

INTERVENCIÓN E INDICACIÓN FARMACÉUTICA EN FARINGITIS Y LARINGITIS

FARINGITIS

La faringitis es una enfermedad inflamatoria que afecta a la faringe. Podemos distinguir entre:

- Faringitis aguda: inflamación aguda de la mucosa de la orofaringe.
- Faringitis crónica: presentación de forma progresiva, evolución larga y de difícil remisión. Puede ser debida a causas tumorales, neurológicas o alérgicas.
- En este capítulo nos vamos a centrar en la faringitis aguda.

FARINGITIS AGUDA

Definición y presentación clínica

La faringitis se caracteriza por la inflamación de la faringe y

de las amígdalas, a veces, va acompañada de un exudado amarillento. El dolor de garganta es un síntoma de tejidos faríngeos irritados que cursa con dolor de garganta, dificultad para tragar, sensación de tener un nudo en la garganta y síntomas asociados como: fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular y de las articulaciones.

Su etiología puede ser infecciosa, que incluye origen viral o bacteriano, o bien debida a sustancias irritantes, ambiente seco y cargado, frío ambiental, o posible traumatismo. Dentro de las faringitis agudas de origen infeccioso, podemos distinguir la de origen viral o bacteriano. A continuación se detallan las principales diferencias entre ambas ya que no siempre es fácil distinguir las sólo con criterios clínicos.

Etiología de la faringitis

	Faringitis viral	Faringitis bacteriana
Epidemiología	Estacional	En cualquier época
Presentación	Gradual	Brusca
Edad	Cualquier edad	Edad escolar
Fiebre	Poco frecuente	Fiebre elevada
Dolor	De poca intensidad	Muy intenso
Otros síntomas	Síntomas catarrales	Exudado amigdalario
	Aftas bucales y faríngeas	Ganglios inflamados
	Exantema no escarlatiforme	Náuseas, vómitos, dolor abdominal, cefaleas, otalgia

El interés clínico también es diferente según su origen, ya que dentro de las faringitis de origen bacteriano, la producida por el estreptococo beta hemolítico grupo A (EBHGA) o *Streptococcus pyogenes*, que es causante de un 15-30% de todas las faringitis agudas. Tiene predominio en la edad infantil de 5 a 15 años, período de incubación de 12 horas a 4 días y favorecen su transmisión el hacinamiento y el contacto próximo en colegios. Tiene tratamiento antibiótico que acorta el tiempo de enfermedad y previene la aparición de la fiebre reumática, que es su principal complicación.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO Y MEDIDAS PREVENTIVAS

Para evitar la faringitis, o bien el agravamiento de la misma, existen una serie de medidas preventivas y paliativas que se describen a continuación:

- Evitar ingerir alimentos o bebidas muy calientes o irritantes.
- Evitar el tabaco.
- Evitar el uso excesivo de gotas nasales y de sprays.
- Evitar forzar la voz
- Evitar el aire muy cargado y el aire acondicionado a temperatura demasiado baja.
- Utilizar pañuelos desechables.
- Si se utilizan corticoides por vía inhalada, deberá enjuagarse la boca con agua después de cada uso.
- Mantener una temperatura ambiente sin cambios.
- Aumentar el consumo de líquidos, evitando los zumos de cítricos muy ácidos que pueden aumentar la irritación faríngea.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En términos generales el tratamiento de la faringitis deberá sintomático, tanto tópico como sistémico. Por **vía sistémica** se administran analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios como paracetamol, ibuprofeno, ácido acetilsalicílico. Por **vía tópica** se administran antisépticos, antiinflamatorios, anestésicos locales, demulcentes, antibióticos locales y/o sedantes. Muchas formulaciones contienen combinaciones de antisépticos, anestésicos locales y antibióticos de acción local. Los antibióticos de acción local, junto con los anestésicos locales, ayudan a reducir considerablemente las molestias de las afecciones bucofaríngeas.

