

Faringoamigdalitis bacteriana

Participantes:

Coordinador: Dr. Javier Rodríguez Suárez. Jefe del departamento de Sistema Universidad Abierta, Secretaría de Educación Médica, Facultad de Medicina, U.N.A.M.

Dr. Alvaro Cantillo Ortega. Residente de 2o. año de Infectología Pediátrica, Unidad de Pediatría, Hospital General, S.S.A.

Dr. Raúl Chávez Sánchez. Centro de Ciencias Biológicas, I.P.N.

Dr. Demóstenes Gómez Barreto. Jefe de Servicio de Infectología Pediátrica, Unidad de Pediatría, Hospital General, S.S.A.

Introducción Las patologías de vías respiratorias altas, constituyen problemas a los cuales se enfrenta constantemente el médico en su práctica diaria. De estas, la faringoamigdalitis ocupa un lugar preponderante, sobre todo en edades pediátricas. La frecuencia con la cual se presentan las complicaciones en el caso de las estreptocócicas y la incapacidad que por sí misma producen en un gran número de pacientes, las hacen aún más trascen-

dentos. El tratamiento que se lleva a cabo a co, como sería el caso de la faringoamigdalitis aguda estreptocócica que será de la que de la enfermedad. El conocimiento de estos aspectos específicos que se tratarán en esta mesa facilitarán un manejo más lógico de esta problemática.

Coordinador El término faringoamigdalitis es muy amplio y puede presentarse a diferentes consideraciones que será necesario revisar. ¿Qué es lo que se debe entender por faringoamigdalitis?

Dr. Chávez Sánchez Este término designa a los procesos patológicos principalmente infecciosos, que pueden involucrar a algunos de los elementos del anillo de Waldeyer, principalmente las amígdalas palatinas, y al conglo-

Faringoamigdalitis es un proceso patológico, principalmente infeccioso, que afecta principalmente amígdalas palatinas y linguales. Estos tejidos pueden responder a infecciones, alérgenos o a problemas mixtos. Las faringoamigdalitis infecciosas pueden ser estreptocócicas o virales. La estreptocócica cursa con fiebre de 39° C o mayor, dura 3 a 5 días, se acompaña de cefalea y ataque al estado general, exudado purulento y edema de paladar blando y úvula. Conviene hacer diagnóstico diferencial con bacilo diftérico, gonococo y virus. Cuando la etiología es viral se usan medidas de soporte. El cultivo es útil para el diagnóstico ya que revelará estreptococo pero deberá ser practicado correctamente. El antibiograma no suele ser necesario.

merado tisular linfoide que se encuentra incluido en las paredes faríngeas y con alguna frecuencia además a las amígdalas linguales. Conforme avanza la edad del sujeto, algunos de estos elementos se atrofian y dejan de constituir una posibilidad de patología. Estos tejidos están íntimamente ligados con el desarrollo de los eventos inmunológicos que clínicamente pueden incluir la respuesta a infecciones, alérgenos de diferente tipo o problemas mixtos.

Otros factores que con frecuencia pueden afectar a estas regiones son los del medio ambiente, que por irritación o sensibilización a alérgenos condicionan sintomatología inespecífica. Estas alteraciones, por otro lado, pueden ser en forma simplificada, consideradas como agudas o crónicas. Habitualmente, cuando utilizamos el término faringoamigdalitis, incluimos cualquiera de las situaciones anteriores aún cuando las manifestaciones puedan afectar más a algún elemento específico del anillo linfoide, y será mediante la conclusión que llevemos a cabo a través de la historia clínica y exámenes de laboratorio, que logremos aplicar un calificativo específico, como sería el caso de la faringoamigdalitis aguda estreptocócica que será de la que nos ocuparemos en esta ocasión.

Coordinador Es común que el paciente, sobre todo en edad pediátrica, presente un cuadro clínico que puede desorientar en cuanto a la posibilidad de que se trate de una patología faringoamigdalina específica o sus manifestaciones sean parte de una infección viral generalizada de vías respiratorias.

¿Existe un cuadro clínico específico de la faringoamigdalitis estreptocócica?

