

Otimização do Tratamento das Infecções de Vias Aéreas Superiores

Tania Sih

Os médicos até um certo tempo atrás valorizavam para o diagnóstico a história, com alguns dados epidemiológicos, e o exame clínico. Havia uma riqueza de dados clínicos objetivos e uma pobreza de exames subsidiários à sua disposição. Hoje, vemos uma oferta de exames de imagem e laboratoriais, inimaginável até algumas décadas, e, sobretudo, razoavelmente acessível, dependendo do local e das condições do paciente. Esta mudança levou muitos médicos a tratarem relatórios de exames subsidiários, muitas vezes pedidos em excesso, e esquecerem de estabelecer o diagnóstico através do conjunto de sinais e sintomas, em conjunto com o exame físico do paciente. Ou seja: tratam relatórios e não os pacientes. A facilidade e rapidez para o preenchimento de pedidos de exames têm, por vezes, levado a uma anamnese pobre, mas ela deveria ser o item mais importante.

Nas inflamações agudas de vias aéreas, os exames radiográficos, freqüentemente solicitados indevidamente, não conseguem esclarecer a natureza da infecção, especialmente se é viral ou bacteriana, e ainda se o quadro é alérgico. Isto é muito observado nas crianças que freqüentam creche, onde as inflamações agudas da via aérea são repetidas. A solicitação de exames tende a resultar na detecção de alterações pequenas e inespecíficas que inquietam os familiares, e pressionam o médico a realizar prescrições de antibióticos, muitas vezes desnecessárias. Estas prescrições são comuns para crianças *com tosse, obstrução e/ou secreção nasal de curta duração (resfriado), às vezes porque o paciente teve febre de um dia ou dois, inapetência e dor de garganta*. Os sinais e sintomas de infecções respiratórias virais, bacterianas e quadros alérgicos se superpõem inúmeras vezes, levando o médico a prescrever o(s) fármaco(s) nem sempre adequado(s) ao caso. A indução ao erro medicamentoso decorre do diagnóstico não acurado. Por vezes, o contrário também acontece nos países em desenvolvimento. Médicos sem condições de realizar exames simples - radiografias de tórax para a confirmação de uma pneumonia ou um exame de urina para confirmar a infecção urinária, para ter um diagnóstico de certeza, tendem a utilizar antibióticos indevidamente. De modo geral, em relação às doenças respiratórias, temos um excesso de diagnósticos de infecção bacteriana em três situações: paciente com queixa de dor de garganta, que recebe antibiótico para simples infecção viral; hiperemia de membrana timpânica quando a criança chora, levando ao diagnóstico de otite e uso do antibiótico; sinusite diagnosticada através de radiografia simples com aspecto inespecífico e, muitas vezes, transitório durante a gripe (até o velamento é possível), levando à prescrição desnecessária de antibiótico. Nestas três condições clínicas das vias

aéreas superiores, ocorre um exagero de medicações desnecessárias: tonsilite, sinusites e otite média aguda.

Tonsilite

A dor de garganta muitas vezes é tratada com anti-inflamatório não hormonal (AINH), quando poderia estar sendo medicada com analgésico/antitérmico, com menos efeitos colaterais e custo, como também, com menor possibilidade de mascarar uma infecção bacteriana (sem reduzir suas complicações), e colutórios. A tonsilite, em cerca de 75% dos casos na faixa etária entre dois e 10 anos, é de etiologia viral. Somente 25% dos casos são provocados pelo *Streptococcus pyogenes* do Grupo A (GAS), também conhecido como estreptococo beta-hemolítico do Grupo A, potencial causador de doença reumática e nefrite ¹. Somente estes casos de tonsilite deveriam estar recebendo antibiótico, mas geralmente, vemos exatamente o contrário. Um trabalho de Bricks LF realizado com crianças que frequentavam creches em São Paulo, mostrou que 75% das crianças recebiam antibiótico a cada vez que procuravam um médico com queixa de dor de garganta ². O pior, é que, ainda assim, cerca de 20% das infecções estreptocócicas (5% do total), não são tratadas com antibiótico, erroneamente.

