FARINGOTONSILITE AGUDA

* **Introdução:**

As infecções faringotonsilianas são um grupo de enfermidades que desenvolvem processos inflamatórios nas vias respiratórias superiores, acometendo a faringe, as amigdalas e os tecidos adjacentes. As causas são variadas, mas o quadro clínico geralmente é similar, o que torna difícil, clinicamente, definir se há ou não a necessidade de tratamento antimicrobiano.

* **Definições:**

É geralmente uma doença autolimitada e cura espontânea; porém, quando a etiologia é o *Streptococcus B-hemolítico do grupo A* (SBHGA), também conhecido como *Streptococcus pyogenes*, há necessidade de antibioticoterapia e as complicações não supurativas são preocupantes.

* **Epidemiologia:**

A infecção pelo SBHGA pode ocorrer em todas as idades, porém é mais comum nas crianças com idade entre 5 e 11anos, sendo rara em menores de 3anos. A maioria ocorre no final do inverno e início da primavera.

* **Etiologia:**

Os vírus são a causa mais comum (75%) em todas as faixas etárias, sendo os patógenos mais comuns, os vírus respiratórios como influenza A e B, adenovírus (mais comum em menores de 3anos de idade), vírus sincicial respiratório, herpes vírus 1 e 2, *Corynebacterium diphtheriae*; bem como vírus *coxsackie A* e o vírus *Epstein-Barr* (mais comum em maiores de 3anos).

O SBHGA corresponde aproximadamente 15-30% de todos os episódios e é responsável por importantes complicações, sendo o agente bacteriano mais comum; todavia, outras bactérias também podem estar implicadas na etiologia, como *Mycoplasma pneumoniae e Chlamydia*.

* **Quadro clínico:**

Deve-se suspeitar em todo paciente com odinofagia, febre e dor para engolir. Existem indícios clínicos que auxiliam a diferenciação, mas nenhum conjunto de achados é suficientemente sensível ou específico para diagnóstico de certeza; portanto, achados clínicos e epidemiológicos são de supra importância.

**ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SINAIS E SINTOMAS** | **FARINGOTONSILITE**  **ESTREPTOCÓCICA** | **FARINGOTONSILITE**  **NÃO ESTREPTOCÓCICA** |
| Idade | Rara antes dos 2anos  Pico entre 5 e 11anos | Qualquer idade |
| Febre e Prostração | Pode ser > 39C | Normalmente não tão alta |
| Início | Súbito | Gradual |
| Prostração | Prostração mesmo nos períodos afebris | Prostração restrita aos períodos febris |
| Sintomas gripais | Geralmente ausentes | Frequentes |
| Dor de garganta | Mais intensa e pode dificultar a deglutição e alterar a voz | Normalmente leve ou moderado |
| Hipertrofia e  Hiperemia das amigdalas | Hiperemia geralmente restrita às amigdalas | Hiperemia geralmente se estende aos pilares anteriores |
| Exsudatos, pontos e placas brancas | Presentes em 50 a 90% dos casos  Dado clínico isolado mais importante | Podem ocorrer |
| Adenomegalia | Adenomegalia dolorosa no ângulo da mandíbula | Adenomegalia mais discreta |
| Outros sintomas | Halitose é comum | Halitose é rara  Conjuntivite |

De acordo com aspectos inflamatórios, pode-se classificar as faringotonsilites em:

**Eritematosas**: observam-se hiperemia e congestão da superfície da faringe e das amígdalas. Principais agentes: virais.

**Eritematopultáceas**: observam-se hiperemia e edema associados a exsudato amarelado não aderente nas criptas e na superfície das amigdalas. Principais agentes: SBHGA e vírus *Epstein-Barr*.

**Pseudomembranosas**: observam-se placas esbranquiçadas aderentes ao tecido amigdaliano, que pode invadir faringe palato e úvula. Principais agentes: *Corynebacterium diphtheriae.*

**Ulcerosa**s: Observam-se úlceras, que podem ser superficiais, com muitas vesículas. Principais agentes: vírus Coxsackie A.

