



**Recomendação
do Departamento de Infectologia
da Sociedade Brasileira de Pediatria
para conduta de crianças e adolescentes
com faringoamigdalites agudas**

Senhor Editor,

Em consideração ao estudo publicado por dos Santos & Berezin¹ e ao editorial publicado por Ejzenberg², gostaríamos de comentar sobre a importância da seleção dos pacientes a serem submetidos a realização do teste rápido e da cultura de orofaringe.

A presença de dor de garganta é uma das causas mais comuns de busca pela assistência médica³. Entre as causas dessa queixa, está a faringoamigdalite aguda (FA)³. Embora a grande maioria desses pacientes tenha infecção viral, é fundamental identificar quais pacientes têm FA secundária à infecção pelo *Streptococcus pyogenes*⁴. Enquanto as FA virais cursam com prognóstico benigno, sem complicações ou sequelas e não necessitam tratamento específico, as FA estreptocócicas podem evoluir para complicações supurativas, como abscesso periamigdaliano, ou complicações não supurativas, como febre reumática, as quais podem ser prevenidas com o adequado tratamento antimicrobiano do quadro primário (FA estreptocócica)³.

O diagnóstico diferencial inicia-se na avaliação clínica: o acometimento de outras mucosas, como a conjuntiva ou a mucosa nasal com a presença de coriza, além de rouquidão ou sibilos, são infreqüentes nas FA estreptocócicas e freqüentes nas FA virais⁵. A presença de exsudato pode acontecer em ambas as situações. Existe também importante diferença nas faixas etárias acometidas: a infecção pelo *S. pyogenes* ocorre, predominantemente, em indivíduos com idade entre 5 e 15 anos, sendo rara em menores de 2 anos; já as FA virais podem ocorrer em qualquer faixa etária, predominando em freqüência entre os lactentes⁵.

De forma típica, as FA estreptocócicas têm início súbito, com dor de garganta intensa, febre, cefaléia, náuseas, vômitos e dor abdominal, podendo-se encontrar faringe eritematosa, com amígdalas hipertrofiadas e úvula edemaciada. Os linfonodos cervicais habitualmente tornam-se palpáveis e dolorosos. No entanto, nenhum elemento isolado na história ou exame físico é sensível ou específico o suficiente para excluir ou diagnosticar a etiologia estreptocócica³.

Em virtude da grande freqüência das FA, do benefício do tratamento antimicrobiano para os pacientes cuja etiologia é estreptocócica, da ausência de benefício do uso de antimicrobiano quando a etiologia é viral e da maior freqüência dos vírus como agentes de FA (70-85%), tornou-se necessário aumentar a precisão do diagnóstico etiológico, de modo a tornar o uso dos antimicrobianos mais acurado. Para o diagnóstico de certeza da etiologia estreptocócica, a cultura de orofaringe permanece como padrão-ouro, devendo-se coletar material com *swab* da amígdala e da parede posterior da faringe com o objetivo de maximizar a acurácia do resultado³. No entanto, existe um período de latência de 24 a 48 horas entre a coleta de material e a disponibilidade do resultado da cultura. Com o objetivo de obter o resultado laboratorial durante o atendimento médico inicial, tem sido empregado o teste rápido (*rapid antigen detection testing*), cuja especificidade e sensibilidade têm sido de 95% e 80-90%, respectivamente⁴. É importante frisar que a melhor acurácia do teste rápido é dependente da seleção dos pacientes a serem investigados, ou seja, quanto mais compatível o quadro com a etiologia estreptocócica (início súbito, febre, dor de garganta, sem conjuntivite, coriza, tosse, rouquidão, estomatite anterior ou diarreia), maior a acurácia do teste⁴. A exclusão de pacientes com sinais de infecção respiratória viral (rinorréia, conjuntivite, tosse e/ou espirros) no estudo realizado por dos Santos & Berezin¹ sem dúvida influenciou nos resultados encontrados, visto que essa exclusão aumentou a prevalência pré-teste das FA estreptocócicas. Esse mesmo método é o atualmente recomendado na prática clínica⁶, ao contrário do que fora recomendado por Ejzenberg²: realizar o teste rápido em todos os pacientes com faringite aguda.

Em resumo, a investigação laboratorial deve ser realizada da seguinte forma: pacientes com história clínica e epidemiológica compatível com infecção estreptocócica devem ser submetidos a teste rápido ou a cultura; caso o teste rápido seja positivo, está indicada a antibioticoterapia; caso o teste rápido seja negativo, está indicada a cultura; a cultura positiva indica antibioticoterapia, e a cultura negativa indica tratamento sintomático (Figura 1).