Dr. Cantillo Ortega No, no existe; las manifestaciones clínicas nos pueden orientar a pensar en esa posibilidad, pero no descartan

que se trate de una infección viral.

Generalmente la estreptocócica se presenta en pacientes mayores de 6 años y con menor frecuencia por debajo de esa edad. Después de un periodo de incubación de 2 a 5 días se presenta fiebre elevada (39°C ó más), de inicio brusco y que dura de 3 a 5 días, acompañada de cefalea, y dolor faríngeo intenso que dificulta la deglución. Aparecen además mialgias, artralgias y anorexia, acompañados de vómito cuando la irritación faríngea es importante. En la exploración física se encuentra la faringe hiperémica, con exudado purulento y edema de paladar blando y úvula. Pueden encontrarse petequias en paladar blando y membranas blanco grisáceas en las amígdalas que se pueden confundir en su aspecto con las de tipo diftérico. Generalmente hay crecimiento de los ganglios linfáticos de las cadenas cervicales, los cuales son dolorosos a la palpación. Es importante insistir que este cuadro clínico puede aparecer en forma incompleta o modificada por tratamiento médico, o pasar totalmente desapercibido.

Coordinador Ya que es frecuente que exista otro tipo de problema faringoamigdalino no estreptocócico, es importante diferenciarlo correctamente.

¿Con cuáles padecimientos debe hacerse el diagnóstico diferencial?

Dr. Gómez Barreto Se debe hacer principalmente con la faringoamigdalitis de etiología viral, que pueden cursar con manifestaciones clínicas indistinguibles. Los casos más frecuentes son producidos por algunos tipos de adenovirus, los virus coxsackie A y B causantes de la herpangina, virus ECHO, virus EB, virus del herpes y otros.

Muy pocas bacterias, obviando al estreptococo beta hemolítico del grupo A ocasionan faringoamigdalitis, entre ellas estarían el

Corynebacterium diphtheriae, gonococo y otros estreptococos de los grupos C y G. En un cultivo de exudado faríngeo se pueden aislar bacterias como estafilococos coagulasa positiva, neumococos y enterobacteriaceas como componentes de la flora normal. Esto es sumamente importante, ya que no se debe pensar que su presencia sea sinónimo de enfermedad.

Coordinador De acuerdo a estos puntos anteriores, debemos recordar que en nuestro país existe una gran dispersión de la población, lo que imposibilita la práctica rutinaria de exámenes de laboratorio.

¿Qué conducta debe seguir el médico en este caso?

Dr. Chávez Sánchez Ya se ha mencionado que por debajo de los 6 años de edad es más factible que se trate de un problema viral, sus manifestaciones generalmente son menos intensas y frecuentemente se añaden otros datos importantes como son la rápida transmisión a otros miembros de la familia, presencia de crisis estornudarias, rinorrea anterior y posterior abundantes, tos, disfonía, prurito nasal y oftálmico. En este caso se pueden utilizar las medidas generales de soporte, vigilando la evolución del padecimiento que es rápida y dejando el manejo de antimicrobianos para casos en los que se piense existan mayores posibilidades de ser problemas por estreptococo.

Coordinador El manejo ortodoxo de los casos de faringoamigdalitis aguda implica la práctica del cultivo del exudado faríngeo en aquellos sitios que no solamente dispongan de los recursos para llevarlo a cabo, sino que además sean confiables.

¿Qué consideraciones puede usted hacer en este aspecto?

Dr. Cantillo Ortega Como ya se mencionó, la clínica orienta pero no asegura la etiología de la patología, siendo el cultivo el que nos revelará al estreptococo beta hemolítico como agente causal. Sin embargo, es necesario mencionar que existe también riesgo de error, uno de los más frecuentes es el defecto técnico en la toma de la muestra y que se traducirá en una mala interpretación.

Este problema es tan frecuente e importan-

te que justifica una explicación más detallada. Cuando se desea tomar la muestra se coloca al paciente con la cabeza hacia atrás, con buena iluminación se procede a abatir la lengua de tal manera que permita una buena visualización de la faringe. Se introduce el hisopo con el algodón y se desliza presionando sobre la pared posterior de la misma así como sobre las amígdalas. Deberá evitarse tocar la lengua con el hisopo estéril. Una vez tomada la muestra, el hisopo se debe colocar en un medio de transporte adecuado como el de Stuart, para evitar que los micro-organismos de la muestra mueran (Fig. 1).

