

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA FARINGOAMIGDALITE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Gabriela Resende de Carvalho Ferraz¹, Josemar Tavares da Silva Neto², Marcelo Augusto Pereira Baião³, Raissa Isabelle Alves Dantas⁴, Júlia Marques Dantas Brandão⁵, Emily Quintino Soares², Patrícia Suenne Souza Araújo⁶, Athalany Balbina Belém De Brito Sampaio⁷, Josué Moura Telles⁸, Livia Aparecida Lourenço Da Cunha⁹, Carlos Bernardo Pizzatto Gunther¹⁰, Mauricio Nascimento Ribeiro Filho¹¹.

REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO

Este artigo tem por objetivo avaliar os aspectos clínicos da faringoamigdalite realizada nos últimos cinco anos. Revisão integrativa no banco de dados da BVS, LILACS, SciELO, PubMed de trabalhos publicados entre 2019 e 2023, combinando os descritores "faringoamigdalite", "diagnóstico" e "tratamento" ao descritor booleano "AND". Conclui-se que a faringoamigdalite é a infecção aguda de faringe, tonsilas ou ambas. Os sintomas podem incluir dor de garganta, linfadenopatia cervical e febre. O diagnóstico é clínico, complementado por cultura ou teste antigênico rápido. O tratamento depende dos sintomas e, no caso de estreptococos beta-hemolíticos do grupo A, envolve antibióticos.

Palavras-chave: Faringoamigdalite, Diagnóstico, Tratamento.

ABSTRACT

This article aims to evaluate the clinical aspects of pharyngotonsillitis experienced in the last five years. Integrative review in the VHL, LILACS, SciELO, PubMed database of works published between 2019 and 2023, combining the descriptors "pharyngotonsillitis", "diagnosis" and "treatment" with the Boolean descriptor "AND". It is concluded that pharyngotonsillitis is an acute infection of the pharynx, tonsils, or both. Symptoms may include sore throat, cervical lymphadenopathy, and fever. Diagnosis is clinical, complemented by culture or rapid antigen testing. Treatment depends on the symptoms and, in the case of group A beta-hemolytic streptococci, involves antibiotics.

Keywords: Pharyngotonsillitis, Diagnosis, Treatment.

Instituição afiliada – ¹Universidade Professor Edson Antônio Velano (UNIFENAS). ²Universidade Estácio de Sá. ³Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC). ⁴Faculdade De Medicina Estácio De Juazeiro Do Norte (FMJ). ⁵Centro Universitário de João Pessoa. ⁶Faculdade Pernambucana de Saúde. ⁷Faculdade Nova Esperança (FAMENE). ⁸Universidade Federal do Norte do Tocantins (UFNT). ⁹Centro Universitário Vale Do Rio Verde (UNINCOR). ¹⁰Universidade Federal do Rio Grande. ¹¹Universidade Ceuma.

Dados da publicação: Artigo publicado em Junho de 2024

DOI: <https://doi.org/10.36557/pbpc.v3i1.36>

Autor correspondente: Gabriela Resende de Carvalho Ferraz - gabrielarcferraz@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A faringoamigdalite é a infecção aguda de faringe, tonsilas, ou ambas. Os sintomas podem incluir dor de garganta, linfadenopatia cervical e febre. O diagnóstico é clínico, complementado por cultura ou teste antigênico rápido. O tratamento depende dos sintomas e, no caso de estreptococos beta-hemolíticos do grupo A, envolve antibióticos (PELLEGRINO *et al.*, 2023).

As tonsilas participam na vigilância imunitária sistêmica. Além disso, as defesas tonsilares locais incluem um revestimento do epitélio escamoso de processamento de antígeno que envolve respostas de células B e T. Todas as formas de faringotonsilite representam cerca de 15% de todas as consultas médicas no atendimento primário (PALLON; SUNDQVIST; HEDIN, 2018)..

A faringotonsilite costuma ser viral, na maioria das vezes pelos vírus que causam o resfriado comum (adenovírus, rinovírus, influenza, coronavírus e/ou vírus sincicial respiratório), mas, algumas vezes, também pelo vírus Epstein-Barr, vírus do herpes simples, citomegalovírus ou HIV (MUTHANNA *et al.*, 2018)..

