

# BMJ Best Practice

## Amigdalite

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>4</b>
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	4
<b>Prevenção</b>	<b>5</b>
Prevenção primária	5
Prevenção secundária	5
<b>Diagnóstico</b>	<b>6</b>
Caso clínico	6
Abordagem passo a passo do diagnóstico	6
Fatores de risco	8
Anamnese e exame físico	8
Exames diagnóstico	9
Diagnóstico diferencial	11
Critérios de diagnóstico	12
<b>Tratamento</b>	<b>13</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	13
Visão geral do tratamento	15
Opções de tratamento	16
Novidades	21
<b>Acompanhamento</b>	<b>22</b>
Recomendações	22
Complicações	22
Prognóstico	24
<b>Diretrizes</b>	<b>25</b>
Diretrizes de diagnóstico	25
Diretrizes de tratamento	25
<b>Nível de evidência</b>	<b>27</b>
<b>Referências</b>	<b>29</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>34</b>

## Resumo

- ◇ Pode ser difícil de distinguir clinicamente de faringite viral.
- ◇ A maioria dos pacientes não procura ajuda médica.
- ◇ A maioria dos casos apresenta resolução espontânea e não requer uso de antibióticos. Os antibióticos são usados no tratamento de infecção por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A.
- ◇ Existem algumas evidências de que a tonsilectomia pode ser eficaz em crianças selecionadas com amigdalite aguda grave recorrente.

## Definição

A amigdalite aguda é uma infecção aguda do parênquima das tonsilas palatinas (amígdalas). Essa definição não inclui a amigdalite como parte da mononucleose infecciosa, embora a amigdalite possa ocorrer isoladamente ou como parte de uma faringite generalizada. A distinção clínica entre a amigdalite e a faringite não está clara na literatura, e a afecção é frequentemente denominada simplesmente de faringite aguda.

## Epidemiologia

Na clínica geral no Reino Unido, a incidência anual de faringite recorrente é de 100 em cada 1000 habitantes.[2] Nos EUA, a faringite é responsável por 2.1% das consultas médicas ambulatoriais.[3] A amigdalite aguda é mais comum em crianças com idade entre 5 e 15 anos. A prevalência de amigdalite bacteriana, especificamente a causada por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A (GABHS), é de 15% a 30% das crianças com faringite e 5% a 15% dos adultos com faringite.[4] [5] [6]

A amigdalite aguda é mais comum no inverno e no começo da primavera em climas temperados, embora possa ocorrer em qualquer período do ano.[7]

## Etiologia

A amigdalite é geralmente viral e é mais comumente causada pelo rinovírus, seguida pelo coronavírus e pelo adenovírus. É menos comum que seja causada pelos vírus da gripe (influenza), parainfluenza, enterovírus ou herpes. Na amigdalite associada a mononucleose infecciosa, o agente infeccioso mais comum é o vírus Epstein-Barr.

Os patógenos bacterianos comuns incluem os estreptococos beta-hemolíticos e outros estreptococos, sendo os estreptococos beta-hemolíticos do grupo A (GABHS) os mais comuns. Os GABHS são responsáveis por 15% a 30% de todos os casos de amigdalite aguda em crianças com idade entre 5 e 15 anos e 5% a 10% de todos os casos de amigdalite em adultos. Os estreptococos beta-hemolíticos do grupo C são a causa em cerca de 5% dos pacientes.[8] Causas bacterianas mais raras incluem *Mycoplasma pneumoniae* e *Neisseria gonorrhoeae*, as quais podem ser a causa em adolescentes sexualmente ativos (principalmente os praticantes de sexo oral).[1]

## Fisiopatologia

As vias inflamatórias locais causam tumefação orofaríngea, edema, eritema e dor. Raramente a tumefação pode progredir para o palato mole e para a úvula (uvulite) ou inferiormente para a região da supraglote (supraglotite).

## Classificação

### Classificação de acordo com a classe do patógeno

- Amigdalite viral: em sua maioria, os episódios são causados por vírus.
- Amigdalite bacteriana: 10% a 30% dos casos de amigdalite são causados por bactérias.[1]

## Prevenção primária

Não existem estratégias aceites para a prevenção primária da amigdalite aguda. Porém, acredita-se que, ao se limitar a exposição a portadores ou pacientes com amigdalite por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A (GABHS) é possível evitar infecção por GABHS, já que a taxa de transmissão de uma pessoa infectada para contatos próximos é de cerca de 35%. A antibioticoterapia tem um papel importante na prevenção da transmissão de GABHS nos casos de epidemia: após 24 horas de tratamento com penicilina, as culturas costumam ser negativas.[9] Os contactantes domiciliários devem ser avaliados quanto aos sintomas. Nada deve ser feito a menos que eles surjam. Os pacientes e os contactantes domiciliários devem ser aconselhados a evitar contato direto prolongado nos primeiros dias da faringite.

## Prevenção secundária

Os pacientes que já apresentaram um episódio de febre reumática devem receber profilaxia antibiótica para evitar a faringite por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A recorrente, que poderia resultar em febre reumática recorrente.[48]

## Caso clínico

### Caso clínico #1

Um garoto de 6 anos até então saudável apresenta início agudo de febre de 39 °C (102 °F), dor de garganta intensa exacerbada pela deglutição, cefaleia e mal-estar. No exame físico, suas amígdalas apresentavam vermelhidão e aumento simétrico com exsudato purulento. Ele apresenta linfonodos cervicais anteriores aumentados e doloridos, porém sem outras linfadenopatias nem esplenomegalia. Não tem coriza nem tosse e não apresenta dificuldade respiratória.

### Outras apresentações

A amigdalite pode ocorrer isoladamente ou como parte de uma faringite generalizada. A distinção clínica entre a amigdalite e a faringite não está clara na literatura, e a afecção é frequentemente denominada simplesmente de faringite aguda. A gravidade pode variar de uma faringite leve que responde bem a analgesia simples até uma faringite grave, que está associada a mal-estar significativo e redução da ingestão oral e requer hospitalização do paciente.

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

Embora a maioria das pessoas com amigdalite aguda não procure ajuda médica, essa afecção é um dos motivos mais comuns para se procurar cuidados médicos.

É geralmente observada em pessoas entre 5 e 15 anos de idade e ocorre mais no inverno e no começo da primavera em climas temperados.<sup>[7]</sup>

Os pacientes podem ter história de contato com pessoas infectadas, principalmente em instituições ou ambientes fechados (por exemplo, creche, escola, prisão).

### Diagnóstico clínico

É importante que se defina se o paciente tem amigdalite e não outra afecção potencialmente perigosa que causa faringite (como abscesso retrofaríngeo, epiglote aguda, infecção por vírus da imunodeficiência humana [HIV] ou mononucleose infecciosa) e se o quadro clínico geral do paciente ou qualquer comorbidade justifica novos exames para se determinar as causas da faringite e para as comorbidades.

Na vasta maioria dos pacientes, a amigdalite é uma afecção benigna autolimitada que não requer investigações, apenas o tratamento dos sintomas. Nesses pacientes, o diagnóstico é clínico; outras doenças mais graves devem ser descartadas com base na história e no exame físico.

Os pacientes com amigdalite estreptocócica aguda geralmente relatam início súbito da faringite e dor ao deglutir. A faringite é geralmente acompanhada de febre ( $>38\text{ °C}$  [ $>100.5\text{ °F}$ ]), e os pacientes podem apresentar cefaleia, dor abdominal, náuseas e vômitos. A ausência de tosse e coriza é mais característica de infecção bacteriana que de infecção viral.

O exame físico da garganta pode mostrar exsudato tonsilar e aumento e eritema das amígdalas. Pode haver linfadenopatia cervical anterior.