**Febre Faringoconjuntival:** faringite causada por adenovírus caracterizada pela presença de febre, sintomas respiratórios (coriza e tosse), hiperemia da faringe, hiperplasia amigdaliana com exsudato, adenomegalia cervical e conjuntivite. O quadro de faringite tem duração de 7dias, a conjuntivite até 14dias, com resolução espontânea.

**Herpes simples:** causada pelo herpes vírus 1 e 2, sendo comum nas crianças pequenas e caracteriza-se por febre e gengivoestomatite com vesículas, que evoluem com ulceração da lesão, localizadas na boca, incluindo lábios e orofaringe posterior. As lesões são extremamente dolorosas, podendo dificultar a ingestão de líquidos, resultando em desidratação. A duração da doença é de 2semanas.

**Herpangina:** causada pelo vírus *Coxsackie A* e caracterizada por pequenas vesículas no palato mole, na úvula e nos pilares amigdalianos, acompanhadas de febre elevada. A resolução espontânea ocorre em 7 dias.

**Mononucleose:** causada pelo vírus *Epstein Barr* e pode evoluir como uma faringite isolada ou como uma doença sistêmica mais grave, como febre mais prolongada, prostração, desânimo, astenia. Normalmente há presença de linfonodos em região cervical posterior, odinofagia, tonsilas palatinas e faríngeas muito aumentadas, com ou sem exsudato, hepatomegalia e esplenomegalia e na anamnese, frequentemente tratamento malsucedido com antibióticos. O hemograma apresenta aumento da contagem de leucócitos com mais de 10% de atipia linfocitária.

**Síndrome mão-pé-boca**: causada pelo vírus *Coxsackie A* e apresenta-se com vesículas em orofaringe concomitantemente, presença de papulovesículas em palmas e plantas, às vezes no tronco, com resolução em 7 dias.

Síndrome PFAFA é caracterizada por febre periódica, estomatite aftosa, faringite e adenite cervical e ocorre esporadicamente, em crianças de 2 a 6anos. A etiologia é desconhecida. O tratamento dá-se com Prednisona (1 a 2mg/kg/dia). A periodicidade e a intensidade diminuem com o tempo, com resolução espontânea após 3 a 5anos do início dos sintomas ou na adolescência.

* **Diagnóstico:**

A cultura da secreção colhida da orofaringe, através de swab orofaríngeo, é considerado padrão ouro para diagnóstico de faringotonsilite estreptocócica. Se realizada corretamente, representa especificidade de 95% e sensibilidade de, até, 85%.

Um swab é usado para o teste rápido para detecção de SBHGA. Se o teste for positivo, indica-se uso de antibioticoterapia. Se o teste rápido for negativo, o segundo swab orofaríngeo é encaminhado para cultura para confirmação etiológica (resultado em até 48horas). Importante ressaltar que aguardar o resultado da cultura por 48 horas para o início da terapia não aumenta a chance de complicação. Destaca-se, também, que nem a cultura nem o teste rápido de detecção do SBHGA são capazes de diferenciar doentes de portadores.

Conforme as orientações da Associação Americana de Pediatria (2012), os testes de faringotonsilite para SBHGA não são recomendados:

para pacientes com faringotonsilite aguda com características clínicas e epidemiológicas que sugerem fortemente etiologia viral (tosse, rinorreia, rouquidão, úlceras orais);

para crianças menores de 3 anos de idade (exceto se pais/irmãos com infecção por SBHGA).

* **Tratamento:**

Caso se suspeite de causa viral, o tratamento será basicamente sintomático, com analgésicos e antitérmicos (Dipirona, Ibuprofeno ou Paracetamol), para alívio principalmente, da dor faríngea, que pode dificultar a ingestão de alimentos e líquidos.

O tratamento da faringotonsilite aguda com antibiótico somente tem propósito quando o agente etiológico é bacteriano, principalmente o SBHGA. O tratamento de escolha é penicilina, exceto se o paciente for alérgico.

O tratamento com antibióticos deve ser instituído assim que é realizado o diagnóstico de etiologia bacteriana ou, quando não for possível esse diagnóstico de certeza, nos casos em que o exame físico e a epidemiologia assim sugerirem.

