

FARINGOTONSILITES AGUDAS - REVISÃO DE LITERATURA -

ACUTE PHARYNGOTONSILLITIS - A REVIEW OF LITERATURE -

MARIA LUIZA CUNHA PEREIRA¹, MARLENE AREDES MOTA², VANESSA YURI NAKAOKA ELIAS DA SILVA^{3*}, VINÍCIUS SOARES⁴, TATILIANA GERALDA BACELAR KASHIWABARA⁵

1. Acadêmica do 9º período de Medicina; 2. Acadêmica do 9º período de Medicina, Graduada em Matemática; 3. Acadêmica do 9º período de Medicina, Graduada em Fisioterapia, Pós-Graduada em Saúde Pública/PSF; Mestre em Imunopatologia das Doenças Infecciosas e Parasitárias, ex-docente das disciplinas de Citologia, Histologia, Patologia, Parasitologia e Genética e Embriologia - Faculdade Pitágoras; 4. Acadêmico do 9º período de Medicina, Graduado em Enfermagem; 5. Especialista Alergia & Imunologia Dermatologia Imunopatologia das Doenças Infecto Parasitárias; Medicina do Trabalho; Medicina Ortomolecular; Medicina do Trânsito; Nutrologia; Pediatria. Diretora Clínica da CLIMEDI. Coordenadora do Programa RespirAR Adulto em Ipatinga - MG. Professora de pediatria na Faculdade de Medicina de Ipatinga – MG. MS em Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade; Doutoranda em Gestão pela UTAD; Supervisora do PEP em Ipatinga, MG.

* IMES (FAMEVAÇO) – Av. Marechal Cândido Rondon 850, Ipatinga Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-314. vasilva777@yahoo.com.br.

Recebido em 02/08/2013. Aceito para publicação em 20/08/2013

RESUMO

As infecções das vias aéreas superiores são causas importantes da procura de serviços médicos na faixa etária pediátrica. Entre elas estão as faringotonsilites de causas virais e bacterianas. Os vírus são responsáveis pela maior parte destas infecções, e dentre as bacterianas, o estreptococo beta-hemolítico do grupo A de Lancefield é o patógeno mais prevalente. Como os sinais e sintomas para diferenciar as duas etiologias são pouco específicos, deve-se utilizar exames complementares como o teste rápido e/ou cultura da faringe posterior para a confirmação diagnóstica e instituição do tratamento adequado.

PALAVRAS-CHAVE: Faringotonsilites, estreptococo beta-hemolítico do grupo A de Lancefield.

ABSTRACT

The upper airway infections are important causes of search the health services in childhood. Between them are the pharyngotonsillitis with origin in virus and bacterium. The virus are responsible for the most of the infections. The bacterium most common is the Lancefield Group A beta-hemolytic Streptococcus. How the signs and symptoms to differentiate this etiology are low specifics, we should use complements exams like fast test and/or culture of rear pharynx for diagnosis confirmation and correct treatment institution.

KEYWORDS: Pharyngotonsillitis, Lancefield Group A beta-hemolytic Streptococcus.

1. INTRODUÇÃO

As infecções das vias aéreas superiores (IVAS) são causas importantes da procura de serviços médicos na faixa etária pediátrica. Entre elas estão as faringotonsilites de causas virais e bacterianas¹. Os agentes etiológicos virais mais comuns são os Rinovírus, Adenovírus, Coxsackie, Influenza, Parainfluenza, Vírus Respiratório Sinsicial e Vírus Epstein-Barr. Já os bacterianos são *Streptococcus pyogenes*, também conhecido como estreptococo beta-hemolítico do grupo A de Lancefield (EBGA), *Haemophilus influenzae*, *Moxarella catarrhalis* e *Staphylococcus aureus*²; a frequência destes agentes varia de acordo com a estação do ano, a idade da criança e a área geográfica¹.

Os vírus são os agentes etiológicos mais comuns e dentre os agentes bacterianos, o EBGA é o responsável pela maioria das infecções, sendo necessário neste caso o uso de antibioticoterapia para reduzir o tempo da doença, a morbidade e para prevenir complicações, como a febre reumática. Neste contexto, o alvo no tratamento das faringotonsilites é diferenciar as doenças virais das bacterianas já que esta síndrome clínica é um dos maiores e mais antigos exemplos de como os antibióticos são prescritos de maneira inadequada¹.