Em torno de 30% dos pacientes, a causa é bacteriana. Estreptococo beta-hemolítico do grupo A (SBHGA) é o mais comum, mas algumas vezes o agente etiológico é *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* ou *Chlamydia pneumoniae*. Causas raras incluem coqueluche, Fusobacterium, difteria, sífilis e gonorreia. O SBHGA ocorre mais comumente entre as idades de 5 e 15 anos e é rara antes dos 3 anos de idade (LUO *et al.*, 2019).

Dor ao deglutir é a principal característica da tonsilofaringite e muitas vezes é sentida nas orelhas. As crianças muito jovens que não são capazes de queixar-se de dor de garganta, quase sempre se recusam a comer. Febre alta, cefaleia, mal-estar e indisposição gastrointestinal são comuns, assim como halitose e voz abafada. As tonsilas estão edemaciadas e vermelhas e, com frequência, têm exsudato purulento. Linfadenopatia cervical dolorosa pode estar presente. Adenopatia, febre, petéquias e exsudatos no palato são um pouco mais comuns com o SBHGA, do que com a faringotonsilite viral. Com o SBHGA, um exantema escarlatiniforme (escarlatina) pode

estar presente (WOLFORD; SCHAEFER, 2023).

A SBHGA geralmente se resolve dentro de 7 dias. A infecção por SBHGA não tratada pode resultar em complicações supurativas locais e, por vezes, febre reumática ou glomerulonefrite (OLIVEIRA PEREIRA *et al.*, 2018).

O objetivo geral deste trabalho é, por meio da análise da produção científica nacional e internacional indexadas às bases de dados BVS, LILACS, SciELO e PubMed, aprofundar o conhecimento acerca do manejo da faringoamidalite tendo de fundamental importância na avaliação criteriosa dos pacientes que externam sinais e sintomas da mesma e na condução e tratamento adequados destes, reduzindo os impactos de morbimortalidade já conhecidos.

Como objetivos específicos, tem-se: avaliar os aspectos clínicos da faringoamidalite realizada nos últimos anos, levando em conta a prevalência, classificação.

1 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que possui caráter amplo e se propõe a descrever o desenvolvimento de determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual, mediante análise e interpretação da produção científica existente. Essa síntese de conhecimentos a partir da descrição de temas abrangentes favorece a identificação de lacunas de conhecimento para subsidiar a realização de novas pesquisas. Ademais, sua operacionalização pode se dar de forma sistematizadas com rigor metodológico (BRUM *et al.*, 2015).

Para responder à questão norteadora *“O que a literatura especializada em saúde, dos últimos cinco anos, traz a respeito do diagnóstico e do tratamento da faringoamidalite?”* foi acessada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO), na Cochrane e na USA National Library of Medicine (PubMed).

Por meio da busca avançada, realizada em 24 de junho de 2024, utilizaram-se dos seguintes termos delimitadores de pesquisa como descritores para o levantamento

de dados dos últimos 5 anos: “faringoamigdalite”, “diagnóstico” e “tratamento”. Este processo envolveu atividades de busca, identificação, fichamento de estudos, mapeamento e análise. O recorte temporal justifica-se pelo fato de que estudos sobre o manejo da depressão, no Brasil, são pouco realizados.

Os dados coletados para a seleção dos artigos analisados neste estudo atenderam aos seguintes critérios de inclusão: tratar-se de um artigo original cujo objeto de estudo seja de interesse desta revisão integrativa, publicada nos últimos cinco anos. Já os critérios de exclusão foram: artigos de revisão, tese ou dissertação, relato de experiência e artigo que, embora trate de depressão, não tratasse de situações específicas relacionadas ao manejo nesses casos.

Inicialmente, foram encontradas 41 produções científicas com os descritores “faringoamigdalite”, “diagnóstico” e “tratamento”. Dos citados, foram selecionadas 40 produções científicas que apresentavam o texto na íntegra ou não, sendo que, apenas 38 atenderam ao critério de inclusão relativo ao idioma que era língua portuguesa e inglês.