Los **antisépticos** son capaces de destruir (germicidas) o inhibir (germistáticos) el crecimiento de microorganismos en las superficies biológicas mediante un mecanismo de toxicidad no selectiva. Por su poder de destruir células eucariotas, su uso en faringitis aguda está limitado al uso tópico en la mucosa oral. Como consecuencia de su mecanismo de acción poco selectivo, la mayoría de los antisépticos se caracteriza por su amplio espectro, tanto a nivel bacteriano, como fúngico y protozoos, incluyendo formas resistentes de vida bacteriana (esporicida). Los más utilizados son: clorhexidina, cloruro de dequalino, hexetidina, povidona yodada, cloruro de cetilpiridinio, formol, timol y fenol.

Los **antiinflamatorios** utilizados en faringitis pueden ser de tipo corticoide como dexametasona acetato de hidrocortisona, de tipo enzimático como la papaína o lisozima, o bien la bencidamina, que posee un moderado efecto anestésico.

Según algunos estudios, el uso de corticosteroides proporciona un alivio sintomático del dolor de garganta, en pacientes que emplean antibióticos y presentan cuadros graves o exudativos, aumentando de forma significativa el alivio del dolor de garganta en las primeras 24-48 horas. Sin embargo, estos resultados no son aplicables a los casos de dolor moderado ya que hay pocos datos sobre este tipo de pacientes.

Los **anestésicos locales** reducen la sensación dolorosa al disminuir la sensibilidad de la garganta. Están contraindicados en niños menores de 6 años y deben administrarse con precaución hasta los 12 años. Actualmente los más utilizados son la lidocaína, la benzocaína y la tetracaína.

Algunas fórmulas incorporan como **descongestionante y expectorantes** el alcanfor, el mentol, la clorofila y el eucalipto.

Los **antibióticos de acción local** que se utilizan para tratar la faringitis son: bacitracina, tirotricina, neomicina, polymixina.

En caso de faringitis debidas a estreptococo beta hemolítico del grupo A (*Streptococcus pyogenes*) se debe derivar al médico ya que los tratamientos son **antibióticos por vía sistémica**. En este caso en concreto, el tratamiento de elección es la penicilina por vía oral o en inyección intramuscular en

niños no alérgicos a la misma, que deberá instaurarse por un médico. El primer objetivo del tratamiento es prevenir la fiebre reumática, aunque el tratamiento con antibióticos por vía sistémica se inicie hasta 9 días después del comienzo de los síntomas. Todavía no se ha comunicado un aislamien-

to de estreptococo betahemolítico del grupo A que muestre resistencia a la penicilina. La inyección de penicilina G benzatina está indicada en caso de vómitos o rechazo del antibiótico oral, si no está asegurado el cumplimiento del tratamiento oral o bien si son niños de países en desarrollo.

Penicilina V (fenoximetilpenicilina)	– Menores de 12 años: 250 mg cada 12 horas, durante 10 días – Mayores de 12 años: 500 mg cada 12 horas, durante 10 días
Penicilina G benzatina	– Menores de 27 kg de peso: 600.000 U, inyección única por vía intramuscular profunda – Mayores de 27 kg de peso: 1.200.000 U, inyección única por vía intramuscular profunda

Otros antibióticos indicados en faringitis debidas a estreptococo betahemolítico del grupo A (*Streptococcus pyogenes*) son:

- Amoxicilina 30-40mg/día, dividido en pauta cada 8 horas, durante 10 días.
- Amoxicilina/ác.clavulánico 30-40 mg/día, dividido en pauta cada 8 horas, durante 10 días.
- Ampicilina/sulbactam 30-40 mg/día, dividido en pauta cada 8 horas, durante 10 días.

También están indicadas las cefalosporinas vía oral, en pauta de 10 días: cefadroxilo, cefaclor, cefuroxima axetil, cefprozilo, cefixima, ceftibuteno y cefpodoxima.

Es importante resaltar que tanto la amoxicilina/ác.clavulánico y ampicilina-sulbactam no son antibióticos de primera elección en la faringitis. En pacientes alérgicos a la penicilina, son de elección los macrólidos y lincosaminas.

