



A conduta frente ao paciente com faringite aguda

Management of patients with acute pharyngitis

Bernardo Ejzenberg *

Na presente edição do *Jornal de Pediatria*, Santos & Berezin¹ abordam um dos mais caros temas da pediatria geral: a conduta frente ao doente com faringite aguda. Os autores avaliaram a acurácia de um teste rápido e de parâmetros clínicos no diagnóstico da faringite por *Streptococcus pyogenes* frente à cultura de faringe – o padrão ouro. As conclusões referendam as de outros estudos que mostram a maior acurácia do teste rápido²⁻⁴. A implicação na conduta pediátrica é direta, uma vez que o diagnóstico de faringite estreptocócica determina o tratamento com antibiótico para a prevenção das complicações tardias – doença reumática e glomerulonefrite aguda⁴. Algumas considerações podem ser feitas em relação ao diagnóstico etiológico e à conduta antibiótica no atendimento do paciente com faringite aguda, como exposto a seguir.

Utilização populacional de testes laboratoriais para detecção da infecção faríngea por *Streptococcus pyogenes*

Há mais de uma década, a identificação etiológica laboratorial do *Streptococcus pyogenes* é utilizada em larga escala nos EUA^{3,4}. Isso é recomendado por comitês científicos de cardiologia, infectologia e pediatria⁵⁻⁷. Os testes rápidos que detectam antígenos da bactéria são utilizados preponderantemente; têm vantagens em relação à cultura quanto ao tempo, facilidade de execução (em minutos) e baixo custo. A acurácia dos testes rápidos teve progressivo incremento, como se observa no artigo em foco; hoje são incomuns os resultados falso-positivos, e poucos os falso-negativos⁴. A não-detecção de alguns estreptococos beta-hemolíticos dos grupos C e G, tam-

bém reumatogênicos, tem limitada importância frente à infreqüência dessas infecções na clínica. Outro fator restritivo seria a detecção de portadores de *Streptococcus pyogenes*, o que também parece não ocorrer com os testes rápidos, como referem Santos & Berezin¹.

Há uma dúvida quanto à indicação do teste rápido para faringite: para todos os casos ou somente naqueles com suspeita de infecção estreptocócica?⁴

A abrangência da investigação etiológica depende de objetivos a serem alcançados frente aos recursos técnicos e financeiros disponíveis. Deve ser observado que 20% das crianças com faringite estreptocócica (5% do total de casos de faringite aguda) têm clínica pouco exuberante e potencial de complicações tardias¹⁻⁴. De fato, uma par-

cela dos casos de doença reumática não registra antecedente de faringite importante⁵.

Em termos populacionais, os testes têm custo unitário inferior a R\$ 5,00, amplamente compensado pela redução no uso de antibióticos, como será detalhado mais adiante. O menor uso de antimicrobianos reduz a seleção de bactérias resistentes aos mesmos, tanto para os agentes presentes na via aérea – o *Streptococcus pneumoniae* e o *Haemophilus influenzae* – como para os presentes na pele e tubo digestivo. A redução dos efeitos adversos de medicação supérflua também deve ser considerada como vantagem do uso do teste rápido. Vistos em conjunto, esses fatos recomendam a realização do teste rápido em todos os pacientes com faringite aguda, independentemente da intensidade clínica.

Avaliação da faringite pelo pediatra com base apenas nos sinais e sintomas clínicos

Tal avaliação é habitual, porém determina elevado percentual de dúvida quanto à ocorrência de faringite estreptocócica – em cerca de 50% dos casos⁴. Isso também foi observado no estudo da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, onde os pediatras prescreveram 55% de antibióticos para um grupo de crianças com

**Veja artigo relacionado
na página 23**

* Professor livre-docente, Instituto da Criança, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. Coordenador de Pesquisas e Publicações da Divisão de Pediatria do Hospital Universitário, USP, São Paulo, SP.

Como citar este artigo: Ejzenberg B. A conduta frente ao paciente com faringite aguda. *J Pediatr* (Rio J). 2005;81:1-2.

24,4% de incidência da infecção. Adicionalmente, os pediatras não reconheceram 5% das infecções estreptocócicas, consideradas como virais, aspecto também verificado em outras séries¹⁻⁴. Desta forma, utilizando-se apenas a semiologia clínica, 1/3 de todas as faringites são equivocadamente tratadas com antibiótico, e, no total, 40% dos diagnósticos e das condutas antibióticas são errôneas. O uso de escores clínicos padronizados, como o CENTOR, reduz parte dessa ampla taxa de erros⁴.

Outros aspectos relativos ao diagnóstico e à conduta frente a uma criança com faringite aguda

Quem é trazido ao pediatra é um paciente com febre, como se verifica no perfil clínico descrito pelos autores¹. A febre estava presente em 93% dos casos e indicava, em cada um, a natureza da doença aguda, mas não o(s) foco(s). O exame físico, que determina o foco faríngeo, pode não detectar completamente a extensão da infecção no organismo. Por sua vez, os exames microbiológicos da faringe também não avaliam o restante da via aérea e do organismo. Essas limitações devem ser observadas.