Das 38 produções selecionadas, 36 atenderam ao critério de inclusão ao serem classificadas como artigos. Quando se aplicou o filtro relativo ao recorte temporal dos últimos cinco anos, foram selecionados 36 artigos. Desses, nove estavam duplicados por integrarem mais de uma base de dados, motivo pelo qual foram excluídos, restando 11 artigos. Após a leitura dos títulos e dos resumos dessas produções, 6 foram excluídos por não responderem à questão norteadora desse estudo, uma vez que se tratavam de patologias específicas, encontrando-se ilustrado na figura 1.

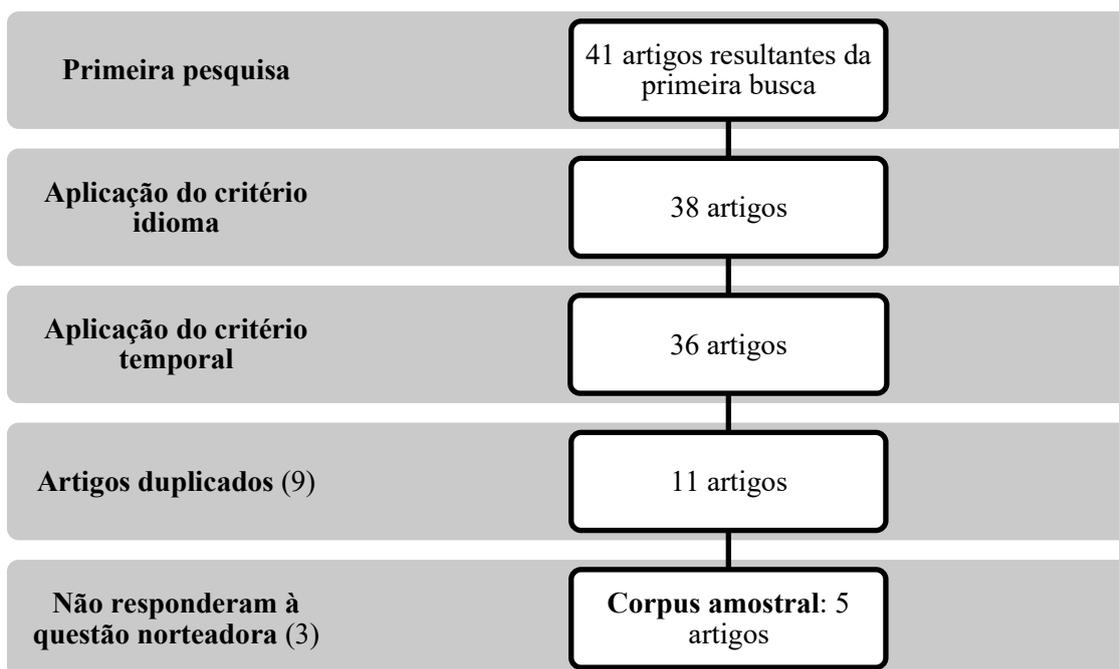


Figura 1. Fluxograma da Escolha dos Artigos

2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A faringite em si é reconhecida, com facilidade, clinicamente. No entanto, sua causa não é. Coriza e tosse costumam indicar causa viral. A mononucleose infecciosa é sugerida por adenopatia cervical ou generalizada posterior, hepatoesplenomegalia, fadiga e mal-estar por > 1 semana; petéquias no palato mole e exsudato tonsilar espesso. Membrana cinza, espessa e resistente, que sangra, se retirada, indica difteria (ANDERSSON *et al.*, 2021).

Pelo fato da necessidade do uso de antibióticos, a infecção pelo SBHGA deve ser diagnosticada precocemente. Critérios para a realização de testes são controversos. Muitas autoridades recomendam a realização de teste rápido antigênico ou cultura para todas as crianças. Testes rápidos antigênicos são específicos, mas não são sensíveis, e podem necessitar serem complementados por cultura, que tem especificidade e sensibilidade de cerca de 90%. Em adultos, muitas autoridades recomendam a utilização dos 4 critérios a seguir do classificação de Centor modificado: história da febre; exsudatos tonsilares; ausência de tosse; linfadenopatia cervical anterior dolorosa (KRÜGER *et al.*, 2021).