**Antibióticos Recomendados Para Tratamento Da Faringotonsilite Por Sbhga**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANTIBIÓTICO** | **RECOMENDAÇÃO** | **DOSE MÁXIMA (por dia)** |
| Penicilina G Benzatina | < 25kg 🡪 600.000 IM 1x |  |
|  | > 25kg 🡪 1.200.000 IM 1x |  |
| Penicilina V | < 12anos: 250mg 2-3x/dia por 10 dias |  |
|  | > 12anos: 500mg 2x/dia por 10 dias |  |
|  |  |  |
| Amoxicilina | 50mg/kg/dia 2 ou 3x/dia por 10 dias | 1000mg/dia |
| Claritromicina | 15mg/kg/dia 2x/dia por 10 dias | 500mg/dia |
| Azitromicina | 10mg/kg/dia 1x/dia por 5 dias | 500mg/dia |
| Cefadroxila | 30mg/kg/dia 2x/dia por 10 dias | 1000mg/dia |
| Cefalexina | 40mg/kg/dia 2x/dia por 10 dias | 1000mg/dia |
| Clindamicina | 30mg/kg/dia 3x/dia por 10 dias | 500mg/dia |

**A terapia adjuvante com corticosteroide não é indicada.**

* **Diagnostico Diferencial:**

Mononucleose-*like* (rubéola, sarampo, citomegalovírus, HIV, etc).

* **Complicações:**

**COMPLICAÇOES DA FARINGOTONSILITE POR SBHGA**

|  |  |
| --- | --- |
| **SUPURATIVA** | **NÃO SUPURATIVA** |
| Linfadenite cervical (eritema, edema e flutuação) | Febre reumática |
| Abscesso peritonsilar (dor e dificuldade para engolir mais intensa, voz anasalada, tonsilas anteriores proeminentes e deslocamento da úvula para o lado não afetado) | Glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica |
| Abscesso retrofaríngeo | Outras complicações (Artrite Reacional) |
| Otite Média Aguda |  |
| Mastoidite |  |
| Sinusite aguda |  |
| Pneumonia por SBHGA (rara) |  |

* **Referências:**

Araujo JM. *Infecções das vias aéreas superiores*. IN: Rotinas ambulatoriais em infectologia para o pediatra; Cruz MLS, Cardoso CAA, Gaspar MCS, organizadores. São Paulo: Editora Atheneu. 2012. p.159-81.

Araujo PMFL, Araujo CNF. *Emergências em otorrinolaringologia*. IN: Sociedade Brasileira de Clínica Médica; Lopes AC, Guimarães HP, Lopes RD, Vendrame LS, organizadores. PROURGEM Programa de Atualização em Medicina de Urgência e Emergência: Ciclo 8. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. p.120-60. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v.3).

Berezin EN. *Infecções de vias aéreas superiores*. IN: Sociedade Brasileira de Pediatria; Campos Junior D, Burns DAR, Lopez FA, organizadores. TRATADO DE PEDIATRIA. Barueri: Manole; 2014. p.1478-81.

Oliveira RG. *Otite*. Blacbook Pediatria. 5ed. Belo Horizonte: Black Book Editora. 2014. p. 350-3.

Oliveira SKF, Magalhães CS. Síndrome PFAPA. IN: Sociedade Brasileira de Pediatria. Documento Científico Departamento Científico de Reumatologia. 2017. p.1-5.

Pechebea MD, Vita WP. *Otite média, Sinusite e Tonsilite Agudas*. IN: Sociedade Brasileira de Pediatria; Simon Junior H, Pascolat G, organizadores. PROEMPED Programa de Atualização em Emergência Pediátrica: Ciclo 2. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018. p.55-103. Sistema de Educação Continuada a Distância, v.2).

Ramos BD, Pereira MBR. *Otite Média Aguda Recorrente*. IN: Sociedade Brasileira de Pediatria; Ramos BD, organizador. PRONAP Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria: Ciclo 18. São Paulo: 2015. p.18-29. Sistema de Educação Continuada a Distância, n.1.

Responsável pela elaboração da rotina: Dr. Renato Resende Mundim