

Infecções agudas das vias aéreas superiores - diagnóstico e tratamento ambulatorial

[Acute upper respiratory tract infections - outpatient diagnosis and treatment](#)

[Paulo M.C. Pitrez, José L.B. Pitrez](#)

*J Pediatr (Rio J) 2003;79 Supl 1:S77-S86*

## **Introdução**

As infecções das vias aéreas superiores (IVAS) são um dos problemas mais comuns encontrados em serviços de atendimento médico pediátricos, resultando em morbidade significativa em todo o mundo (1). As IVAS são a causa mais comum de crianças atendidas por infecção respiratória aguda (2,3). As dificuldades observadas na prática clínica em relação ao diagnóstico diferencial e etiológico de determinadas IVAS e o uso, muitas vezes abusivo, de antimicrobianos justificam a inserção de um artigo como este em um suplemento do Jornal de Pediatria (4-6).

O objetivo do presente artigo é apresentar, de forma sucinta, uma revisão atualizada sobre as IVAS mais comuns na prática diária de consultório do pediatra. Serão abordados elementos básicos para melhor orientação nas condutas diagnósticas e terapêuticas, fundamentadas, sempre que possível, por dados atuais da literatura. Rinofaringite aguda, sinusite aguda, faringoamigdalite aguda estreptocócica e laringite viral aguda serão as IVAS abordadas neste artigo.

## **Rinofaringite aguda**

Este termo abrange quadros como o do resfriado comum e ainda outros englobados sob a denominação de rinite viral aguda. É a doença infecciosa de vias aéreas superiores mais comum da infância. Crianças menores de cinco anos podem ter de cinco a oito episódios por ano. Esta situação é causada quase que exclusivamente por vírus. Entre as centenas deles, os mais freqüentes são rinovírus, coronavírus, vírus sincicial respiratório (VSR), parainfluenza, influenza, coxsackie, adenovírus e outros mais raros (1). Pelo processo inflamatório da mucosa nasal, pode ocorrer obstrução dos óstios dos seios paranasais e tubária, permitindo, por vezes, a instalação de infecção bacteriana secundária (sinusite e otite média aguda). Alguns agentes etiológicos, como o VSR e o adenovírus, podem estar associados à evolução para infecção de vias aéreas inferiores.

A gripe, causada pelo vírus da influenza, costuma ser classificada separadamente do resfriado comum, caracterizando-se por um quadro de IVAS com maior repercussão clínica. Pode apresentar-se, na criança maior, com febre alta, prostração, mialgia e calafrios. Os sintomas de coriza, tosse e faringite podem ficar em segundo plano frente às manifestações sistêmicas mais intensas. Febre, diarreia, vômitos e dor abdominal são comuns em crianças mais jovens. Tosse e fadiga podem durar várias semanas.

*Transmissão:* através de gotículas produzidas pela tosse e espirros (como um aerossol), ou pelo contato de mãos contaminadas com a via aérea de indivíduos sadios.

*Contágio:* é significativo em comunidades fechadas e semifechadas, como domicílio, creches (importante na morbidade de lactentes), escolas e outras coletividades.

*Período de incubação:* dois a cinco dias.

*Período de contágio:* desde algumas horas antes, até dois dias após o início dos sintomas.

### *Sinais e sintomas*

A rinofaringite pode iniciar com dor de garganta, coriza, obstrução nasal, espirros, tosse seca e febre de intensidade variável, podendo ser mais alta em menores de cinco anos. Alguns pacientes com essa infecção têm o seu curso sem a presença de febre. Determinados tipos de vírus podem também causar diarreia.

Durante a evolução, pode surgir:

- em lactentes: inquietação, choro fácil, recusa alimentar, vômitos, alteração do sono e dificuldade respiratória por obstrução nasal em lactentes mais jovens;
- em crianças maiores: cefaléia, mialgias, calafrios.