Os sinais e sintomas são pesquisados através da anamnese e do exame físico que, na fase inicial, mostram praticamente as mesmas informações nas diferentes etiologias das infecções: hiperemia dos pilares amigda-

lianos, das amígdalas e da faringe e hipertrofia dos folículos linfáticos. Portanto, são de baixa sensibilidade e especificidade para avaliação clínica no diagnóstico etiológico de infecção pelo EBHA. Atualmente, a maioria das entidades médicas pediátricas recomenda que o diagnóstico de faringotonsilite em pacientes com suspeita clínico-epidemiológica de infecção pelo EBHA seja confirmado por meio do uso de técnicas microbiológicas³.

A identificação da etiologia da infecção é imprescindível para a determinação do tratamento, que consiste em tratamento sintomático para os quadros virais e antibioticoterapia para os bacterianos⁴.

O objetivo deste trabalho consiste em conhecer os relatos da literatura que descrevem os sinais e sintomas, diagnósticos diferenciais, tratamento e prevenção de complicações das faringotonsilites virais e bacterianas. Além disso, pesquisar tratamentos farmacológicos disponíveis, avaliar a importância da antibioticoterapia e os cuidados com sua indicação.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Artigos, nacionais e internacionais, com data após o ano 2008, foram selecionados usando os bancos de dados *Pubmed* e *Google Acadêmico*, usando-se como palavras-chave: Faringotonsilites, estreptococo beta-hemolítico do grupo A de Lancefield. Além disso, foram utilizados livros de Pediatria que tenham informações sobre estas doenças. Em seguida, os mesmos foram agrupados por assunto e utilizados na construção da revisão de literatura. Ao final do levantamento bibliográfico, foram efetivamente utilizados 09 artigos, selecionados conforme a qualidade e relevância com o tema proposto.

3. RESULTADOS

A faringotonsilite é uma doença comum em crianças e adolescentes. E o seu diagnóstico diferencial e precoce tem sido uma prioridade no tratamento da doença, principalmente devido ao risco de complicações como a febre reumática aguda, abscesso peritonsilar e linfadenite cervical. Por outro lado, o tratamento inadequado da faringotonsilite aguda com antibióticos é um dos fatores que contribuem para o aumento da incidência de resistência antimicrobiana³.

A faringotonsilite viral predomina em épocas de clima frio e é mais frequente em menores de três anos⁵. Mesmo diante de uma etiologia viral, as crianças podem apresentar febre e infecção com exsudato purulento nas tonsilas e faringe⁶, por isso é considerada como a maior causa de prescrição inadequada de antibióticos⁷.

A infecção bacteriana ocorre com maior frequência em regiões temperadas, de clima frio, com maior inci-

dência nos meses de inverno e primavera. Acomete mais as crianças entre os cinco e quinze anos de idade. É transmitida através de gotículas de saliva e o contato direto com o doente, como em escolas e aglomerados populacionais, facilita a transmissão⁷.

Os sinais e sintomas da infecção pelo EBGA consistem em odinofagia de início abrupto, febre alta, cefaleias, náuseas, vômitos, dor abdominal, eritema faringotonsilar com ou sem exsudato, edema da úvula, petéquias no palato ou exantema escarlatiniforme e linfadenopatia dolorosa, com intenso comprometimento do estado geral na maioria das vezes. No entanto, nenhum destes sinais ou sintomas são específicos desta infecção. Suspeita-se de causa viral quando não existe febre ou esta é baixa e na presença de conjuntivite, rinorreia e obstrução nasal, disfonia, tosse e diarreia^{4,8}.

Vários estudos mostram o valor preditivo de diversas combinações de sinais e sintomas, para diferenciar a faringite estreptocócica da não-estreptocócica, mas nenhum deles tem se mostrado particularmente confiável. Estes evidenciam uma taxa de falso-negativos de aproximadamente 50% e uma taxa de falsos positivos de aproximadamente 75%⁷.

Dessa forma, exames complementares de diagnóstico deverão ser solicitados quando suspeita-se de amigdalite por estreptococos, baseado em critérios clínicos e epidemiológicos⁸. Sendo que a cultura das tonsilas, criptas tonsilares ou faringe é o teste padrão-ouro com 95% de especificidade na identificação do EBGA, e é preconizado pela maioria dos autores⁹.

O teste de detecção rápida, que também pode ser utilizado na suspeita de infecção por EBGA, consiste de imunoensaios e aglutinação enzimática com látex para detectar grupo específico de hidratos de carbono. Sua especificidade parece ser superior a 90%, a sensibilidade entre 60 e 90% e a taxa de falso-positivos pode chegar a 15%⁹.

