

# CAPÍTULO 11

## FARINGITE AGUDA NO ADULTO: REVISÃO NARRATIVA

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 08/10/2020

### **Henrique Cruz Baldanza**

Faculdade da Saúde e Ecologia Humana  
(FASEH)  
Vespasiano – MG  
<http://lattes.cnpq.br/2547065179681474>

### **Júlia Wanderley Drumond**

Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)  
Belo Horizonte - MG  
<http://lattes.cnpq.br/3801858518043826>

### **Ana Luiza Silva Pimenta Macedo**

Faculdade da Saúde e Ecologia Humana  
(FASEH)  
Vespasiano – MG  
<http://lattes.cnpq.br/0251128415227392>

### **Rafael Henrique Gatasse Kalume**

Faculdade da Saúde e Ecologia Humana  
(FASEH)  
Vespasiano – MG  
<http://lattes.cnpq.br/8307437702906105>

### **Renata Barreto Francisco**

Faculdade da Saúde e Ecologia Humana  
(FASEH)  
Vespasiano - MG  
<http://lattes.cnpq.br/2961577300408684>

### **Priscila Cypreste**

Faculdade da Saúde e Ecologia Humana  
(FASEH)  
Vespasiano – MG  
<http://lattes.cnpq.br/1948432165308369>

### **Renata Mendonça Lemos**

Faculdade da Saúde e Ecologia Humana  
(FASEH)  
Vespasiano – MG  
<http://lattes.cnpq.br/4064023390939565>

### **Alan Rodrigues de Almeida Paiva**

Faculdade da Saúde e Ecologia Humana  
(FASEH)  
Vespasiano - MG  
<http://lattes.cnpq.br/2561511062210431>

### **Ana Lúvia Coelho Vieira**

Faculdade da Saúde e Ecologia Humana  
(FASEH)  
Vespasiano - MG  
<http://lattes.cnpq.br/3844956601799546>

### **Victor Campos Boson**

Faculdade da Saúde e Ecologia Humana  
(FASEH)  
Vespasiano - MG  
<http://lattes.cnpq.br/5105835512247518>

### **Rafael Resende Pereira**

Faculdade da Saúde e Ecologia Humana  
(FASEH)  
Vespasiano - MG  
<http://lattes.cnpq.br/0700548762165337>

### **Camila Cogo Resende**

Faculdade da Saúde e Ecologia Humana  
(FASEH)  
Vespasiano - MG  
<http://lattes.cnpq.br/3687110213107411>

**RESUMO:** As infecções das vias aéreas superiores (IVAS) são doenças comuns

encontradas nos ambulatórios médicos, sendo a faringite aguda a de maior destaque. O diagnóstico da faringite aguda é clínico e o foco do exame deve ser a diferenciação do estreptococo  $\beta$ -hemolítico do grupo A (EBHGA), também conhecido como *S. pyogenes*, da infecção viral e o reconhecimento de sinais que podem indicar condições mais graves que requerem tratamento imediato. O tratamento se baseia no alívio dos sintomas e antibióticos usados apenas quando o quadro clínico laboratorial sugerir realmente infecção bacteriana, diminuindo o risco de resistência bacteriana. Vale lembrar que o diagnóstico precoce o tratamento adequado previne diversas complicações e diminuem morbimortalidade da doença.

**PALAVRAS-CHAVE:** Infecção de via aérea superior, faringite aguda, diagnóstico, tratamento.

## ACUTE PHARYNGITIS IN ADULTS: NARRATIVE REVIEW

**ABSTRACT:** Upper airway infections are common diseases found in medical clinics, with acute pharyngitis being the most prominent. The diagnosis of acute pharyngitis is clinical and the focus of the examination should be the differentiation of group A  $\beta$ -hemolytic streptococcus (EBHGA), also known as *S. pyogenes*, from viral infection and the recognition of signs that may indicate more serious conditions that require immediate treatment. The treatment is based on symptom relief and antibiotics should only be used when the clinical condition really suggests bacterial infection, decreasing the risk of bacterial resistance. It is worth remembering that early diagnosis and appropriate treatment prevents several complications and reduces the disease's morbidity and mortality.

