

# BMJ Best Practice

## Faringite aguda

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	5
<b>Prevenção</b>	<b>6</b>
Rastreamento	6
Prevenção secundária	6
<b>Diagnóstico</b>	<b>7</b>
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	9
Anamnese e exame físico	10
Exames diagnóstico	12
Diagnóstico diferencial	13
Critérios de diagnóstico	15
<b>Tratamento</b>	<b>16</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	16
Visão geral do tratamento	18
Opções de tratamento	20
<b>Acompanhamento</b>	<b>28</b>
Recomendações	28
Complicações	28
Prognóstico	29
<b>Diretrizes</b>	<b>30</b>
Diretrizes de diagnóstico	30
Diretrizes de tratamento	30
<b>Nível de evidência</b>	<b>32</b>
<b>Referências</b>	<b>33</b>
<b>Imagens</b>	<b>37</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>40</b>

## Resumo

- ◇ Marcada pelo início agudo de garganta inflamada; a ausência de tosse, congestão e secreção nasal sugere etiologia bacteriana.
- ◇ Testes de detecção rápida de antígenos permitem avaliação imediata da faringite estreptocócica do grupo A (GAS) no local do atendimento.
- ◇ O objetivo do tratamento de GAS é evitar febre reumática aguda, reduzir a intensidade e a duração dos sintomas e evitar a transmissão.
- ◇ A faringite aguda geralmente é uma afecção autolimitada com resolução em até duas semanas. No entanto, os indivíduos infectados não são imunes à reinfeção com a maioria dos patógenos etiológicos.
- ◇ A única situação na qual a profilaxia antibiótica é recomendada para prevenir infecções por GAS é em indivíduos com história de febre reumática.

## Definição

A faringite aguda é caracterizada por início rápido de dor de garganta e inflamação faríngea (com ou sem exsudato). Ausência de tosse, congestão nasal e secreção nasal diferencia etiologias bacterianas de virais. Pode ser causada por uma variedade de patógenos virais e bacterianos, inclusive *Streptococcus* do grupo A (GAS), bem como patógenos fúngicos (*Candida*). A faringite bacteriana é mais comum no inverno (ou no início da primavera), enquanto a infecção enteroviral é mais comum no verão e outono. Geralmente uma afecção autolimitada com resolução em até duas semanas.

## Epidemiologia

A faringite bacteriana é mais comum no inverno (ou no início da primavera), enquanto a infecção enteroviral é mais comum no verão e outono. A faringite é mais comum em crianças em idade escolar durante os meses de inverno. A colonização sazonal com o *Streptococcus* do grupo A (GAS) atinge intensidade máxima (até 20% das crianças) durante essa estação.[3] A faringite por GAS é o foco do interesse clínico na faringite, uma vez que o principal objetivo da terapia é a prevenção da febre reumática associada a esse organismo. No entanto, a faringite por GAS representa menos de um terço de todos os casos de faringite aguda.

## Etiologia

A faringite aguda ocorre mais comumente em razão de organismos virais ou de *Streptococcus* do grupo A (GAS). As causas virais comuns incluem o vírus Epstein-Barr (mononucleose), adenovírus, enterovírus, influenza A e B e parainfluenza. A faringite por GAS é disseminada de pessoa para pessoa, particularmente no inverno, por meio de gotículas respiratórias; no entanto, representa menos de um terço de todos os casos de faringite aguda. Outros estreptococos que podem causar faringite incluem estreptococos dos grupos B, C e G. Outras bactérias raramente encontradas em adolescentes com faringite incluem espécies de *Mycoplasma* e *Arcanobacterium haemolyticum*.

O vírus da imunodeficiência humana (HIV), a clamídia ou a gonorreia podem ser considerados causas de faringite aguda em adolescentes sexualmente ativos ou em crianças que sofreram abuso sexual.

Em países de renda baixa a média, difteria e sarampo também são causas proeminentes de faringite aguda.

A tularemia pode ser uma causa se houver história de ingestão de carne de animais não domesticados.

A infecção por *Candida* é uma causa comum de faringite em indivíduos imunocomprometidos, inclusive aqueles em quimioterapia ou irradiação orofaríngea para câncer.

## Fisiopatologia

A faringite aguda resulta da infecção e inflamação da faringe, cujos detalhes são patógenos e hospedeiros específicos. Mais comumente, a doença está localizada somente na faringe, mas raramente pode fazer parte de uma infecção sistêmica (por exemplo, mononucleose infecciosa, tularemia ou vírus da imunodeficiência humana [HIV]).

# Classificação

## Classificação clínica da faringite

Faringite por estreptococo do grupo A (GAS):

- Presença de febre, faringite, exsudato faríngeo, adenopatia cervical e ausência de tosse
- Diagnosticada por uma cultura ou um teste rápido positivo para antígeno.

Faringite viral:

- As causas virais comuns incluem o vírus Epstein-Barr (mononucleose), adenovírus, enterovírus, influenza A e B e parainfluenza
- Podem ou não apresentar exsudato faríngeo
- A mononucleose infecciosa é frequentemente acompanhada por linfadenopatia e esplenomegalia
- A cultura negativa dá suporte ao diagnóstico.

Faringite por cândida:

- Comum em indivíduos imunossuprimidos
- Pode acompanhar quimioterapia ou irradiação para câncer orofaríngeo.

Difteria:

- Membrana cinza no nariz e na garganta que sangra quando deslocada [Fig-1]
- Rara em países de renda baixa a média.

Sarampo:

- Associado a conjuntivite, rinite, tosse e exantema característico
- Manchas de Koplik (lesões branco-azuladas, salientes, em uma base eritematosa na mucosa oral) são patognomônicas.[1]

Tularemia:

- Ulcerações e exsudatos na faringe
- Pode desenvolver membrana cinza (que mimetiza difteria)[2]
- Não responsiva à terapia com penicilina
- Associada à ingestão de carne crua ou malcozida de animais não domésticos.

Faringite transmitida sexualmente (em indivíduos sexualmente ativos ou que sofreram abuso):

- Vírus da imunodeficiência humana (HIV) agudo
- Gonorreia
- Clamídia.

## Rastreamento

O rastreamento para colonização com *Streptococcus* do grupo A (GAS) não é recomendado em indivíduos assintomáticos, pois esta é comum (encontrada em até 20% das crianças em idade escolar) e não tem significância clínica. Não há uma metodologia prática de rastreamento para causas virais ou outras causas bacterianas de faringite.

## Prevenção secundária

A única situação na qual a profilaxia antibiótica é fornecida para *Streptococcus* do grupo A (GAS) é em indivíduos com história de febre reumática. Atualmente, não há vacina para evitar faringite por GAS.

## Caso clínico

### Caso clínico #1

Uma menina de 7 anos de idade apresenta início abrupto de febre, náuseas, vômitos e garganta inflamada. A criança nega tosse, rinorreia ou congestão nasal. No exame físico, a temperatura oral é de 38.5 °C (101 °F) e há faringite exsudativa com linfonodos cervicais anteriores aumentados e sensíveis. O teste rápido de antígeno foi positivo para estreptococo do grupo A (GAS).

### Caso clínico #2

Uma menina de 7 anos de idade se apresenta com faringite aguda acompanhada de febre. No exame físico, a temperatura oral é de 37 °C (98.6 °F) e há faringite exsudativa sem nódulos cervicais palpáveis. O teste rápido para antígeno e a cultura faríngea são negativos para GAS.

