

RECOMENDAÇÕES DAS SECÇÕES

Abordagem Prática da Amigdalite - Faringite na Criança

PAULA CORREIA, JOSÉ GONÇALO MARQUES, CARLOS CANHOTA, TERESA LIBÓRIO, PAULA VALENTE

*Secção de Infeciologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria
e Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral*

Etiologia e Epidemiologia

A maioria dos casos de faringite e amigdalite na criança são de causa viral. O predomínio da infecção viral é ainda maior abaixo dos 3 anos de idade, um grupo onde a infecção faríngea de causa bacteriana é pouco frequente. Adenovirus, enterovírus, Epstein-Barr, influenza e parainfluenza são os vírus mais frequentemente envolvidos nesta infecção. A etiologia bacteriana mais comum é por *Streptococcus pyogenes* (β -hemolítico do grupo A). Esta apresenta uma distribuição etária bimodal, com um primeiro pico de incidência entre os 5 e os 7 anos e um segundo pico entre os 12 e os 13 anos.

A infecção estreptocócica dissemina-se através do contacto directo com as secreções da garganta ou nariz de pessoas infectadas, propagando-se rapidamente em comunidades fechadas tais como escolas, infantários ou lares. Excepcionalmente, pode haver infecção por contacto com portadores assintomáticos. As crianças têm um papel importante na transmissão da infecção, tanto no seio familiar como na comunidade.

Clínica

A amigdalofaringite estreptocócica clássica ocorre em crianças em idade escolar e caracteriza-se pelo início súbito de febre, odinofagia, adenopatias cervicais anteriores dolorosas, cefaleias, náuseas e dor abdominal, na ausência de sintomas típicos de infecção viral das vias respiratórias altas tais como rinorreia, tosse ou conjuntivite. A orofaringe tem aspecto francamente eritematoso, vermelho vivo, podendo associar-se ou não à presença de petéquias no palato ou de exsudado purulento. O ponteadado esbranquiçado não é patognomónico da infecção estreptocócica e encontra-se em muitos casos de amigdalite viral no lactente. A presença de escarlatina é o sinal mais fíavel de etiologia estreptocócica. Na criança menor de 3 anos de

idade, a infecção respiratória estreptocócica é menos frequente, manifestando-se preferencialmente como rino-faringite, raramente como amigdalite, e o risco de febre reumática é quase inexistente.

A infecção por enterovirus pode apresentar-se como herpangina, com lesões aftosas ou vesiculares no palato. O quadro de faringo-conjuntivite com adenopatia pré-auricular é típico da infecção por adenovirus.

Diagnóstico

O principal desafio diagnóstico é o da distinção entre faringite/amigdalite viral e estreptocócica. Baseada apenas na clínica, é frequentemente imprecisa quer por os portadores de infecção estreptocócica nem sempre apresentarem o quadro clássico quer, e sobretudo, por este quadro poder ser mimetizado por outros agentes.

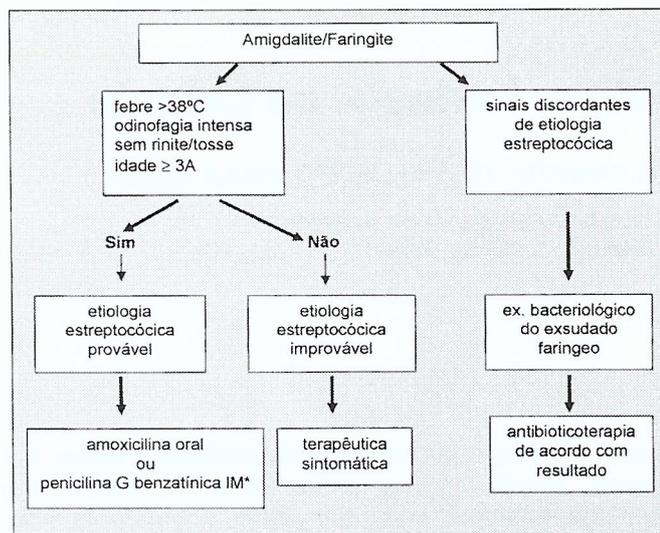
Contudo, em crianças com idade superior a 3 anos com faringite/amigdalite, a presença de febre e de odinofagia intensa, na ausência de rinite, tosse, conjuntivite ou diarreia, são fortemente sugestivos de etiologia estreptocócica. Esta probabilidade aumenta no decurso de uma epidemia ou se outros membros da família têm faringite estreptocócica confirmada bacteriologicamente.

