

Faringotonsilite: Novo "Guidelines" na Suécia

Ann Hermansson e Anna Stjernquist-Desatnik

Introdução

Em Setembro de 2013 um *workshop* foi organizado pela “*Läkemedelsverket*” (Agência de Produtos Médicos) com o propósito de uma atualização no *guidelines* para o tratamento da faringotonsilite. A faringotonsilite, tanto na Suécia, quanto em outros países, é uma causa das mais comuns de doenças infecciosas tratadas em ambientes fora de internação em hospitais (como clínicas, ambulatórios e consultórios), sendo uma das causas de liderança na prescrição de antimicrobianos. A definição de faringotonsilite é uma inflamação da faringe e/ou das tonsilas palatinas, combinada com dor de garganta e febre. Os agentes mais comuns encontrados nestas infecções são os vírus.^{1,2} Entre os microorganismos bacterianos, o mais encontrado é o *Streptococcus pyogenes* do Grupo A (GAS) mas muitos outros também são encontrados com frequência, isoladamente ou em combinação com outras bactérias ou vírus. As complicações mais temidas da infecção pelo GAS são, hoje, muito pouco vistas na Suécia, entretanto a glomerulonefrite e a febre reumática devem ser consideradas.^{3,4} A complicação mais comum da faringotonsilite é o *Quincy* (peritonsilite), encontrado em dois por cento dos casos⁵. O *Quincy* pode se desenvolver após uma infecção por outros microorganismos que não o GAS, mas o risco é significativamente menor nos casos que foram tratados com antimicrobianos.⁶ A incidência de complicações mais graves como o abscesso retro ou parafaríngeo tem aumentado de maneira significativa na Suécia, durante os últimos anos, fato este levado em consideração quando foi elaborado este *guidelines* com critérios mais estritos, enfatizando a necessidade de continuar tratando as infecções pelo GAS⁷. O GAS é um dos patógenos humanos mais virulentos, causando muitas infecções com letalidade potencial, como a septicemia, a fasciíte necrosante e a Síndrome do Choque Tóxico Estreptocócica (*toxic shock like syndrome* - TSLs).⁸ A incidência de doença invasiva estreptocócica é maior em pessoas mais velhas (média de idade >60 anos). Entretanto, a faringotonsilite, nestas ocasiões, é raramente vista ou diagnosticada antes destas infecções mais graves. A síndrome de Lamierre⁹ (uma infecção de garganta complicada por uma tromboflebite da veia jugular e êmbolo séptico) causada pelo *Fusobacterium necrophorum* parece ter aumentado durante os últimos dez anos, porém isto pode ser dependente de uma vigilância maior entre os médicos clínicos e os laboratórios.

Diagnóstico

Diferenciar uma faringotonsilite viral de uma bacteriana somente pelos sinais clínicos é difícil. Os critérios de Centor¹⁰ têm sido introduzidos mundialmente e demonstraram aumentar a possibilidade de encontrar a faringotonsilite pelo GAS. Em uma publicação posterior, encontrou-se que os critérios podem ser aplicados

em crianças. Em um artigo de MacIsaac os critérios, com algumas poucas modificações provam funcionar bem também na população pediátrica^{11,12}. Ambos os critérios são apresentados na **Tabela 1**.

Os *swabs* da garganta com a cultura para o GAS são, para muitos, uma comprovação de que a tonsilite é causada pelo GAS, enquanto que alguns argumentam que isto não é verdadeiro, uma vez que existe a possibilidade de que os sinais agudos da infecção sejam causados por vírus, e que o GAS já estava presente, no indivíduo, como um estado de portador, antes mesmo da infecção^{13,14}. Para evitar isto, os critérios de Centor deverão ser plenamente preenchidos antes da tomada do *swab* (teste rápido para a pesquisa do GAS). O teste rápido mostrou ter uma boa especificidade e sensibilidade, sendo atualmente amplamente utilizado¹⁵. Quando forem realizados, tanto a cultura por *swab* quanto o teste rápido, é importante lembrar que os mesmos deverão ser obtidos diretamente das tonsilas palatinas e não de outras regiões da boca, língua ou faringe. Uma vez que o estado de portador do GAS é tão comum em crianças pequenas, a possibilidade de que a infecção não seja realmente causada pelo GAS, mesmo o teste sendo positivo, é muito maior na população pediátrica. Caso sejam suspeitos outros microorganismos mais incomuns é importante indicar esta possibilidade quando enviar a amostra para o laboratório, uma vez que métodos especiais podem ser necessários para o cultivo de outras bactérias. Portanto, se a hipótese for de uma tonsilite causada por *Aracnobacterium hemolyticum*, *Fusobacterium necrophorum* ou *Mycoplasma pneumoniae* isto deverá ser claramente indicado. O mesmo pensamento é válido para a difteria, para a angina de Vincent, para a epigloteite ou para a suspeita de outras infecções agudas.