## Diferenciação clínica entre etiologia viral e estreptocócica

Em sua maioria, os pacientes com amigdalite aguda apresentam infecção viral; porém, em 15% a 30% das crianças e 5% a 10% dos adultos, a amigdalite aguda é causada por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A (GABHS).[8]

Sinais e sintomas individuais não podem ser usados para se diferenciar amigdalite por GABHS de outros tipos de faringite. Não há uma regra de predição clínica capaz de diagnosticar ou descartar definitivamente a faringite estreptocócica em crianças. Porém, um índice Centor  $\geq 3$  é uma regra de predição clínica bem calibrada para sugerir que há uma alta probabilidade de um paciente  $>14$  anos com amigdalite aguda apresentar infecção por GABHS.[10] [11]

Os critérios Centor são:

- História de febre acima de 38 °C (100.5 °F)
- Exsudato tonsilar
- Ausência de tosse
- Linfadenopatia cervical anterior sensível à palpação.

Se 3 ou 4 dos critérios Centor forem atendidos, o valor preditivo positivo é de 40% a 60%. A ausência de 3 ou 4 critérios Centor tem um valor preditivo negativo razoavelmente alto de 80% e é altamente improvável que um paciente com menos de 2 critérios apresente amigdalite por GABHS.

Pelo fato de não ser praticável testar todos os pacientes com faringite, faz sentido restringir o uso de exames microbiológicos para GABHS aos pacientes com alta probabilidade de GABHS, ou seja, aqueles que atenderem 3 ou 4 critérios Centor.

## Testes diagnósticos

Na rara ocasião em que o diagnóstico de infecção por GABHS precisar ser feito com precisão (ou seja, pacientes ou populações vulneráveis, tais como os que tiverem risco elevado de febre reumática), a infecção por GABHS pode ser diagnosticada pelo teste rápido de detecção do antígeno estreptocócico nos adultos e, nas crianças, esse teste deve ser associado a culturas faríngeas. O teste sorológico para detecção de estreptococos pode ser útil quando há suspeita de febre reumática.

O hemograma completo pode ser útil nos pacientes com suspeita de mononucleose infecciosa, imunocomprometidos ou com sinais ou sintomas de infecção grave ou sepse. Uma elevação na contagem leucocitária com neutrofilia é sugestiva de infecção bacteriana, enquanto uma elevação na contagem leucocitária com linfocitose e linfócitos atípicos é sugestiva de mononucleose infecciosa.

O teste de anticorpos heterófilos reativos também é útil para se descartar mononucleose infecciosa e é indicado para pacientes com sintomas persistentes, bem como para pacientes com linfadenopatia cervical posterior ou anterior.

Devem ser colhidas culturas vaginais e cervicais (ou penianas) e retais se houver motivo para suspeita de infecção faríngea gonocócica, principalmente em adolescentes sexualmente ativos, em particular os praticantes de sexo oral.

É indicado um teste da carga viral do HIV para os pacientes com risco de infecção por HIV que apresentem amigdalite persistente acompanhada de sintomas constitucionais intensos.



Deve-se realizar uma radiografia cervical de vista lateral, com exposição para tecidos moles, nos pacientes que não responderem ao tratamento, nos que apresentarem sintomas graves e/ou trismo significativo e nos pacientes com edema do pescoço.

## Fatores de risco

### Fracos

#### idade entre 5 e 15 anos

- A amigdalite aguda é mais comum entre as idades de 5 e 15 anos, mas pode ocorrer em qualquer idade.<sup>[7]</sup>

#### contato com pessoas infectadas em ambientes fechados (por exemplo, creche, escola, prisão)

- A amigdalite, seja viral ou bacteriana, é uma infecção que pode se disseminar pela exposição a uma pessoa infectada.

## Anamnese e exame físico

### Principais fatores de diagnóstico

#### presença de fatores de risco (comum)

- A amigdalite aguda é mais comum entre as idades de 5 e 15 anos, mas pode ocorrer em qualquer idade.<sup>[7]</sup> É predominantemente, mas não exclusivamente, uma doença que afeta crianças que frequentam a escola.<sup>[12]</sup> A amigdalite, seja viral ou bacteriana, é uma infecção que pode se disseminar pela exposição a uma pessoa infectada.

#### dor ao deglutir (comum)

- Geralmente não grave, mas, às vezes, pode causar redução significativa da ingestão, o que pode levar à hospitalização do paciente.<sup>[12]</sup>

#### febre (>38 °C [>100.5 °F]) (comum)

- Muitos pacientes com amigdalite aguda têm temperatura alta.<sup>[4]</sup> Um dos critérios Centor é história de febre acima de 38 °C (100.5 °F). Três dos quatro critérios Centor representam uma probabilidade maior de infecção bacteriana.

#### exsudato tonsilar (comum)

- Os pacientes com amigdalite aguda, principalmente quando causada por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A, frequentemente apresentam exsudato purulento na superfície tonsilar.<sup>[7]</sup> O exsudato tonsilar é um dos critérios Centor. Três dos quatro critérios Centor representam uma probabilidade maior de infecção bacteriana. No entanto, os exsudatos tonsilares também são proeminentes na mononucleose infecciosa.

### Outros fatores de diagnóstico

#### início súbito de faringite (comum)



- Um início súbito de faringite é sugestivo de um processo infeccioso.[12]

### **cefaleia (comum)**

- Sintoma inespecífico do processo infeccioso agudo.

### **dor abdominal (comum)**

- Por vezes, pode resultar no falso diagnóstico de gastroenterite e (raramente) pode até mimetizar um abdome agudo.[12]

### **náuseas e vômitos (comum)**

- Sintomas inespecíficos, mas podem resultar no falso diagnóstico de gastroenterite, se forem muito acentuados.[12]

### **presença de tosse ou coriza (comum)**

- Sugere infecção viral do trato respiratório superior. A ausência de tosse é um critério Centor. Três dos quatro critérios Centor representam uma probabilidade maior de infecção bacteriana.

### **eritema tonsilar (comum)**

- Sinal comum na apresentação.

### **aumento tonsilar (comum)**

- Sinal comum na apresentação.

### **aumento dos linfonodos cervicais anteriores (comum)**

- Linfonodos cervicais anteriores edemaciados e doloridos são uma característica comum da amigdalite aguda (principalmente na amigdalite bacteriana causada por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A).[7] A adenopatia cervical é um dos critérios Centor. Três dos quatro critérios Centor representam uma probabilidade maior de infecção bacteriana.

## **Exames diagnóstico**

### **Primeiros exames a serem solicitados**

<b>Exame</b>	<b>Resultado</b>
<b>cultura faríngea</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O exame quanto à presença de bactérias não é absolutamente necessário, embora seja feito rotineiramente em algumas partes dos EUA (com mais frequência que na maior parte do resto do mundo).</li> <li>• A cultura faríngea é o exame padrão para o diagnóstico definitivo de amigdalite bacteriana; porém, a demora dos resultados (geralmente mais de 48 horas) limita sua utilidade como primeiro exame.</li> <li>• Se a cultura for feita em meio de Thayer-Martin, também pode haver crescimento de <i>Neisseria gonorrhoeae</i>.</li> </ul>	<b>cultura do patógeno</b>

Exame	Resultado
<b>teste rápido de detecção do antígeno estreptocócico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>A sensibilidade é menor que com a cultura, mas tem o benefício de fornecer resultados imediatos.</li> <li>Esse exame deve ser realizado em crianças com mais de 3 anos e adultos com alta probabilidade de infecção por GABHS, conforme avaliação por pelo menos 3 critérios Centor. Devido a seu valor diagnóstico negativo menor, um resultado negativo pode precisar de confirmação com uma cultura faríngea negativa em todas as idades.[13] [14] [15]</li> </ul>	<b>identificação de estreptococos beta-hemolíticos do grupo A (GABHS)</b>