Ao exame físico, percebe-se congestão da mucosa nasal e faríngea e hiperemia das membranas timpânicas. Este último achado, isoladamente, não é elemento diagnóstico de otite média aguda, principalmente se a criança está chorando durante a otoscopia. Alterações inespecíficas leves da membrana timpânica podem estar somente associadas

a infecções de etiologia viral, considerando que esses agentes podem estar associados a infecções de ouvido médio (7,8).

### *Complicações*

Algumas complicações bacterianas podem ocorrer durante infecções respiratórias virais. Sugerem a ocorrência de alguma delas: persistência de febre além de 72 horas, recorrência de hipertermia após este período, ou prostração mais acentuada. Além disto, o surgimento de dificuldade respiratória (taquipnéia, retrações ou gemência) indicam a possibilidade de bronquiolite aguda, pneumonia ou laringite. As complicações bacterianas mais freqüentes são otite média aguda e sinusite.

Além disso, episódios de infecções virais são um dos fatores desencadeantes mais importantes de asma aguda na criança, principalmente pelos vírus sincicial respiratório e rinovírus (9,10).

### *Diagnóstico*

O diagnóstico de rinofaringite é essencialmente clínico.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com manifestações iniciais de várias doenças: sarampo, coqueluche, infecção meningocócica ou gonocócica, faringite estreptocócica, hepatite A e mononucleose infecciosa.

O surgimento de um quadro de IVAS de repetição, com sintomas quase que permanentes nos períodos de inverno e primavera, deve fazer o médico suspeitar da existência de rinite alérgica.

### *Exames complementares*

A identificação de vírus é desnecessária. Em algumas situações de importância epidêmica, pode ser conveniente a pesquisa de vírus respiratórios para melhor controle, ou prevenção, por parte da autoridade sanitária.

### *Tratamento geral*

- Repouso no período febril.
- Hidratação e dieta conforme aceitação.
- Higiene e desobstrução nasal: instilação de solução salina isotônica nas narinas, seguida algum tempo depois de aspiração delicada das fossas nasais com aspiradores manuais apropriados. O lactente menor de seis meses de idade pode apresentar muito desconforto com a obstrução nasal causada pela rinofaringite viral. Portanto, este cuidado é especialmente importante nesses lactentes, antes das mamadas e durante o sono.
- Umidificação do ambiente: efeitos benéficos não comprovados.
- Antitérmico e analgésico: acetaminofeno ou ibuprofeno.
- Descongestionante nasal tópico: quando as medidas higiênicas das narinas não forem efetivas, descongestionantes tópicos podem ser usados com moderação em crianças maiores, em um período máximo de cinco dias de uso (risco de rinite medicamentosa). Não existe nenhuma evidência científica de que essa medicação possa ser utilizada com segurança em crianças menores ou que previna otite média aguda (11).
- Antitussígenos e anti-histamínicos via oral: uso desaconselhável devido à ineficácia e presença de efeitos adversos (12). A associação de anti-histamínicos com descongestionantes sistêmicos não é eficaz em crianças menores (13).
- Antimicrobianos: apesar de prescritos com frequência nesta situação pelo pediatra, não são indicados por não prevenirem infecções bacterianas secundárias nas infecções virais e poderem causar efeitos adversos, incluindo o aumento de cepas bacterianas resistentes na orofaringe (1,5,6,14,15).

### *Tratamento específico*

Para a maioria dos vírus, não existe nenhum tratamento específico. Entretanto, no caso da gripe causada pelo vírus da influenza, já existem algumas medicações disponíveis (16-18).

A utilização de amantadina ou rimantadina pode prevenir aproximadamente 70-80% das doenças causadas por influenza A. Ambas medicações reduzem a gravidade e encurtam a duração da doença em pessoas saudáveis, quando iniciadas nas primeiras 48 horas do início dos sintomas. A amantadina é liberada para o uso em crianças maiores de um ano, mas a rimantadina somente para maiores de 13 anos. Não é conhecida a eficácia destas medicações na prevenção de complicações graves em pacientes de alto risco.