## Outras apresentações

A faringite pode ser parte da apresentação de infecções virais das vias respiratórias superiores que geralmente podem ser diferenciadas pela presença de rinorreia, congestão nasal e/ou tosse. A faringite aguda muitas vezes ocorre concomitantemente com mononucleose infecciosa aguda. Raramente, em indivíduos sexualmente ativos ou que sofreram abuso sexual, ela pode acompanhar infecção aguda pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (com adenopatia, erupção cutânea, febre e esplenomegalia associadas), clamídia ou gonorreia (sem características clínicas distintas). A difteria e o sarampo podem apresentar-se como faringite e devem ser sempre considerados se a faringite for identificada em países de renda baixa a média ou em crianças não vacinadas. Deve-se considerar o diagnóstico de tularemia se os sintomas não apresentarem resposta ao tratamento com penicilina ou se houver uma história de ingestão de carne de animais não domesticados. A infecção por *Candida* é uma causa comum de faringite em indivíduos imunocomprometidos, inclusive aqueles em quimioterapia ou irradiação orofaríngea para câncer.

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico é feito pela história e exame físico e confirmado por testes rápidos de detecção de antígeno. Pode também ser necessária uma cultura faríngea com teste microbiológico específico para *Streptococcus* do grupo A (GAS).

### História

Vários elementos principais da apresentação podem ajudar a determinar o organismo causador:

- A faringite aguda por GAS é comum em crianças e adolescentes entre 5 e 15 anos de idade. É mais frequente no inverno (ou no começo da primavera) em climas temperados. A infecção enteroviral é mais comum no verão e outono.
- A tularemia é sugerida por uma história de ingestão de carne malcozida de animais selvagens. A história também pode incluir fracasso terapêutico prévio a um curso de tratamento com penicilina.

- O HIV, a clamídia e a gonorreia devem ser considerados causas em indivíduos com faringite sexualmente ativos ou que sofreram abuso sexual, particularmente naqueles com culturas negativas para GAS.[4]
- O imunocomprometimento pode acompanhar dano tecidual local (por exemplo, irradiação para câncer orofaríngeo) ou apresentar causa sistêmica (por exemplo, quimioterapia, imunossupressão após transplante, HIV). Pode ser encontrada faringite por Candida (por exemplo, candidíase bucal, infecção oral geralmente por Candida albicans) nesse contexto clínico. A cultura para o organismo suspeito é diagnóstica.
- Falta de imunização pode ser um achado em difteria ou sarampo.

Sintomas:

- A faringite é um sintoma comum.
- A febre é comum na faringite e é um sintoma inespecífico.
- Cefaleia, náuseas, vômitos e dor abdominal podem estar presentes em crianças.[3]
- Rinorreia, congestão nasal e tosse geralmente estão presentes na faringite viral mas ausentes na faringite bacteriana.

## Exame físico

A avaliação física da faringite aguda exige um pouco mais que uma lanterna clínica pequena e um abaixador de língua.

O complexo sintomático a seguir está associado a um valor preditivo positivo de 40% a 60% para faringite por GAS.[6]

- Exsudatos faríngeos
- Adenopatia cervical (adenopatia cervical anterior dolorosa é comum na GAS)
- Febre
- Ausência de tosse ou rinorreia.

Outros pontos importantes a serem considerados:

- A ausência de tosse (na presença de adenopatia cervical) apresenta a especificidade mais elevada para previsão de etiologia estreptocócica.[7]
- As infecções virais podem ser diferenciadas pela presença de rinorreia, congestão nasal e tosse.
- A faringite gonocócica pode ser acompanhada por adenopatia cervical anterior. A cultura para o organismo suspeito é diagnóstica.
- A difteria deverá ser considerada se uma membrana cinza for identificada na faringe ou nas narinas. A cultura para o organismo suspeito é diagnóstica.
- A tularemia é sugerida na presença de ulcerações, exsudatos e história de ingestão de carne malcozida de animais selvagens. História de fracasso terapêutico com penicilina também deve levantar suspeita. A cultura para o organismo suspeito é diagnóstica.
- Uma erupção cutânea escarlatiniforme pode estar presente, especialmente em crianças, e é sugestiva de GAS.[3]

[Fig-2]



- Manchas de Koplik (lesões branco-azuladas, salientes, em uma base eritematosa na mucosa oral) são patognomônicas para sarampo.[1] Um exantema maculopapular característico ou conjuntivite também podem ser observados no sarampo.

## Laboratório

Os testes rápidos de detecção de antígeno e cultura faríngea tradicional são imensamente úteis na atenção primária, com algumas reservas:

- Os testes rápidos de detecção de antígeno permitem uma avaliação imediata no local do atendimento.
- Os testes rápidos de detecção de antígeno apresentam 70% a 90% de sensibilidade e 95% de especificidade, se comparados com a cultura faríngea.[3] [8]
- Um teste rápido negativo para antígeno deve ser seguido por cultura faríngea convencional, especialmente em crianças, dado o aumento do risco de febre reumática.
- O teste de reação em cadeia da polimerase para GAS é comparável à cultura faríngea em sensibilidade e especificidade, mas é mais rápido. No entanto, ele não está amplamente disponível no momento.[9] [10] [11]

O teste Monospot é útil como um teste de identificação rápida para mononucleose infecciosa causada pelo vírus Epstein-Barr, mas não é confiável em crianças com menos de 4 anos de idade.

O exame para confirmar a cura (com uma cultura faríngea de acompanhamento ou um exame rápido de antígeno para GAS) não é geralmente necessário, exceto em pacientes que apresentam alto risco de insuficiência renal aguda ou sintomas recorrentes compatíveis com GAS.[3] O exame para confirmar a cura é recomendado em pacientes com faringite gonocócica.

Para adultos com faringite, o exame laboratorial nem sempre é indicado.[12] Em vez disso, todos os pacientes adultos com faringite devem ser examinados quanto a:

- História de febre
- Ausência de tosse
- Exsudatos tonsilares
- Adenopatia cervical anterior sensível à palpação.

Adultos sem achados ou com somente um desses achados não devem ser examinados ou tratados para GAS.

O fracasso do tratamento em um paciente sem confirmação laboratorial de GAS requer cultura para agentes bacterianos além de GAS e exame para obter evidências de doença viral.

## Fatores de risco

### Fortes

#### colonização nasal com *Streptococcus* do grupo A (GAS)

- A faringite é mais comum no inverno (ou no começo da primavera), quando a colonização nasofaríngea com GAS atinge até 20% das crianças.[3]

**contato infectado por GAS**

- A transmissão de faringite por GAS de indivíduos infectados para contatos próximos ocorre com frequência.

**atividade ou abuso sexual**

- A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), a clamídia e a gonorreia devem ser consideradas causas em indivíduos com faringite, sexualmente ativos ou que sofreram abuso sexual, particularmente naqueles com teste negativo para GAS.[4]

**ingestão de carne não doméstica**

- A faringite associada à tularemia ulceroglandular é adquirida a partir da ingestão de carne parcialmente cozida de animais selvagens.[2]

**hospedeiro imunocomprometido**

- A faringite por Candida é comumente observada na presença de imunocomprometimento (por exemplo, após transplante de órgão sólido ou quimioterapia e em indivíduos com infecção por HIV).

**uso de corticosteroides inalatórios**

- Os corticosteroides inalatórios estão associados à faringite por Candida. Pacientes podem apresentar comprometimento faríngeo sem candidíase oral evidente.[5]

**ausência de imunização ou fracasso vacinal**

- A falta de vacinação pode predispor a difteria ou sarampo.

**Fracos****irradiação**

- A faringite por Candida também pode se apresentar como faringite em pacientes que receberam irradiação sobre a mucosa faríngea.

## Anamnese e exame físico

**Principais fatores de diagnóstico****presença de fatores de risco (comum)**

- Entre os fortes fatores de risco – colonização nasal, contato com um indivíduo com Streptococcus do grupo A (GAS), atividade ou abuso sexual, ingestão de carnes não domésticas e imunocomprometimento –, a colonização nasal e o contato com um indivíduo com GAS são comuns.