## Exames a serem considerados

Exame	Resultado
<b>teste sorológico para estreptococos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pode ser útil quando houver suspeita de febre reumática.</li> <li>São medidos os títulos de anticorpos antiestreptolisina O (ASO), antidesoxirribonuclease B ou outros títulos de anticorpos antiestreptocócicos (por exemplo, hialuronidase, estreptoquinase ou desidrogenase do ácido nicotínico). Porém, ocorre um aumento diagnóstico após 2 ou 3 semanas, o que limita sua utilidade.</li> </ul>	<b>considerado positivo se apresentar um aumento de 4 vezes nos títulos de anticorpos</b>
<b>contagem leucocitária total e diferencial</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Útil para os pacientes com suspeita de mononucleose infecciosa, imunocomprometidos ou com sinais ou sintomas de infecção grave ou sepse.</li> <li>Uma elevação na contagem leucocitária com neutrofilia é sugestiva de infecção bacteriana, enquanto uma elevação na contagem leucocitária com linfocitose e linfócitos atípicos é sugestiva de mononucleose infecciosa.</li> </ul>	<b>pode mostrar elevação na contagem de neutrófilos e/ou linfócitos</b>
<b>anticorpos heterófilos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deve ser realizado nos pacientes com sintomas persistentes e nos pacientes com linfadenopatia cervical posterior assim como anterior.</li> <li>Os resultados falso-negativos em adultos correspondem a cerca de 25% dos resultados na primeira semana dos sintomas, mas posteriormente são inferiores. A sensibilidade é ainda mais baixa em crianças.[16]</li> </ul>	<b>podem mostrar a presença de anticorpos heterófilos conforme detectado pelo teste Monospot ou outros testes diagnósticos rápidos</b>
<b>culturas vaginais e cervicais (ou penianas) e retais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Devem ser realizadas nos pacientes com suspeita de faringite gonocócica, principalmente os praticantes de sexo oral.</li> </ul>	<b>podem exibir cultura positiva (em meio de Thayer-Martin) para Neisseria gonorrhoeae</b>
<b>teste da carga viral do vírus da imunodeficiência humana (HIV)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>É indicado para os pacientes com infecção persistente e sintomas constitucionais intensos (mal-estar, cansaço, perda de peso, linfadenopatia generalizada).</li> </ul>	<b>pode mostrar <math>\geq 10,000</math> cópias/mL</b>
<b>radiografia cervical de vista lateral, com exposição dos tecidos moles</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deve ser realizada nos pacientes que não melhoram, pacientes que apresentam sintomas graves e/ou trismo significativo e pacientes com edema do pescoço.</li> </ul>	<b>pode mostrar aumento dos tecidos moles orofaríngeos posteriores e retrofaríngeos</b>

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Mononucleose infecciosa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mais comum em grupos com idade ligeiramente avançada (adolescentes) e, ao contrário da amigdalite aguda, não remite após 1 semana.</li> <li>Está associada a linfadenopatia generalizada, esplenomegalia, hepatomegalia, perda de peso persistente e fadiga.</li> <li>Raramente o edema dos tecidos faríngeos pode tornar-se tão significativo a ponto de prejudicar a respiração.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O teste para anticorpos heterófilos é o mais usado para diagnosticar mononucleose infecciosa. Porém, ele tem sensibilidade apenas moderada, principalmente na primeira semana dos sintomas; a sensibilidade é ainda menor nas crianças em comparação com os adultos.<sup>[16]</sup></li> </ul>
<b>Epiglote</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uma criança com epiglote apresenta voz abafada e sialorreia, e pode apresentar estridor e dificuldade respiratória.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quando há suspeita de epiglote, é importante não perder tempo com exames de sangue nem tentando examinar a garganta da criança: é essencial que haja a consulta imediata com um anestesista pediátrico para proteger as vias aéreas.</li> </ul>
<b>Abscesso peritonsilar (esquinência)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Causa sintomas mais graves, inclusive trismo, voz abafada, úvula deslocada e aumento e deslocamento da amígdala com inchaço da região peritonsilar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O diagnóstico baseia-se no exame físico da orofaringe e é confirmado com aspiração por agulha do pus do inchaço peritonsilar.</li> </ul>
<b>Abscesso retrofaríngeo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os sintomas podem ser semelhantes aos da faringite grave.</li> <li>No entanto, os sintomas não remitem após alguns dias e pode haver trismo ou edema visível do pescoço.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A proteína C-reativa elevada pode ser um fator predisponente.<sup>[17]</sup></li> <li>A exclusão é feita com base na radiografia cervical lateral, tomografia computadorizada (TC) cervical ou ultrassonografia.</li> </ul>
<b>Faringite gonocócica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes adolescentes e adultos com história de sexo oral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cultura faríngea (em meio de Thayer-Martin) de <i>Neisseria gonorrhoeae</i>.</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Difteria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O exame da orofaringe revela uma membrana verde acinzentada característica.</li> <li>Nota-se secreção nasal serossanguínea.</li> <li>Paciente não imunizado contra difteria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Análise microbiológica positiva para <i>Corynebacterium diphtheriae</i>.</li> </ul>
<b>Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os pacientes com infecção primária por HIV têm maior probabilidade de apresentar linfadenopatia generalizada, perda de peso e mal-estar, e de ter fatores de risco para infecção por HIV.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O diagnóstico é feito por um teste de HIV positivo.</li> </ul>

## Critérios de diagnóstico

### Critérios Centor<sup>[18]</sup>

Os critérios Centor fornecem uma indicação da probabilidade de uma faringite ser causada por infecção bacteriana. Os critérios são:

- Exsudato tonsilar
- Adenopatia cervical anterior sensível à palpação
- História de febre acima de 38 °C (100.5 °F)
- Ausência de tosse.

Se 3 ou 4 dos critérios Centor forem atendidos, o valor preditivo positivo é de 40% a 60%. A ausência de 3 ou 4 critérios Centor tem um valor preditivo negativo razoavelmente alto de 80%.

### Índice estreptocócico<sup>[7]</sup>

O índice estreptocócico fornece uma indicação da probabilidade de uma faringite ser causada por infecção por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A (GABHS). Os critérios são:

- Idade entre 5 e 15 anos
- Estação do ano (final do outono, inverno, início da primavera)
- Febre ( $\geq 38.3$  °C [ $\geq 101$  °F])
- Linfadenopatia cervical
- Exsudato, edema ou eritema faríngeo
- Ausência de sintomas de uma infecção viral do trato respiratório superior (conjuntivite, rinorreia ou tosse).

Se 5 critérios forem atendidos, é predito que 59% das crianças tenham uma cultura positiva para GABHS; se 6 critérios forem atendidos, espera-se que 75% das crianças tenham cultura positiva.

## Abordagem passo a passo do tratamento

É importante que se defina se o paciente tem amigdalite aguda e não outra afecção potencialmente perigosa que causa faringite (como abscesso retrofaríngeo ou epiglote aguda) ou se o paciente tem alguma comorbidade (como infecção por vírus da imunodeficiência humana [HIV] ou mononucleose infecciosa). Também é importante que se decida se o quadro clínico geral do paciente ou qualquer comorbidade justifica a realização de novos exames e/ou uso de antibióticos. Nos pacientes com dificuldade respiratória, disfagia total ou incapacidade de controlar suas secreções, podem ser indicadas internação para hidratação intravenosa, analgesia e antibioticoterapia, bem como nova visualização e exame de imagem das vias aéreas.

Nas pessoas vulneráveis (por exemplo, lactentes, idosos com idade muito avançada ou pacientes imunossuprimidos ou imunocomprometidos), a amigdalite pode ter uma evolução mais intensa. Pode ser aconselhável o uso de antibioticoterapia e/ou internação hospitalar por um breve período.