En cuanto a las formas farmacéuticas para el tratamiento sintomático de la faringitis se cuenta con formas líquidas como los **colutorios** ya que en las afecciones de la garganta (faringoamigdalitis, laringitis), está indicado el gargarismo. Mediante el gargarismo, se permite mantener el líquido en la garganta, con la cabeza echada hacia atrás,

agitándolo por la contracción de los músculos del velo del paladar y la acción del aire espirado. En ningún caso deben ingerirse dado que pueden producir toxicidad.

También pueden ser útiles los **aerosoles** por su facilidad de uso. Están indicados para la administración en pacientes pediátricos, dada la dificultad de los mismos para realizar enjuagues y gargarismos.

Las formas sólidas, es decir, los **comprimidos y pastillas desleíbles** en la boca presentan la ventaja de estimular la secreción salivar debido a la amilasa salival, que tiene propiedades digestivas, antimicrobianas (gracias a la presencia de lisozima) e inmunitarias, debido a la presencia de IgA. Se administran mediante una disolución completa y lenta en la boca ejerciendo una acción local sobre la mucosa faríngea.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

El farmacéutico derivará al médico los siguientes casos:

- Menores de 2 años.
- Paciente con algún síntoma concomitante como fiebre de más de 38°C, dolor de oídos, exantema escarlatiniforme, exudado de amígdalas, manchas blancas garganta, lengua y encías, ronquera de más de tres semanas de duración.

- Paciente con enfermedad asociada como enfermedades respiratorias (asma, bronquitis, etc.), enfermedades cardíacas, SIDA, tratamiento inmunosupresor, leucemia, enfermedad renal.
- Si toma habitualmente corticoesteroides inhalados.
- Si lleva más de 3-5 días en tratamiento con algún fármaco de prescripción libre y no ha existido mejora.

SEGUIMIENTO, VIGILANCIA Y ACOMPAÑAMIENTO AL PACIENTE

Desde la Farmacia se puede intervenir, ya sea dando consejos de medidas preventivas y paliativas indicadas anteriormente, como aconsejando la vía de administración del fármaco según la edad del paciente. En niños estará indicado el aerosol, dada la dificultad de realizar gargarismos, y estarán contraindicados en menores de 6 años los anestésicos locales.

Se deberá indicar también, caso de que la vía de administración sea una forma líquida, que para que actúe a nivel faríngeo, deberán realizarse gargarismos, ya que los enjuagues solamente actúan a nivel de mucosa bucal.

En el caso de instaurarse tratamiento antibiótico sistémico debe vigilarse el cumplimiento terapéutico, y tranquilizar a los padres en el caso que se pauté dicho antibiótico a los niños (la infección por estreptococo betahemolítico del grupo A es mucho más frecuente en niños). Si el médico instaure un tratamiento con antibióticos, es importante recordar a los padres que suelen tratarse de tratamientos que suelen durar 10 días (excepto la azitromicina), y que deberá seguirse estrictamente las indicaciones y la pauta indicada.

LARINGITIS

La laringitis se describe por la aparición de afonía, tos y estridor respiratorio que puede o no acompañarse de dificultad respiratoria debido a la inflamación y obstrucción de la laringe. Se suele conocer también como laringotraqueítis, laringitis subglótica o “crup”, debido a la analogía con el sonido que emiten los pacientes.

Su etiología es mayoritariamente vírica, causada principalmente por virus parainfluenza tipo I, en casos excepcionales la causa puede ser bacteriana.

La clínica característica de esta patología es la disfonía, tos perruna y estridor inspiratorio que aparece posteriormente a un cuadro catarral. La inflamación de la vía aérea produce una disminución del tamaño de ésta, lo que provoca una resistencia al paso del flujo aéreo en la inspiración dando lugar a lo que se conoce como estridor.

La laringitis puede asociarse a bronquitis, neumonía, gripe, tosferina, sarampión y difteria. Otros factores como el uso excesivo de la voz, las reacciones alérgicas y la inhalación de sustancias irritantes como el tabaco, también pueden provocar laringitis.