Coordinador Una práctica muy común, es la de solicitar el antibiograma simultáneamente con el cultivo.

¿Recomendaría usted dicha práctica?

Dr. Gómez Barreto No existe justificación para llevar a cabo el antibiograma en el caso de aislar estreptococo beta hemolítico del grupo A, ya que no existen cepas resistentes a la penicilina, y sólo resulta en detrimento de la economía del paciente.

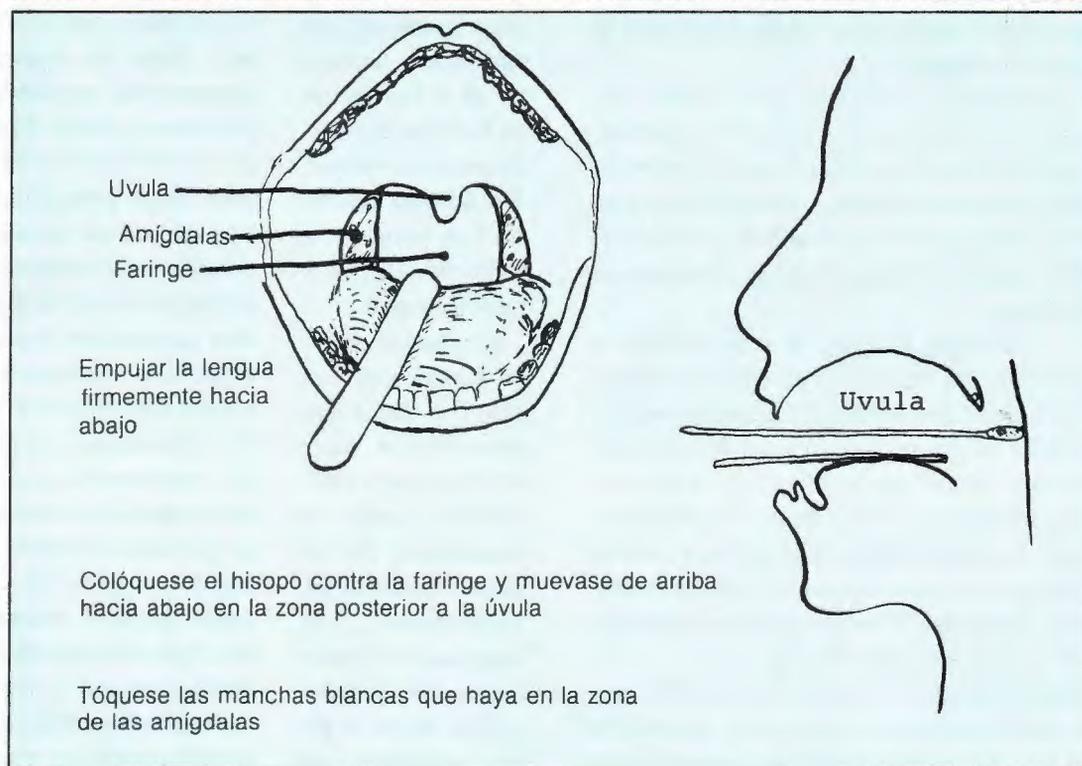
Coordinador Otro estudio que se envía con frecuencia en el paciente con sintomatología faringoamigdalina, es la determinación de las antiestreptolisinas.

¿Qué valor se le debe dar a esta prueba?

