

# Otorrinolaringología

## Tema 18. Infecciones faríngeas, faringitis crónica y cuerpos extraños esofágicos



**Carmelo Morales Angulo**

Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas

Este tema se publica bajo Licencia:

[Creative Commons BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

# Faringoamigdalitis aguda «roja»

- Más del 80%. Generalmente vírica.
- Brotes epidémicos.
- Tratamiento sintomático.



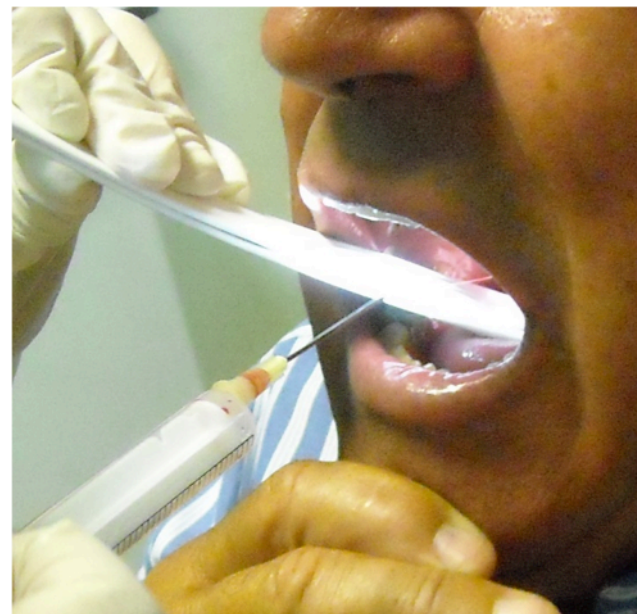
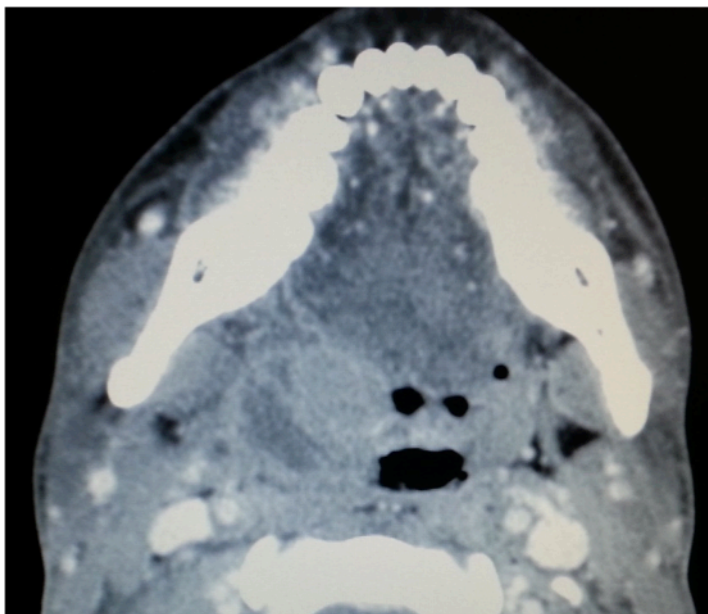
# Faringoamigdalitis aguda eritemato-pultácea

- Predominan en niños 5-15 años.
- Generalmente bacterianas.
- *S. pyogenes*. La más importante por su frecuencia y por las complicaciones posibles:
  - Abscesos periamigdalinos y cervicales.
  - Fiebre reumática, glomerulonefritis aguda.