Para o diagnóstico etiológico definitivo de uma tonsilite causada pelo GAS, a cultura da tonsila é o teste padrão-ouro, com aproximadamente 95% de acurácia na identificação do GAS. Existem, também, os testes diagnósticos de detecção rápida do grupo específico de carboidratos da bactéria, que incluem o ensaio imunoenzimático e a aglutinação com látex. A orientação da Academia Americana de Pediatria é a de empregar métodos microbiológicos, como estes dois últimos, para a detecção do GAS ³. Disponibilizar para uso generalizado estes testes microbiológicos para o diagnóstico de faringite constitui eficaz estratégia diagnóstica, com boa relação custo-benefício, e que evita o uso excessivo de antimicrobianos ⁴.

Sinusite

O diagnóstico de sinusite bacteriana aguda (SBA) deve-se basear em critérios clínicos. A obstrução e a secreção nasais acompanhadas de tosse dia e noite, que permanecem por 10 dias fazem pensar no diagnóstico, em especial quando precedidas de infecção de vias aéreas superiores ⁵. A sinusite bacteriana, na maioria das vezes, surge como complicação de um resfriado, porém, por vezes, o quadro bacteriano é mais precoce, podendo ser diagnosticado a partir do 4º dia de IVAS com febre. O diagnóstico de SBA na faixa etária pediátrica tem maior incidência em crianças com idade inferior a seis anos de idade, e é **clínico**, através do conjunto de sinais e sintomas. Não há necessidade de exames de imagem, como a radiografia simples das cavidades paranasais. A tomografia computadorizada está indicada nos casos de complicações sinusais e recorrência dos sintomas ⁶. Deve ser destacado que a criança com quadro de **resfriado pode apresentar velamento ou opacidade das cavidades paranasais ao Raio-X simples**, desde os primeiros dias de doença, determinado apenas por vírus dentro destas cavidades. A contaminação bacteriana da cavidade sinusal aparece a *posteriori*. Entretanto, existe um número grande de casos nos quais o médico trata com antibiótico este Raio-X, e não o paciente. O médico deve acompanhar a evolução do quadro, e

na presença de febre, tosse diurna que piora à noite, obstrução e secreção nasal verde/amarelada persistente por 7-10 dias, é quando irá fazer o diagnóstico de sinusite não mais viral, mas com um grande potencial de ser bacteriana e então tratar a mesma com antibióticos, limpeza nasal e analgésico/antitérmico.

Na situação de obstrução nasal persistente e recorrente o diagnóstico também deve ser firmado pela história e exame físico cuidadosos, e eventualmente por exames subsidiários específicos. Inúmeras vezes estas crianças recebem fármacos como anti-inflamatórios, descongestionantes sistêmicos, e corticóides orais, para tratamento de resfriados repetidos (em creches), casas frias, fumo ambiental, natação em piscinas contaminadas, etc. Estes casos devem ter preferencialmente uma solução causal. A relação custo-benefício destes medicamentos, muitas vezes desnecessários, deve ser levada em conta. Naturalmente, após a análise dos fatores causais, a rinite e a rinossinusite com base atópica merecem a administração de fármacos específicos, como anti-histamínico, descongestionante sistêmico, e corticóide nasal.

Otite média aguda

A otite média aguda (OMA) é uma das infecções mais comuns em crianças. Praticamente todas as crianças têm pelo menos um episódio até chegarem aos três anos e 20% destas crianças têm múltiplos episódios até esta idade. Os lactentes com sinais e sintomas de OMA apresentam infecção bacteriana em 80% dos casos, e desta forma devem receber analgésico/antitérmico e antibiótico que seja eficiente contra as três bactérias (*S. pneumoniae*, *H. influenzae* e *M. catarrhalis*) que mais comumente causam esta patologia. Ainda que haja vários antibióticos aprovados para a OMA, a amoxicilina é a droga de escolha porque tem adequada farmacocinética, espectro, e custo reduzido.