**criança ou adolescente (comum)**

- A faringite aguda por estreptococo do grupo A (GAS) é comum em crianças e adolescentes entre 5 e 15 anos de idade.

**inverno ou primavera (na faringite bacteriana) (comum)**

- A faringite aguda por estreptococo do grupo A (GAS) é mais frequente no inverno (ou início da primavera) em climas temperados.

**estação do verão/outono (na faringite enteroviral) (comum)**

- A faringite enteroviral é mais comum no verão e no outono.

**rinorreia, congestão nasal e tosse (em infecção viral) (comum)**

- A nasofaringite viral pode ser distinguida da faringite por estreptococo do grupo A (GAS) pela presença de rinorreia, congestão nasal e tosse.
- A ausência de tosse (na presença de adenopatia cervical) apresenta a especificidade mais elevada para previsão de etiologia estreptocócica.[7]

**faringite (comum)**

- A faringite é um sintoma comum.

**exsudato faríngeo (comum)**

- A presença de um exsudato faríngeo é comum na faringite por estreptococo do grupo A (GAS), mas também pode ser observada na doença devido a outros agentes, inclusive o vírus Epstein-Barr, outros estreptococos e *Francisella tularensis*.

**adenopatia cervical (comum)**

- A presença de adenopatia cervical anterior dolorosa e a ausência de tosse apresentam a especificidade mais elevada para previsão de etiologia estreptocócica.[7]

**febre >37 °C (98.6 °F) (comum)**

- A febre é comum na faringite e é um sintoma inespecífico.

**cefaleia (comum)**

- Podem estar presentes, particularmente em crianças.[3]

**náuseas, vômitos e dor abdominal (comum)**

- Podem estar presentes, particularmente em crianças.[3]

**conjuntivite (no sarampo) (comum)**

- Comum no sarampo.

**exantema maculopapular (no sarampo) (comum)**

- Exantema maculopapular característico é comum no sarampo.

**manchas de Koplik (no sarampo) (comum)**

- Manchas de Koplik (lesões branco-azuladas, salientes, em uma base eritematosa na mucosa oral) são patognomônicas para sarampo.[1]

**erupção cutânea escarlatiniforme (na faringite por estreptococo do grupo A [GAS]) (incomum)**

- A erupção cutânea escarlatiniforme pode estar presente, especialmente em crianças, e é sugestiva de GAS.[3]

## Outros fatores de diagnóstico

### atividade ou abuso sexual (em infecção por vírus da imunodeficiência humana [HIV], gonorreia ou clamídia) (incomum)

- O HIV, a gonorreia e a clamídia devem ser considerados organismos causadores em indivíduos com faringite sexualmente ativos ou que sofreram abuso sexual.

### fracasso na resposta a um tratamento com penicilina (incomum)

- O fracasso do tratamento em um paciente sem confirmação laboratorial de estreptococo do grupo A (GAS) requer cultura para agentes bacterianos além de GAS e exame para obter evidências de doença viral.

### ulceração faríngea (em tularemia) (incomum)

- Deve-se suspeitar de tularemia na presença de ulcerações, exsudatos e história de ingestão de carne malcozida de animais selvagens. Anamnese pode incluir uma história de fracasso terapêutico após terapia com penicilina.

### membrana cinza faríngea (na difteria) (incomum)

- A difteria deverá ser considerada se uma membrana cinza for identificada na faringe ou nas narinas. [\[Fig-1\]](#)
- A tularemia pode mimetizar difteria membranosa.

## Exames diagnóstico

### Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
<b>teste rápido de antígeno para estreptococo do grupo A (GAS)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os testes rápidos de detecção de antígeno para GAS oferecem a vantagem do teste laboratorial remoto imediato e apresentam cerca de 70% a 90% de sensibilidade e 95% de especificidade, quando comparados à cultura faríngea. <a href="#">[3]</a> <a href="#">[8]</a> <a href="#">[13]</a></li> <li>• Um teste negativo para antígeno deve ser acompanhado de cultura faríngea, especialmente em crianças, dado o aumento do risco de febre reumática.</li> <li>• Teste positivo na ausência de sintomas característicos (febre, ausência de tosse, exsudatos tonsilares e adenopatia cervical sensível à palpação) provavelmente representa colonização e não é clinicamente relevante. Testes em pacientes sem os sintomas característicos geralmente levam a diagnóstico incorreto e uso inadequado de antibióticos.</li> </ul>	<b>positiva em infecção por GAS e colonização assintomática</b>

## Exames a serem considerados

Exame	Resultado
<b>cultura de swab de garganta para Streptococcus do grupo A (GAS)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Uma cultura faríngea para GAS é o teste mais sensível (90%-95%) e específico para GAS.[3]</li> <li>Cultura é recomendada em qualquer criança que é negativa para GAS por meio de teste rápido para detecção de antígenos, mas que apresenta sinais clínicos e sintomas consistentes com faringite por GAS.</li> </ul>	<b>crescimento de GAS</b>
<b>cultura de swab da garganta para gonococo ou clamídia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Swab faríngeo para gonococo ou clamídia deve ser considerado quando houver história de atividade sexual ou suspeita de abuso sexual.</li> </ul>	<b>crescimento positivo na cultura</b>
<b>monoteste sérico para infecção pelo vírus Epstein-Barr</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>O teste Monospot é um teste de aglutinação em lâmina qualitativo e rápido que utiliza eritrócitos bovinos ou de cavalos.</li> <li>Ele é útil para detectar mononucleose infecciosa causada pelo vírus Epstein-Barr.</li> <li>Não é considerado confiável em crianças com menos de 4 anos de idade.[14]</li> </ul>	<b>anticorpos heterófilos positivos</b>
<b>Reação em cadeia da polimerase para estreptococo do grupo A (GAS)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Comparável à cultura faríngea em sensibilidade e especificidade, mas fornece resultados de forma mais rápida; porém, não está amplamente disponível.</li> </ul>	<b>positiva em infecção por GAS</b>

