



Faringotonsillite



Diagnosi clinica

Definizione

Infiammazione del faringe caratterizzata da faringodinia e odinofagia, a eziologia solitamente virale (>80%), batterica in una minoranza dei casi quali *Streptococchi gruppo A (GAS)* nel 5-10% o gruppo C e G.

Segni e sintomi

CORRELABILI A INFEZIONE VIRALE: tosse, rinorrea, raucedine, congiuntivite.

Sospetta mononucleosi infettiva: intensa linfadenopatia cervicale o peggioramento dopo alcuni giorni (NB se mononucleosi l'antibiotico provoca rash cutaneo maculo-papulare nel 90% dei casi). *Sospetta sindrome retrovirale acuta da HIV o altre MST (sifilide, gonorrea)*: giovani adulti sessualmente attivi.

CORRELABILI A INFEZIONE BATTERICA (IN PARTICOLARE GAS): mal di gola, febbre, ipertrofia ed iperemia tonsillare, linfadenomegalia cervicale dolente.

Criteri clinici

Score Fever Pain (FPS) [1 punto per ciascun criterio], correla col rischio di infezione streptococcica: febbre nelle ultime 24 ore; essudati tonsillari purulenti; sintomi insorti da meno di 3 giorni; tonsille gravemente infiammate; assenza di tosse o corizza.

Gestione dell'infezione

Principi di trattamento antibiotico

Nella maggior parte dei casi la terapia antibiotica non è necessaria e la gestione iniziale può avvalersi di un approccio di vigile attesa e rivalutazione a distanza di 48-72 ore. L'utilizzo del *Fever Pain Score* aiuta a individuare i pazienti che possono trarre beneficio dalla terapia antibiotica:

- FPS 0-1: no terapia antibiotica.
- FPS 2-3: considerare prescrizione "ritardata" della terapia antibiotica in caso di mancato miglioramento clinico dopo 48-72 ore di monitoraggio.
- FPS 4-5: prescrizione antibiotica indicata.

Terapia sintomatica

Paracetamolo: 500 mg - 1 gr per OS ogni 4-6 ore (dose massima 3 gr/die).

SE RISPOSTA INSODDISFACENTE AL PARACETAMOLO:

Ibuprofene: 200 mg per OS ogni 4-6 ore o 400 mg per OS ogni 6-8 ore (dose massima 1.6 gr/die) se non controindicato e in assenza di rischio di grave interazione con altri farmaci (es. ACE inibitori).

Follow up

48-72 h. Importante istruire i pazienti a monitorare i sintomi e riferire se peggiorano o persistono dopo alcuni giorni.

Elementi di allerta

Invio in PS se il paziente presenta almeno una tra: dispnea; stridore; ostruzione alte vie aeree; sospetta epiglottidite acuta (compromissione sistemica, scialorrea, disfonia, disfagia); sospette complicanze suppurative gravi (ascessi; sindrome di Lemierre); intenso dolore unilaterale con disfagia e trisma, tumefazione palato molle e parete faringea, protrusione mediale della tonsilla, soprattutto se associati a febbre; marcata compromissione sistemica (vedi il [materiale integrativo "NEWS2", National Early Warning Score](#)); paziente immunocompromesso.

Esami

Test microbiologici - L'utilizzo routinario di test microbiologici come tamponi rapidi o colturali non è raccomandato. Da valutare in caso di forme recidivanti, non responsive o di epidemie. In caso di positività del tampone per GAS, non è indicata una sua ripetizione per confermare la guarigione clinica.

Altri test diagnostici - Gli esami di laboratorio non sono necessari di routine. Nel sospetto di mononucleosi infettiva eseguire IgG e IgM per Epstein-Barr virus, emocromo ed indici di funzionalità epatica.

Le indagini radiologiche non sono necessarie di routine, salvo sospetta complicanza (es. ascesso parafaringeo).

Razionale della terapia

Gli antibiotici non sono necessari nella maggior parte dei casi di faringite, in quanto autolimitanti e a eziologia virale. Nei casi ad eziologia batterica i benefici apportati dalla terapia antibiotica si limitano alla riduzione della durata sintomi, in particolare dolore, di circa 24 ore e delle rare complicanze.

POTENZIALI COMPLICANZE

Il ruolo nella prevenzione di:

- Febbre reumatica, è minimo a causa della bassa incidenza nei soggetti >21 anni.
- Tutte le complicanze, è limitato dalla loro bassa incidenza, ridotta gravità nella maggioranza dei casi e facile diagnosi.

Terapia antibiotica

Prima scelta

Amoxicillina [cat. AWaRe Access]: 1 gr per OS ogni 8 ore per 5 giorni.

Seconda scelta

ALLERGIA A PENICILLINE NON DI TIPO I:

Cefalexina [cat. AWaRe Access]: 500 mg per OS ogni 8 ore per 5 giorni.

ALLERGIA A PENICILLINE DI TIPO I:

Clarithromicina [cat. AWaRe Watch]: 500 mg per OS ogni 12 ore per 5 giorni.

Azitromicina [cat. AWaRe Watch]: 500 mg per OS ogni 24 ore per 3 giorni.