La laringitis puede clasificarse en aguda (principalmente de origen infeccioso) o crónica.

Medidas terapéuticas

La laringitis es una patología muy frecuente, la evolución clínica es buena en casi todos los casos pero en algunas puede llegar a comprometer la vida del paciente. Por ello es bueno realizar un correcto diagnóstico. Las manifestaciones clínicas más comunes son, como ya hemos mencionado, disfonía (ronquera), afonía (pérdida de la calidad e intensidad de la voz), disnea (sensación de falta de aire), dolor laríngeo, tos seca o productiva, estridor inspiratorio (sonido producido por la entrada dificultosa de aire), disfagia (dificultad para deglutir) y odinofagia (dolor en la garganta).

Síntomas laringitis aguda:

- Infección reciente o actual de las vías respiratorias superiores.
- Ronquera.
- Fiebre (habitual en el niño, menos frecuente en los adultos).
- Ganglios linfáticos inflamados.
- Carraspeo o irritación de garganta.
- Sensación de cuerpo extraño.
- Síntomas laringitis crónica:

- Voz apagada y ronca.
- No disfagia ni dolor de garganta.
- Escozor.
- Sensación de sequedad.
- Tos irritativa.

TRATAMIENTO

Generalmente se realizará un tratamiento sintomático ya que la laringitis es principalmente de origen vírico. Cada proceso puede necesitar unas medidas específicas pero, generalmente, se recomienda:

- Dejar reposar la voz (al hablar se produce un aumento de la fricción del aire con la mucosa laríngea y se inflama).
- Evitar agentes irritantes externos (humo, polvo, tabaco, productos químicos...).
- Hacer inhalaciones de vapor con sustancias volátiles aromáticas tipo mentol y eucalipto, o bien con corticoides en forma de aerosol (budesonida junto con suero salino fisiológico).
- En casos de tos seca utilizar antitusígenos sedantes (codeína), o bien antitusígenos no sedantes (dextrometorfano, dimetorfano, cloperastina,...).

Los antitusígenos deben evitarse en caso de tos productiva. Cuando el proceso inflamatorio laríngeo es muy agudo debe dirigirse al hospital porque podría ser necesario recurrir a medidas de emergencia como: administración de adrenalina, oxigenoterapia, corticoides, e intubación endotraqueal.

LARINGITIS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.

Con una máxima incidencia entre los 6 meses y 3 años de edad que se reduce a partir de los 6 años, puede aparecer en cualquier época aunque es más frecuente en otoño e invierno y en niños pequeños se puede acompañar de fiebre alta.

La mayoría de los cuadros suelen ser leves y remiten en un par de días. Los casos más severos que requieren hospitalización son menos del 5%. Para valorar su gravedad se utiliza la escala de Taussig, que tiene en cuenta la intensidad del estridor, la entrada de aire, la intensidad de

los tirajes con o sin cianosis, y la alteración de la conciencia.

El diagnóstico suele ser clínico sin necesidad de pruebas complementarias. Sólo en algunas situaciones puede ser necesaria la realización de una radiografía cuando se sospechen cuadros bronconeumónicos, laringotraqueitis bacteriana o posibilidad de cuerpos extraños. La pulsioximetría permite ver la saturación de oxígeno de una forma sencilla, teniendo en cuenta que su descenso se produce de forma tardía. Saturaciones por debajo del 91% son indicativos de ingreso hospitalario.

En todo momento se debe garantizar que la vía aérea sea permeable y que haya una adecuada ventilación y oxigenación, utilizando oxigenoterapia en caso de dificultad respiratoria.

Para su tratamiento se utilizan corticoides que ayudan a reducir la inflamación, el edema, la intensidad y la duración de los síntomas. El corticoide de elección es la dexametasona, como dosis única de 0,15 mg/kg, que podría llegar a repetirse a las 24 h. Otros corticoides a dosis equivalentes podrían utilizarse, sin embargo no han mostrado la misma eficacia, como es el caso de la prednisolona que además es peor tolerada.