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Epiglote</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Início intenso e agudo de faringite e febre.</li> <li>Alteração notável na qualidade da voz para uma textura abafada.</li> <li>Sialorreia.</li> <li>Postura trípole ou de farejamento em crianças.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A visualização direta da epiglote (sob circunstâncias controladas na sala de cirurgia, com capacidade imediata de intubação em caso de fechamento das vias aéreas) ou radiografia lateral do pescoço. [Fig-3]</li> </ul>
<b>Abscesso retrofaríngeo, peritonsilar e lateral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faringite, febre, dor cervical e voz abafada.</li> <li>Mais comum em crianças com 2 a 4 anos de idade.</li> <li>Pode estar associado a história de trauma oral ou faríngeo em crianças mais velhas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudos por imagem do pescoço podem ser necessários para visualizar o abscesso.</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Mononucleose infecciosa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faringite com duração maior que diversos dias.</li> <li>Adenopatia e esplenomegalia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monoteste sérico positivo para infecção pelo vírus Epstein-Barr.</li> <li>Linfócitos atípicos em sangue periférico.</li> </ul>
<b>Difteria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faringite com membrana cinza aderente à faringe. [Fig-1]</li> <li>Raramente observada, exceto em países de renda baixa a média ou em populações não vacinadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cultura de recuperação do organismo.</li> </ul>
<b>Síndrome de Lemierre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tromboflebite da veia jugular, com abscesso anaeróbio misto.</li> <li>Apresenta-se geralmente em pacientes com síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SRIS) ou sepse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudos por imagem do pescoço demonstram abscesso.</li> </ul>
<b>Sarampo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infecção sistêmica com conjuntivite, rinorreia, tosse e exantema característico (exantema maculopapular).</li> <li>A faringite aparece durante a fase exantematosa.</li> <li>Manchas de Koplik (lesões branco-azuladas, salientes, em uma base eritematosa na mucosa oral) são patognomônicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IgM antissarampo, cultura viral ou reação em cadeia da polimerase: positivo.</li> </ul>
<b>Síndrome de Behçet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vesículas na faringe, úlceras genitais, lesões cutâneas e lesões oculares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exame laboratorial e exames por imagem não são úteis no diagnóstico da síndrome de Behçet, mas têm o seu papel na exclusão de diagnósticos alternativos.</li> </ul>
<b>Síndrome de Stevens-Johnson</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>História de uso de anticonvulsivantes, infecções recentes, convulsões ou nova medicação.</li> <li>Vesículas na faringe juntamente com alterações mais acentuadas na mucosa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O diagnóstico é feito pelo quadro clínico e confirmado por biópsia de pele.</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Doença de Kawasaki</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sinais típicos incluem febre por mais de 5 dias, erupção cutânea polimórfica, olhos injetados (conjuntivite) e eritema mucosal com "língua em morango".</li> <li>Inflamação difusa da mucosa oral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O diagnóstico é feito por quadro clínico.</li> <li>Aneurismas de artéria coronária podem estar presentes na ecocardiografia.</li> </ul>
<b>Doença mão-pé-boca</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infecção viral comum na infância geralmente causada pelo vírus coxsackie A16.</li> <li>Geralmente, uma doença leve caracterizada por febre baixa, úlceras orais dolorosas e vesículas nas palmas das mãos e solas dos pés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contagem leucocitária elevada, linfócitos atípicos.</li> <li>Ensaio molecular por reação em cadeia da polimerase é uma nova modalidade diagnóstica.</li> </ul>
<b>Câncer orofaríngeo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rouquidão, disfonia, faringite, dificuldade para deglutição, lesões das pregas vocais na laringoscopia indireta e massa ou adenopatia do pescoço.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tomografia computadorizada (TC) do pescoço pode ser diagnóstica e é essencial para avaliar a extensão da doença.</li> <li>A análise citológica do aspirado por agulha fina pode estabelecer o diagnóstico, embora uma biópsia seja geralmente exigida.</li> </ul>
<b>Úlceras aftosas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diversas úlceras pequenas recorrentes eritematosas, redondas ou ovóides com margens circunscritas, tipicamente se apresentando primeiramente na infância ou adolescência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O diagnóstico tem como base a história e o exame clínico, com exclusão de uma etiologia sistêmica; não há achados laboratoriais específicos.</li> </ul>

## Critérios de diagnóstico

### Infectious Diseases Society of America[3]

A faringite por estreptococo do grupo A (GAS) é clinicamente predita pela presença de 3 ou 4 dos fatores a seguir: exsudato faríngeo, adenopatia cervical, febre e ausência de tosse. Ela é confirmada microbiologicamente por um teste rápido de antígeno e, se negativo, uma cultura faríngea para GAS. Outros sistemas de escores clínicos mais complexos não têm benefício comprovado.[15]



## Abordagem passo a passo do tratamento

Analgésicos e anestésicos locais podem ser utilizados para sintomas de faringite, cefaleia e febre, embora a aspirina deva ser evitada em crianças em razão de sua associação com a síndrome de Reye. Gargarejo com água salgada ou uso de sprays/pastilhas anestésicos podem proporcionar alívio temporário para a dor causada pela faringite. Um ensaio randomizado e controlado por placebo não demonstrou nenhum benefício sintomático proporcionado pela lidocaína viscosa.[16] No entanto, vários outros ensaios constataram benefício oferecido pela anestesia tópica, resultando na diminuição dos sintomas e do uso de antibióticos desnecessários.[17] [18] [19] [20] Evidências in vitro sugerem que, além das propriedades analgésicas, certas pastilhas que contêm amilmetacresol e álcool 2,4-diclorobenzil podem também ter atividade virucida.[21]

A antibioticoterapia deve ser reservada a pacientes com faringite por *Streptococcus* do grupo A (GAS) microbiologicamente confirmada (com um teste rápido para antígeno ou cultura positiva) e não somente com base em um diagnóstico clínico.[22] Se não houver melhora nos sintomas de faringite após 3 ou 4 dias de antibioticoterapia, deve-se considerar um diagnóstico alternativo.

Quanto ao uso de corticosteroides no tratamento sintomático da faringite aguda, uma revisão Cochrane relatou aumento na probabilidade de resolução completa da dor em 24 horas quando estes são fornecidos em combinação com a antibioticoterapia.[23] Outra revisão sistemática constatou que pacientes que receberam corticosteroides de dose única baixa eram duas vezes mais propensos a obter alívio da dor após 24 horas e 1,5 vez mais propensos a não sentir dor em 48 horas.[24] Em um ensaio duplo-cego, randomizado e controlado por placebo, realizado em pacientes sem indicação para terapia antibacteriana, um ciclo curto de corticosteroides orais não aumentou a resolução dos sintomas em 24 horas, mas se mostrou associado a melhor resolução dos sintomas em 48 horas. No entanto, não se observou nenhum efeito no comparecimento a postos de saúde, dias de falta ao trabalho ou à escola ou consumo de antibióticos com prescrição tardia.[25] O uso de medicamentos anti-inflamatórios, inclusive corticosteroides, em indivíduos com faringite foi associado ao aumento da incidência de abscesso peritonsilar, sepse, tromboembolismo venoso e fratura patológica.[26] [27] Dado o modesto benefício e o significativo potencial de danos, as diretrizes da Infectious Diseases Society of America atualmente não recomendam corticosteroides para casos de faringite aguda.[3] [28]

A faringite aguda é a terceira principal causa de uso inadequado de antibióticos.[29] Em adultos, a abordagem de prescrição protelada limita o uso de antibióticos;[30] entretanto, esta pode ser inadequada em crianças, nas quais há aumento de risco de febre reumática. Várias iniciativas para limitar uso inadequado de antibióticos mostraram ser eficazes na redução de prescrições inapropriadas sem aumento da repetição de consulta ao médico ou redução de satisfação do paciente.[31]

### Com faringite por estreptococo do grupo A (GAS)

O objetivo do tratamento de GAS é evitar febre reumática aguda, reduzir a intensidade e a duração dos sintomas e evitar a transmissão.[3] 1[B]Evidence Recomenda-se profilaxia com antibióticos em indivíduos com história de febre reumática para diminuir o risco de recidiva de febre reumática. Os antibióticos para faringite estreptocócica reduzem a duração dos sintomas em menos de 1 dia.[32]

Não há resistência a betalactâmicos própria do GAS; portanto, o tratamento pode ser realizado com penicilina ou amoxicilina, exceto no caso de uma alergia à penicilina, caso no qual macrolídeos, cefalosporinas ou clindamicina podem ser utilizados com precaução.[3] [33] [34] Foi relatada resistência do GAS a macrolídeos.[35] Doxiciclina e sulfametoxazol/trimetoprima não são tratamentos



recomendados.[3] A fenoximetilpenicilina oral é o tratamento de primeira escolha, fornecido por um período de 10 dias. Para pacientes incapazes de concluir um ciclo oral de 10 dias, pode-se fornecer uma dose única intramuscular de benzilpenicilina. Pode-se substituir por amoxicilina oral em crianças, uma vez que seu gosto é mais agradável que o da fenoximetilpenicilina.