Dr. Chávez Sánchez Las antiestreptolisinas son anticuerpos que aparecen como respuesta al antígeno de la estreptolisina O, que es una proteína producida por algunos grupos de estreptococos y que tiene propiedades hemolíticas. Estas

Las antiestreptolisinas son anticuerpos que surgen como respuesta al antígeno de la antiestreptolisina "O", la que sube 10 a 15 días después de la enfermedad y permanece elevada largo tiempo. La penicilina sigue siendo la droga de elección ya que no se ha encontrado resistencia. Los esquemas recomendados son:

- 1. Penicilina procaína 800,000 UI por tres días y al cuarto 600,000 (menor de 6 años) ó 1,200,000 UI si es mayor,**
- 2. Procainica de la misma concentración 10 días,**
- 3. Benzatina 1,200,000 una inyección seguida por otra a los 10 días,**
- 4. Penicilina G oral 300 a 400,000 U cuatro veces al día por 10 días. No se deben usar sulfonamidas ni tetraciclinas para erradicar el estreptococo. En caso de alergia a la penicilina se usa eritromicina 30 a 50 mg/k/día durante 10 días.**

Figura 1. Forma de tomar una muestra para cultivo del exudado faringeo

se elevan de 10 a 15 días después de haber sufrido la enfermedad y permanecer elevadas por tiempos largos, de tal manera que no puede concluirse que un paciente tenga infección estreptocócica activa por encontrar títulos elevados.

Por otra parte, si el estudio se lleva a cabo durante periodos largos y se obtienen incrementos constantes en los títulos, puede darse por sentado que el sujeto ha vuelto a tener contacto con el estreptococo y que la infección clínica o subclínica se ha manifestado con esas elevaciones, aunque no indica que se esté sufriendo actualmente la misma. Las antiestreptolisinas son capaces de bloquear a las hemolisinas y sus títulos en edades pediátricas alcanzan cifras de 300 a 500 unidades TODD que se pueden considerar normales.

Coordinador Una vez que se ha hecho el diagnóstico correcto de amigdalitis estreptocócica, el paciente debe recibir tratamiento antimicrobiano específico.

¿Cuáles son los esquemas de erradicación del estreptococo en la faringoamigdalitis estreptocócica?

Dr. Gómez Barreto Desde luego la penicilina sigue siendo la droga de elección para la erradicación del estreptococo, tanto por su efectividad como porque hasta la fecha no se ha aislado ninguna cepa de estreptococo resistente a ésta. Con el empleo de la penicilina se controla la enfermedad primaria y se previenen o tratan las complicaciones piogénicas, así como con la erradicación del estreptococo se previenen las complicaciones no supurativas.

Los esquemas recomendados son los siguientes:

1. Penicilina procaína de 800,000 UI durante tres días seguidos al cuarto día por una inyección de 600,000 UI de benzatina si el paciente es menor de 6 años, ó 1.200,000 UI si es mayor de esta edad. Con este esquema se soluciona el problema de la confiabilidad del paciente, se alcanzan niveles adecuados y el número de recaídas es menor, pudiéndose erradicar el estreptococo hasta en un 95 por ciento.

2. Penicilina procaína de 800,000 UI durante 10 días. Las desventajas de este esquema

es que se abandona al tercero o cuarto día, cuando el paciente se siente bien y porque considera innecesario y molesto aplicarse el resto del esquema.

3. Penicilina benzatina de 1.200,000 UI, que es el más práctico, usado en epidemias, con el cual se controla la enfermedad primaria y se erradica en un gran porcentaje el estreptococo, aplicándose una segunda inyección el decimo día, con lo cual se reduce el número de recaídas.

4. Penicilina G por vía oral 300,000 a 400,000 UI cuatro veces al día durante 10 días, y aunque la fenoximetilpenicilina (penicilina V) tiene teóricamente la ventaja de buena absorción incluso con los alimentos, el problema principal con los esquemas orales es la falta de cooperación del paciente, y ante la duda resulta mejor asegurarse de la terminación adecuada del esquema de erradicación por los métodos parenterales.

Coordinador Es importante recordar que ningún tratamiento es perfecto y que existen del 5 al 15 por ciento de fracasos con todos los esquemas recomendados y que además hay factores que influyen negativamente, como es el caso que el paciente no termine el tratamiento o que existan portadores intrafamiliares del microorganismo, por lo que será necesario una segunda dosis de penicilina benzatínica.

Por otro lado no deberán usarse sulfonamidas ni tetraciclinas para la erradicación del estreptococo.

¿Qué otra alternativa existe para erradicar el estreptococo cuando hay alergia a la penicilina?

Dr. Cantillo Ortega En estos casos se recomienda la utilización de eritromicina a dosis de 30 a 50 mg/kg/día, durante 10 días, o lincomicina 30 mg/kg/día durante 10 días.