### Analgésicos

Na maioria dos casos, a amigdalite aguda é uma doença viral autolimitada que requer apenas tratamento analgésico:

- Pode-se usar paracetamol para alívio dos sintomas.<sup>1</sup>[B]Evidence
- Uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), incluindo aspirina,<sup>[19]</sup> 2[B]Evidence [20] embora a aspirina não deva ser usada em crianças devido à possibilidade de síndrome de Reye.
- Os pacientes em casa também podem usar medicações de aplicação tópica para alívio de sua faringite: Essas medicações podem incluir lidocaína tópica ou outro analgésico ou pastilhas antissépticas de leve intensidade, sprays orais, géis e enxaguantes bucais, inclusive enxágue bucal com solução salina morna. Embora não haja evidência de que essas medicações possam reduzir a duração da faringite, existe evidência limitada de que elas oferecem alívio dos sintomas em alguns pacientes.<sup>[21]</sup> [22]

### Uso de antibióticos

Há divergência sobre o uso de antibióticos no tratamento dos 5% a 10% dos adultos e 10% a 30% das crianças com amigdalite que apresentam infecção por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A (GABHS). Os argumentos teóricos em favor do uso de antibióticos são que eles têm o potencial de:

- Reduzir a duração e a gravidade dos sintomas
- Evitar complicações supurativas e não supurativas
- Impedir a transmissão da infecção.

Foi observado que os antibióticos conferem benefícios relativos no tratamento da faringite em comparação com placebo, mas os benefícios absolutos são modestos. Uma revisão Cochrane concluiu que o uso de antibióticos resulta na redução da duração dos sintomas em cerca de 16 horas na primeira semana, sendo o número de pessoas com faringite que precisam de tratamento no dia 3 (número necessário para tratar [NNT]) de 3.7 naqueles pacientes com swab faríngeo positivo para *Streptococcus*.<sup>[23]</sup> Como há uma possível indicação de antibioticoterapia em casos de amigdalite por GABHS, mas não há para amigdalite viral, o uso de antibióticos deve ser limitado aos pacientes com confirmação de amigdalite por GABHS. Nos pacientes com confirmação de amigdalite por GABHS, o uso de antibióticos seria potencialmente justificado, considerando-se que, se não forem iniciados

precocemente, sua eficácia é diminuída quanto à redução dos sintomas e, após 9 dias do início dos sintomas, quanto à prevenção da febre reumática.[24]

O uso de antibióticos no primeiro momento e sem a necessidade de outros testes é indicado para os pacientes com afecção crítica ou provenientes de populações vulneráveis onde é alta a suscetibilidade à febre reumática aguda (por exemplo, África do Sul, comunidades indígenas australianas, comunidades maori da Nova Zelândia, Filipinas e muitos países em desenvolvimento).

Um índice Centor  $\geq 3$  pode ser uma regra decisória para a consideração de antibióticos, mas estes devem ser usados com cautela em cenário de baixa prevalência de faringite por GABHS, como na atenção primária.[11]

Muitos pacientes não respondem ao tratamento com penicilina devido a, por exemplo, inobservância terapêutica, reinfecção, presença de bactérias anaeróbias e aeróbias produtoras de betalactamases que "protegem" os GABHS da penicilina e devido à ausência de organismos interferentes (ou seja, antagonistas).

## Escolha do antibiótico

A penicilina continua a recomendar-se como primeira escolha mesmo considerando-se a taxa de complicação, o custo, a resistência e as evidências insuficientes de diferenças clinicamente significativas entre os antibióticos para amigdalite por GABHS, especialmente em países de alta renda. Mais evidências são necessárias nas comunidades de baixa renda e aborígenes, onde o risco de complicações é alto.[25] A opção de escolha é a penicilina VK por via oral durante 10 dias.[25] [26] Para os pacientes incapazes de concluir um ciclo oral de 10 dias, pode-se administrar uma dose única intramuscular de benzilpenicilina benzatina.

Para os pacientes alérgicos à penicilina, um macrolídeo (por exemplo, eritromicina, azitromicina, claritromicina), uma cefalosporina (por exemplo, cefalexina, cefadroxila) ou clindamicina são alternativas adequadas.[27]

Existem algumas evidências de que um ciclo mais curto de antibióticos pode ser igualmente eficaz nas crianças. No entanto, não se defende o uso de ciclos curtos nas populações com alta incidência de febre reumática.3[A]Evidence

## Corticosteroides

Nos pacientes com sinais e sintomas graves, uma dose única de dexametasona intramuscular reduz os sintomas mais rapidamente que o placebo.[28] [19] [29] [30] 4[B]Evidence Na prática, isso é indicado para adultos e crianças acima de 12 anos que já estejam recebendo antibióticos e apresentem incapacidade quase completa de ingestão oral e/ou sinais e sintomas de obstrução das vias aéreas. As evidências têm demonstrado eficácia de uma dose única de corticosteroides orais no alívio da dor, mesmo na ausência de antibióticos.[31] [32]

## Tonsilectomia

Pode-se considerar a tonsilectomia nos pacientes cujos sintomas de amigdalite sejam recorrentes e que não se tornam menos frequentes com o passar do tempo e para os quais não haja outra explicação para os sintomas recorrentes.[33] 5[C]Evidence Nas crianças, a tonsilectomia pode reduzir a duração (dias) e o número de episódios de faringite no primeiro ano.[34] Foi reportado maior benefício nas crianças mais gravemente afetadas.[35] A tonsilectomia também é indicada para as crianças com outros fatores de

exacerbação, como apneia obstrutiva do sono, abscesso peritonsilar e síndrome PFAPA (febre periódica, estomatite aftosa, faringite e adenite cervical).[36] 6[B]Evidence A tonsilectomia parcial parece ter uma eficácia similar, com menos dor e sangramento pós-operatórios. No entanto, são necessários mais dados para estabelecer quais pacientes se beneficiam ao máximo com este procedimento.[39] [40]

## Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo		( resumo )
<b>amigdalite aguda não causada por infecção por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A</b>		
	1a	analgésicos
<b>amigdalite aguda causada por infecção por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A</b>		
	1a	analgésicos
	adjunto	antibioticoterapia
	adjunto	corticosteroides
Em curso		( resumo )
<b>episódios recorrentes de amigdalite</b>		
	1a	tonsilectomia



## Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

### Agudo

**amigdalite aguda não causada por infecção por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A**

#### 1a analgésicos

##### Opções primárias

» **paracetamol**: crianças: 10-15 mg/kg oralmente a cada 4-6 horas quando necessário, máximo 75 mg/kg/dia; adultos: 500-1000 mg oralmente a cada 4-6 horas quando necessário, máximo 4000 mg/dia

##### OU

» **ibuprofeno**: crianças: 5-10 mg/kg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 40 mg/kg/dia; adultos: 200-400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

##### OU

» **aspirina**: adultos: 300-600 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

##### OU

» **naproxeno**: adultos: 250-500 mg por via oral a cada 12 horas quando necessário, máximo de 1250 mg/dia

##### OU

» **celecoxibe**: adultos: 100-200 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário

» Pode-se usar paracetamol para alívio dos sintomas.<sup>1[B]Evidence</sup>

» Uma alternativa é o uso de AINEs, inclusive aspirina.<sup>[19] [20] 2[B]Evidence</sup> Porém, a aspirina não deve ser usada em crianças devido à possibilidade de síndrome de Reye.