Deve-se evitar amoxicilina se houver suspeita de mononucleose infecciosa concomitante, em razão da possibilidade aumentada de desenvolvimento de uma erupção cutânea intensa.[3] Apesar das recomendações da diretriz, há evidências de que um ciclo menor (isto é, 3-6 dias) de penicilina oral é tão eficaz quanto um ciclo de 10 dias no tratamento de faringite aguda, sem evidência de aumento do risco de glomerulonefrite pós-estreptocócica ou febre reumática.[36]

## Com mononucleose infecciosa

O repouso é ainda uma recomendação frequente, mas sua real utilidade é desconhecida. Recomenda-se evitar atividades físicas vigorosas (inclusive esportes de contato) nas primeiras 3 a 4 semanas da doença em razão da possibilidade de ruptura esplênica, embora já tenham sido demonstrados casos de até 8 semanas a partir do diagnóstico inicial. Homens apresentam maior taxa de ruptura esplênica do que mulheres. A ultrassonografia abdominal é recomendada para confirmar a resolução da esplenomegalia antes da liberação para atividades físicas vigorosas.[37]

Corticosteroides sistêmicos devem ser reservados a pacientes com obstrução intensa das vias aéreas, trombocitopenia intensa e anemia hemolítica.

A imunoglobulina intravenosa (IGIV), que modula a resposta do sistema imunológico, pode ser utilizada em pacientes com trombocitopenia imune.

A evidência de eficácia ou do benefício de agentes antivirais em pacientes com mononucleose infecciosa continua limitada.[38]

## Com infecção por Candida

A *Candida albicans* é geralmente suscetível à terapia tópica. Casos leves a moderados de candidíase oral podem ser tratados com agentes antifúngicos poliênicos (por exemplo, nistatina). Deve-se observar que a suspensão de nistatina possui um conteúdo alto de sucrose e seu uso frequente, particularmente em um paciente xerostômico, pode aumentar o risco de cárie dentária.

Para indivíduos com infecção fúngica mais disseminada, envolvendo mais superfícies da boca, ou naqueles que apresentam duração mais longa dos sintomas, um antifúngico azólico, como clotrimazol ou fluconazol, é mais adequado.

## Com difteria

A antitoxina diftérica é o pilar de terapia e deve ser administrada imediatamente, assim que houver forte suspeita clínica de difteria. A confirmação laboratorial do diagnóstico não deve atrasar a administração de antitoxina, uma vez que os pacientes podem piorar rapidamente.

A antitoxina pode neutralizar somente toxinas livres no soro, e a eficácia diminui significativamente após o início de sintomas mucocutâneos, os quais sinalizam o movimento da toxina para as células.

Os antibióticos não são substitutos do tratamento com antitoxina, mas servem para evitar a produção adicional da toxina pela erradicação do organismo *Corynebacterium diphtheriae*. Eles também tratam

as infecções cutâneas localizadas. Além disso, os antibióticos evitam a transmissão da doença para contatos. O *C diphtheriae* é geralmente suscetível à penicilina e eritromicina.[39]

## Com tularemia

A antibioticoterapia com agentes ativos contra *Francisella tularensis* é o pilar de tratamento em todos os pacientes, independentemente da manifestação clínica. As práticas de isolamento padrão devem ser seguidas, e o laboratório clínico deve ser alertado para tularemia como diagnóstico suspeito antes de os espécimes clínicos serem enviados. O ciprofloxacino parece ser igualmente efetivo em experiências clínicas mais limitadas quando comparado com um aminoglicosídeo (estreptomicina ou gentamicina).

## Com gonococo ou clamídia

É mais difícil erradicar o gonococo da faringe do que de locais urogenitais. Um esquema duplo (ceftriaxona associada a azitromicina) é recomendado para evitar o desenvolvimento de cepas resistentes a cefalosporinas. O esquema duplo também tem o benefício de ser ativo contra clamídia. Um exame para confirmar a cura deve ser solicitado para garantir a erradicação após o tratamento.[40] A cefalosporina oral não apresenta eficácia comprovada para gonorreia faríngea, mas pode ser utilizada, desde que seja considerado um exame para confirmar a cura.

## Faringite recorrente

Pacientes adultos com faringite recorrente podem ter benefício modesto com a tonsilectomia.[41] [42] [43]

## 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 )		
todos os pacientes		
	1a	cuidados de suporte
■ sem <i>Streptococcus</i> do grupo A (GAS) confirmado ou história de febre reumática	mais	antibioticoterapia tardia ou ausente
■ com estreptococo do grupo A (GAS) confirmado ou histórico de febre reumática	mais	antibioticoterapia
■ com faringite recorrente	adjunto	tonsilectomia
■ com mononucleose infecciosa	mais	hidratação, repouso ± manipulação imune
■ com infecção por <i>Candida</i>	mais	terapia antifúngica
■ com difteria	mais	antitoxina diftérica
	mais	antibioticoterapia

Agudo		( resumo )	
■	com tularemia	mais	antibioticoterapia
■	com gonococo ou clamídia	mais	antibioticoterapia

## 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

#### todos os pacientes

todos os pacientes

1a

cuidados de suporte

#### 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: >6 meses de idade: 10 mg/kg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 30 mg/kg/dia; adultos: 200-400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

#### Opções secundárias

» **lidocaína tópica**: (solução a 2%) crianças e adultos: consulte a bula do produto para obter orientação quanto à dose

» Analgésicos e anestésicos locais podem ser utilizados para sintomas de faringite, cefaleia e febre, embora a aspirina deva ser evitada em crianças em razão de sua associação com a síndrome de Reye.<sup>[2][B]</sup><sup>Evidence</sup> Gargarejo com água salgada ou uso de sprays anestésicos podem proporcionar alívio temporário para a dor causada pela faringite, embora um ensaio randomizado e controlado por placebo não tenha demonstrado benefícios sintomáticos da lidocaína viscosa.<sup>[16]</sup>

» Não há recomendações atuais para a utilização de corticosteroides no tratamento sintomático da faringite aguda.<sup>[3]</sup> <sup>[28]</sup> embora um estudo relate haver um aumento na probabilidade de resolução completa da dor em 24 horas quando estes são fornecidos em combinação com a antibioticoterapia.<sup>[23]</sup> As diretrizes da Infectious Diseases Society of America não recomendam esse tratamento atualmente.<sup>[3]</sup>

## Agudo

■ **sem Streptococcus do grupo A (GAS) confirmado ou história de febre reumática**

**mais**

**antibioticoterapia tardia ou ausente**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Nos casos em que o teste rápido para GAS for negativo, uma abordagem razoável é a ausência de tratamento com antibióticos seguida por acompanhamento no dia seguinte caso a cultura faríngea seja positiva. A cultura faríngea deve ser conduzida em todos os pacientes com um teste rápido negativo para antígeno para GAS, mas que apresentam sintomas consistentes com faringite por GAS. Os antibióticos para faringite estreptocócica reduzem a duração dos sintomas em menos de 1 dia.<sup>[32]</sup>

■ **com estreptococo do grupo A (GAS) confirmado ou histórico de febre reumática**

**mais**

**antibioticoterapia**

Tratamento recomendado para TODOS os 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: 500 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 no dia 1, seguidos por 250 mg uma vez ao dia por 4 dias

**OU**

» **claritromicina**: crianças: 15 mg/kg/dia por via oral administrados em doses fracionadas

## Agudo

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**

» **eritromicina base**: crianças: 25-50 mg/kg/dia por via oral administrados em 4 doses fracionadas 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

» A antibioticoterapia deve ser reservada para pacientes com faringite microbiologicamente confirmada (por exemplo, Streptococcus do grupo A [GAS]) (teste rápido para antígeno ou cultura positiva) e não deve ter como base somente o diagnóstico clínico.<sup>[22]</sup> Se não houver melhora nos sintomas de faringite após 3 ou 4 dias de antibioticoterapia adequada, deve-se considerar um diagnóstico alternativo.