En los casos en que no se incluye a la penicilina el número de recaídas es mayor, por lo que después de terminar el esquema será necesario repetir los cultivos para un mejor control.

Con frecuencia observamos que el tratamiento fracasa en un número importante de casos de amigdalitis estreptocócica, casi siempre por ser inadecuados.

Coordinador ¿Cuáles son los errores más comunes en cuanto a tratamiento de erradicación en faringoamigdalitis estreptocócica?

Dr. Gómez Barreto Son varios y a continuación los mencionamos:

a) Muchas veces se piensa que tan sólo con llenar una prescripción adecuada de penicilina, una vez hecho el diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica, nos asegurará la erradicación del germen.

Esto no es siempre verdadero, ya que en la generalidad de las ocasiones no se erradica el estreptococo aún con

cantidades adecuadas de penicilina, las razones son varias:

1. Aún cuando se prescriban 800,000 unidades de penicilina procaína por 10 días, no estamos seguros que nuestro paciente terminará el curso completo prescrito, ya que al desaparecer la sintomatología o al disminuir la misma considera innecesario continuar el tratamiento.

2. Cuando se indica una sola inyección de penicilina benzatínica para erradicar al estreptococo (lo cual constituye un tratamiento excelente) se olvida que los mayores de seis años ameritan dosis de 900,000 ó 1.200,000 en lugar de 600,000 que corresponde a esa edad.

3. Cuando se prescribe un sustituto de penicilina, por alergia y se administra eritromicina, se olvida con gran frecuencia que son necesarios también 10 días de tratamiento.

b) Se ha visto que en nuestro país existe una resistencia para tratar la infección estreptocócica con una inyección única de penicili-

Las razones del fracaso del tratamiento de erradicación del estreptococo con penicilina suelen ser: Falta de cumplimiento del tratamiento al sentirse mejor el paciente, dosis insuficiente de penicilina benzatina en mayores de 6 años, prescribir eritromicina por menos de 10 días o dar sulfadiazina o tetraciclina. Las complicaciones de la faringoamigdalitis pueden ser tempranas o tardías. Las tempranas se refieren a extensión de la infección: adenitis, abscesos, meningococcalitis, septicemia, etc. Las tardías comprenden la fiebre reumática y la glomerulonefritis. La glomerulonefritis se inicia con orina de color oscuro, edema periorbitario, flujo urinario disminuido, malestar general y fiebre. La fiebre reumática se diagnostica por sus manifestaciones mayores o menores. El médico debe preocuparse por estudiar y tratar correctamente la faringoamigdalitis.

na benzatina. Hay estudios en nuestro país que reportan tratamientos a más de 900 niños con cultivos positivos con este método, en los cuales se lograron obtener erradicaciones en el 95 por ciento de los casos. En aquellos con sintomatología aguda, la penicilina procaína nos ayuda durante los dos o tres primeros días en la desaparición más rápida de la fiebre y al cuarto la benzatínica, ya que se ha visto que en la dosis única con penicilina benzatínica la fiebre tarda 36 horas más en desaparecer.

c) Dar sulfadiazina o tetraciclina en el paciente alérgico a la penicilina para la erradicación del estreptococo es otro error importante.

La sulfadiazina no erradica el germen en el 45 por ciento de los casos.

Por otro lado el 30 por ciento de los estreptococos son resistentes a tetraciclina. La sulfadiazina sólo se ha utilizado en pacientes con fiebre reumática alérgicos a la penicilina, con la idea de prevenir nuevos ataques de la enfermedad.

d) Pensar que para tratar una infección estreptocócica, una vez manejado el episodio agudo, se tiene que continuar durante algún tiempo con penicilina benzatina. Una vez erradicado el estreptococo, cualquiera que haya sido el tratamiento prescrito, ya no es necesario, como frecuentemente se hace, continuar por meses con una inyección de benzatina.

Lo indicado es asegurarse mediante cultivo faríngeo, que se ha erradicado el germen, y si ya no se detecta en el cultivo, concluir el tratamiento.