A antibioticoterapia tem como principal objetivo a erradicação do estreptococo da orofaringe e, conseqüentemente, a prevenção de complicações; também é objetivo o encurtamento do período de doença⁵. Até o momento, não se conhece registro de resistência do *S. pyogenes* à penicilina benzatina, a qual permanece efetiva no tratamento das FA estreptocócicas⁵. As opções para o tratamento oral são a penicilina V e a amoxicilina, sendo a última mais vantajosa pelo menor custo e melhor sabor. Já foi demonstrada a equivalência de sucesso terapêutico, clínico e bacteriológico da amoxicilina na dose de 50 mg/kg/dia, em duas doses diárias (12/12h), sendo assim adicionada a vantagem da comodidade posológica (12/12h)⁷.

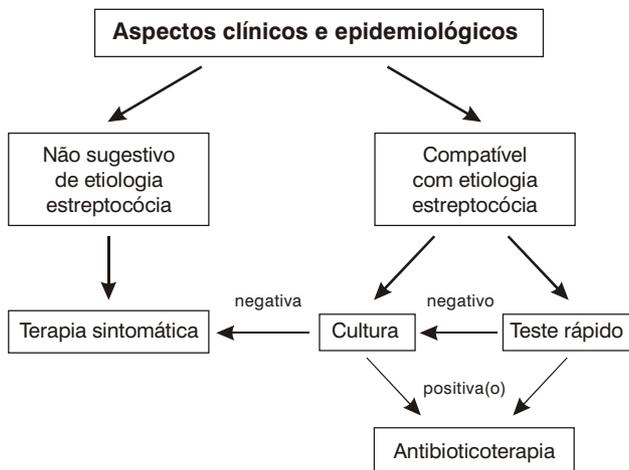


Figura 1 - Algoritmo para diagnóstico e tratamento de crianças e adolescentes com faringoamigdalite aguda

Para os pacientes alérgicos à penicilina, mas sem hipersensibilidade imediata, as cefalosporinas de primeira geração, a eritromicina e a clindamicina são alternativas terapêuticas. Já para os pacientes alérgicos com hipersensibilidade imediata, as cefalosporinas estão contra-indicadas⁸. Especificamente para o tratamento das FA estreptocócicas em crianças, a eritromicina pode ser utilizada na dose de 40 mg/kg/dia, em duas doses diárias (12/12h)⁸. Qualquer um dos antibióticos orais previamente citados deve ser utilizado por 10 dias, independentemente da resolução do quadro clínico, visto que a erradicação do estreptococo só é atingida com essa duração de antibioticoterapia. Por isso, em muitas instâncias, quando a adesão terapêutica é questionada, a penicilina benzatina representa a melhor opção. Esta deve ser utilizada em dose única, intramuscular, 600.000 UI para os pacientes com peso igual ou inferior a 27 kg, e 1.200.000 UI para aqueles que pesam acima de 27 kg⁸.

A resistência de cepas estudadas de *S. pyogenes* aos macrolídeos tem sido documentada em diferentes áreas geográficas⁸. Isso significa que se pode esperar menor eficácia desse grupo de antimicrobianos em relação às penicilinas. Já as sulfonamidas e as tetraciclina são contra-indicadas para o tratamento das FA estreptocócicas, pois, apesar de contribuírem para a resolução do quadro clínico, apresentam altos índices de falha na erradicação bacteriológica do *S. pyogenes*⁸.

É de interesse a observação de que a eficácia da antibioticoterapia é bem menor na erradicação do *S. pyogenes* em portadores⁸. Dessa forma, a antibioticoterapia só está indicada para portadores nas seguintes situações: comunidades fechadas (por exemplo, orfanato) e convívio domiciliar com paciente com febre reumática⁸.

Agradecimentos

Aos membros do Núcleo Gerencial do Departamento de Infectologia da Sociedade Brasileira de Pediatria, pela revisão deste trabalho.