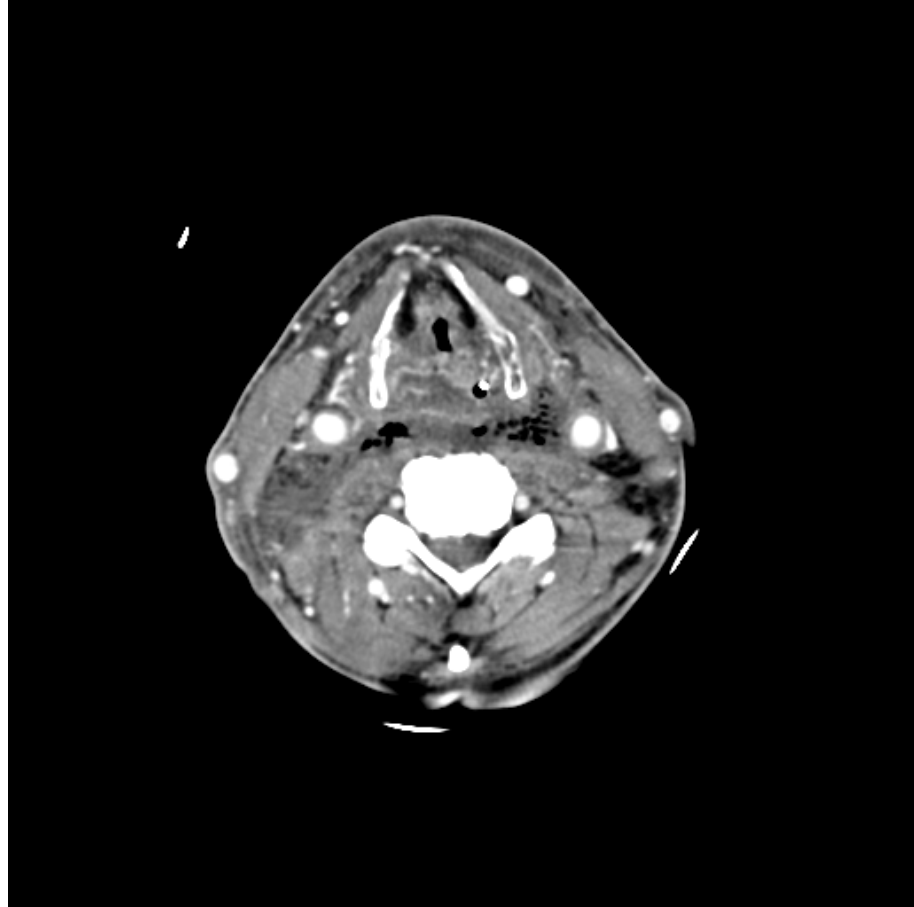
# Flemón/absceso periamigdalino

- **Complicación local más frecuente de la amigdalitis bacteriana:**
  - Odinofagia y otalgia unilateral, afectación general.
  - Abombamiento unilateral, trismus.
  - Tratamiento: valorar punción/drenaje. Penicilina. Amigdalectomía en frío.



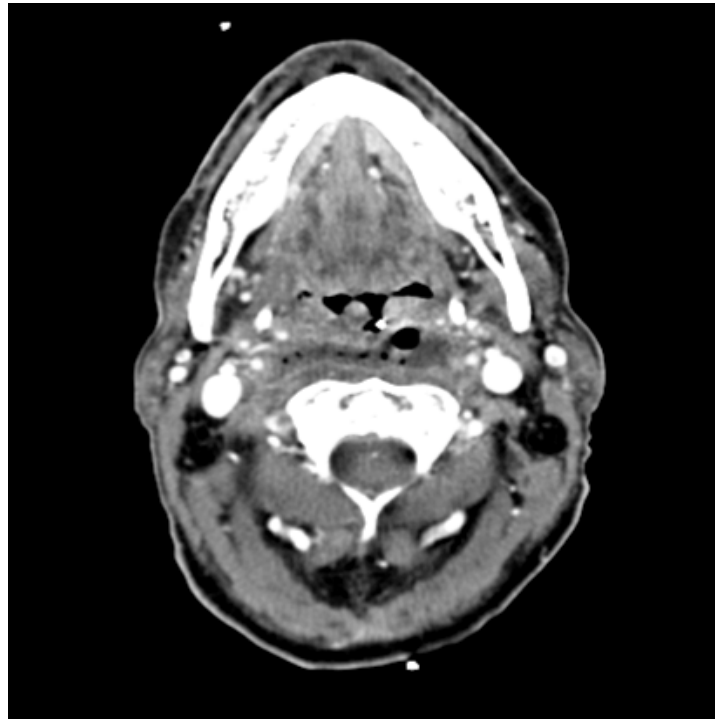


# Absceso laterocervical



# Absceso retrofaríngeo

- **Complicación rara y grave**: fiebre, disfagia, estridor, riesgo de mediastinitis y sepsis.
- **Tratamiento**: antibiótico y drenaje.

