

INFECCIONS DE VIES RESPIRATÒRIES ALTES

Xavier Jiménez Fàbrega

FARINGOAMIGDALITIS

Es tracta d'una infecció d'origen víric en un 40% dels casos. La bactèria que produeix faringoamigdalitis amb més freqüència és el *Streptococ pyogenes* (15-20%). Es caracteritza per presentar de forma aguda odinofàgia, disfàgia, febre >38°C, exsudat faringoamigdal·lar i adenopaties, en absència de tos. És més freqüent per sota dels 15 anys.

GUIA D'ACTUACIÓ

- Pacients amb sospita de faringoamigdalitis de causa bacteriana.
 - Penicil·lina V oral 250 mg/8 h 10 dies.
 - Penicil·lina Benzatina 1'2 M U/im monodosi, 600.000U/im monodosi en <30 Kg.
 - Amoxicil·lina 500mg/8h durant 10 dies.
 - Cefuroxima axetil 250mg/12h durant 10 dies.
 - Amoxicil·lina-àcid clavulànic 500-125mg/8h durant 10 dies.
- Al·lèrgia a la penicil·lina o els Beta lactàmics no estan indicats:
 - Telitromicina (no a menors de 12 anys) 800 mg/24h.
 - Eritromicina 500mg/6h durant 10 dies.
 - Azitromicina 500 mg/24h de 3-5 dies.
 - Claritromicina 500 mg/12h 10 dies.
- Faringoamigdalitis de repetició:
 - Telitromicina (no a menors de 12 anys) 800 mg/24h.
 - Amoxicil·lina-àcid clavulànic 500-125mg/8h durant 10 dies.

ABSCÉS PERIAMIGDALAR

És una complicació de l'amigdalitis aguda, que cursa amb augment de l'odinofàgia i disfàgia, amb dolor faríngi unilateral i possible otàlgia. S'acompanya de malestar general i febre.

A l'exploració trobarem un abscess de la fossa supraamigdalina amb projecció de l'amígdala cap endavant, avall i a la línia mitja. L'angina estarà tumefacta i edematosa.

Guia d'actuació

Trasllat hospitalari.

Bronquitis aguda

Es tracta d'una infecció d'origen víric en el 95% de casos i bacteriana (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*) en el 5%.

Guia d'actuació

- Simptomàtic.
- Davant la sospita d'infecció bacteriana afegir antibiòtic: Eritromicina 500mg/6h durant 7 dies, Azitromicina 500mg/24h durant 3-5 dies.
- Si MPOC de base veure protocol.

OTITIS

Otitis externa: És un procés inflamatori que afecta el pabelló auricular o el conducte auditiu extern.

En tenim 2 tipus:

Forma circumscriu: Furòncol localitzat al CAE causant d'una otàlgia intensa que s'incrementa amb la mobilitat del pavelló auricular.

Tractament:

- Analgèsics-antiinflamatoris: Paracetamol 500-1000mg/6h vo (nens 15 mg/kg), Diclofenaco sòdic 50 mg/8h vo ó Metamizol 2g/8h vo.
- Antibiòtic: - Cloxacil.lina 500 mg/6-8h vo. En cas d'al.lèrgia Eritromicina 500mg/6h vo.

Forma difusa:

Correspon a la proliferació de germens sapròfits per variacions de les condicions de l'epiteli. Els factors causals més freqüents són la manipulació per rascat i la sobreinfecció d'un escema de la zona.

Existeixen dues fases clíniques:

1. La primera cursa amb pruija intensa, otàlgia molt acusada que s'accentua amb els moviments de l'articulació temporomandibular i del pavelló auricular, amb el tancament de la llum del conducte per tumefacció (hipoacusia). En aquesta fase cal evitar la utilització de gotes que incrementaria la pressió de la zona i per tant el dolor. El tractament serà simptomàtic:

- Analgèsics-antiinflamatoris: Paracetamol 500-1000 mg/6h vo (nens 10 mg/kg),
- Diclofenaco sòdic 50 mg/8h vo ó Metamizol 2g/8h vo, Ibuprofè sol.lució oral 5-10 ml/6-8h vo.