Referências

- dos Santos AG, Berezin EN. Comparação entre métodos clínicos e laboratoriais no diagnóstico das faringotonsillites estreptocócicas. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81:23-8.
- Ejzenberg B. A conduta frente ao paciente com faringite aguda. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81:1-2.
- Vincent MT, Celestin N, Hussain AN. Pharyngitis. *Am Fam Physician*. 2004;69:1465-70.
- Giesecke KE, Roe MH, MacKenzie T, Tood JK. Evaluating the American Academy of Pediatrics diagnostic standard for *Streptococcus pyogenes* pharyngitis: backup culture versus repeat rapid antigen testing. *Pediatrics*. 2003;111:e666-70.
- Crump J, Harrison V, Shope T, Rion R. Pharyngitis. Guidelines for clinical care. UMMC Pharyngitis Guideline, December 2000. <http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/phrngts.pdf>. Acesso: 11/10/2005.
- Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney Jr JM, Kaplan EL, Schwartz RH. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Clin Infect Dis*. 2002;35:113-25.
- Cohen R, Levy C, Doit C, Rocque F, Boucherat M, Fitoussi F, et al. E. Six-day amoxicillin vs. ten-day penicillin V therapy for group A streptococcal tonsillopharyngitis. *Pediatr Infect Dis*. 1996;15:678-82.
- Pickering LK. RED BOOK: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases. 26th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2003. p. 578-80.

Cristiana M. Nascimento-Carvalho

Doutora. Professora adjunta, Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA. E-mail: nascimentocarvalho@hotmail.com

Heloísa H. Sousa Marques

Doutora. Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP). Médica assistente, Instituto da Criança, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, SP. E-mail: heloisahsm@icr.hcnet.usp.br

Resposta do autor

Uniformização das condutas frente ao paciente com faringite aguda

Foi com satisfação que recebi as propostas de Nascimento-Carvalho & Marques¹ para o tratamento da faringite aguda, que trazem como referência as recomendações de Bisno et al.^{2,3}. A padronização de condutas pode principiar pela definição de faringite aguda, pois não há uma definição única, por surpreendente que seja. Isso levou as autoras a considerar como diversas algumas recomendações semelhantes. Por outro lado, o papel da cultura bacteriana na elucidação etiológica da faringite aguda, referendado pelas autoras, merece aprofundado debate antes de constituir recomendação aos pediatras, em especial nos países em desenvolvimento.

Definições de faringite aguda

Nos livros de pneumologia e de pediatria, são reconhecidas duas doenças freqüentes nas vias aéreas superiores – o

resfriado comum (nasofaringite ou rinite) e a faringite aguda/ tonsilite/faringotonsilite^{4,5}. No resfriado, ocorre coriza, obstrução nasal, espirros, lacrimejamento, tosse e pouca febre, com maior incidência entre 0 e 3 anos; na faringite aguda, há febre e sinais inflamatórios locais, com ocorrência em pré-escolares e escolares. No código de classificação de doenças, são reconhecidas essas entidades nosológicas⁶. A nasofaringite foi excluída do estudo de faringites agudas publicado no *Jornal de Pediatria*⁷, assim como também considerei no editorial².

Na carta acima, no artigo de Bisno et al.³, como em outros⁸, não há uma definição de faringite aguda, porém verifica-se no texto que essa denominação inclui a nasofaringite. Não parece haver vantagem na unificação clínica dos resfriados - de etiologia viral e medicação sintomática, com as faringites agudas, de causa e tratamento a serem estabelecidos individualmente. A unificação diagnóstica também dificulta a padronização de condutas, como se observa no fluxograma de Bisno et al.³, recomendado pelas autoras. Observe-se neste que, após classificar um paciente como acometido por faringite aguda, o médico deve avaliar se o caso é sugestivo de infecção estreptocócica, para realizar ou não exames auxiliares. No texto original³, há uma tabela suplementar para auxiliar nessa decisão, que discrimina 15 parâmetros - 11 sugestivos de etiologia estreptocócica e quatro sugestivos de infecção viral (conjuntivite, coriza, tosse e diarreia). Isso dificulta a utilização do *guideline* na prática pediátrica, seu objetivo maior; parece mais simples manter as duas doenças como entidades distintas. Nos casos de dúvida em relação ao diagnóstico de resfriado ou faringite, a prudência recomenda considerar como faringite aguda e realizar investigação etiológica. O diagnóstico clínico inicial de faringite aguda deve ser reavaliado durante a evolução de cada criança, pela possível ocorrência de infecções concomitantes nas cavidades paranasais, pulmão e em outros sítios do organismo².