Os exames bacteriológicos (cultura ou método de detecção rápida) devem ser utilizados quando há sinais discordantes de etiologia estreptocócica, na criança com amigdalites de repetição ou nos contactos com antecedentes de febre reumática, glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica ou síndrome do choque tóxico estreptocócico.

O exame cultural do exsudado faringo-amigdalino é o método diagnóstico de referência. O resultado é obtido, em média, dois dias depois.

Os métodos de detecção rápida de antigénio do *Streptococcus* β -hemolítico do grupo A têm uma boa especificidade (cerca de 90%) e razoável sensibilidade. Ou seja, quando são positivos pode tratar-se como amigdalite

estreptocócica, dispensando o exame cultural, quando negativos deve aguardar-se o resultado da cultura para a decisão de antibioticoterapia.



* Em casos de alergia ver opções no texto

Complicações

A amígdalo-faringite estreptocócica pode complicar-se com abscesso amigdalino ou faríngeo, adenite cervical ou, raramente, bacteriemia ou síndrome de choque tóxico. Pode também causar complicações não supurativas, como febre reumática ou glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica.

Terapêutica

Na criança com amigdalite ou faringite, a terapêutica antibiótica deve ser iniciada quando o quadro clínico é muito sugestivo de etiologia estreptocócica ou quando o exame bacteriológico é positivo. O atraso no início da terapêutica até 9 dias de doença não aumenta o risco de febre reumática pelo que, nos outros casos, se deve adoptar uma atitude expectante até se saber o resultado do estudo microbiológico.

A terapêutica de eleição continua a ser a penicilina, não sendo conhecidas resistências. Em Portugal não existe a formulação oral da penicilina pelo que se recorre à amoxicilina na dose de 50 mg/Kg/dia em 2-3 tomas durante 7-10 dias. Podem ser utilizadas apenas duas tomas diárias de amoxicilina porque a Concentração Inibitória Mínima (CIM) deste fármaco para o *Streptococcus* β-hemolítico do grupo A é muito baixa. Se há dúvidas na aderência à terapêutica ou não existe via oral optamos pela penicilina G benzatínica na dose de 50.000 U/Kg IM até ao máximo de

1.200.000 U. Como regra prática, podem usar-se 600.000 U abaixo dos 15 Kg e 1.200.000 U acima dos 15 Kg de peso.

Se há história de alergia à penicilina mas não às cefalosporinas podem utilizar-se cefalosporinas de 1ª geração como cefradina (25 mg/kg/dia em 3 tomas) ou cefadroxil (30 mg/kg/dia em 2 tomas), durante 7 a 10 dias. Se houver história de reacção anafilática grave deve optar-se pelos macrólidos.

Na criança, a elevada percentagem de estirpes resistentes aos macrólidos em Portugal (>20%) contraria a utilização sistemática destes fármacos, que devem ser reservados para situações de alergia aos β-lactâmicos. É recomendada a seguinte posologia: eritromicina 40-50 mg/kg/dia em 3 tomas; miocamicina 40-50 mg/kg/dia em 2-3 tomas; claritromicina 15 mg/kg/dia em 2 tomas (todos durante 10 dias); azitromicina 20mg/kg/dia em 1 toma (o dobro da dose habitual, durante 3 dias). A presença de abscesso faríngeo ou amigdalino obriga a referenciar a otorrinolaringologista.

Evicção escolar

A evicção escolar deve ser mantida até 24h após o início de terapêutica adequada, período após o qual o doente deixa de ser contagioso.

Bibliografia

1. Cherry JD: Pharyngitis (Pharyngitis, Tonsillitis, Tonsillopharyngitis, and Nasopharyngitis). In Feigin RD: Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 4th ed. Saunders Company, 1998, 2; 148-56.
2. J-C Pechère (ed): Acute Bacterial Pharyngitis. Cambridge Medical Publication, 1994, Wellingborough.
3. Wald ER, Green MD, Schwartz B, Barbadora K: A streptococcal score card revisited. Pediatric Emergency Care 1998; 14(2): 109-11.
4. Upper respiratory tract infections-World Health Organization. In <http://www.who.com>