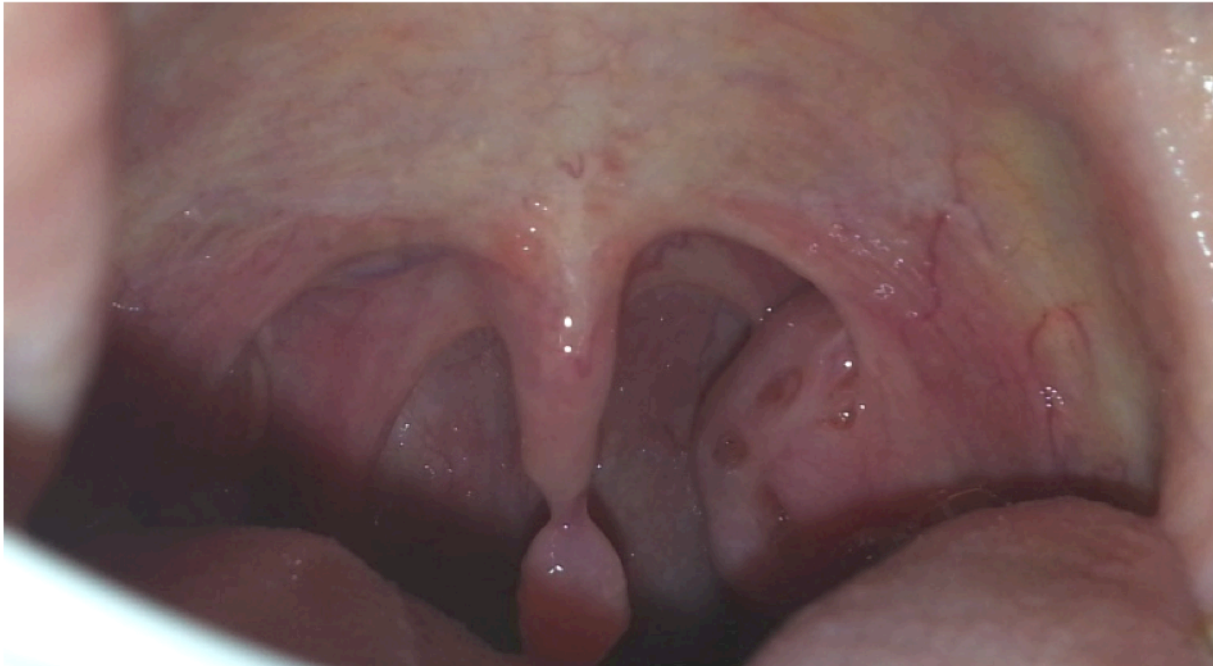


# Mononucleosis infecciosa

- Virus Epstein-Barr.
- Transmisión por las «gotitas de Flügge» («enfermedad del beso»).
- Odinofagia, fiebre, malestar general.
- Amigdalitis membranosa, poliadenopatías, hepatoesplenomegalia.
- Leucocitosis con monocitosis y linfocitos atípicos. Paul-Bunnell +.
- Tratamiento sintomático. Reposo relativo. No responde a penicilina.