Os pacientes que reúnem 1 ou nenhum critério pouco provavelmente estão

infectados pelo SBHGA e não devem ser testados. Pacientes que preenchem 2 critérios podem ser testados. Os pacientes que possuem 3 ou 4 critérios podem ser testados ou tratados empiricamente para SBHGA (SYKES *et al.*, 2020).

Tratamentos de suporte para tonsilofaringite incluem analgesia, hidratação e repouso. Os analgésicos podem ser sistêmicos ou tópicos. Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) geralmente são analgésicos sistêmicos eficazes. Alguns médicos também administram uma dose única de corticoide (p. ex., dexametasona, 10 mg, IM), que pode ajudar a reduzir a duração dos sintomas sem afetar as taxas de recorrência ou efeitos adversos. Analgésicos tópicos estão disponíveis como pastilhas e sprays; os ingredientes incluem benzocaína, fenol, lidocaína e outras substâncias. Esses analgésicos tópicos podem reduzir a dor, mas têm de ser usados repetidamente e muitas vezes afetam o paladar. Benzocaína utilizada para faringite raramente causa metemoglobinemia. Às vezes, deve-se limitar as doses dos analgésicos tópicos (DI MUZIO; BARUCCO; GUERRIERO, 2016).

Penicilina V normalmente é considerada o medicamento de escolha da faringotonsilite por SBHGA; a dose é de 250 mg por via oral 2 vezes ao dia durante 10 dias para os pacientes com < 27 kg e de 500 mg para os pacientes com > 27 kg. Amoxicilina é eficiente e mais palatável se um preparado líquido for necessário. Se a aderência for uma preocupação, uma única dose de penicilina benzatina, 1,2 milhão de unidades IM (600.000 unidades para crianças \leq 27 kg) é eficaz. Outros fármacos orais incluem macrolídeos para pacientes alérgicos à penicilina, cefalosporina de 1ª geração e clindamicina. Diluir o peróxido de hidrogênio vendido sem receita com água em uma mistura de 1:1 e fazer gargarejos com ele irá promover desbridamento e melhorar a higiene orofaríngea (COTS *et al.*, 2015).

O tratamento pode ser iniciado imediatamente ou adiado até que os resultados da cultura sejam conhecidos. Se o tratamento é iniciado empiricamente, ele deve ser interrompido caso as culturas sejam negativas. Culturas para avaliar a evolução da infecção não são feitas rotineiramente. Elas são úteis em pacientes com múltiplas recorrências de SBHGA ou se houver surtos de faringite nos contatos em casa ou na escola (MUTHANNA *et al.*, 2018).

A tonsilectomia têm sido com frequência considerada em caso de tonsilite

recorrente por SBHGA (> 6 episódios/ano, > 4 episódios por ano durante 2 anos ou > 3 episódios/ano por 3 anos) ou se a infecção aguda for grave e persistente mesmo após o uso de antibióticos. Outros critérios para tonsilectomia incluem apneia obstrutiva do sono, abscesso peritonsilar recorrente e suspeita de câncer. As decisões devem ser individuais, com base na idade do paciente, múltiplos fatores de risco e resposta às recorrências da infecção (PALLON; SUNDQVIST; HEDIN, 2018).

Várias técnicas cirúrgicas eficazes são utilizadas para realizar a tonsilectomia, como dissecação por eletrocautério, microdesbridador, coablação por radiofrequência e dissecação a frio. Sangramento intra ou pós-operatório significativo ocorre em < 2% dos pacientes, geralmente dentro de 24 horas da cirurgia ou após 7 dias, quando o coágulo se destaca. Pacientes com sangramento devem ir para o hospital. Se o sangramento é ativo ao atendimento, os pacientes muitas vezes são examinados na sala de cirurgia, e a hemostasia é obtida. Qualquer coágulo presente na fossa tonsilar é removido e os pacientes são observados durante 24 horas. Reidratação venosa pós-operatória é necessária em ≤ 3% dos pacientes, possivelmente em menor número de pacientes, se for utilizada hidratação pré-operatória ideal, antibióticos perioperatórios, analgésicos e corticoides (TELL *et al.*, 2022).