Los casos en los que se indica una segunda benzatina son en la fiebre escarlatina donde el estreptococo es más invasivo, administrándose el onceavo día de tratamiento una benzatina adicional, y una segunda instancia que es cuando se sospecha que existe más de un miembro de la familia enfermo, y que será útil para prevenir una reinfección.

Coordinador Como ya hemos mencionado anteriormente, existen situaciones en las cuales la sintomatología de la faringoamigdalitis es leve o moderada y con frecuencia se despreja su tratamiento y la prevención de las complicaciones que en ocasiones son muy severas.

En este último aspecto, ¿cuáles son las más frecuentes y de que tipo son?

Dr. Cantillo Ortega Las complicaciones de esta entidad se clasifican como tempranas o supuradas y tardías o no supuradas. Las primeras o tempranas resultan de la extensión de la infección y generalmente se presentan después de la primera semana; ellas se ven con menos frecuencia después del advenimiento de la antibioticoterapia. Pueden ser adenitis y abscesos; en las regiones maxilar y cervical, hialina y granular. Anemia normocrómica otitis media, mastoiditis, absceso epidural, meningoencefalitis, bronconeumonía y septicemia con localizaciones supurativas en diferentes sitios anatómicos del organismo. Las segundas comprenden la fiebre reumática y glomerulonefritis. La primera de estas se presenta en aproximadamente el 3 por ciento de todos los casos de faringoamigdalitis; la posibilidad de su presentación está influida por factores de la bacteria, medio ambiente, genéticos y terapéuticos.

Coordinador La incidencia de glomerulonefritis después de infecciones estreptocócicas de faringe y piel, varía entre 0 y 28 por ciento. La posibilidad de su presentación está influida principalmente por el tipo M de estreptococo que prevalece en un área geográfica dada.

¿Cuál es el cuadro clínico y datos de laboratorio más importantes de las complicaciones no supuradas?

Dr. Gómez Barreto En la glomerulonefritis los datos clínicos varían de manera importante dependiendo del grado de extensión y severidad de las diferentes lesiones; la instalación es generalmente súbita con orina de color oscuro, edema periorbitario moderado, flujo urinario disminuido, irritabilidad, malestar general y fiebre. La hipertensión es un hallazgo común y se manifiesta por cefalea y vómito pudiendo presentarse encefalopatía hipertensiva en un 5 por ciento de los casos. La retención de líquidos y electrolitos, más el efecto de la hipertensión sobre el miocardio se manifiesta clínicamente como insuficiencia cardíaca congestiva.

Entre los datos de laboratorio tenemos: reducida cantidad de orina con gravedad espe-

Cuadro 1. Diagnóstico de fiebre reumática

Manifestaciones mayores	Manifestaciones menores
Carditis	Fiebre
Poliartritis	Artralgia(s)
Corea	Fiebre reumática previa ó cardiopatía reumática
Eritema marginado	Sedimentación globular elevada ó proteína C reactiva positiva
Nódulos subcutáneos	Intervalo PR prolongado en el E.C.G.

Tomado de, Circulation 32: 664, 1965.

cífica alta, proteinuria, hematuria, cilindruria hialina y granular. Anemia normocrómica moderada, incremento no muy elevado en el número de leucocitos con desviación a la izquierda, velocidad de sedimentación globular aumentada, nitrógeno ureico y creatinina altos. También se presentan niveles bajos de complemento sérico; evidencia serológica de infección estreptocócica manifestada por títulos elevados de anticuerpos contra los diferentes antígenos de la bacteria, antiestrepolisina O, antihialuronidasa, antidifosfopiridinucleotidasa, antidexosirribonucleasas, antiestrepocinasa, etc. Es de notar que los títulos de los anticuerpos varían si la glomerulonefritis sigue a una faringitis ó a una infección cutánea.

En el caso de la fiebre reumática, la presencia en un paciente de dos manifestaciones mayores y una menor ó una mayor y dos menores, más la evidencia de una infección estreptocócica reciente, indican una alta probabilidad de fiebre reumática.

