




---

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

---

Senhor Editor,

Em consideração ao estudo publicado por dos Santos & Berezin<sup>1</sup> e ao editorial publicado por Ejzenberg<sup>2</sup>, gostaríamos de comentar sobre a importância da seleção dos pacientes a serem submetidos a realização do teste rápido e da cultura de orofaringe.

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

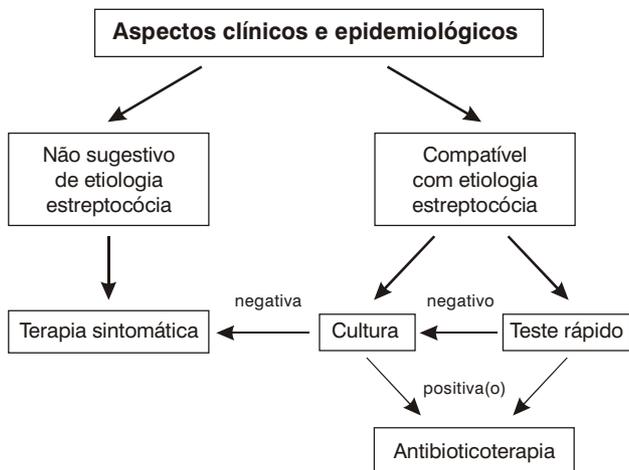
O diagnóstico diferencial inicia-se na avaliação clínica: o acometimento de outras mucosas, como a conjuntiva ou a mucosa nasal com a presença de coriza, além de rouquidão ou sibilos, são infreqüentes nas FA estreptocócicas e freqüentes nas FA virais<sup>5</sup>. A presença de exsudato pode acontecer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

De forma típica, as FA estreptocócicas têm início súbito, com dor de garganta intensa, febre, cefaléia, náuseas, vômitos e dor abdominal, podendo-se encontrar faringe eritematosa, com amígdalas hipertrofiadas e úvula edemaciada. Os linfonodos cervicais habitualmente tornam-se palpáveis e dolorosos. No entanto, nenhum elemento isolado na história ou exame físico é sensível ou específico o suficiente para excluir ou diagnosticar a etiologia estreptocócica<sup>3</sup>.

Em virtude da grande freqüência das FA, do benefício do tratamento antimicrobiano para os pacientes cuja etiologia é estreptocócica, da ausência de benefício do uso de antimicrobiano quando a etiologia é viral e da maior freqüência dos vírus como agentes de FA (70-85%), tornou-se necessário aumentar a precisão do diagnóstico etiológico, de modo a tornar o uso dos antimicrobianos mais acurado. Para o diagnóstico de certeza da etiologia estreptocócica, a cultura de orofaringe permanece como padrão-ouro, devendo-se coletar material com *swab* da amígdala e da parede posterior da faringe com o objetivo de maximizar a acurácia do resultado<sup>3</sup>. No entanto, existe um período de latência de 24 a 48 horas entre a coleta de material e a disponibilidade do resultado da cultura. Com o objetivo de obter o resultado laboratorial durante o atendimento médico inicial, tem sido empregado o teste rápido (*rapid antigen detection testing*), cuja especificidade e sensibilidade têm sido de 95% e 80-90%, respectivamente<sup>4</sup>. É importante frisar que a melhor acurácia do teste rápido é dependente da seleção dos pacientes a serem investigados, ou seja, quanto mais compatível o quadro com a etiologia estreptocócica (início súbito, febre, dor de garganta, sem conjuntivite, coriza, tosse, rouquidão, estomatite anterior ou diarreia), maior a acurácia do teste<sup>4</sup>. A exclusão de pacientes com sinais de infecção respiratória viral (rinorréia, conjuntivite, tosse e/ou espirros) no estudo realizado por dos Santos & Berezin<sup>1</sup> sem dúvida influenciou nos resultados encontrados, visto que essa exclusão aumentou a prevalência pré-teste das FA estreptocócicas. Esse mesmo método é o atualmente recomendado na prática clínica<sup>6</sup>, ao contrário do que fora recomendado por Ejzenberg<sup>2</sup>: realizar o teste rápido em todos os pacientes com faringite aguda.

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

A antibioticoterapia tem como principal objetivo a erradicação do estreptococo da orofaringe e, conseqüentemente, a prevenção de complicações; também é objetivo o encurtamento do período de doença<sup>5</sup>. Até o momento, não se conhece registro de resistência do *S. pyogenes* à penicilina benzatina, a qual permanece efetiva no tratamento das FA estreptocócicas<sup>5</sup>. As opções para o tratamento oral são a penicilina V e a amoxicilina, sendo a última mais vantajosa pelo menor custo e melhor sabor. Já foi demonstrada a equivalência de sucesso terapêutico, clínico e bacteriológico da amoxicilina na dose de 50 mg/kg/dia, em duas doses diárias (12/12h), sendo assim adicionada a vantagem da comodidade posológica (12/12h)<sup>7</sup>.



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

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

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

É de interesse a observação de que a eficácia da antibioticoterapia é bem menor na erradicação do *S. pyogenes* em portadores<sup>8</sup>. Dessa forma, a antibioticoterapia só está indicada para portadores nas seguintes situações: comunidades fechadas (por exemplo, orfanato) e convívio domiciliar com paciente com febre reumática<sup>8</sup>.

#### Agradecimentos

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

#### Referências

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

#### Cristiana M. Nascimento-Carvalho

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

#### Heloísa H. Sousa Marques

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

#### Resposta do autor

#### Uniformização das condutas frente ao paciente com faringite aguda

Foi com satisfação que recebi as propostas de Nascimento-Carvalho & Marques<sup>1</sup> para o tratamento da faringite aguda, que trazem como referência as recomendações de Bisno et al.<sup>2,3</sup>. A padronização de condutas pode principiar pela definição de faringite aguda, pois não há uma definição única, por surpreendente que seja. Isso levou as autoras a considerar como diversas algumas recomendações semelhantes. Por outro lado, o papel da cultura bacteriana na elucidação etiológica da faringite aguda, referendado pelas autoras, merece aprofundado debate antes de constituir recomendação aos pediatras, em especial nos países em desenvolvimento.

#### Definições de faringite aguda

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