» Os pacientes em casa também podem usar medicações tópicas para o alívio da faringite: essas medicações podem ser lidocaína tópica

## Agudo

ou outro analgésico ou pastilhas antissépticas de leve intensidade, sprays orais, géis e enxaguantes bucais, inclusive enxágue bucal com solução salina morna. Embora não haja evidência de que essas medicações possam reduzir a duração da faringite, existe evidência limitada de que elas oferecem alívio dos sintomas em alguns pacientes.<sup>[21] [22]</sup>

### amigdalite aguda causada por infecção por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A

#### 1a analgésicos

##### Opções primárias

» **paracetamol**: crianças: 10-15 mg/kg oralmente a cada 4-6 horas quando necessário, máximo 75 mg/kg/dia; adultos: 500-1000 mg oralmente a cada 4-6 horas quando necessário, máximo 4000 mg/dia

##### OU

» **ibuprofeno**: crianças: 5-10 mg/kg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 40 mg/kg/dia; adultos: 200-400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

##### OU

» **aspirina**: adultos: 300-600 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

##### OU

» **naproxeno**: adultos: 250-500 mg por via oral a cada 12 horas quando necessário, máximo de 1250 mg/dia

##### OU

» **celecoxibe**: adultos: 100-200 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário

» Pode-se usar paracetamol para alívio dos sintomas.<sup>1[B]Evidence</sup>

» Uma alternativa é o uso de AINEs, inclusive aspirina.<sup>[19] [20] 2[B]Evidence</sup> Porém, a aspirina não deve ser usada em crianças devido à possibilidade de síndrome de Reye.

## Agudo

» Os pacientes em casa também podem usar medicações tópicas para o alívio da faringite: essas medicações podem ser lidocaína tópica ou outro analgésico ou pastilhas antissépticas de leve intensidade, sprays orais, géis e enxaguantes bucais, inclusive enxágue bucal com solução salina morna. Embora não haja evidência de que essas medicações possam reduzir a duração da faringite, existe evidência limitada de que elas oferecem alívio dos sintomas em alguns pacientes.<sup>[21] [22]</sup>

### adjunto **antibioticoterapia**

Tratamento recomendado para **ALGUNS** dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **fenoximetilpenicilina**: crianças ≤27 kg: 250 mg por via oral duas a três vezes ao dia por 10 dias; crianças >27 kg e adultos: 500 mg por via oral duas a três vezes ao dia por 10 dias

**OU**

» **benzilpenicilina benzatina**: crianças ≤27 kg: 600,000 unidades por via intramuscular em dose única; crianças >27 kg e adultos: 1.2 milhão de unidades por via intramuscular em dose única

**OU**

» **amoxicilina**: crianças: 50 mg/kg/dia por via oral administrados em 2 doses fracionadas por 10 dias, máximo de 1000 mg/dia; adultos: 875 mg por via oral duas vezes ao dia por 10 dias

#### Opções secundárias

» **azitromicina**: crianças: 12 mg/kg por via oral uma vez ao dia por 5 dias, máximo de 500 mg/dia; adultos: 500 mg por via oral uma vez ao dia por 5 dias

**OU**

» **claritromicina**: crianças: 15 mg/kg/dia por via oral administrados em doses fracionadas a cada 12 horas por 10 dias, máximo de 500 mg/dia; adultos: 250 mg por via oral duas vezes ao dia por 10 dias

**OU**

**Agudo**

» **eritromicina base**: crianças: 25-50 mg/kg/dia por via oral administrados em doses fracionadas a cada 6 horas por 10 dias, máximo de 2000 mg/dia; adultos: 250-500 mg por via oral quatro vezes ao dia por 10 dias

**OU**

» **cefalexina**: crianças: 25-50 mg/kg/dia por via oral administrados em doses fracionadas a cada 12 horas por 10 dias, máximo de 1000 mg/dia; adultos: 500 mg por via oral duas vezes ao dia por 10 dias

**OU**

» **cefadroxila**: crianças: 30 mg/kg/dia por via oral administrados em 1-2 doses fracionadas por 10 dias, máximo de 1000 mg/dia; adultos: 1000 mg/dia por via oral administrados em 1-2 doses fracionadas por 10 dias

**OU**

» **clindamicina**: crianças: 20 mg/kg/dia por via oral administrados em doses fracionadas a cada 8 horas por 10 dias, máximo de 1800 mg/dia; adultos: 300-600 mg por via oral a cada 8 horas por 10 dias

» Os antibióticos são indicados para os pacientes com infecção por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A confirmada por teste de antígeno e/ou culturas faríngeas.

» Os antibióticos também são indicados para os pacientes com afecção crítica ou provenientes de populações vulneráveis onde é alta a suscetibilidade à febre reumática aguda (por exemplo, África do Sul, comunidades indígenas australianas, comunidades maori da Nova Zelândia, Filipinas e muitos países em desenvolvimento).

» Os pacientes que não são alérgicos à penicilina podem receber fenoximetilpenicilina. Uma única injeção intramuscular de benzilpenicilina benzatina pode ser usada em pacientes incapazes de concluir um ciclo de antibioticoterapia.

» Geralmente, o ciclo de tratamento oral dura 10 dias. As opções para os pacientes alérgicos à penicilina são um macrolídeo (por exemplo, eritromicina, azitromicina, claritromicina), uma cefalosporina (por exemplo, cefalexina,

## Agudo

### adjunto

cefadroxila) ou a clindamicina. Para os pacientes com risco de maior inobservância terapêutica, um ciclo curto de azitromicina em altas doses tem eficácia e taxas de remissão bacteriológica comparáveis.[23] [41]

### corticosteroides

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **fosfato sódico de dexametasona**: crianças >12 anos de idade e adultos: 10 mg por via intramuscular/intravenosa em dose única

» Nos pacientes com sinais e sintomas graves (como edema orofaríngeo significativo e limitação das vias aéreas superiores), uma dose única de dexametasona por via intramuscular ou intravenosa reduz os sintomas mais rapidamente que o placebo.[19] [29] [30] 4[B]Evidence Na prática, isso é indicado para adultos e crianças >12 anos que já estejam recebendo antibióticos e apresentem incapacidade quase completa de ingestão oral e/ou sinais e sintomas de obstrução das vias aéreas.

## Em curso

### episódios recorrentes de amigdalite

#### 1a

#### tonsilectomia

» Em geral, beneficiam-se da tonsilectomia os pacientes para os quais não haja outra explicação para os sintomas recorrentes e pacientes com episódios graves cuja frequência seja de mais de 7 por ano durante um ano, 5 por ano durante 2 anos ou 3 por ano durante 3 anos. A tonsilectomia também é indicada para as crianças com outros fatores de exacerbação, como apneia obstrutiva do sono, abscesso peritonsilar e síndrome PFAPA (febre periódica, estomatite aftosa, faringite e adenite cervical).[33] [36] 6[B]Evidence 5[C]Evidence

## Novidades

### Probióticos

Teoricamente, a colonização da orofaringe com cepas não patogênicas da espécie *Streptococcus* poderia reduzir a incidência de amigdalite bacteriana recorrente. Há algumas indicações de que o grupo de estreptococos beta-hemolíticos do grupo A (GABHS) causa menos episódios de amigdalite em crianças tratadas com probióticos orais, mas são necessários estudos randomizados e controlados por placebo para estabelecer sua eficácia.[42] A adição de probióticos ao tratamento com penicilina em pacientes com amigdalite aguda não demonstrou reduzir a gravidade dos sintomas ou diminuir a duração da doença.[43]

## Recomendações

### Monitoramento

Para os pacientes com sintomas que não remitem após 7 dias, pode ser necessário um parecer otorrinolaringológico e/ou novos testes. Não é necessário o acompanhamento de rotina com culturas faríngeas dos pacientes que receberam um ciclo completo de antibióticos. No entanto, uma cultura de acompanhamento pode ser adequada para os pacientes com história de febre reumática e para aqueles que apresentarem faringite aguda durante os surtos da febre reumática aguda ou da glomerulonefrite pós-estreptocócica aguda. A cultura de acompanhamento também pode ser adequada durante os surtos de faringite por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A em comunidades fechadas.