Tabela 1. Critérios para faringotonsilite estreptocócica de acordo com Centor.

Os pacientes são julgados em quatro critérios, com um ponto adicionado para cada achado positivo no critério ¹ :
<ul style="list-style-type: none"> • História de febre • Exudato tonsilar • Adenopatia cervical anterior • Ausência de tosse
Adendos de McIsaac
<ul style="list-style-type: none"> • Idade menor de 15 anos: adicionar um ponto • Idade maior de 45 anos: subtrair um ponto

Não há necessidade de pedir um leucograma ou a Proteína-C reativa para diferenciar entre uma tonsilite viral ou bacteriana. Entretanto, caso se suspeite de uma complicação, este exames poderão ser solicitados. Na suspeita de uma infecção pelo vírus do Epstein Bar (EBV) deverá ser solicitado um teste sorológico para o EBV. É também importante lembrar que doenças sistêmicas podem se apresentar com sintomas de faringotonsilite como um dos primeiros sinais clínicos. Isto não é incomum, por exemplo, na sífilis, nas infecções gonocócicas, no HIV, nos processos malignos do espaço peritonsilar e nas diferentes formas de linfoma e leucemia. Nestes casos, outros testes sanguíneos ou até mesmo biópsias

podem estar indicadas. A **Tabela 2** mostra os sinais que indicam infecções graves independente dos critérios de Centor/McIsaac.

Existe um número importante de doenças autoinflamatórias que causam sinais frequentes ou perseverantes de tonsilite. Um exemplo típico é o da PFAPA (*Periodic fever, Adenopathy, Pharyngitis, Aphthae*) ou a Síndrome de Marshals como algumas vezes ela é conhecida.¹⁶ A PFAPA é vista principalmente nas crianças de baixa idade e o problema diminui com o tempo. A PFAPA é muitas vezes tratada com a tonsilectomia, proporcionando uma remissão completa na maioria dos casos uma vez que os sintomas de febre alta, faringite e aftas podem ser muito angustiantes.

Tabela 2. Sinais que indicam infecções graves independente dos critérios de Centor/McIsaac

<ul style="list-style-type: none"> • Confusão mental ou condição geral afetada gravemente (doença invasiva?) • Dificuldades para respirar e/ou deglutir (epiglotite?) • Dor de garganta intensa localizada mais de um dos lados (abscesso peritonsilar, retro/parafaríngeo?) • Dor de garganta intensa sem que as tonsilas estejam acometidas (abscesso retro/parafaríngeo, epiglotite) • Trisma (peritonsilite, abscesso retro/parafaríngeo) • Dor intensa na garganta, no peito, braços ou pernas (fasciíte) • Diarréia ou vômitos (toxina produzida pelo GAS)

Tratamento da faringotonsilite causada pelo GAS

Tratamento sintomático

Todos os pacientes deverão receber analgésicos como paracetamol, ibuprofen ou ácido salicílico. Os corticóides não são recomendados.

Tratamento antibiótico (Tabela 3)

Um único episódio

Penicilina V - oral - (fenoximetil penicilina) administrada 3 vezes ao dia durante 10 dias.

Para pacientes alérgicos é recomendada a clindamicina.