A conduta na faringite aguda

A conduta frente à criança com faringite aguda baseia-se em aspectos consensuais: 1) os vírus são predominantes, e o *S. pyogenes* origina de 15 a 30% dos casos; 2) não há elementos clínicos que possam definir com segurança a etiologia; 3) uma parte das faringites causadas por *S. pyogenes* não é reconhecida e tratada; 4) a dúvida clínica sobre a etiologia leva os pediatras a utilizar antibióticos em metade dos pacientes; 5) as prescrições antibióticas inadequadas à etiologia atingem 30 a 40% dos casos^{2,3,8}. Esses aspectos foram observados em crianças desde os 2 anos de idade⁷ e dão suporte à recomendação para a investigação estreptocócica rotineira das faringites agudas, como estabelecido no editorial^{2,3,7,8}.

Teste rápido e cultura

Os testes rápidos para antígenos estreptocócicos têm papel crescente na avaliação etiológica da faringite aguda^{3,8,9}. Isso se deve à obtenção de resultados imediatos e precisos, realizáveis pelo médico ou auxiliar habilitado, em qualquer local e horário, sem instalações especiais e a baixo custo. Os melhores têm sensibilidade acima de 90% e especificidade de 95%, aproximando-se da cultura, que alcança 96% nessas avaliações^{3,8,9}. A cultura bacteriana

constitui padrão microbiológico³, porém tem tido seu papel questionado recentemente na prática clínica⁹. Isso decorre de dificuldades na obtenção do meio de cultura, conservação, transporte, assim como de execução em local específico, por laboratorista. O período de incubação traz problemas importantes - posterga a decisão médica quanto ao uso de antibiótico e impõe o retorno da família, perdendo parte dos casos. As dificuldades fazem com que a cultura raramente seja solicitada pelos pediatras.

Há um outro aspecto que dificulta a inclusão da cultura bacteriana no manejo da faringite aguda. Esta seria solicitada quando houvesse evidência clínica de infecção estreptocócica e resultado negativo no teste rápido. Há uma única evidência clínica específica de infecção por *S. pyogenes*, o exantema escarlatiniforme⁹. Essa apropriada indicação de cultura seria muito ocasional⁷⁻⁹; porém, são os outros sinais e sintomas - petéquias na mucosa, gânglios dolorosos submandibulares, exsudato local, febre elevada ou persistente - que são utilizados como evidência de infecção estreptocócica^{3,7,9}. Essas evidências são freqüentes e de pequena especificidade^{3,7,9}. No estudo de dos Santos & Berezin⁷, como em outros³, essas evidências clínicas de estreptococcia justificaram a prescrição de antibiótico em 47% dos casos, porém apenas 21% dos pacientes tinham teste rápido positivo. Se adotadas as recomendações de Bisno et al.³, deveríamos realizar a cultura faríngea em cerca de 1/4 de todas as faringites atendidas, com um acréscimo de 2% de casos de estreptococcia.

Por todos os motivos acima, frente a uma suspeita clínica de infecção por *S. pyogenes* com teste rápido negativo, alguns autores têm proposto refazer o teste rápido, sem realizar a cultura bacteriana⁹.

Conclusões e recomendações

A avaliação da faringite aguda deve ser clínica e etiológica, sendo esta realizada com a pesquisa do *S. pyogenes*. Os testes rápidos para detecção de antígenos da bactéria alcançaram desempenho adequado para utilização clínica, enquanto a cultura bacteriana, referência microbiológica, oferece várias dificuldades práticas.

O estabelecimento de recomendações de conduta para faringite aguda pelos colegiados médicos está em fase de oportuno desenvolvimento e já tem a contribuição dos infectologistas pediátricos. Porém, no sentido de aprimorar e uniformizar as recomendações, será interessante abranger a *expertise* acumulada em outras especialidades - otorrinolaringologia, pneumologia, medicina de urgência e pediatria ambulatorial. A viabilidade das recomendações poderia ter, também, a avaliação de epidemiologistas e gestores da saúde pública. Ao final, é possível que tenhamos uma recomendação para faringite aguda respaldada pela Sociedade de Pediatria, que sirva de orientação aos casos individuais e ao programa de saúde pública.

Referências

1. Nascimento-Carvalho CM, Marques HH. Recomendação do Departamento de Infectologia da Sociedade Brasileira de Pediatria para conduta de crianças e adolescentes com faringoamigdalites agudas. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;82:79-80.