A obstrução das vias respiratórias no pós-operatório ocorre mais frequentemente em crianças < 2 anos, que possuam distúrbios do sono obstrutivos graves preexistentes e nos pacientes com obesidade mórbida ou que tenham doenças neurológicas, anomalias craniofaciais ou apneia do sono obstrutiva significativa no pré-operatório. As complicações são geralmente mais comuns e graves nos adultos. Evidências acumulativas sugerem que a tonsilotomia (remoção intracapsular parcial do tecido das tonsilas), quando feita para tratar várias doenças, é tão eficaz quanto a tonsilectomia tradicional e preferível por causa dos melhores desfechos relacionados à dor, complicações pós-operatórias e satisfação do paciente (PALLON *et al.*, 2021).

3 CONCLUSÃO

Em conclusão, a faringoamigdalite, embora comum e muitas vezes considerada uma condição benigna, destaca a importância crucial do diagnóstico precoce para evitar complicações graves. A rapidez na identificação da causa, seja ela de origem viral ou

bacteriana, orienta a abordagem terapêutica apropriada, influenciando diretamente a eficácia do tratamento.

No contexto das faringoamigdalites estreptocócicas, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado com antibióticos, como a penicilina, não apenas aliviam os sintomas imediatos, mas também desempenham um papel fundamental na prevenção da febre reumática e outras complicações potencialmente graves.

4 REFERÊNCIAS

ANDERSSON, M. et al. Seasonal variations in use and outcome of rapid antigen detection tests and cultures in pharyngotonsillitis: a register study in primary care. **BMC Infectious Diseases**, v. 21, n. 1, 26 out. 2021.

COTS, J. M. et al. Recommendations for Management of Acute Pharyngitis in Adults. **Acta Otorrinolaringologica (English Edition)**, v. 66, n. 3, p. 159–170, 2015.

DI MUZIO, F.; BARUCCO, M.; GUERRIERO, F. Diagnosis and treatment of acute pharyngitis/tonsillitis: a preliminary observational study in General Medicine. **European Review for Medical and Pharmacological Sciences**, v. 20, n. 23, p. 4950–4954, 1 dez. 2016.

KRÜGER, K. et al. Clinical practice guideline: Sore throat. **Deutsches Arzteblatt Online**, v. 118, n. 11, 19 mar. 2021.

LUO, R. et al. Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis in the United States, 2011–2015. **BMC Infectious Diseases**, v. 19, n. 1, 26 fev. 2019.

MUTHANNA, A. et al. Clinical Screening Tools to Diagnose Group A Streptococcal Pharyngotonsillitis in Primary Care Clinics to Improve Prescribing Habits. **Malaysian Journal of Medical Sciences**, v. 25, n. 6, p. 6–21, 2018.

OLIVEIRA PEREIRA, C. et al. Diagnóstico y tratamiento de la faringitis aguda. ¿Hay alguna ventaja en la pauta de antibióticos de 10 días? **Anales de Pediatría**, v. 88, n. 6, p. 335–339, jun. 2018.

PALLON, J. et al. The aetiology of pharyngotonsillitis in primary health care: a prospective observational study. **BMC Infectious Diseases**, v. 21, n. 1, 17 set. 2021.

PALLON, J.; SUNDQVIST, M.; HEDIN, K. A 2-year follow-up study of patients with pharyngotonsillitis. **BMC Infectious Diseases**, v. 18, n. 1, 2 jan. 2018.

PELLEGRINO, R. et al. Acute pharyngitis in children and adults: descriptive comparison of

current recommendations from national and international guidelines and future perspectives. **European Journal of Pediatrics**, 11 out. 2023.

SYKES, E. A. et al. Pharyngitis: Approach to diagnosis and treatment. **Canadian Family Physician** **Medecin De Famille Canadien**, v. 66, n. 4, p. 251–257, 1 abr. 2020.

TELL, D. et al. Clinical course of pharyngotonsillitis with group A streptococcus treated with different penicillin V strategies, divided in groups of Centor Score 3 and 4: a prospective study in primary care. **BMC Infectious Diseases**, v. 22, n. 1, 11 nov. 2022.

WOLFORD, R. W.; SCHAEFER, T. J. **Pharyngitis**. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519550/>>.