Desvantagens do uso de amantadina ou rimantadina incluem ineficácia em relação à infecção por influenza B, desenvolvimento de resistência viral durante tratamento e efeitos adversos no sistema nervoso central (agitação, dificuldade de concentração e, raramente, tremores ou convulsões). Contudo, estas duas drogas são significativamente de menor custo do que os novos inibidores da neuraminidase (Oseltamivir e Zanamivir), que já são liberados para uso em crianças a partir de um ano e sete anos, respectivamente **(16-18)**. Assim, por ser necessária a identificação do agente etiológico (influenza A), ter de iniciar o tratamento até 48 h do início dos sintomas, restrição da idade e efeitos colaterais com algumas medicações, na prática, sua indicação ainda fica restrita aos grupos de risco, que são os mesmos para os quais a vacina está indicada.

### *Prognóstico*

Doença autolimitada (5-7 dias), apresenta bom prognóstico em crianças previamente híginas. Lactentes, desnutrição ou estado de imunodepressão são fatores de risco para complicações.

### *Informações e instruções para familiares*

- Argumentação e diálogo junto aos responsáveis, ou paciente maior, quanto a ser desnecessário o uso de antimicrobiano, por este não combater a infecção viral, não prevenir complicação bacteriana, ser oneroso e poder causar efeitos adversos.
- Mesmo diálogo em relação ao uso de antitussígenos ou anti-histamínicos.
- Orientar para observação do surgimento de dificuldade respiratória, febre alta, prostração, secreção nasal purulenta por mais de 10 dias, otalgia, ou tosse persistente por mais de 10 dias.

- No surgimento de alguma dessas manifestações, fazer contato telefônico ou retornar ao serviço de saúde/pediatra.
- Cuidados de higiene das mãos de familiares, ou outras pessoas com infecção respiratória viral, e tentar evitar o contato de crianças saudáveis com pessoas com IVAS.
- Paciente resfriado, com indicação cirúrgica com necessidade de anestesia geral e intubação, idealmente postergar a cirurgia por 6 semanas, em crianças com quadros mais importantes de IVAS (19).

### *Medidas preventivas*

- Lavagem das mãos e cuidados com secreções e fômites provenientes do paciente.
- Prevenção primária: evitar contato de pacientes mais vulneráveis (menores de 3 meses, imunodeprimidos) com pessoas infectantes por esses vírus, especialmente em escolas e creches.
- Não existe nenhum estudo demonstrando o benefício do uso de vitamina C no tratamento de IVAS na infância em relação à redução da frequência ou gravidade das rinofaringites.
- Vacina para vírus da influenza: não existe uma indicação formal em crianças hípidas, apesar de que parece reduzir a incidência de otite média aguda (20). Mesmo assim, o impacto epidemiológico talvez ainda possa ser pequeno neste sentido, já que a maioria dos casos de IVAS não são causados por influenza. Portanto, nesses casos, a indicação é individual. Entretanto, sua indicação é obrigatória em pacientes com asma, doenças cardiopulmonares crônicas, hemoglobinopatias, doenças renais ou metabólicas crônicas, doenças que necessitam de uso contínuo de aspirina ou imunodeficiências (21).
- Em casos de crianças com IVAS recorrentes que freqüentam creche, resultando em grande morbidade nos períodos de inverno e primavera, deve ser sempre pesado o risco de permanência com o benefício de retirada da criança da creche.

## Sinusite aguda

Pode ser definida como infecção bacteriana dos seios paranasais, com duração menor de 30 dias, no qual os sintomas desaparecem completamente (22).

Os seios paranasais são constituídos por cavidades pertencentes a quatro estruturas ósseas: maxilar, etmoidal, frontal e esfenoidal. Estas cavidades comunicam-se com as fossas nasais através de pequenos orifícios (óstios). Os seios maxilares e etmoidais já estão presentes no recém-nascido, mas são de tamanho muito reduzido durante os primeiros dois anos de vida, o que torna discutível a indicação de estudo radiológico antes desta idade. Os seios frontais e esfenoidais desenvolvem-se após os quatro anos de idade, atingindo seu tamanho adulto somente na puberdade.