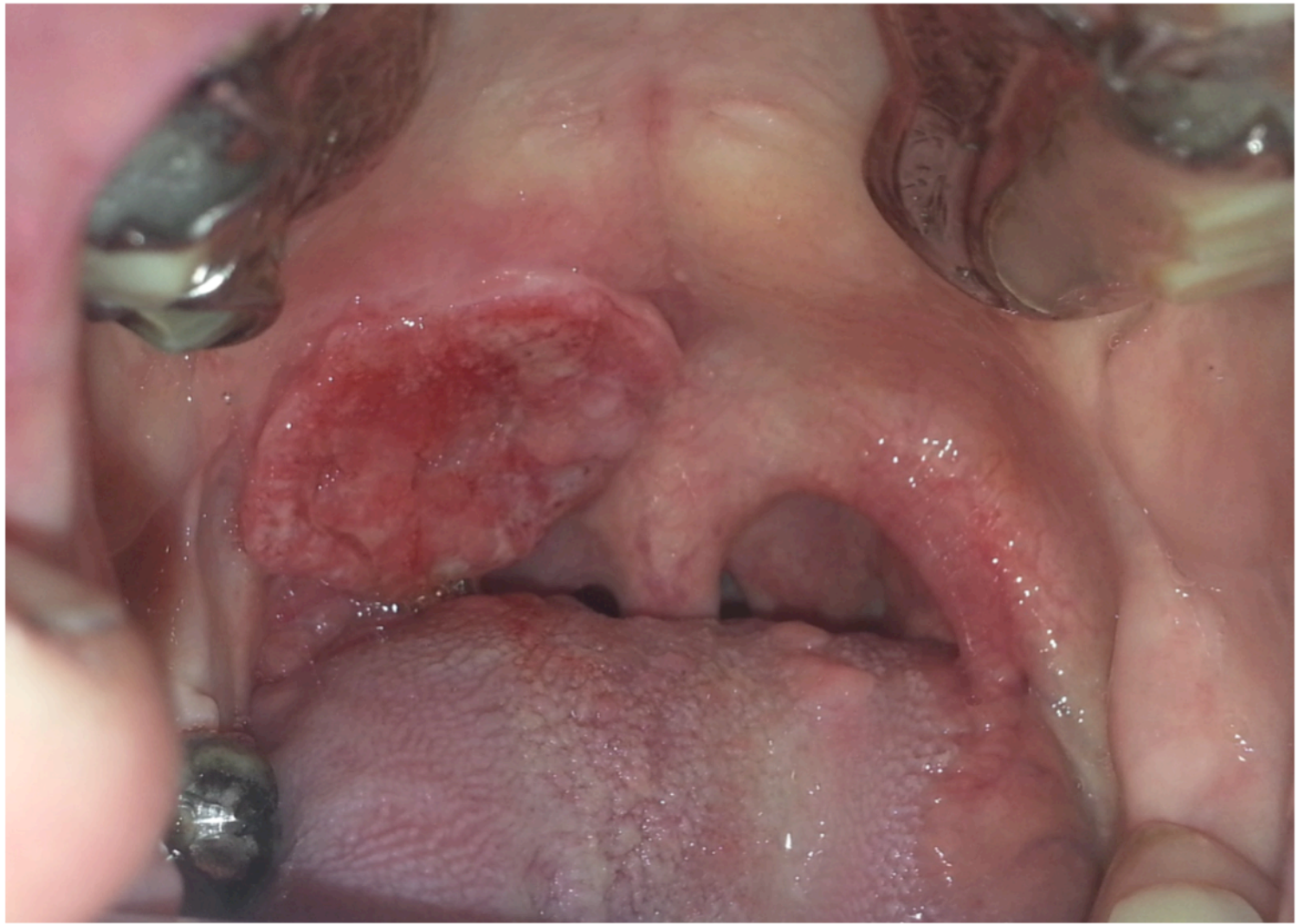
# Hipertrofia amigdalar unilateral

- Descartar síndrome linfoproliferativo.





# Carcinoma de faringe



# Quiste amigdalar

- Sin repercusión clínica.



# Papiloma de uvula

- Extirparlo si produce molestias.





# Edema de uvula





# Candidiasis orofaríngea



# Reflujo gastroesofágico

- **Sintomatología ORL:**

- Disfonía.
- Sensación de cuerpo extraño.
- Tos crónica/carraspera.
- Drenaje retranasal, etc.

# Globo faríngeo

- Predomina en mujeres.
- Síntoma psicossomático.
- Exploración ORL normal.

# Faringitis crónica

- **Factores favorecedores:**
  - Tabaco.
  - Respiración bucal.
  - Amigdalectomizados.
  - RGE.
  - Factores ambientales.



