

Amigdalitis: ¿vímica o bacteriana?

Las amígdalas son estructuras linfáticas que forman parte del sistema de defensa del organismo y se encargan de fabricar unas células especializadas, los linfocitos, que nos ayudan a detectar y eliminar, mediante la creación de anticuerpos, una gran variedad de microorganismos capaces de provocar infecciones.



Las amígdalas palatinas, también llamadas vulgarmente anginas, forman parte, junto con las amígdalas lingual y faríngea (adenoides), de una estructura defensiva mayor, que se denomina anillo de Waldeyer, y están situadas en un lugar inmejorable para ejercer su misión protectora, la garganta, justo al final de la boca y la nariz, en la entrada de las vías respiratorias.

Usualmente, al hablar de amígdalas se hace referencia a las amígdalas palatinas, que están situadas en el fondo de la cavidad oral, una a cada lado de la úvula, o campanilla.

La amigdalitis es la inflamación de este tejido, causada por infecciones de virus o bacterias. En el lenguaje médico se emplean los términos «amigdalitis», «faringitis» y «faringoamigdalitis» para referirse al mismo proceso, según la afectación del tejido amigdalal y/o la mucosa faríngea circundante.

La faringoamigdalitis aguda está causada, en casi el 80% de los casos, por varios tipos de virus, y el 20% restante tiene un origen bacteriano, en que la bacteria más frecuente es el estreptococo betahemolítico del grupo A. Además, una infección viral siempre es susceptible de complicarse con una sobreinfección bacteriana.

La enfermedad puede afectar tanto a niños como a adultos, aunque es muy frecuente en la edad pediátrica. En los niños menores de 3 años, los principales agentes causales de las infecciones suelen ser virus, mientras que la amigdalitis aguda bacteriana es la infección bacteriana más frecuente en niños y adolescentes de 3-15 años, y tiene su pico de máxima incidencia entre los 5 y los 10 años.

La faringoamigdalitis de origen viral tiene un comienzo más lento e insidioso; tras una incubación de unos 3 días, los síntomas comienzan bruscamente, y la faringalgia propia del proceso se acompaña de otros síntomas catarrales, como tos, fiebre baja, dolores musculares, aumento de la mucosidad nasal, conjuntivitis y diarrea. Estas afecciones suelen cursar por epidemias y son muy contagiosas.

La faringoamigdalitis bacteriana manifiesta los síntomas más bruscamente; no hay tos, pero el dolor de garganta puede ser muy intenso, sobre todo al tragar, la fiebre sube por encima de los 38 °C, hay ganglios inflamados y dolorosos bajo la mandíbula y el cuello, y las amígdalas están enrojecidas o pueden presentar manchas blancas con la formación de placas purulentas. También puede ocasionar cefalea y un dolor reflejo en el oído, dolor abdominal y náuseas. Generalmente tienen menos carácter epidémico y son menos contagiosas que las virales.

Cuando el desencadenante es un virus, hay que vigilar la evolución natural de la enfermedad, normalmente de 1 semana, y tratar de aliviar los síntomas con antipiréticos, analgésicos u otros medicamentos específicos para las molestias de garganta o respiratorias; además, se recomienda beber líquidos fríos o hacer gárgaras con agua salada tibia. Sólo en los casos en que se sospeche la presencia bacteriana, el médico añadirá la prescripción de un tratamiento antibiótico.

Diagnóstico

Para realizar el diagnóstico, el facultativo cuenta con los datos de la historia clínica y una cuidadosa exploración física. Además, como explica el doctor Javier González de Dios, jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Univer-

sitario de Alicante, «hoy disponemos de test rápidos para detectar el estreptococo, en los servicios de urgencias o en las consultas, que en cuestión de minutos permiten adelantar el diagnóstico frente al cultivo, que tarda unos días. Las manifestaciones clínicas a veces no permiten diferenciar con certeza entre faringoamigdalitis víricas y bacterianas, aunque sí aproximarse al diagnóstico. Para ello, utilizamos la escala de Mclsaac, que da una puntuación según los síntomas y la edad del paciente. Si cumple 3 o más criterios de esta escala, es muy probable que tenga el estreptococo, entonces hacemos el test rápido de detección y, si da positivo, aplicamos el tratamiento antibiótico».



La eficacia diagnóstica de la prueba rápida de detección del estreptococo del grupo A ha sido confirmada en un reciente metaanálisis, publicado en la prestigiosa revista científica *Pediatrics*, que engloba el resultado de 48 estudios realizados sobre este tema en 24.000 pacientes. Las conclusiones indican que la prueba rápida para la detección del estreptococo tiene una sensibilidad del 86% y una especificidad del 96%.

En opinión del doctor González de Dios, «esta especificidad hace que el grado de certeza de un resultado positivo de la prueba sea muy alto, es decir, que el paciente que da positivo realmente tiene el estreptococo del grupo A y, por tanto, deberíamos aplicar el antibiótico oportuno, que en este caso sería la amoxicilina por vía oral. En cuanto a la sensibilidad de la prueba, hay un pequeño porcentaje de casos que no daría positivo pese a la posible presencia de la bacteria. Con este metaanálisis se ha llegado al acuerdo de que en este pequeño porcentaje de pacientes, que darían negativo en la prueba aunque pudieran tener el estreptococo, se debe observar su evolución. Cabe asumir ese pequeño riesgo de no tratar inicialmente, porque si el paciente sigue con fiebre y dolor de garganta, acudirá otra vez a urgencias o a la consulta, y en algún momento se le aplicará el antibiótico, antes de los 10 días, que es el periodo conocido para la prevención de las complicaciones no supurativas».

Este experto insiste en la necesidad de un uso adecuado del tratamiento antibiótico en los casos que realmente lo precisan, no recurrir nunca a la automedicación y cumplir enteramente la pauta prescrita. De esta forma se evita contribuir al aumento de las resistencias bacterianas, las recaídas y la aparición de complicaciones supurativas, como la otitis media, la sinusitis aguda o la formación de un absceso de pus junto a las amígdalas.

En opinión del doctor González de Dios, «el antibiótico en la faringoamigdalitis nos ofrece la gran ventaja de evitar otras complicaciones no supurativas y más tardías, que pueden afectar al corazón, como la fiebre reumática, o provocar un daño renal, como la glomerulonefritis postestreptocócica. Afortunadamente, estas complicaciones a largo plazo son muy raras en España y en todos los países desarrollados en los que está generalizado el uso de antibióticos, porque son complicaciones que surgen cuando el estreptococo no se trata con antibiótico».

Amigdalectomía

La extirpación quirúrgica de las amígdalas era en épocas pasadas una práctica común para tratar la amigdalitis. En la actualidad, según este experto, «la amigdalectomía tiene dos indicaciones fundamentales: por un lado, sigue teniendo una indicación muy clara en los niños con amigdalitis de repetición, aplicando el criterio clásico de, al menos, 5-6 episodios al año durante, al menos, 2 años; por otro lado, es una herramienta imprescindible en el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), que afecta a niños que tienen ronquidos al dormir asociados a pausas frecuentes en la respiración (apneas)».

Una técnica que ofrece excelentes resultados es la extirpación mediante banda de plasma, o dispositivo de Coblation quirúrgico, que elimina tejido al mismo tiempo que cauteriza, de forma similar al láser, pero utilizando temperaturas muchos menores que favorecen una cicatrización más rápida y menos dolorosa. Se puede utilizar en extirpaciones amigdalares completas, así como en casos de reducciones amigdalares por SAOS, en los que se deja una pequeña porción de tejido amigdalares que sigue actuando como tejido defensivo útil.