**KEYWORDS:** Upper airway infection, acute pharyngitis, diagnosis, treatment.

## 1 | INTRODUÇÃO

As infecções das vias aéreas superiores (IVAS) são um dos problemas mais comuns encontrados em serviços de atendimento médico (BOCHNER, GANGAR, BELAMARICH; 2017). Delas, a faringite aguda recebe grande importância na prática clínica (SCHAPPERT, RECHTSTEINER; 2008). A maioria dos pacientes adultos com faringite aguda possuem uma doença de causa viral pela qual buscam alívio da dor de garganta, importante para o conforto do paciente e melhora da capacidade de hidratação do paciente (HARRIS, HICKS, QASEEM; 2016). As opções para o alívio da dor devem acompanhar a avaliação da etiologia da dor na garganta, sendo mais provável um vírus auto-limitante, menos provável uma bactéria que requer o uso de antibióticos (p. ex. estreptococo ou gonococo), e muito menos provável, uma infecção grave (p. ex. epigloteite, abscesso peritonsilar ou infecção aguda do vírus da imunodeficiência humana [HIV]) (HARRIS, HICKS, QASEEM; 2016).

## 2 | DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da faringite aguda é clínico. O foco do exame deve ser a diferenciação do estreptococo  $\beta$ -hemolítico do grupo A (EBHGA), também conhecido como *S. pyogenes*, da infecção viral e o reconhecimento de sinais que podem indicar condições mais graves que requerem tratamento imediato (GEREIGE, SAUTU; 2011; LLOR; 2011). O EBHGA normalmente provocará sintomas como petéquias de palato, erupção cutânea escarlatiniforme, vômitos e/ou exsudato faringeano com nódulos cervicais sensíveis. A etiologia viral é fortemente sugerida por rinorréia concomitante, tosse, rouquidão, diarreia, vesículas orofaríngeas e/ou ausência de febre (LLOR; 2011). A rigidez de pescoço ou inclinação da cabeça, estridor, sialorréia, aparência tóxica ou desconforto respiratório podem sugerir condições mais graves, incluindo abscesso peritonsilar, abscesso retrofaríngeo, epiglote ou síndrome de Lemierre (BOCHNER, GANGAR, BELAMARICH; 2017). A utilização do teste de detecção rápida do antígeno do estreptococcus do grupo A (alta especificidade) pode ser solicitado caso o médico tenha uma suspeita forte quanto a infecção pela bactéria EBHGA (LLOR; 2011). O resultado do teste sendo positivo garante que a infecção é causada pela bactéria; importante distinguir da possível colonização (crescimento e multiplicação de microrganismos em tecidos do hospedeiro, sem reação imunológica) (BOCHNER, GANGAR, BELAMARICH; 2017). Exames de imagem podem ser úteis quando suspeitar de uma doença grave subjacente, mas não deve atrasar o atendimento e conduta dos pacientes.

Os escores de Centor e Mclsaac utilizam dados de pacientes e seus sintomas para auxiliar no diagnóstico e conduta quando a infecção se dá pelo EBHGA. O escore de Centor (escala de 0-4) avalia se o paciente apresenta febre, ausência de tosse, presença de exsudato tonsilar e nódulos cervicais anteriores edemaciados e sensíveis. O escore de Mclsaac ajusta o escore de Centor por levar em conta a idade do paciente. Se o paciente tiver 15 anos de idade ou menos, ele receberá um ponto a mais e se ele tiver 45 anos ou mais, ele receberá um ponto a menos. Pacientes jovens (entre 3 e 14 anos) recebem um ponto a mais porque eles possuem uma maior chance de ser infectado pelo EBHGA, quando comparado com pacientes mais velhos. Dependendo da pontuação que o paciente receber, a conduta será diferente (FINE, NIZET, MANDL; 2012).