# CE en faringe. Tratamiento

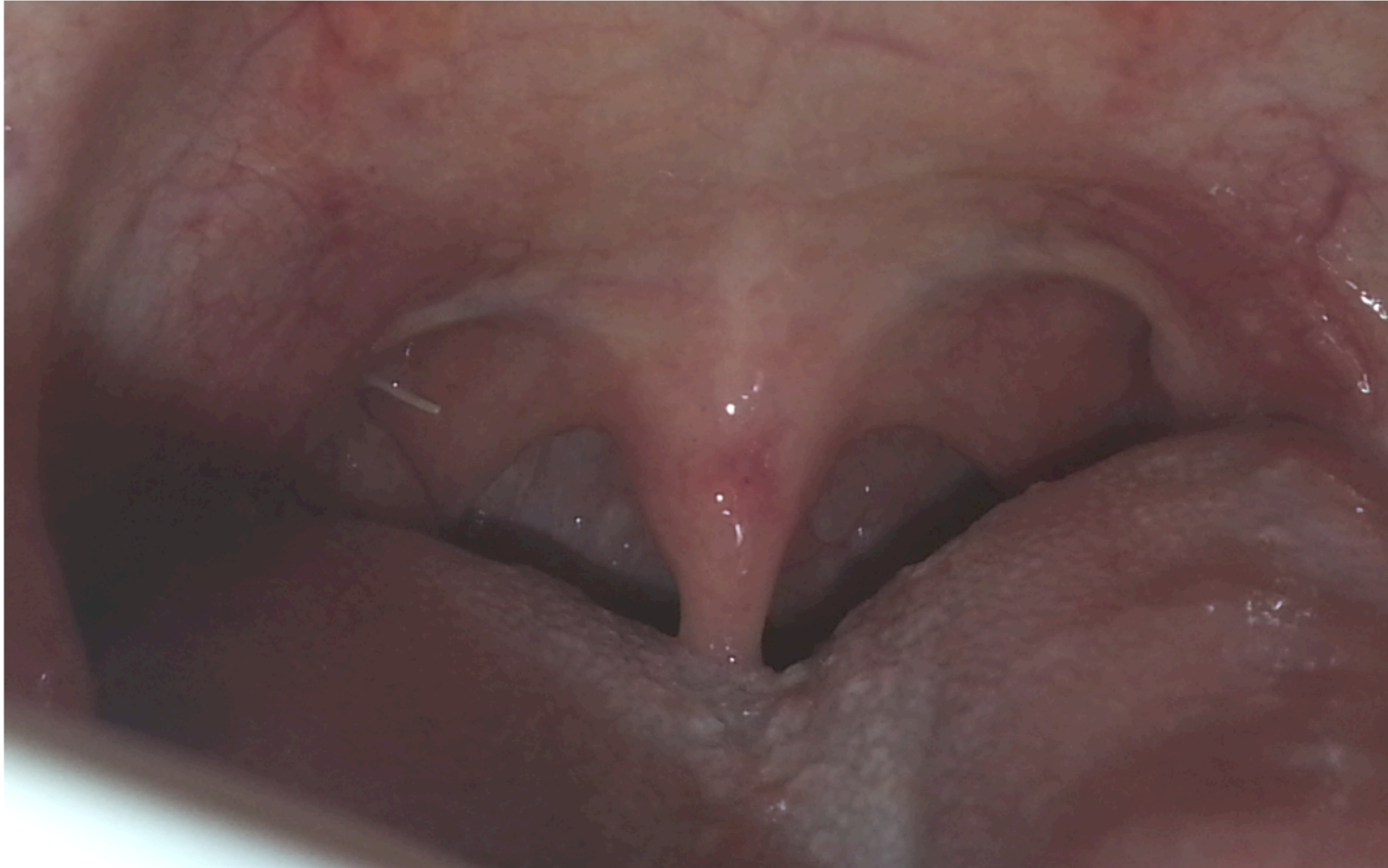
- **Extracción:**

- Pinzas de cuerpos extraños.
- Fibroscopio de canal.