» O objetivo do tratamento para GAS é evitar febre reumática aguda, reduzir a intensidade e a duração dos sintomas e evitar a transmissão.<sup>1[B]Evidence [3]</sup>

» Não há resistência a betalactâmicos própria do GAS; portanto, o tratamento pode ser realizado com penicilina ou amoxicilina, exceto no caso de uma alergia à penicilina, caso no qual macrolídeos, cefalosporinas ou clindamicina

## Agudo

podem ser utilizados com precaução.[3] [33] [34] Foi relatada resistência do GAS a macrolídeos.[35] Doxiciclina e sulfametoxazol/trimetoprima não são recomendados para o tratamento de faringite por GAS.[3]

» A fenoximetilpenicilina oral é o tratamento de primeira escolha, administrado por um período de 10 dias. Em casos de pacientes incapazes de concluir um ciclo oral de 10 dias, pode-se fornecer uma dose única intramuscular de benzilpenicilina. Pode-se substituir por amoxicilina oral em crianças, uma vez que seu gosto é mais agradável do que o da fenoximetilpenicilina. Evite amoxicilina ao tratar GAS com mononucleose infecciosa concomitante, em razão da possibilidade de erupção cutânea por amoxicilina.[3] Apesar das recomendação da diretriz, há evidências de que um ciclo menor (isto é, 3-6 dias) de penicilina oral é tão eficaz quanto um ciclo de 10 dias no tratamento de faringite aguda, sem evidência de aumento do risco de glomerulonefrite pós-estreptocócica ou febre reumática.[36]

» Recomenda-se profilaxia com antibióticos em indivíduos com história de febre reumática para diminuir o risco de recidiva de febre reumática.

### ■ com faringite recorrente

#### adjunto

#### tonsilectomia

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Pacientes adultos com faringite recorrente podem ter benefício modesto com a tonsilectomia.[41] [42] [43]

### ■ com mononucleose infecciosa

#### mais

#### hidratação, repouso ± manipulação imune

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» prednisolona: crianças: 1-2 mg/kg/dia por via oral; adultos: 30-60 mg/dia por via oral

#### OU

» imunoglobulina humana normal: crianças e adultos: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» O objetivo do tratamento é prestar cuidados de suporte, incluindo uma hidratação adequada.

» O repouso é ainda uma recomendação frequente, mas sua real utilidade é desconhecida. Recomenda-se evitar atividades

## Agudo

físicas vigorosas (incluindo esportes de contato) nas primeiras 3 a 4 semanas da doença em razão da possibilidade de ruptura esplênica.

» Corticosteroides sistêmicos devem ser reservados a pacientes com obstrução intensa das vias aéreas, trombocitopenia intensa e anemia hemolítica. O ciclo de tratamento dura geralmente entre 5 a 7 dias.

» A imunoglobulina intravenosa (IGIV), que modula a resposta do sistema imunológico, pode ser utilizada em pacientes com trombocitopenia imune.

### ■ com infecção por *Candida*

mais

### terapia antifúngica

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **nistatina**: crianças e adultos: 200,000 a 400,000 unidades por via oral (bochechadas e engolidas) quatro vezes ao dia

#### Opções secundárias

» **clotrimazol orofaríngeo**: adultos: 10 mg por via oral (pastilha) cinco vezes ao dia

#### OU

» **fluconazol**: adultos: 200-400 mg por via oral/intravenosa uma vez ao dia

» A *Candida albicans* é geralmente suscetível à terapia tópica.

» Casos leves a moderados de candidíase oral podem ser tratados com agentes antifúngicos poliênicos (por exemplo, nistatina). Deve-se observar que a suspensão de nistatina possui um conteúdo alto de sucrose e seu uso frequente, particularmente em um paciente xerostômico, pode aumentar o risco de cárie dentária. Continuar o tratamento por pelo menos 48 horas após reversão dos sintomas.

» Para indivíduos com infecção fúngica mais disseminada, envolvendo mais superfícies da boca, ou naqueles que apresentam duração mais longa dos sintomas, um antifúngico azólico, como clotrimazol ou fluconazol, é mais adequado. O ciclo de tratamento dura geralmente 14 dias.

### ■ com difteria

mais

### antitoxina diftérica



## Agudo

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

### Opções primárias

» **antitoxina diftérica (equina)**: crianças e adultos: 80,000 a 120,000 unidades em infusão intravenosa dependendo da progressão da doença; consulte um especialista para obter orientação adicional quanto à dose

» A antitoxina diftérica é o pilar de terapia e deve ser administrada imediatamente, assim que houver forte suspeita clínica de difteria. A confirmação laboratorial do diagnóstico não deve atrasar a administração de antitoxina, uma vez que os pacientes podem piorar rapidamente.

» A antitoxina pode neutralizar somente toxinas livres no soro, e a eficácia diminui significativamente após o início de sintomas mucocutâneos, os quais sinalizam o movimento da toxina para as células.

mais

### antibioticoterapia

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

### Opções primárias

» **benzilpenicilina sódica**: crianças: 100 mg/kg/dia por via intravenosa/intramuscular administrados em doses fracionadas a cada 6 horas; adultos: 2.4 a 4.8 g/dia por via intravenosa/intramuscular administrados em doses fracionadas a cada 6 horas

OU

» **benzilpenicilina procaína**: crianças  $\leq 10$  kg: 300,000 unidades por via intramuscular uma vez ao dia; crianças  $> 10$  kg e adultos: 600,000 unidades por via intramuscular uma vez ao dia

OU

» **eritromicina base**: crianças: 40-50 mg/kg/dia por via oral administrados em doses fracionadas a cada 6 horas, máximo de 2000 mg/dia; adultos: 250-500 mg por via oral quatro vezes ao dia

» Os antibióticos não são substitutos do tratamento com antitoxina, mas servem para evitar a produção adicional da toxina pela erradicação do organismo *Corynebacterium*

## Agudo

## ■ com tularemia

## mais

diphtheriae. Eles também tratam as infecções cutâneas localizadas. Além disso, os antibióticos evitam a transmissão da doença para contatos. O C diphtheriae é geralmente suscetível à penicilina e eritromicina.[39]

» Ciclo de tratamento: 14 dias.

**antibioticoterapia**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

**Opções primárias**

» **ciprofloxacino**: adultos: 750 mg por via oral duas vezes ao dia

**OU**

» **estreptomicina**: crianças: 15 mg/kg por via intramuscular a cada 12 horas; adultos: 1000 mg por via intramuscular a cada 12 horas

**OU**

» **gentamicina**: crianças e adultos: 3-5 mg/kg/dia por via intravenosa/intramuscular

» A antibioticoterapia com agentes ativos contra *Francisella tularensis* é o pilar de tratamento em todos os pacientes, independentemente da manifestação clínica.

» As práticas de isolamento padrão devem ser seguidas, e o laboratório clínico deve ser alertado para tularemia como diagnóstico suspeito antes de os espécimes clínicos serem enviados.

» O ciprofloxacino parece ser igualmente efetivo em experiências clínicas mais limitadas quando comparado com um aminoglicosídeo (estreptomicina ou gentamicina).

» Ciclo de tratamento: 7 a 14 dias. Recidiva pode ocorrer e deve ter tratamento adicional de 7 a 14 dias.

## ■ com gonococo ou clamídia

## mais

**antibioticoterapia**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

**Opções primárias**

» **ceftriaxona**: 250 mg por via intramuscular em dose única

-e-

» **azitromicina**: 1 g por via oral em dose única

## Agudo

» É mais difícil erradicar o gonococo da faringe do que de locais urogenitais. Um esquema duplo (ceftriaxona associada a azitromicina) é recomendado para evitar o desenvolvimento de cepas resistentes a cefalosporinas. O esquema duplo também tem o benefício de ser ativo contra clamídia. Um exame para confirmar a cura deve ser solicitado para garantir a erradicação após o tratamento.<sup>[40]</sup>

» A cefalosporina oral não apresenta eficácia comprovada para gonorreia faríngea, mas pode ser utilizada, desde que seja considerado um exame para confirmar a cura.