La budesonida inhalada es una alternativa de eficacia similar a la dexametasona, sin embargo su administración podría aumentar la agitación del niño. La adrenalina nebulizada se reserva para casos graves asociada a corticoides en los que se requiera hospitalización. El uso de antibióticos no está recomendado debido a su etiología vírica y dado que las sobreinfecciones son poco frecuentes.

PRINCIPIOS ACTIVOS EN SÍNTOMAS DE FARINGITIS Y LARINGITIS

ACCIÓN TERAPÉUTICA	PRINCIPIO ACTIVO	INDICACIÓN	POSOLOGIA	PRECAUCIONES	CONTRAINDICACIONES
Sintomatología general. Medicamentos de acción sistémica	Analgésicos, antipiréticos AINE: Ibuprofeno	Descrito en Ficha: Síntomas resfriado y gripe			
	ANTIBIOTICOS: Penicilina V Amoxicilina	Solo prescripción médica y tras la evaluación de posible infección bacteriana, el agente más común es el estreptococo B Hemolítico (S Pyrogenes): fiebre > 38,5°C, adenopatías laterocervicales dolorosas, exudado amigdalár, de aparición brusca, ausencia de tos, más común en niños. Lo más común son las faringitis, faringoamigdalitis y laringitis VIRICAS.			
Sintomatología local. Medicamentos de acción local	ANESTESICOS: Benzocaína Lidocaína Tetracaína	Reducen la sensibilidad de la faringe y calman el dolor.	Adultos comprimidos no más de 8 al día Niños > 6 años spray o líquido, según prospecto, las composiciones son complejas, disminuir dosis según mejoría. ¡OJO! con las concentraciones en niños. Lidocaína, se absorbe más, porque produce vasodilatación.	Niños son más sensibles a la toxicidad sistémica: metahemoglobinemia Ancianos, pueden afectar a la deglución Embarazo y lactancia, solo en ausencia de otras alternativas. No asociar a sulfamidas y colinesterasas, por > de la concentración del anestésico.	Hipersensibilidad a los anestésicos locales Niños < de 2 años.
	ANTISEPTICOS: CLORHEXIDINA CLORHIDRATO	Actúan frente a microorganismos Gram+ y Gram-, Elevada adhesividad. Aftas en boca, faringitis, amigdalitis, laringitis.	Adultos y niños > 6 años comprimidos no más de 8 / día. Respetar intervalo de 2h. entre comprimidos Líquido, Spray, según prospecto. Las composiciones son complejas, disminuir dosis según mejoría.	En tratamientos prolongados puede producir coloración del esmalte dental/empastes permanente, eliminar el sarro a diario, evitar Taninos. No utilizar junto a pastas o enjuagues con detergentes aniónicos (*). No existen estudios en embarazo y lactancia.	Hipersensibilidad a la clorhexidina.
	ANTISEPTICO: CLORURO DE BENZALCONIO	Acción bactericida.	Adultos y Niños > 6 años 1,45-1,60mg/ 2h en Líquido, Spray, según prospecto. Las composiciones son complejas, disminuir dosis según mejoría.	En la dosis y duración de tratamiento de estas afecciones no presenta interacciones. No existen estudios suficientes en embarazo y lactancia.	Hipersensibilidad al cloruro de benzalconio En niños < 6 años.