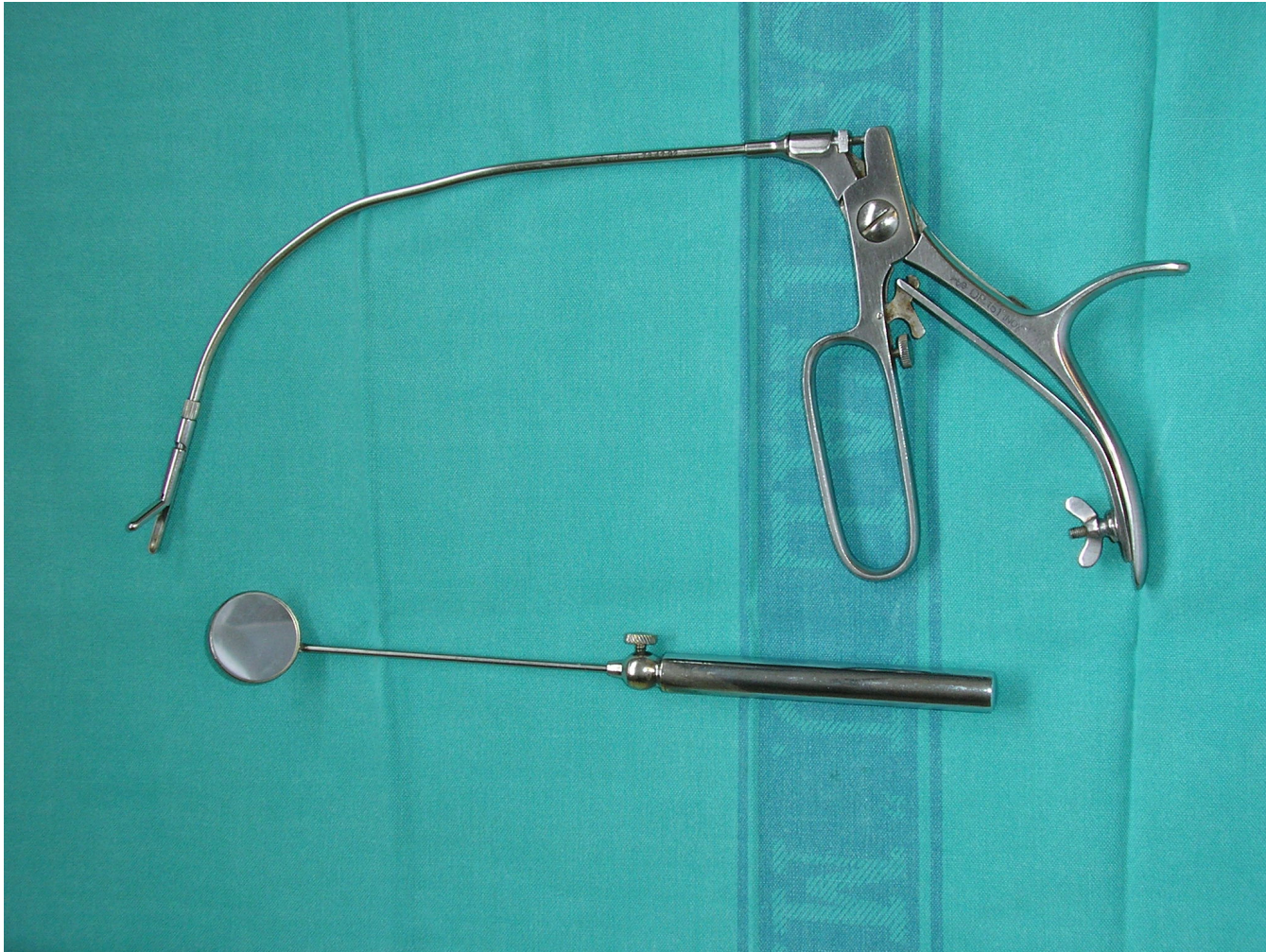
- **Si no encontramos CE:**

- No pautar analgésicos.
- Recomendar volver en 24-48 h si persiste o progresa la clínica.