## Recomendações

### Monitoramento

O exame para confirmar a cura, com uma cultura faríngea de acompanhamento ou um exame rápido de antígeno para GAS, não é geralmente necessário, exceto em pacientes que apresentam alto risco de insuficiência renal aguda ou sintomas recorrentes compatíveis com GAS.[3] No entanto, um exame para confirmar a cura é aconselhado em pacientes tratados para faringite gonocócica. Se os sintomas de faringite não melhorarem após 3 a 4 dias, deve-se considerar um diagnóstico alternativo.

### Instruções ao paciente

As instruções ao paciente devem ser ajustadas à etiologia específica de faringite aguda. Os pacientes devem ser instruídos a esperarem a melhora de seus sintomas em até 3 a 4 dias. Não há necessidade de repouso no leito ou isolamento, embora contatos próximos devam ser testados se apresentarem sintomas de faringite por GAS ou se tiverem apresentado febre reumática ou glomerulonefrite pós-estreptocócica anteriormente. Analgésicos podem ser utilizados para sintomas de faringite, cefaleia e febre, embora a aspirina deva ser evitada em crianças em razão de sua associação com a síndrome de Reye. As crianças podem retornar à escola ou à creche depois de tomarem antibióticos por pelo menos 24 horas. Elas também podem retornar à escola após a febre ter passado e não se sentirem mais indispostas.

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>escarlatina</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
A escarlatina é, simplesmente, a presença de uma erupção cutânea "escarlatiniforme" decorrente de infecção com uma cepa produtora de toxinas eritrogênicas de estreptococos (geralmente o grupo A, mas também pode ser tipo B ou C). A erupção cutânea é uma erupção papular difusa que tem uma sensação de lixa característica. Geralmente, a erupção cutânea inicia nas dobras inguinais ou axilas e se dissemina de maneira difusa, e depois descama. Palidez da região perioral e língua em morango também podem estar presentes. O diagnóstico é feito com avaliação clínica, e o tratamento deve ser direcionado à erradicação dos estreptococos. O tratamento não difere daquele da faringite por GAS. [Fig-2]		
<b>febre reumática</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
A febre reumática se apresenta como poliartrite, cardite, nódulos subcutâneos, eritema marginado e coreia. É uma complicação rara do Streptococcus do grupo A (GAS) e é mais comumente observada entre as idades de 3 e 21 anos. O tratamento sintomático pode reduzir a fase inflamatória aguda, particularmente a poliartrite, que pode ser muito dolorosa. A penicilina é a escolha de primeira linha para a profilaxia secundária.		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>glomerulonefrite</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
<p>A glomerulonefrite aguda é associada à infecção por Streptococcus do grupo A (GAS) da faringe ou da pele 1 a 3 semanas após a infecção. O tratamento da condição subjacente e o acompanhamento da hipertensão, hiperlipidemia e proteinúria são os pilares da terapia. A maioria dos indivíduos se recupera sem apresentar insuficiência renal em longo prazo. Eventualmente, alguns pacientes podem precisar de diálise ou transplante. Os antibióticos provavelmente não evitam a glomerulonefrite, mas não existem certezas.</p>		

## Prognóstico

A antibioticoterapia para faringite por Streptococcus do grupo A (GAS) resulta em diminuição da intensidade e da duração dos sintomas e evita a febre reumática como complicação em longo prazo. A resolução dos sintomas ocorre em um a vários dias. No entanto, os indivíduos infectados não são imunes à reinfeção. Complicações de faringite viral são extremamente incomuns. Geralmente, os sintomas desaparecem em 7 a 10 dias.

## Diretrizes de diagnóstico

### Europa

#### SMI B 9: Investigation of throat related specimens

**Publicado por:** Public Health England

**Última publicação em:**  
2015

#### UK national guideline for the management of gonorrhoea in adults

**Publicado por:** British Association for Sexual Health and HIV

**Última publicação em:**  
2011

### América do Norte

#### Pharyngitis (strep throat)

**Publicado por:** Centers for Disease Control and Prevention

**Última publicação em:**  
2016

#### Acute pharyngitis in adults: physician information sheet

**Publicado por:** Centers for Disease Control and Prevention

**Última publicação em:**  
2015

#### Epstein-Barr virus and infectious mononucleosis

**Publicado por:** National Center for Infectious Diseases; Centers for Disease Control and Prevention

**Última publicação em:**  
2014

#### Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update

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

**Última publicação em:**  
2012

#### Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute streptococcal pharyngitis

**Publicado por:** American Heart Association

**Última publicação em:**  
2009

## Diretrizes de tratamento

### Europa

#### Sore throat (acute): antimicrobial prescribing

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

**Última publicação em:**  
2018

## Europa

### UK national guideline for the management of gonorrhoea in adults

**Publicado por:** British Association for Sexual Health and HIV

**Última publicação em:**  
2011

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

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

**Última publicação em:**  
2008

## América do Norte

### Appropriate antibiotic use for acute respiratory tract infection in adults: advice for high-value care from the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention

**Publicado por:** American College of Physicians

**Última publicação em:**  
2016

### Clinical practice guideline for the management of candidiasis: 2016 update

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

**Última publicação em:**  
2016

### Pharyngitis (strep throat)

**Publicado por:** Centers for Disease Control and Prevention

**Última publicação em:**  
2016

### Acute pharyngitis in adults: physician information sheet

**Publicado por:** Centers for Disease Control and Prevention

**Última publicação em:**  
2015

### Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update

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

**Última publicação em:**  
2012

### Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute streptococcal pharyngitis

**Publicado por:** American Heart Association

**Última publicação em:**  
2009

## Africa

### Updated recommendations for the management of upper respiratory tract infections in South Africa

**Publicado por:** Working Group of the Infectious Diseases Society of Southern Africa

**Última publicação em:**  
2015

## Nível de evidência

1. Melhora sintomática: há evidências de qualidade moderada de que antibióticos são mais eficazes em 3 dias do que o placebo na redução da faringite e cefaleia, particularmente em indivíduos com swabs de garganta positivos para *Streptococcus*.  
**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.



## Artigos principais

- Shulman ST, 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](#)
- Public Health England. Standards for Microbiology Investigations B 9: Investigation of throat related specimens. April 2015 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Nov 5;(11):CD000023. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- 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. [Resumo](#)
- Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137. [Texto completo](#) [Resumo](#)

## Referências

1. Orenstein WA, Perry RT, Halsey NA. The clinical significance of measles: a review. J Infect Dis. 2004 May 1;189(suppl 1):S4-S16. [Texto completo](#) [Resumo](#)
2. Penn RL. Francisella tularensis. In: Mandell, GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Principles and practice of infectious diseases. 6th ed. New York, NY: Churchill Livingstone; 2005:2674-2685.
3. Shulman ST, 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](#)
4. Bisno AL. Acute pharyngitis. New Engl J Med. 2001 Jan 18;344(3):205-11. [Resumo](#)
5. Glavey SV, Keane N, Power M, et al. Posterior pharyngeal candidiasis in the absence of clinically overt oral involvement: a cross-sectional study. Lung. 2013 Dec;191(6):663-8. [Resumo](#)
6. Cooper RJ, Hoffman JR, Bartlett JG, et al. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults: background. Ann Intern Med. 2001 Mar 20;134(6):509-17. [Resumo](#)
7. Meland E, Digraanes A, Skjaerven R. Assessment of clinical features predicting streptococcal pharyngitis. Scand J Infect Dis. 1993;25(2):177-83. [Resumo](#)
8. Cohen JF, Bertille N, Cohen R, et al. Rapid antigen detection test for group A streptococcus in children with pharyngitis. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Jul 4;(7):CD010502. [Texto completo](#) [Resumo](#)