### Instruções ao paciente

Os pacientes com faringite devem tomar paracetamol ou ibuprofeno regularmente para alívio da dor, bem como usar medicações tópicas para o alívio da faringite: essas medicações podem incluir pastilhas, sprays orais, géis e enxaguantes bucais que amaciam a garganta e oferecem certo alívio da dor. Embora não haja evidência de que essas medicações possam reduzir a duração da faringite, alguns pacientes as consideram úteis. O paciente deve procurar seu médico: se a dor não melhorar após 3 dias, se tiver febre acima de 38.3 °C (>101 °F), se a deglutição piorar a ponto de ser difícil engolir saliva ou líquidos ou se ocorrer qualquer dificuldade respiratória. Da mesma forma, o paciente deve procurar o médico se apresentar edema faríngeo ou cervical unilateral.

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>escarlatina</b>	<b>curto prazo</b>	<b>média</b>
<p>Rash eritematoso difuso, uma manifestação da reatividade cutânea do tipo tardia à exotoxina pirogênica (toxina eritrogênica, geralmente dos tipos A, B ou C) produzida pela espécie <i>Streptococcus</i>.</p> <p>Tipicamente, o rash sofre branqueamento com pressão e apresenta diversas pápulas pequenas. Geralmente começa na cabeça e no pescoço e está associado a palidez da região perioral e língua em morango. Posteriormente ele se dissemina para o tronco, não atinge as palmas das mãos nem as solas dos pés, e é mais acentuado nas dobras cutâneas.</p>		
<b>sinusite aguda</b>	<b>curto prazo</b>	<b>média</b>
<p>Embora seja uma complicação rara (ocorre em 0.4% dos pacientes não tratados nos primeiros 14 dias após a faringite), foi demonstrado que os antibióticos reduzem o risco de sinusite aguda.<sup>8[A]</sup><a href="#">Evidence</a></p>		
<b>otite média aguda</b>	<b>curto prazo</b>	<b>média</b>
<p>Complicação benigna autolimitada comum da amigdalite aguda. Os antibióticos reduzem o risco de otite média aguda em cerca de um terço em comparação com o risco de otite média aguda nos pacientes que não receberam antibióticos.<sup>[24]</sup></p>		



Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>abscesso cervical ou peritonsilar</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
<p>O risco de abscesso peritonsilar (esquinência) em estudos é de cerca de 2% nos primeiros 2 meses após um episódio de amigdalite aguda. Os antibióticos reduzem o risco de abscesso peritonsilar para cerca de um sexto desse nível.<sup>[24] [44]</sup> Uma revisão Cochrane encontrou evidências de qualidade muito baixa de que a incisão e drenagem dos abscessos peritonsilares pode estar associada com uma chance menor de recorrência do que com a aspiração por agulha.<sup>[45]</sup></p> <p>Os sintomas característicos de abscesso retrofaríngeo incluem picos de febre, dor cervical (sobretudo no movimento) ou torcicolo, e disfagia.</p>		
<b>febre reumática aguda</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
<p>Uma complicação autoimune extremamente rara (&lt;1:100,000), mas potencialmente grave da amigdalite estreptocócica aguda.<sup>[46]</sup> Ela manifesta-se com artrite, cardite, coreia, nódulos subcutâneos e eritema marginado.</p> <p>Embora tenha desaparecido nos países desenvolvidos, é causa de morbidade e mortalidade significativas nos países em desenvolvimento.</p> <p>Foi demonstrado que o uso de antibióticos pode preveni-la. Porém, sua baixa incidência não justifica o uso rotineiro em populações de baixo risco (isto é, em países desenvolvidos).<sup>[24] 9[A]Evidence</sup></p>		
<b>glomerulonefrite pós-estreptocócica aguda</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
<p>Complicação autoimune extremamente rara (em países desenvolvidos) da faringite estreptocócica associada a cepas nefritogênicas específicas do estreptococo do grupo A (tipos 12 e 49), a qual se manifesta com hematúria e edema. Não há evidências de que a antibioticoterapia pode evitá-la.<sup>[24]</sup></p>		
<b>síndrome do choque tóxico estreptocócico</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
<p>Doença muito rara, mas com risco de vida, caracterizada por falência múltipla de órgãos rapidamente progressiva e choque associados a uma reação inflamatória exagerada aos antígenos dos estreptococos.</p> <p>Não está clara a correlação entre a amigdalite por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A e uma possível prevenção com antibióticos.</p>		
<b>síndrome PANDAS (transtornos neuropsiquiátricos pediátricos autoimunes associados a infecções estreptocócicas)</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
<p>Não está clara a relação entre o transtorno obsessivo-compulsivo ou tiques/síndrome de Tourette na infância e infecção estreptocócica do grupo A prévia. A síndrome PANDAS é controversa e não está listada como doença neuropsiquiátrica no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Sua existência não é totalmente aceita.<sup>[47]</sup></p>		

## Prognóstico

A amigdalite aguda é uma doença infecciosa aguda autolimitada que normalmente remite por completo dentro de 1 semana sem sequelas.<sup>7</sup>[\[A\]Evidence](#)

No entanto, alguns pacientes podem apresentar amigdalites recorrentes; nesses casos, pode-se considerar a tonsilectomia.

Nas pessoas vulneráveis (por exemplo, lactentes, idosos com idade muito avançada ou pacientes imunossuprimidos ou imunocomprometidos), a amigdalite pode ter uma evolução mais intensa. Pode ser aconselhável o uso de antibioticoterapia e/ou internação hospitalar por um breve período.

Muito raramente (mais comumente nos países em desenvolvimento), a amigdalite aguda pode estar associada a significativas complicações supurativas (como abscesso cervical) e não supurativas (como febre reumática ou glomerulonefrite aguda).

## Diretrizes de diagnóstico

### Europa

#### Clinical practice guideline: tonsillitis I. Diagnostics and nonsurgical management

**Publicado por:** National Working Group of Medical Societies

**Última publicação em:**  
2016

#### Management of sore throat and indications for tonsillectomy

**Publicado por:** Scottish Intercollegiate Guidelines Network

**Última publicação em:**  
2010

#### Respiratory tract infections (self-limiting): prescribing antibiotics

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicação em:**  
2008

### América do Norte

#### A guide to utilization of the microbiology laboratory for diagnosis of infectious diseases

**Publicado por:** Infectious Diseases Society of America; American Society for Microbiology

**Última publicação em:**  
2013

#### Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis

**Publicado por:** Infectious Diseases Society of America

**Última publicação em:**  
2012

## Diretrizes de tratamento

### Europa

#### Clinical practice guideline: tonsillitis I. Diagnostics and nonsurgical management

**Publicado por:** National Working Group of Medical Societies

**Última publicação em:**  
2016

#### Clinical practice guideline: tonsillitis II. Surgical management

**Publicado por:** National Working Group of Medical Societies

**Última publicação em:**  
2016

#### Management of sore throat and indications of tonsillectomy

**Publicado por:** Scottish Intercollegiate Guidelines Network

**Última publicação em:**  
2010

## Europa

### Respiratory tract infections (self-limiting): prescribing antibiotics

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicação em:**  
2008

## América do Norte

### Principles of judicious antibiotic prescribing for upper respiratory tract infections in pediatrics

**Publicado por:** American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases

**Última publicação em:**  
2013

### Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis

**Publicado por:** Infectious Diseases Society of America

**Última publicação em:**  
2012

### Clinical practice guideline: tonsillectomy in children

**Publicado por:** Academy of Otolaryngology

**Última publicação em:**  
2011

## Nível de evidência

1. Melhora sintomática: há evidências de qualidade moderada de que o paracetamol é mais eficaz que o placebo na redução da dor na faringite.

**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

2. Melhora sintomática: há evidências de qualidade moderada de que os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) são mais eficazes que o placebo na redução dos sintomas da faringite em 24 horas até 5 dias.