2. Progressivament cedeix l'otàlgia i apareix otorrea, en aquest moment l'administració de gotes té com a finalitat restablir l'acidesa del CAE:

- Àcid acètic al 1,5% en nens o al 2% en adults cada 8 hores.
- Antibiòtics, ciprofloxacina tòica cada 12 hores.
- Corticoides tòics, fluocinolona acetònid 3-4 gotes 2-4 cops al dia.
- Alleujament simptomàtic del dolor (analgèsics-antiinflamatoris), paracetamol 500-1000mg/6h vo i diclofenaco sòdic 50 mg/8h vo ó metamizol 2g/8h vo i ibuprofè 5-10 ml/6-8h vo.

En el cas d'existir celulitis periorbitària i repercussió general es derivarà per valoració ORL urgent.

OTOMICOSIS

Clínicament es presenta amb un dolor sord constant de baixa intensitat, amb episodis d'otalgia intensa de curta durada. L'otorrea es poc abundant, no fètida i el CAE es troba acupat per una membrana grisàcea en la que ocasionalment s'observen punts negres. És produït per *Aspergillus niger* i *Candida albicans*; en nens també per *Aspergillus fumigatus*.

El tractament consisteix en l'aspiració i neteja, l'aplicació tòpica d'antimicòtics i l'acidificació del mitjà (alcohol de 70º boricat a saturació).

OTITIS EXTENA MALIGNA

És una infecció greu d'elevada mortalitat. Es presenta en diabètics de més de 60 anys i en pacients immunodeprimits. Es caracteritza per la presència d'otorrea externa amb una evolució insidiosa, acompanyada d'otalgia de curs progressiu. Davant de la sospita està indicada la derivació hospitalària.

OTITIS MITJA AGUDA

Es tracta d'una infecció molt freqüent en nens, encara que també es pot veure en l'adult. Pot ser bacteriana o vírica. Les víriques es poden complicar amb paràlisi facial perifèrica o laberintitis, i les bacterianes amb mastoiditis i infeccions intracrànials. Clínicament apareix dolor intens, pot haver-hi sordesa i en nens petits acostuma a haver-hi febre, nàusees, vòmits i deposicions diarrèiques.

Tractament:

1. Analgèsics-antiinflamatoris: Paracetamol 500-1000mg/6h vo, Diclofenaco sòdic 50 mg/8h vo ó Metamizol 2g/8h vo, Ibuprofè 5-10 ml/6-8h vo.

2. Antibiòtic durant 10 dies:

- Fins els 8 anys: Amoxicil.lina-àcid clavulànic 40mg/kg i dia cada 8 hores, en cas d'intolerància Cefuroxima axetil 250mg/8h (30 mg/kg i dia cada 8 hores) 10 dies.
- A partir dels 8 anys: Amoxicil.lina 500 mg/8h.10 dies.
- AHèrgia: Eritromicina 500 mg/6h, Claritromicina 500 mg/12h 10 dies.

SINUSITIS AGUDA

Les seves manifestacions clíniques són poc específiques, es pot presentar com dolor facial, cefalees, rinorrea purulenta, alteracions de l'olfacte, congestió nasal, símptomes palpebrals, febre.

El seu tractament és equivalent a l'otitis mitja aguda.

Bibliografia

1. *Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología clínica (SEIMC).* Coordinador J. Arístegui (Hospital de Basurto, Bilbao).
2. *Guía de Terapéutica Antimicrobiana 2002* (12 edición). Ed Masson.
3. *Guia de referència per al tractament de les Malalties Infeccioses per a l'Atenció Primària 2003.* Publicació del Grup de Malalties infeccioses en l'Atenció Primària de la Societat Catalana de Medicina de Família i Comunitària.
4. Cenjor C et al. Documento de consenso sobre "Tratamiento antimicrobiano de la Faringoamigdalitis". *Acta Otorinolaringol Esp* 2003;54:369-383.