Apesar de o principal diagnóstico diferencial ser feito através da diferenciação entre etiologia viral e bacteriana, existem outras doenças que devem ser lembradas, apesar de não serem comuns como estas, como por exemplo, a difteria, a mononucleose, a herpangina e a faringotonsilite herpética. Na difteria, há formação de verdadeiras membranas que, ao descolamento, podem apresentar sangramento. A faringotonsilite causada pelo vírus Epstein-Baar pode manifestar-se como um simples resfriado comum ou como um quadro mais grave – mononucleose infecciosa, que cursa com dor de garganta, astenia, febre alta prolongada, microadenopatia cervical, hepatoesplenomegalia em 50% dos casos e pseudomembrana ou até ulcerações nas tonsilas. A herpangina é caracterizada por vesículas de 1 a 2 mm no palato mole, na úvula e nos pilares anteriores, podendo apresentar dor severa com disfagia e desidratação. Já na faringotonsilite herpética os sintomas podem ser leves, mas, em alguns casos, tor-

nam-se severos, apresentando vesiculações e ulcerações rasas no palato, que podem também estar presentes nas gengivas e nos lábios, quando há associação com a gengivostomatite⁶.

O tratamento das infecções virais é sintomático; utiliza-se associação de analgésicos, antitérmicos, hidratação e gargarejos com antissépticos, de acordo com a intensidade do quadro. A presença de colonização bacteriana indica a necessidade de iniciar a antibioticoterapia. O EBGA é o principal patógeno responsável pelas faringotonsilites de origem bacteriana, e é universalmente sensível à Penicilina, por isso a mesma é considerada a droga de primeira escolha, podendo optar pelo uso de Amoxicilina via oral por 10 dias, Penicilina V, via oral, ou Penicilina G Benzatina intramuscular, em dose única. Quando houver falha terapêutica das opções anteriores, pode ser utilizada Amoxicilina + Clavulanato ou Amoxicilina + Sulbactam. Em casos de pacientes alérgicos à Penicilina, está indicado o uso de Eritromicina por 10 dias ou Azitromicina por 5 dias^{2,4}.

4. CONCLUSÃO

Com relação às faringotonsilites, não existe nenhum achado que seja patognomônico da afecção viral e da bacteriana. Com isso, seu tratamento torna-se problemático diante de sinais e sintomas pouco específicos que faz com que o diagnóstico diferencial entre ambas seja difícil.

REFERÊNCIAS

- [1] Cardoso DM. Impacto do uso da prova rápida para detecção do estreptococo beta-hemolítico do grupo A no diagnóstico e tratamento da faringotonsilite aguda em pronto-socorro de Pediatria. *Rev Paul Pediatr* 2013;31(1):4-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n1/02.pdf>>. Acesso em: 15 de julho de 2013.
- [2] Balbani APS *et al.* Pharyngotonsillitis in children: view from a sample of pediatricians and otorhinolaryngologists. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2009; 75(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72992009000100022&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 de julho de 2013.
- [3] Pinto MIM. Faringotonsilite estreptocócica: necessidade do uso de testes microbiológicos para diagnóstico preciso. *Rev Paul Pediatr* 2013; 31(1):2-3. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n1/01.pdf>>. Acesso em: 15 de julho de 2013.
- [4] Mocellin L. Como diagnosticar e tratar infecções de vias aéreas superiores. *RBM*. 2011; 68(12). Disponível em: <http://www.ipo.com.br/_arquivos/artigos/1338918990.%20Le%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 15 de julho de 2013.
- [5] Leão E. *et al.* *Pediatria Ambulatorial*. 5 ed. Belo Hori-

zonte: Coopmed, 2013.

- [6] Lopez FA, Junior DC. *Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria*. 2 ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2010.
- [7] Darrow DH, Neto LB. Abordagem da Faringotonsilite pelo *Streptococcus pyogenes* do Grupo A. *Interamerican Association of Pediatric Otorhinolaryngology*, 2009. Disponível em: <http://www.iapo.org.br/manuals/viii_manual_br_16.pdf>. Acesso em: 15 de julho de 2013.
- [8] Morais S, *et al.* Amigdalite Estreptocócica Presunção Clínica *versus* Diagnóstico. *Acta Med Port* 2009; 22: 773-778. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2009-22/6/773-778.pdf>>. Acesso em: 15 de julho de 2013.
- [9] Almeida ER, Neto LB. Faringotonsilites Recorrentes. VII Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO, 2008. Disponível em: <http://www.iapo.org.br/manuals/vii_manual_br_08.pdf>. Acesso em: 15 de julho de 2013.