**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

3. Prevenção de complicações supurativas e não supurativas: há evidências de alta qualidade de que 3 a 6 dias de antibióticos orais tiveram eficácia semelhante a 10 dias de tratamento em crianças com faringite estreptocócica aguda. Nos países com baixos índices de febre reumática, o uso de ciclos curtos de antibióticos parece ser seguro e eficaz nas crianças com faringite estreptocócica aguda, embora essa recomendação deva ser tratada com cautela nas áreas com alta prevalência de doença reumática cardíaca.[\[23\]](#)

**Nível de evidência A:** Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

4. Redução dos sintomas: há evidências de qualidade moderada de que uma injeção única de dexametasona nos pacientes com faringite exsudativa aguda grave ocasiona melhora estatística e clinicamente significativa dos sintomas (início mais rápido e maior grau de alívio da dor que o placebo).[\[29\]](#)

**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

5. Redução da frequência de episódios: há evidências de baixa qualidade de que, comparada à não realização de cirurgia, a tonsilectomia pode ser mais eficaz na redução da frequência e duração da faringite em 5 a 6 meses, mas seus efeitos em longo prazo são desconhecidos.

**Nível de evidência C:** Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

6. Redução da frequência de episódios: há evidências de qualidade moderada de que, comparada ao tratamento não cirúrgico, a tonsilectomia pode reduzir consultas médicas, a frequência de episódios de amigdalite em crianças e, como resultado, a ausência na escola e no trabalho decorrentes de amigdalite.[\[37\]](#) [\[38\]](#)

**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

7. Desaparecimento dos sintomas sem antibioticoterapia: há evidências de alta qualidade de que, nos pacientes que não receberam antibioticoterapia em estudos randomizados controlados com placebo, os sintomas de faringite desapareceram em cerca de 40% e a febre desapareceu em aproximadamente 85% dos pacientes após 3 dias; no dia 7, 82% estavam assintomáticos.[\[24\]](#)

**Nível de evidência A:** Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

8. Prevenção da sinusite aguda: há evidências de alta qualidade de que os antibióticos reduzem o risco de a amigdalite evoluir para sinusite aguda (risco relativo [RR] 0.48, intervalo de confiança [IC] de 95% 0.08 a 2.76).[\[24\]](#)

**Nível de evidência A:** Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

9. Prevenção de complicações supurativas e não supurativas: há evidências de alta qualidade, a partir de estudos controlados com placebo, de que a prevenção de complicações supurativas e não supurativas com o uso de antibióticos pode ser conseguida apenas ao tratar um grande número de pessoas, sendo que a maioria não se beneficiará. A situação pode ser diferente em economias emergentes, onde os índices de febre reumática aguda são altos.[\[24\]](#)

**Nível de evidência A:** Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

## Artigos principais

- Shaikh N, Swaminathan N, Hooper EG, et al. Accuracy and precision of the signs and symptoms of streptococcal pharyngitis in children: a systematic review. *J Pediatr*. 2012 Mar;160(3):487-93. [Resumo](#)
- Aalbers J, O'Brien KK, Chan WS, et al. Predicting streptococcal pharyngitis in adults in primary care: a systematic review of the diagnostic accuracy of symptoms and signs and validation of the Centor score. *BMC Med*. 2011 Jun 1;9:67 [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Altamimi S, Khalil A, Khalaiwi KA, et al. Short-term late-generation antibiotics versus longer term penicillin for acute streptococcal pharyngitis in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; (8):CD004872. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (11):CD000023. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Burton MJ, Glasziou PP, Chong LY, et al. Tonsillectomy or adenotonsillectomy versus non-surgical treatment for chronic/recurrent acute tonsillitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(11):CD001802. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Windfuhr JP, Toepfner N, Steffen G, et al. Clinical practice guideline: tonsillitis II. Surgical management. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2016 Apr;273(4):989-1009. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Chang BA, Thamboo A, Burton MJ, et al. Needle aspiration versus incision and drainage for the treatment of peritonsillar abscess. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Dec 23;(12):CD006287. [Texto completo](#) [Resumo](#)

## Referências

1. Gwaltney JM Jr, Bisno AL. Pharyngitis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases*. 5th ed. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone; 2000:656-62.
2. BMJ Clinical Evidence. Recurrent throat infections (tonsillitis). <http://clinicalevidence.bmj.com> (last accessed 8 August 2014). [Texto completo](#)
3. National Center for Health Statistics. National ambulatory medical care survey: 1998 summary. July 2000. <http://www.cdc.gov/nchs/> (last accessed 8 August 2016). [Texto completo](#)
4. Komaroff AL, Pass TM, Aronson MD, et al. The prediction of streptococcal pharyngitis in adults. *J Gen Intern Med*. 1986 Jan-Feb;1(1):1-7. [Resumo](#)
5. Kaplan EL, Top FH Jr, Dudding BA, et al. Diagnosis of streptococcal pharyngitis: differentiation of active infection from the carrier state in the symptomatic child. *J Infect Dis*. 1971;123:490-501. [Resumo](#)



6. Schroeder BM. Diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Am Fam Physician*. 2003;67:880-884. [Texto completo](#) [Resumo](#)
7. Wald ER, Green MD, Schwartz B, et al. A streptococcal score card revisited. *Pediatr Emerg Care*. 1998 Apr;14(2):109-11. [Resumo](#)
8. Meier FA, Centor RM, Graham L Jr, et al. Clinical and microbiological evidence for endemic pharyngitis among adults due to group C streptococci. *Arch Intern Med*. 1990 Apr;150(4):825-9. [Resumo](#)
9. Snellman LW, Stang HJ, Stang JM, et al. Duration of positive throat cultures for group A streptococci after initiation of antibiotic therapy. *Pediatrics*. 1993;91:1166-1170. [Resumo](#)
10. Shaikh N, Swaminathan N, Hooper EG, et al. Accuracy and precision of the signs and symptoms of streptococcal pharyngitis in children: a systematic review. *J Pediatr*. 2012 Mar;160(3):487-93. [Resumo](#)
11. Aalbers J, O'Brien KK, Chan WS, et al. Predicting streptococcal pharyngitis in adults in primary care: a systematic review of the diagnostic accuracy of symptoms and signs and validation of the Centor score. *BMC Med*. 2011 Jun 1;9:67 [Texto completo](#) [Resumo](#)
12. Dajani A, Taubert K, Ferrieri P, et al. Treatment of acute streptococcal pharyngitis and prevention of rheumatic fever: a statement for health professionals. Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the American Heart Association. *Pediatrics*. 1995 Oct;96(4 Pt 1):758-64. [Resumo](#)
13. Dagnelie CF, Bartelink ML, van der Graaf Y, et al. Towards a better diagnosis of throat infections (with group A beta-haemolytic streptococcus) in general practice. *Br J Gen Pract*. 1998 Feb;48(427):959-62. [Texto completo](#) [Resumo](#)
14. Hersh AL, Jackson MA, Hicks LA; American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. Principles of judicious antibiotic prescribing for upper respiratory tract infections in pediatrics. *Pediatrics*. 2013 Dec;132(6):1146-54. [Texto completo](#) [Resumo](#)
15. Baron EJ, Miller JM, Weinstein MP, et al. A guide to utilization of the microbiology laboratory for diagnosis of infectious diseases: 2013 recommendations by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society for Microbiology (ASM). *Clin Infect Dis*. 2013 Aug;57(4):e22-e121. [Texto completo](#) [Resumo](#)
16. Ebell MH. Epstein-Barr virus infectious mononucleosis. *Am Fam Physician*. 2004 Oct 1;70(7):1279-87. [Texto completo](#) [Resumo](#)
17. Gahleitner C, Hofauer B, Stark T, et al. Predisposing factors and management of complications in acute tonsillitis. *Acta Otolaryngol*. 2016 Sep;136(9):964-8. [Resumo](#)
18. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, et al. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. *Med Decis Making*. 1981;1:239. [Resumo](#)
19. Thomas M, Del Mar C, Glasziou P. How effective are treatments other than antibiotics for acute sore throat? *Br J Gen Pract*. 2000 Oct;50(459):817-20. [Texto completo](#) [Resumo](#)