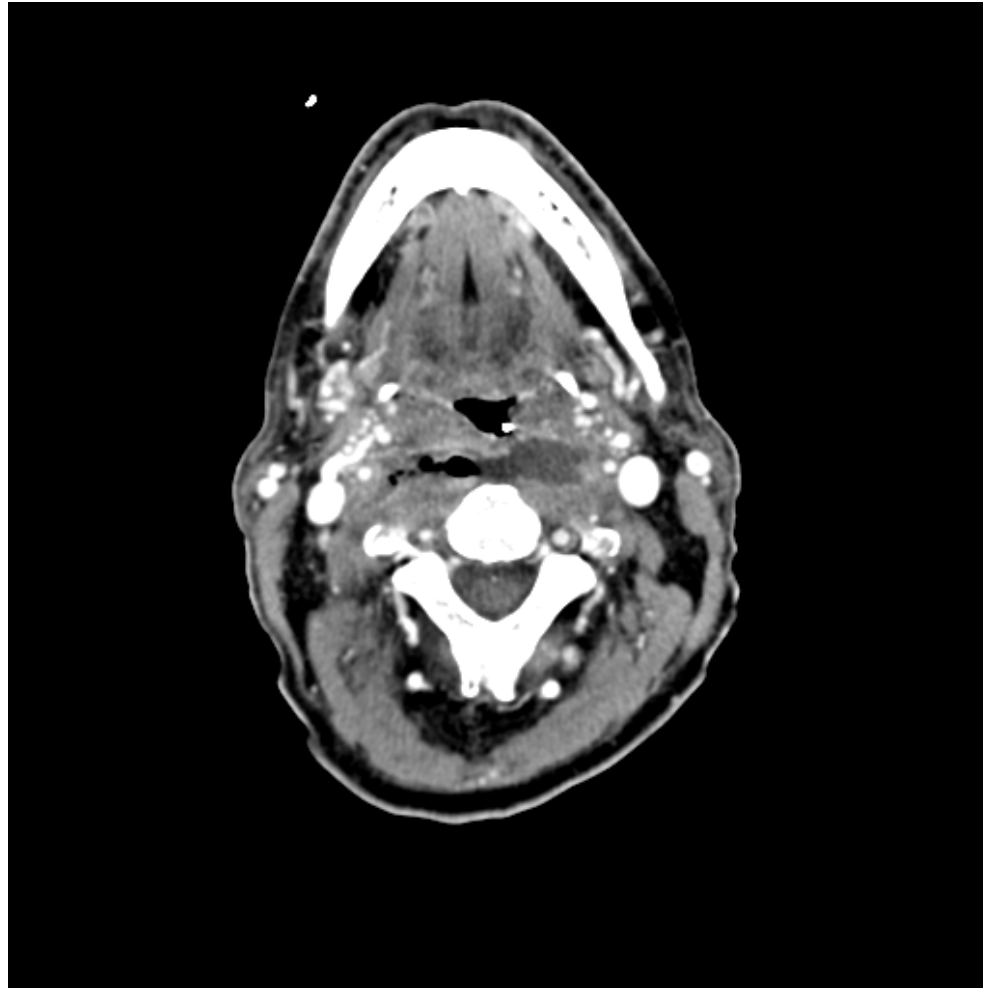
# Cuerpos extraños en faringe



# Extracción con pinza curva de cuerpos extraños



# Aire retrofaríngeo. Signo de perforación





# Cuerpos extraños en esófago

- El esófago es la porción del tracto gastrointestinal que más retiene CE y la que más se perfora.
- La mortalidad ha descendido mucho (actual  $< 1\%$ ).
- La endoscopia flexible evita la anestesia general.
- La naturaleza del CE depende de la edad.
- Localización predominante en las estenosis fisiológicas: boca de Killian (80%)  $>$  tercio medio  $>$  cardias.

# CE en esófago. Tratamiento

- **Fibroendoscopia flexible.**
  - Precaución si hay riesgo de perforación.
- **Esofagoscopia rígida.**
  - Riesgo de aspiración (6 h. de ayuno si es posible).
- **Glucagón:**
  - Relaja el cardias.
- **Abordaje externo** (cervicotomía/toracotomía).