Escore de Centor	Colégio Americano de Médicos (ACP) / Diretrizes para Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC)
0	Não teste, não trate
1	Não teste, não trate
2	Trate se o teste rápido der positivo
3	Opção 1: Trate se o teste rápido der positivo, ou Opção 2: Tratar empiricamente
4	Tratar empiricamente

Tabela 1: Escore de Centor e suas condutas de acordo com a pontuação do paciente (STANFORD, et al; 2012)

### 3 I TRATAMENTO

A primeira etapa de um tratamento adequado seria o alívio sintomático. Abordagens de alívio da dor para faringite aguda em adultos incluem analgésicos orais, medicamentos tópicos e alterações dos fatores externos (SCHACHTEL, et al; 1998; SHULMAN, et al; 2012). Para escolher entre as várias opções de tratamento deve-se avaliar o paciente (por exemplo: sintomas concomitantes e comorbidades do paciente) e os fatores relacionados à terapêutica (farmacocinética e farmacodinâmica do medicamento e os possíveis efeitos colaterais de cada tratamento). É de importante relato que usar mais de um método terapêutico pode fornecer um alívio mais eficaz dos sintomas (GEREIGE, SAUTU; 2011). Analgésicos simples como o paracetamol e os antiinflamatórios não esteroidais (AINEs) tem atuação sistêmica e normalmente demoram até duas horas para surgir o efeito, mas têm uma duração de várias horas (SCHACHTEL, et al; 1998; SHULMAN, et al; 2012). Dados de estudos randomizados sugerem que os AINEs são mais eficazes que o paracetamol (LALA, et al; 2000). De acordo com o Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE), não se deve usar corticosteróides no tratamento de faringite aguda (NICE; 2018). Medicamentos tópicos como pastilhas de mentol ou cloridrato de benzidamina spray geralmente são de ação mais rápida que os analgésicos orais, mas têm menor tempo de ação, podendo necessitar uma dosagem mais frequente (BUSCH, et al; 2010; CINGI, et al; 2011). As alterações dos fatores externos e tratamento não farmacológico têm um papel importante como adjuvantes. O uso de um umidificador de ar para evitar exposição a ar excessivamente seco e evitar a exposição à fumaça e tabagismo podem trazer benefícios, mesmo que não comprovado por estudos (STEAD; 2018).

Para evitar a resistência bacteriana, é de grande importância usar antibióticos apenas quando quando o quadro clínico laboratorial sugerir realmente infecção bacteriana (LITTLE, et al; 1997). Pacientes com infecções secundárias as bactérias EBHGA devem utilizar como primeira escolha a amoxicilina 25 mg/kg de 12 em

12 horas por 10 dias ou penicilina benzatina 1.200.000 UI IM (DYNAMED; 2018). Caso o paciente apresentar alergia à penicilina, temos como opções: cefalexina 20 mg/kg de 12 em 12 horas por 10 dias, cefadroxil 30 mg/kg de 24 em 24 horas por 10 dias, azitromicina 12 mg/kg de 24 em 24 horas por 5 dias, claritromicina 7,5 mg/kg de 12 em 12 horas por 10 dias ou a clindamicina 7 mg/kg de 8 em 8 horas por 10 dias (DYNAMED; 2018). Para a maioria dos adultos, utiliza-se 500 mg de amoxicilina de 8 em 8 horas por 10 dias (STANFORD, et al; 2012). As indicações para antibióticos também incluem complicações específicas de infecções do trato respiratório superior, como abscesso peritonsilar, abscesso retrofaringeo, epiglotite aguda ou síndrome de Lemierre, como já citados anteriormente (BOCHNER, GANGAR, BELAMARICH; 2017).

O tratamento cirúrgico, tonsilectomia, é considerado em infecções recorrentes da garganta. De acordo com a Academia Americana de Otorrinolaringologia (AAO), deve-se considerar a tonsilectomia caso o paciente se encaixe em qualquer um dos três critérios: 7 ou mais episódios de faringotonsilite no ano anterior, 5 ou mais episódios de faringotonsilite por ano durante 2 anos ou 3 ou mais episódios de faringotonsilite por ano durante 3 anos (STANFORD, et al; 2012). No final, o paciente deve ser avaliado individualmente e o médico deve levar em consideração a gravidade e a comorbidade sendo imposta pela doença ao paciente para conseguir instituir uma conduta adequada e garantir o melhor prognóstico possível ao paciente.