O problema é que a otoscopia, base do diagnóstico, nem sempre é feita adequadamente, seja pelo uso de otoscópio inadequado, sem lâmpada halógena, com espéculo de tamanho inapropriado, ou pela presença de cerúmen no conduto auditivo. Muitas vezes o choro da criança leva à hiperemia transitória da membrana timpânica.

Em parte, o excesso de diagnósticos de otite tem sido responsável por confusão com relação aos benefícios do uso de antibiótico na OMA. A isto se deve o atual entusiasmo pelo tratamento da OMA baseado apenas no uso de sintomáticos; de outra sorte, esta conduta também decorre de tentativa de deter o aumento da resistência das bactérias contra os antibióticos. A tendência atualmente é a de tratar com antibiótico sempre as crianças menores de 6 meses com OMA, e apenas avaliar a evolução daquelas entre 6 meses e 2 anos que tenham seguimento assegurado, para a decisão posterior de usar ou não o antibiótico⁷. Se os casos de OMA forem bem diagnosticados, os antibióticos são claramente benéficos, especialmente em grupos de risco bem definidos. Por outro lado, a cada vez que utilizamos os antibióticos sem necessidade, estamos lentamente matando os medicamentos e caminhando rumo a um período em que estes serão menos eficientes.

Conclusão

A criança com inflamação aguda da via aérea deve ter o diagnóstico baseado

essencialmente na história, com atenção especial aos dados epidemiológicos, e no exame físico. É necessário instituir a avaliação rotineira do estreptococo para o diagnóstico de faringite bacteriana, a partir de dois/três anos de idade, antes de receitar antibióticos. O diagnóstico de OMA deve ser criterioso ao exame físico, que poderá ser repetido quando duvidoso. Os outros exames subsidiários são ocasionais para adoção de uma conduta terapêutica com base em evidências.

A reavaliação do quadro de IVAS deveria ser obrigatória, pois durante a evolução é possível reorientar o caso quando houvesse equívoco no diagnóstico inicial, e complicações posteriores, locais ou sistêmicas. Estas reavaliações, de modo geral, podem ser somente clínicas, dispensando, por exemplo, radiografias das cavidades paranasais. A garantia de reavaliação evolutiva oferece maior segurança ao paciente, à família e ao próprio médico, que pode, por vezes, postergar o uso de antibióticos.

Acredito que nossos futuros esforços devem focar o desenvolvimento de critérios uniformes para o diagnóstico e os desfechos clínicos das infecções de vias aéreas superiores em crianças, e implantar esses critérios em novos ensaios, avaliando-se os efeitos das várias estratégias de tratamento. É preciso identificar grupos de crianças que se beneficiariam dos antibióticos ou até mesmo de cirurgias. Para conseguir isso, é necessário vencer as diferenças culturais com relação às infecções das vias aéreas respiratórias, antibióticos e cirurgias e desenvolver diretrizes de tratamento com base em evidências.

Referências bibliográficas

1. Zuquim SL. Diagnóstico Clínico e Laboratorial das Faringotonsilites estreptocócicas na Infância [dissertação]. São Paulo; Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo;1997.
2. Bricks LF; Leone, C. Utilização de medicamentos por crianças atendidas em creches. Rev Saúde Pública, 30: 527-35, 1996.
3. American Academy of Pediatrics. Group A Streptococcal Infections. In: Pichering LK Ed. Red Book: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases. 26th ed. Elk Grove Village (IL): American Academy of Pediatrics; p. 573-584.2003.
4. Schwartz B. Tonsilite Viral ou Bacteriana. In: Sih T. Infectologia Pediátrica. Revinter Ed, Rio de Janeiro. 2001:47-51.
5. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on the Management of Sinusitis and Committee on Quality Improvement. Clinical Practice Guideline: Management of Sinusitis. *Pediatrics* 108:798-808. 2001.
6. Sih T, Clement PAR. Pediatric Nasal and Sinus Disorders. Taylor and Francis Publishing, Boca Raton, FL. 2005.
7. Dagan R, Wald E, Schilder A. A Otite Média Aguda Deve ser Tratada com Antibióticos? In: Sih T, Chinski A, Eavey R, Godinho RN. IV Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO. Lis Ed, São Paulo. 200-213.2006