Tabela 3. Tratamento com antibiótico

Um único episódio:
<ul style="list-style-type: none"> • Penicilina V (oral): • adultos: 1 g 3x ao dia, 10 dias • crianças: 12,5 mg/kg 3x ao dia, 10 dias
Recorrência ou alergia:
<p>Clindamicina:</p> <p>adultos: 300 mg 3x ao dia, 10 dias.</p> <p>crianças: 5 mg/kg 3 x ao dia, 10 dias</p>

Episódios recorrentes

Quase 10 % dos pacientes tratados com penicilina oral irão experimentar um novo episódio de faringotonsilite estreptocócica dentro de um mês a partir do último episódio. Caso o primeiro episódio tenha sido tratado com penicilina

oral (e o tratamento tenha sido por 10 dias) o episódio recorrente deverá ser tratado com a clindamicina ou com as cefalosporinas uma vez que há um risco maior de mais recorrências. Se as recorrências continuarem, mesmo com os tratamentos frequentes, a possibilidade do estado de portador na criança ou no grupo familiar deverá ser considerada.¹⁷ Lembrar que a bactéria poderá vir de feridas contaminadas, eczema ou outras fontes aparte da faringe! Se mais do que 3 recorrências forem observadas dentro de um ano, a tonsilectomia deverá ser especialmente recomendada nos casos de infecções graves que estiverem interferindo com as atividades diárias.¹⁸

Sempre lembrar de considerar infecções sistêmicas graves ou complicações!

Referências bibliográficas

1. Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, *et al.* Guideline for the management of acute sore throat. *Clin Microbiol Infect* 2012;18(Suppl 1):1–28.
2. Putto A. Febrile exudative tonsillitis: Viral or streptococcal? *Pediatrics* 1987;80:6–12
3. Carapetis JR, Steer AC, Mulholland EK, *et al.* The global burden of group A streptococcal diseases. *Lancet Infect Dis* 2005;5:685–94.
4. Shulman ST, Tanz RR. Group A streptococcal pharyngitis and immune-mediated complications: from diagnosis to management. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2010;8:137–50. Information från Läkemedelsve
5. Klug TE, Henriksen JJ, Fuursted K, *et al.* Significant pathogens in peritonsillar abscesses. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2011;30:619–27
6. Spinks AB, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat (The Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 9, 2011.
7. Ludvigsson, *et al.* *BMC Public Health* 2011;11:450.
8. The Working Group on Severe Streptococcal Infections. Defining the group A streptococcal toxic shock syndrome: rationale and consensus definition. *JAMA* 1993;269:390–1
9. Lamierre A. On certain septicemias due to anaerobic organisms. *Lancet* 1936;1:701–3.
10. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, *et al.* The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. *Med Decis Making* 1981;1:239–46.
11. McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D, *et al.* A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *Can Med Assoc J* 1998;158:75–83.
12. McIsaac RM, Kellner JD, Aufricht P, *et al.* Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. *JAMA* 2004;291:1587–95.
13. Dagnelie CF, van der Graaf Y, De Melker RA. Do patients with sore throat benefit from penicillin? A randomized double-blind placebocontrolled clinical trial with penicillin V in general practice. *British J of Gen Pract* 1996;46:598–3
14. Shaikh N, Leonard E, Martin J. Prevalence of streptococcal pharyngitis and streptococcal carriage in children: a meta-analysis. *Pediatrics* 2010;126:557–64.
15. Rogo T, Schwartz RH, Ascher DP. Comparison of the Inverness Medicirikal Aceava Strep A test with the Genzyme OSOM and Quidel QuickVue Strep A tests. *Clin Pediatr (Phila)* 2011;50(4):294–6.
16. Wurster V, Cirkarlucci J, Feder H, *et al.* Long-term follow-up of children with Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and cervicirikal adenitis syndrome. *J Pediatr* 2011;159:958–64.
17. Kikuta H, Shibata M, Nakata S, *et al.* Efficacy of antibiotic prophylaxis for intrafamilial transmission of group A beta-hemolytic streptococci. *Pediatr Infect Dis J* 2007;26:139–41.
18. Burton MJ, Glasziou PP. Tonsillectomy or adeno-tonsillectomy versus non-surgicirikal treatment for chronic/recurrent acute tonsillitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2009(1):CD001802