Uma parcela das crianças com faringite apresenta ou evolui a curto prazo com uma rinofaringossinusite, pouco diferenciáveis ao exame físico⁸. Isso pode ter especial importância para pacientes que se mantêm febris durante a evolução da faringite e não apresentam *Streptococcus pyogenes* na faringe. Alguns tentam, nesses casos, caracterizar a rinofaringossinusite através de radiografias simples das cavidades paranasais, de escassa utilidade^{9,10}. O quadro é geralmente viral no início, mas, aos 3 dias de evolução febril, cerca de 50% apresentam uma infecção secundária por *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* ou *Moraxella catarrhalis*⁸. Desta forma, passa a ser compreensível a conduta de prescrição antibiótica de velhos pediatras após 3 dias de faringite febril. Para os casos de faringite que se tornam afebris durante a evolução, a concomitância de infecção sinusal é de limitada importância, uma vez que a conduta deve ser apenas expectante por, pelo menos, 10 dias⁸.

Um outro problema clínico a ser considerado no paciente com faringite é a ocorrência de bacteremia. O quadro é mais freqüente entre os lactentes, não avaliados no estudo em foco. A bacteremia ocorre em 1 a 3% das crianças dessa faixa etária e tem menor incidência nas mais velhas, mesmo quando a faringite é viral. O teste rápido também não discrimina essa situação clínica.

Por esses motivos, entende-se que o teste rápido define a etiologia da faringite, melhora a indicação de antibioticoterapia, mas não determina o final das incertezas quanto à conduta antibiótica. Na verdade, há um paciente com faringite, e não uma faringite. Estudos americanos mostram que, após a realização de teste faríngeo com resultado negativo, apenas metade dos médicos suspende o antibiótico em utilização¹. Isso pode ser visto como um erro de conduta, mas também como uma precaução frente à suspeita de infecção bacteriana não-estreptocócica da via aérea adjacente ou da corrente sanguínea. Constituem sinais clínicos sugestivos dessas situações: febre progres-

siva ou persistentemente elevada, tremores, piora do estado geral e agravamento da secreção e congestão nasais⁸.

Em conclusão, o estudo de Santos & Berezin¹ corrobora os resultados de outros autores e mostra que o atendimento à criança com faringite aguda está sendo otimizado. Na avaliação inicial, o teste rápido ou a cultura, se possível, devem ser realizados. A avaliação clínica deve abranger todo o paciente, a via aérea alta e baixa e os sinais de disseminação sistêmica de infecção. A conduta antibiótica é determinada por todos esses aspectos. O quadro é dinâmico, pode complicar-se, e a família deve ser informada disso. O acompanhamento dos casos febris é obrigatório, com retornos para reavaliação clínica.

Atualmente, na cidade de São Paulo, ao menos cinco serviços pediátricos de urgência realizam o teste rápido. Frente a isso, algumas mães já têm instado os pediatras à solicitação do exame frente a uma possível prescrição antibiótica. O motivo pelo qual o teste ainda não está em larga utilização entre nós é prosaico: prescreve-se antibiótico em larga escala. Também, o custo do antibiótico é pago pela família ou por órgão governamental, enquanto que o teste seria pago pelo serviço onde o paciente é atendido.

Para a saúde pública, a vantagem do uso do teste rápido é nítida, com menor utilização de antibióticos e redução na velocidade de desenvolvimento de resistência de diversas bactérias. Frente a todas as evidências, a obrigatoriedade/normatização da pesquisa do *Streptococcus pyogenes* nas faringites agudas, antes da prescrição antibiótica, parece ser apenas uma questão de tempo.

Referências

1. Santos AG, Berezin I. Comparação entre métodos clínicos e laboratoriais no diagnóstico das faringotonsilites estreptocócicas. J Pediatr (Rio J). 2005;81:23-8.
2. Gerber MA, Shulman ST. Rapid diagnostic of pharyngitis caused by group A streptococci. Clin Microbiol Rev. 2004;17:571-80.
3. Shulman ST. Acute streptococcal pharyngitis in pediatric medicine: current issues in diagnosis and management. Paediatr Drugs. 2003;Suppl 1:13-23.
4. Merrill B, Kalsberg G, Jankovski TA, Danis T. What is the most effective diagnostic evaluation of streptococcal pharyngitis? J Fam Pract. 2004;53:737-8.
5. Dajani A, Taubert K, Ferrieri P. Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the American Heart Association. Treatment of acute streptococcal pharyngitis and prevention of rheumatic fever: a statement for health professionals. Pediatrics. 1995;96:758-64.
6. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM, Kaplan EL, Schwartz RH. Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. Clin Infect Dis. 2002;35:113-25.
7. American Academy of Pediatrics. Group A Streptococcal Infections. In: Pickering LK, ed. Red Book: 2003 Report of the Committee on infectious diseases. 26th ed. Elk Grove Village (IL): American Academy of Pediatrics; 2003. p. 573-84.
8. Ejzenberg B, Sih T, Haetinger, RG. Conduta diagnóstica e terapêutica na sinusite da criança. J Pediatr (Rio J). 1999;75:419-32.
9. Ejzenberg B. Epidemia de sinusites. Pediatria (São Paulo). 1998;20:69.
10. Haetinger RG, Krakauer AM, Sih T, Lotufo JP, Ejzenberg B, Okay Y. Avaliação radiológica de sinusite em crianças: indicações e limitações. Rev Med Hosp Univ. 1999;9:7-13.