20. Schachtel BP, McCabe D, Berger M, et al. Efficacy of low-dose celecoxib in patients with acute pain. *J Pain*. 2011 Jul;12(7):756-63. [Resumo](#)
21. de Mey C, Peil H, Kölsch S, et al. Efficacy and safety of ambroxol lozenges in the treatment of acute uncomplicated sore throat. EBM-based clinical documentation. *Arzneimittelforschung*. 2008;58(11):557-68. [Resumo](#)
22. McNally D, Simpson M, Morris C, et al. Rapid relief of acute sore throat with AMC/DCBA throat lozenges: randomised controlled trial. *Int J Clin Pract*. 2010 Jan;64(2):194-207. [Resumo](#)
23. Altamimi S, Khalil A, Khalaiwi KA, et al. Short-term late-generation antibiotics versus longer term penicillin for acute streptococcal pharyngitis in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; (8):CD004872. [Texto completo](#) [Resumo](#)
24. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (11):CD000023. [Texto completo](#) [Resumo](#)
25. van Driel ML, De Sutter AI, Habraken H, et al. Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Sep 11;(9):CD004406. [Texto completo](#) [Resumo](#)
26. ESCMID Sore Throat Guideline Group, Pelucchi C, Grigoryan L, et al. Guideline for the management of acute sore throat. *Clin Microbiol Infect*. 2012 Apr;18(suppl 1):1-28. [Resumo](#)
27. Casey JR, Pichichero ME. Meta-analysis of cephalosporin versus penicillin treatment of group A streptococcal tonsillopharyngitis in children. *Pediatrics*. 2004 Apr;113(4):866-82. [Resumo](#)
28. Mullarkey C. Soothing a sore throat: the efficacy and safety of steroids in acute pharyngitis. *Ir J Med Sci*. 2011 Dec;180(4):837-40. [Resumo](#)
29. O'Brien JF, Meade JL, Falk JL. Dexamethasone as adjuvant therapy for severe acute pharyngitis. *Ann Emerg Med*. 1993 Feb;22(2):212-5. [Resumo](#)
30. Hayward G, Thompson M, Heneghan C, et al. Corticosteroids for pain relief in sore throat: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2009 Aug 6;339:b2976. [Texto completo](#) [Resumo](#)
31. Hayward GN, Hay AD, Moore MV, et al. Effect of oral dexamethasone without immediate antibiotics vs placebo on acute sore throat in adults: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2017 Apr 18;317(15):1535-43. [Texto completo](#) [Resumo](#)
32. Sadeghirad B, Siemieniuk RAC, Brignardello-Petersen R, et al. Corticosteroids for treatment of sore throat: systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ*. 2017 Sep 20;358:j3887. [Texto completo](#) [Resumo](#)
33. Shulman ST1, Bisno AL, Clegg HW, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2012 Nov 15;55(10):e86-102. [Texto completo](#) [Resumo](#)
34. Morad A, Sathe NA, Francis DO, et al. Tonsillectomy versus watchful waiting for recurrent throat infection: a systematic review. *Pediatrics*. 2017 Feb;139(2). pii: e20163490. [Texto completo](#) [Resumo](#)

35. Burton MJ, Glasziou PP, Chong LY, et al. Tonsillectomy or adenotonsillectomy versus non-surgical treatment for chronic/recurrent acute tonsillitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(11):CD001802. [Texto completo](#) [Resumo](#)
36. Baugh RF, Archer SM, Mitchell RB, et al. Clinical practice guideline: tonsillectomy in children. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011 Jan;144(suppl 1):S1-30. [Texto completo](#) [Resumo](#)
37. Lock C, Wilson J, Steen N, et al. North of England and Scotland Study of Tonsillectomy and Adenotonsillectomy in Children(NESSTAC): a pragmatic randomised controlled trial with a parallel non-randomised preference study. *Health Technol Assess.* 2010 Mar;14(13):1-164, iii-iv. [Resumo](#)
38. Koskenkorva T, Koivunen P, Koskela M, et al. Short-term outcomes of tonsillectomy in adult patients with recurrent pharyngitis: a randomized controlled trial. *CMAJ.* 2013 May 14;185(8):E331-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)
39. Kim JS, Kwon SH, Lee EJ, et al. Can intracapsular tonsillectomy be an alternative to classical tonsillectomy? A meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017 Aug;157(2):178-89. [Texto completo](#) [Resumo](#)
40. Windfuhr JP, Toepfner N, Steffen G, et al. Clinical practice guideline: tonsillitis II. Surgical management. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2016 Apr;273(4):989-1009. [Texto completo](#) [Resumo](#)
41. Siempos II, Dimopoulos G, Falagas ME. Meta-analyses on the prevention and treatment of respiratory tract infections. *Infect Dis Clin North Am.* 2009 Jun;23(2):331-53. [Resumo](#)
42. Gregori G, Righi O, Risso P, et al. Reduction of group A beta-hemolytic streptococcus pharyngo-tonsillar infections associated with use of the oral probiotic *Streptococcus salivarius* K12: a retrospective observational study. *Ther Clin Risk Manag.* 2016;12:87-92. [Texto completo](#) [Resumo](#)
43. Gilbey P, Livshits L, Sharabi-Nov A, et al. Probiotics in addition to antibiotics for the treatment of acute tonsillitis: a randomized, placebo-controlled study. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2015;34:1011-1015. [Resumo](#)
44. Klug TE, Rusan M, Fuursted K, et al. Peritonsillar abscess: complication of acute tonsillitis or Weber's glands infection? *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016 Aug;155(2):199-207. [Resumo](#)
45. Chang BA, Thamboo A, Burton MJ, et al. Needle aspiration versus incision and drainage for the treatment of peritonsillar abscess. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Dec 23;(12):CD006287. [Texto completo](#) [Resumo](#)
46. World Health Organization. Rheumatic fever and rheumatic heart disease: report of a WHO Expert Consultation, Geneva, 29 October-1 November 2001. 2004 [internet publication]. [Texto completo](#)
47. Shulman ST. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococci (PANDAS): update. *Curr Opin Pediatr.* 2009 Feb;21(1):127-30. [Resumo](#)

48. Dagnelie CF, Bartelink ML, van der Graaf Y, et al. Towards a better diagnosis of throat infections (with group A beta-haemolytic streptococcus) in general practice. Br J Gen Pract. 1998;48:959-962. [Texto completo](#) [Resumo](#)
-

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

---

**Christos Georgalas, PhD, DLO, FRCS (ORL-HNS)**

Director

Endoscopic Skull Base Centre, Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands

DIVULGAÇÕES: CG declares that he has no competing interests.

---

**Eleftherios Margaritis, PhD, MSc, MD**

Otolaryngologist - Head and Neck Surgeon

Collaborator in Otolaryngology, ENT Department, Hippokration University Hospital, Athens, Greece

DIVULGAÇÕES: EM declares that he has no competing interests.

### // Colegas revisores:

---

**Itzhak Brook, MD, MSc**

Professor of Pediatrics and Medicine

Georgetown University, Washington, DC

DIVULGAÇÕES: IB declares that he has no competing interests.

---

**Chris Del Mar, MB BChir, FRACGP MD, MA, FAFPHM**

Dean

Faculty of Health Sciences and Medicine, Bond University, Gold Coast, Queensland, Australia

DIVULGAÇÕES: CDM is the author of some studies referenced in this monograph.