ACCION TERAPEUTICA	PRINCIPIO ACTIVO	INDICACIÓN	POSOLOGIA	PRECAUCIÓN	CONTRAINDICACIÓN
Sintomatología local. Medicamentos de acción local	ANTISEPTICO: POVIDONA YODADA	Activo frente a bacterias, hongos, virus, protozoos y esporas. Su acción se mantiene con sangre, pus, suero y tejido necrótico. Alivio sintomático aftas y pequeñas úlceras, afonías y ronqueras.	Adultos y niños > 6 años, gargarismo o enjuague (diluir 10 ml en ½ vaso de agua) 2 -3 veces/día después de limpieza dental.	Es un producto bien tolerado y no suele producir tinción tisular, pero pueden aparecer reacciones alérgicas. Precaución en niños < 6 años. Embarazo y Lactancia evitar su uso.	Hipersensibilidad al yodo < 3 años Patología tiroidea.
	ANTIBIOTICOS LOCALES: TIOTRICINA NEOMICINA BACITRACINA	Van asociados a anestésicos y antiinflamatorios locales, ayudan a reducir las molestias de las afecciones bucofaríngeas: Glositis, faringoamigdalitis, estomatitis...	Según presentación y concentraciones, suelen ir asociados a otros PA para aumentar su eficacia antimicrobiana. Seguir instrucciones del prospecto.	No prolongar el tratamiento > de 5 días si no hay mejoría. No existe suficiente información en embarazo y lactancia.	Hipersensibilidad.
	ANTINFLAMATORIO LOCAL: HIDROCORTISONA	Aftas. Estomatitis infecciosa. Estomatitis catarral. Muguet. Asociado a otros PA en algunas presentaciones.	Dosis habitual en presentaciones orales: 0,6mg/ml en soluciones o spray.	Periodos de tiempo corto, precaución en lesiones virales tipo herpético. No existe suficiente información en embarazo y lactancia.	Hipersensibilidad a hidrocortisona.
	ANTINFLAMATORIO LOCAL: FLUBIPROFENO	Alivio sintomático del dolor de garganta agudo en adultos y niños mayores de 12 años.	Adultos y niños >12 años: 8,75mg/ comp. 1 pastilla disuelta lentamente en la boca cada 3-6 horas. Máximo 5 pastillas/ 24 horas. Máximo 3 días.	Precaución en insuficiencia hepática y renal. Precaución en Mayores y polimedicados. Antecedentes de úlcera gastroduodenal. No existe suficiente información en embarazo y lactancia.	Hipersensibilidad al flubiprofeno. Niños < 12 años Intolerancia a la fructosa No en embarazo y lactancia.

Notas: (*) distanciar al menos 30 minutos de la higiene con dentífricos que contengan Lauril sulfato sódico. Solo se describen los PA más comunes en las diferentes presentaciones o formas farmacéuticas. Las composiciones son muy variadas y debería elegirse siempre según los síntomas y paciente concreto. En niños se utilizan también los aerosoles y spray, en ellos es difícil que los gargarismos se realicen de forma adecuada. **Siempre que se indique un líquido para gargarismos se debe remarcar que no se tragan. Existen tratamientos a base de plantas medicinales demulcentes** y el Propóleo y Equinácea. Complementos como Vitamina A+E para reforzar las mucosas. En Laringitis (síntomas: Ronquera, disfonía, afonía, a veces acompañado de tos seca, puede deberse a las mismas causas que la faringitis y a veces Tb. A reflujo esofágico) pueden estar indicados los AINE de acción sistémica, eligiendo el más adecuado para el paciente según síntomas (disfonía, afonía), asociar a algún tratamiento local si además hay dolor al tragar. **¡OJO! a los medicamentos como causa de afecciones de garganta:** corticoides inhalados, diuréticos, antiparkinsonianos, antihistámicos y antidepresivos.

Bibliografía:

- Benedí J. Infecciones bucofaríngeas. Farmacia profesional, 2007; 21 (10): 44-47.
- LARINGITIS. Panorama Actual Med 2000; 25 (245)
- Laringitis en el paciente pediátrico. The Pharmaceutical Letter 2016; 24 (11): 97-99.
- Faringitis: Los corticosteroides podrían ser útiles en el alivio del dolor de garganta. Panorama Actual Med 2009; 33 (327): 978-979

FORMACIÓN DICAF / CURSOS ONLINE:

Conciliación y revisión de la medicación con SPD (2ª Edición).

Acreditado con 4,6 créditos - 44 horas.



Edita: **DICAF, SL**
C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

ISSN: 1575-3611 -- NIF: B61640439
Depósito legal: GI-557/1999

Comité de redacción de The Pharmaceutical Letter: <http://www.dicaf.es/comite.php>

Información y suscripciones:

DICAF, SL - C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

Tel. 932.113.093 - e-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>