Una vez que se sospecha fiebre reumática mediante la identificación de las manifestaciones mayores y menores (Cuadro 1) y cumplidos los requisitos que se exigen para encuadrar el diagnóstico, los datos de laboratorios siguientes nos hacen evidente una infección estreptocócica previa, cultivo de faringe positivo para estreptococo B hemolítico del grupo A, y títulos aumentados de anticuerpos a los antígenos del micro-organismo.

Coordinador La prevención de la fiebre reu-

mática ha sido siempre motivo de gran preocupación.

¿Qué medidas deben tomarse para llevar a cabo la misma?

Dr. Chávez Sánchez La prevención primaria de la fiebre reumática es prácticamente imposible, ya que la tercera parte de las infecciones son subclínicas y la incidencia de esta enfermedad es de 0.3 hasta el 3 por ciento en brotes epidémicos. El devenir de una faringoamigdalitis estreptocócica en fiebre reumática se ha asociado a antígenos de histocompatibilidad.

El paciente con fiebre reumática debe recibir de 600,000 a 1.200,000 UI de penicilina benzatina cada 4 semanas hasta los 21 a 25 ó si su trabajo lo expone, durante toda la vida; sus contactos familiares deben ser estudiados idealmente cada mes al igual que el propio paciente.

En caso de positividad se debe instituir tratamiento de erradicación.

La faringoamigdalitis estreptocócica se transmite principalmente durante la fase aguda y las situaciones de hacinamiento la favorecen; si las condiciones lo permiten el paciente debe ser aislado en su domicilio, reducir al mínimo sus contactos y a estos practicarseles cultivo, de no ser posible llevar a cabo estas medidas, está indicada la profilaxis con penicilina.

En los casos de brotes epidémicos en internados y cuarteles, está indicada la profilaxis masiva con penicilina benzatina.

Conclusiones

En esta mesa redonda se han revisado algunas situaciones específicas en el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda estreptocócica, y que pensamos son de gran importancia para un manejo adecuado de esta patología.

Por una parte debemos recordar que no existe un cuadro clínico específico de la faringoamigdalitis estreptocócica; aún cuando los datos nos pueden hacer pensar en su posibilidad. Son múltiples los padecimientos infecciosos localizados a faringe que pueden confundirse con ella; principalmente en edad pediátrica, esta situación se traduce en un tratamiento inadecuado cuando el padecimiento no se ha reconocido correctamente.

En lo que respecta a los exámenes de laboratorio es el cultivo del exudado faríngeo el que tiene mayor utilidad para lograr un diagnóstico exacto, y debe ser enviado siempre que sea posible, un inconveniente que se presenta frecuentemente es la carencia de laboratorios que los puedan realizar en forma idónea. Por otra parte, el antibiograma no se debe solicitar en estos casos ya que no se han detectado cepas de estreptococo hemolítico del grupo A resistentes a la penicilina.

Otro examen de laboratorio que se utiliza con frecuencia en el seguimiento de pacientes con esta patología es el que corresponde a las antiestreptolisinas. El incremento de las mismas por arriba de los límites normales indica

que el individuo ha tenido respuesta inmunológica al contacto con el estreptococo, sin embargo, de ningún modo nos señala un proceso infeccioso activo.

De los esquemas que se siguen para el tratamiento de la faringoamigdalitis aguda y para la erradicación del estreptococo beta hemolítico, es el del uso de la penicilina el que continua siendo el de elección, excepto para aquellos casos de alergia a la misma y que son mínimos. Dependiendo del tipo de población que atienda, el médico debe estar consciente que los diferentes esquemas pueden o no llevarse a cabo; debiendo seleccionar adecuadamente los mismos para obtener óptimos resultados. Es necesario, considerar concretamente dos puntos básicos: costo del tratamiento y confiabilidad del mismo, tanto en lo que corresponde a la acción de los fármacos como a la viabilidad de su administración.

La prevención de complicaciones constituye una situación que debe ser tomada en cuenta siempre que se traten pacientes con faringoamigdalitis. La fiebre reumática y la glomerulonefritis son dos problemas que se pueden presentar, afectando de manera importante al enfermo y produciendo incapacidad y muerte en algunos de ellos.

De todo lo anterior, se desprende la preocupación que todo médico debe sentir por estudiar y tratar correctamente a todo paciente con faringoamigdalitis aguda.

