después de tener contacto con las secreciones de la nariz y garganta o con el material fecal de la persona infectada; también se recomienda el lavado de las superficies que han entrado en contacto directo con dichas secreciones para evitar que actúen como fómites; en el caso de que el afectado sea un niño, este no debería asistir a la guardería, si fuera el caso, hasta que cediera la fiebre y desaparecieran las vesículas.

La herpangina está causada por el virus Coxsackie A y afecta generalmente a niños de 3-10 años. Consiste en la aparición de las mismas lesiones descritas en la enfermedad anterior pero sólo en la faringe posterior¹. Su curso también es benigno y autolimitado; sólo requiere tratamiento sintomático.

El caso clínico reportado permite extraer las siguientes conclusiones prácticas:

- El consumo de antibióticos en las faringitis agudas, por prescripción facultativa o automedicación, resulta con frecuencia inadecuado y excesivo, dado que la mayoría de los casos son de etiología vírica.

- Aunque la clínica no siempre permite la fácil diferenciación entre faringitis vírica y bacteriana, lo que conlleva implicaciones terapéuticas, en ocasiones el cuadro clínico es muy sugestivo de infecciones específicas. Tal es el caso de la EBMP y de la herpangina, en las que la morfología y la localización de las lesiones son características y permite asegurar su etiología vírica.

- La EBMP debe formar parte del diagnóstico diferencial de las enfermedades exantemáticas (especialmente en la edad pediátrica en atención primaria). Por otra parte, tanto la EBMP como la herpangina deben descartarse en todo paciente adulto que consulta por faringitis, en particular si presenta como antecedente epidemiológico contacto con niños. La alta contagiosidad de la EBMP llevará a indicar las medidas de higiene y de salud

Figura 3. Lesiones máculo-papulosas en los pies



pública oportunas para prevenir su contagio a otros sanos.

- Si bien el curso benigno y autolimitado de la EBMP es la norma en nuestro medio, la posibilidad de que el causante sea el enterovirus 71 (cuya morbilidad es superior a la del virus Coxsackie A16) lleva a recomendar un adecuado seguimiento del curso clínico del paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. De la Flor i Brú J. Faringitis aguda y recurrente. *Pediatr Integral* 2005;9:203-10.
2. Llor C, Hernández S, Gómez FF, Santamaría JM, Calviño O, Fernández I. Validación de una técnica antigénica rápida en el diagnóstico de la faringitis por estreptococo betahemolítico del grupo A. *Aten Primaria* 2008;40:489-94.
3. Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibióticos para la faringitis (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. <http://www.update-software.com>.
4. Pérez Gutiérrez ME, Díez Mongea N, Estripeautb D, Castaño E. Brote de enfermedad mano-pie-boca causado por el Coxsackievirus A16 en la isla de Mallorca. *An Pediatr (Barc)* 2011;75:145-6.
5. González D, González Hernández JM, Moret Y. Enfermedad de manos, pies y boca en paciente adulto. *Acta Odontológica Venezolana* 2010;48:1-7.
6. Wong SS, Yip CC, Lau SK, Yuen KY. Human enterovirus 71 and hand, foot and mouth disease. *Epidemiol Infect* 2010;138:1071-89.
7. LY Chang , Lin IDAD , Huang YC , KC Tsao , SR Shih , ML Kuo et al. Comparison of enterovirus 71 and coxsackie-virus A16 clinical illnesses during the Taiwan enterovirus epidemic, 1998. *Pediatr Infect Dis J* 1999;18:1092-6.