2. Ejzenberg B. A conduta frente ao paciente com faringite aguda. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81:1-2.
3. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney Jr JM, Kaplan EL, Schwartz RH. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Clin Infect Dis*. 2002;35:113-26.
4. Asher MI. Infections of the upper respiratory tract. In: Lynn M, Taussig L, editors. *Pediatric respiratory medicine*. St. Louis: Mosby; 1999. p. 530-47.
5. Turner RB, Hayden GF. The common cold. In: Behrman RE, Kliegman R, Arvin AM, editors. *Nelson textbook of pediatrics*. 17th ed. Philadelphia: W. B. Saunders Co.; 2004. p. 1389-91.
6. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. CID-10. São Paulo: EDUSP; 2002.
7. dos Santos AG, Berezin I. Comparação entre métodos clínicos e laboratoriais no diagnóstico das faringotonsilites estreptocócicas. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81:23-8.
8. Vincent MT, Celestin N, Hussain NA. Pharyngitis. *Am Fam Physician*. 2004;6:1465-71.
9. Giesecke KE, Roe MH, MacKenzie T, Todd JK. Evaluating the American Academy of Pediatrics diagnostic standard for *Streptococcus pyogenes* pharyngitis: backup culture versus repeat rapid antigen testing. *Pediatrics*. 2003;111:e666-70.

Bernardo Ejzenberg

Livre-docente. Professor, Instituto da Criança, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP) e Divisão de Pediatria, Hospital Universitário, USP, São Paulo, SP.

Resposta dos autores

Ao Editor do *Jornal de Pediatria*,

Agradecemos a menção de nosso artigo¹ e procuramos responder aos questionamentos.

Mesmo a combinação dos sinais e sintomas não pode diferenciar com certeza as faringotonsilites virais das bacterianas. Por essa razão, várias autoridades recomendam que o diagnóstico da faringotonsilite estreptocócica (FE) em pacientes com suspeita clínica e epidemiológica seja estabelecido através de testes microbiológicos. No momento atual, de grande crescimento da resistência bacteriana, é necessário reduzir o uso desnecessário de antibióticos².

A sensibilidade e especificidade de sinais consagrados como diagnósticos de FE é baixa. Steinhoff et al.³, em estudo realizado no Egito, observaram que o achado de exsudato

amigdaliano apresentava uma sensibilidade de apenas 31% e especificidade de 81% para o diagnóstico de faringoamigdalite estreptocócica. Esse dado se repetiu em nosso estudo, em que apenas 50% dos pacientes com FE apresentaram exsudato amigdaliano. Esse fato nos faz refletir que, além do problema de tratamento em excesso, existe também o risco de ausência de tratamento em casos que apresentam faringite estreptocócica, o que aumenta o risco para as graves seqüelas não supurativas.

Outra avaliação, que seria o tratamento de toda criança que apresente febre e faringite, leva a tratamento inadequado em um número bastante grande de pacientes.

Os critérios de exclusão utilizados em nosso estudo levam à redução do uso inadequado de antimicrobianos. No entanto, um dos critérios de exclusão para FE, que seria idade acima de 3 anos, não foi efetivo, pois diagnosticamos pacientes com idade de 2 anos. Entretanto, abaixo de 3 anos, o achado de complicações supurativas da FE é extremamente raro.

O uso de métodos laboratoriais pode ser de auxílio para a definição da doença, mas são necessários critérios para definir os pacientes que devem ser testados. Os pacientes acima de 3 anos com febre e faringite associados a mais um sinal, como adenomegalia satélite, exsudato amigdaliano, odinofagia ou dor abdominal, associados à ausência de tosse e coriza nasal, devem ser preferencialmente testados. História de contato recente com paciente com faringite estreptocócica também auxilia no diagnóstico².

Referências

1. dos Santos AG, Berezin EN. Comparação entre métodos clínicos e laboratoriais no diagnóstico das faringotonsilites estreptocócicas. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81:23-8.
2. Swartz B, Marcy M, Philips WR, Gerber MA, Dowell SF. Pharyngitis - Principles of Judicious use of Antimicrobial agents. *Pediatrics*. 1998;101:171-4.
3. Steinhoff MC, Abd El Khalek MK, Khallaf N, Hamza HS, El Ayadi A, Orabi A, et al. Effectiveness of clinical guidelines for the presumptive treatment of streptococcal pharyngitis in Egyptian children. *Lancet*. 1997;350:918-21.

Ana Gabriela Pires do Santos

Mestre. Médica segundo assistente, Departamento de Pediatria, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, SP.

Eitan Naaman Berezin

Doutor. Chefe do Serviço de Infectologia Pediátrica, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, SP.