## 4 | COMPLICAÇÕES

Pela ausência de um tratamento adequado, é possível que a faringite, especialmente a estreptocócica, evolua com complicações variadas. Elas são divididas em dois grupos: supurativas e não-supurativas. As complicações supurativas resultam da disseminação da infecção para diversos tecidos por continuidade ou pela via sanguínea, principalmente. A faringite pode resultar em linfadenite cervical, abscesso periamigdaliano, abscesso retrofaringeo, rinosinusite, otite média, meningite, bacteremia, endocardite ou pneumonia (KALRA, HIGGINS, PEREZ, 2018).

Dentre as não-supurativas, é de grande importância destacar a febre reumática devido ao grande impacto que esta doença tem na população brasileira. A glomerulonefrite pós-estreptocócica, outra possível complicação não-supurativa, igualmente à febre reumática, pode resultar devido à resposta autoimune provocado pela infecção estreptocócica (KALRA, HIGGINS, PEREZ, 2018). O tratamento adequado é imperativo na prevenção das complicações mais graves das faringites bacterianas.

## REFERÊNCIAS

BOCHNER, R.E.; GANGAR, M.; BELAMARICH, P. F. to Tonsillitis, Tonsillar Hypertrophy, and Peritonsillar and Retropharyngeal Abscesses. **Pediatric Rev**, v. 38, n. 2, p. 81-92, 2017.

BUSCH, R.; et al. Double-blind comparison of two types of benzocaine lozenges for the treatment of acute pharyngitis. **Arzneimittelforschung**, v. 60, p. 245, 2010.

CINGI, C.; et al. Effect of chlorhexidine gluconate and benzydamine hydrochloride mouth spray on clinical signs and quality of life of patients with streptococcal tonsillopharyngitis: randomized, prospective, double-blinded, placebo-controlled study. **J Laryngol Otol**, v. 125, n. 6, p. 620-5, 2011.

DynaMed Plus [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - Record No. 114913, Pharyngitis - approach to the patient; [updated 2018 May 04, cited October 09, 2018]; [about 17 screens]. Disponível em: <http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=114913>. Registration and login required.

FINE, A. M.; NIZET, V.; MANDL, K. D. Large-scale validation of the Centor and McIsaac scores to predict group A streptococcal pharyngitis. **Archives of internal medicine**, v. 172, n. 11, p. 847-52, jun. 2012.

HARRIS, A. M.; HICKS, L. A.; QASEEM, A. High Value Care Task Force of the American College of Physicians and for the Centers for Disease Control and Prevention. 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. **Ann Intern Med**, v. 164, n. 425, 2016.

GEREIGE, R.; SAUTU, B. C. Throat infections. **Pediatr Rev**, v. 32, n. 11, p. 459-68, nov. 2011.

KALRA, M.; HIGGINS, K.; PEREZ, E. Common Questions About Streptococcal Pharyngitis [Internet]. Aafp.org. 2018 [cited 30 October 2018]. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2016/0701/p24.html>.

LLOR, C. Streptococcal pharyngitis. **N Engl J Med**, v. 364, n. 24, p. 2366, jun. 2011.

NICE Guideline. Sore throat (acute): antimicrobial prescribing; nice.org.uk/guidance/ng84. Jan. 2018.

LALA, I. et al. Use of a simple pain model to evaluate analgesic activity of Ibuprofen versus paracetamol. **East Afr Med J**, v. 77, p. 504, 2000.

LITTLE, P.; et al. Reattendance and complications in a randomised trial of prescribing strategies for sore throat: the medicalising effect of prescribing antibiotics. **BMJ**; v. 315, n. 7104, p. 350-352, 1997.

SCHACHTEL, B. P.; et al. Sore throat pain in the evaluation of mild analgesics. **Clin Pharmacol Ther**, v. 44, p. 704, 1988.

SCHAPPERT, S. M.; RECHTSTEINER, E. A. Ambulatory medical care utilization estimates for 2006. **Natl Health Stat Report**, v.1, 2008.

SHULMAN, S. T.; 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**, v. 55, p. 1279, 2012.

STANFORD, T. et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America, **Clinical Infectious Diseases**, v. 55, n. 10, p. 86-102, nov. 2012.

STEAD, W. Symptomatic treatment of acute pharyngitis in adults. Post TW, ed. **UpToDate**. Waltham, MA: UpToDate; [Accessed on October 08, 2018].