9. Felsenstein S, Faddoul D, Sposto R, et al. Molecular and clinical diagnosis of group A streptococcal pharyngitis in children. *J Clin Microbiol.* 2014 Nov;52(11):3884-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
10. Uhl JR, Adamson SC, Vetter EA, et al. Comparison of LightCycler PCR, rapid antigen immunoassay, and culture for detection of group A streptococci from throat swabs. *J Clin Microbiol.* 2003 Jan;41(1):242-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
11. Public Health England. Standards for Microbiology Investigations B 9: Investigation of throat related specimens. April 2015 [internet publication]. [Texto completo](#)
12. Centers for Disease Control and Prevention. Acute pharyngitis in adults: physician information sheet. April 2015 [internet publication]. [Texto completo](#)
13. Lean WL, Arnup S, Danchin M, et al. Rapid diagnostic tests for group A streptococcal pharyngitis: a meta-analysis. *Pediatrics.* 2014 Oct;134(4):771-81. [Texto completo](#) [Resumo](#)
14. American Academy of Pediatrics. Epstein-Barr virus infections. In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, et al., eds. *Red Book®: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases.* 30th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2015:336-340.
15. Little P, Hobbs FD, Moore M, et al; PRISM investigators. PRImary care Streptococcal Management (PRISM) study: in vitro study, diagnostic cohorts and a pragmatic adaptive randomised controlled trial with nested qualitative study and cost-effectiveness study. *Health Technol Assess.* 2014 Jan;18(6):vii-xxv, 1-101. [Texto completo](#) [Resumo](#)
16. Hopper SM, McCarthy M, Tancharoen C, et al. Topical lidocaine to improve oral intake in children with painful infectious mouth ulcers: a blinded, randomized, placebo-controlled trial. *Ann Emerg Med.* 2014 Mar;63(3):292-9. [Resumo](#)
17. de Mey C, Koelsch S, Richter E, et al. Efficacy and safety of ambroxol lozenges in the treatment of acute uncomplicated sore throat - a pooled analysis. *Drug Res (Stuttg).* 2016 Jul;66(7):384-92. [Resumo](#)
18. de Mey C, Patel J, Lakha DR, et al. Efficacy and safety of an oral ambroxol spray in the treatment of acute uncomplicated sore throat. *Drug Res (Stuttg).* 2015 Dec;65(12):658-67. [Resumo](#)
19. Mukherjee PK, Esper F, Buchheit K, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial to assess the safety and effectiveness of a novel dual-action oral topical formulation against upper respiratory infections. *BMC Infect Dis.* 2017 Jan 14;17(1):74. [Resumo](#)
20. Schachtel BP, Shephard A, Shea T, et al. Flurbiprofen 8.75 mg lozenges for treating sore throat symptoms: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Pain Manag.* 2016 Nov;6(6):519-29. [Resumo](#)
21. Shephard A, Zybeshari S. Virucidal action of sore throat lozenges against respiratory viruses parainfluenza type 3 and cytomegalovirus. *Antiviral Res.* 2015 Nov;123:158-62. [Resumo](#)

22. Cohen JF, Cohen R, Levy C, et al. Selective testing strategies for diagnosing group A streptococcal infection in children with pharyngitis: a systematic review and prospective multicentre external validation study. *CMAJ*. 2015 Jan 6;187(1):23-32. [Texto completo](#) [Resumo](#)
23. Hayward G, Thompson MJ, Perera R, et al. Corticosteroids as standalone or add-on treatment for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Oct 17;(10):CD008268. [Texto completo](#) [Resumo](#)
24. 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](#)
25. 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](#)
26. Lepelletier D, Pinaud V, Le Conte P, et al. Is there an association between prior anti-inflammatory drug exposure and occurrence of peritonsillar abscess (PTA)? A national multicenter prospective observational case-control study. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2017 Jan;36(1):57-63. [Resumo](#)
27. Waljee AK, Rogers MA, Lin P, et al. Short term use of oral corticosteroids and related harms among adults in the United States: population based cohort study. *BMJ*. 2017 Apr 12;357:j1415. [Texto completo](#) [Resumo](#)
28. Wing A, Villa-Roel C, Yeh B, et al. Effectiveness of corticosteroid treatment in acute pharyngitis: a systematic review of the literature. *Acad Emerg Med*. 2010 May;17(5):476-83. [Resumo](#)
29. Fleming-Dutra KE, Hersh AL, Shapiro DJ, et al. Prevalence of inappropriate antibiotic prescriptions among US ambulatory care visits, 2010-2011. *JAMA*. 2016 May 3;315(17):1864-73. [Resumo](#)
30. de la Poza Abad M, Mas Dalmau G, Moreno Bakedano M, et al; Delayed Antibiotic Prescription (DAP) Group. Prescription strategies in acute uncomplicated respiratory infections: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2016 Jan;176(1):21-9. [Resumo](#)
31. Coxeter P, Del Mar CB, McGregor L, et al. Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Nov 12;(11):CD010907. [Texto completo](#) [Resumo](#)
32. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Nov 5;(11):CD000023. [Texto completo](#) [Resumo](#)
33. Pichichero ME. A review of evidence supporting the American Academy of Pediatrics recommendation for prescribing cephalosporin antibiotics for penicillin-allergic patients. *Pediatrics*. 2005 Apr;115(4):1048-57. [Resumo](#)
34. 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. [Resumo](#)

35. Green M, Martin JM, Barbadora KA, et al. Reemergence of macrolide resistance in pharyngeal isolates of group A streptococci in southwestern Pennsylvania. *Antimicrob Agents Chemother*. 2004 Feb;48(2):473-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)
36. 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 Aug 15; (8):CD004872. [Texto completo](#) [Resumo](#)
37. Bartlett A, Williams R, Hilton M. Splenic rupture in infectious mononucleosis:a systematic review of published case reports. *Injury*. 2016 Mar;47(3):531-8. [Resumo](#)
38. De Paor M, O'Brien K, Fahey T, et al. Antiviral agents for infectious mononucleosis (glandular fever). *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Dec 8;(12):CD011487. [Resumo](#)
39. Centers for Disease Control and Prevention. Diphtheria. January 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)
40. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137. [Texto completo](#) [Resumo](#)
41. 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](#)
42. 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 Nov 19; (11):CD001802. [Texto completo](#) [Resumo](#)
43. 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. [Resumo](#)

## Imagens



IMAGES

*Figura 1: Pseudomembrana típica de faringite diftérica*

*Copyright do Departamento de Medicina Pediátrica e Hebiátrica, Princess Margaret Hospital, Hong Kong; utilizado com permissão*



*Figura 2: Rash da escarlatina no antebraço decorrente da bactéria estreptococo do grupo A*

*Cortesia da CDC Public Health Image Library*



*Figura 3: Filme lateral do pescoço demonstrando epigloteite*

*Do acervo pessoal de Dr. Petri; uso autorizado*



## 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 considerálas 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:

---

**Jeffrey R. Donowitz, MD**

Pediatrician

Pediatric Infectious Diseases, Children's Hospital of Richmond, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA

DIVULGAÇÕES: JRD declares that he has no competing interests.

### // Reconhecimentos:

Dr Jeffrey R. Donowitz would like to gratefully acknowledge Dr William A. Petri, Jr, a previous contributor to this monograph. WAP declares that he has no competing interests.

### // Colegas revisores:

---

**Richard Roberts, MD, JD, FAAFP, FCLM**

Professor of Family Medicine

University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, Madison, WI

DIVULGAÇÕES: RR declares that he has no competing interests.

---

**Remco de Bree, MD, PhD**

Otolaryngologist

Head and Neck Surgeon, VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands

DIVULGAÇÕES: RdB declares that he has no competing interests.