Os seios mais freqüentemente comprometidos são o maxilar e etmoidal. A etmoidite costuma aparecer após os seis meses de idade. A infecção maxilar produz manifestações clínicas após o primeiro ano de vida. A sinusite frontal é rara antes dos 10 anos de idade.

Os agentes bacterianos mais comuns são o *Streptococcus pneumoniae*, o *Haemophilus influenzae* não-tipável e a *Moraxella catarrhalis*. Agentes infecciosos virais podem estar associados a quadros de sinusite (4,23). Sua relação como causa isolada em alguns casos, ou mesmo como fator predisponente, ainda não é clara.

Alguns outros fatores estão associados à sinusite, como: outro tipo de obstrução do óstio sinusal (não viral), rinite alérgica, rinofaringite viral, adenoidite, tabagismo (ativo ou passivo), desvio de septo, corpo estranho e tumores nasais, imunodeficiências, asma e fibrose cística, atividades de mergulho.

### *Sinais e sintomas*

O início pode ser lento ou súbito. Nas formas leves de sinusite, as manifestações iniciais de IVAS passam a se prolongar por mais de 10 dias ou, após período de melhora clínica, há persistência ou retorno dos sintomas nasais (obstrução e secreção nasal purulenta). Esse quadro pode ser acompanhado de halitose. Costuma haver tosse diurna, com piora à noite. Em alguns casos, pode ocorrer febre. Nas formas moderadas a graves, ou em crianças maiores, as manifestações citadas podem ser mais intensas, acompanhando-se,

eventualmente, de edema palpebral, cefaléia, prostração, desconforto ou dor, espontâneos ou provocados, no local do(s) seio(s) afetado(s) ou nos dentes<sup>1</sup>. A celulite periorbitária é um sinal de etmoidite.

Ao exame do nariz, pode constatar-se congestão da mucosa e presença de secreção purulenta no meato médio. Na orofaringe pode se observar gota purulenta pós-nasal.

### *Complicações*

Dentre as possíveis complicações, podem ser citadas as seguintes: sinusite crônica, osteíte frontal, osteomielite maxilar, celulite periorbitária, abscesso orbitário e subperiosteal, meningite, trombose de seio cavernoso e sagital superior, abscesso epidural, empiema subdural e abscesso cerebral.

### *Diagnóstico*

O diagnóstico de sinusite aguda é clínico. A história clínica, associada aos achados de exame físico anteriormente mencionados, permite a realização do diagnóstico de sinusite na criança. O estudo radiológico de seios da face é raramente necessário (24).

O diagnóstico diferencial deve ser realizado com prolongamento da infecção viral não complicada, rinite alérgica, corpo estranho nasal e adenoidite.

A avaliação otorrinolaringológica deve ser solicitada em casos de:

- sinusites recorrentes (sinusites bacterianas agudas, separadas por períodos assintomáticos maiores de 10 dias);
- sinusite crônica (episódios de inflamação dos seios paranasais com duração maior de 90 dias);
- sinusite aguda com dor persistente ou outras complicações locais.

### *Exames complementares*

- Hemograma: apresenta alterações compatíveis com infecção bacteriana aguda.

- Cultura de secreção nasal: parece não contribuir para a identificação do agente intra-sinusal, por falta de correlação dos achados das duas localizações (1).
- Radiografia: não deve ser utilizada para o diagnóstico de sinusite aguda não complicada. Os achados mais comuns para este diagnóstico são presença de nível hidroaéreo, opacificação completa da cavidade sinusal e espessamento da mucosa da parede lateral do seio maxilar maior do que 4 mm (1).
- Tomografia computadorizada: útil na refratariedade ao tratamento adequado, ou na suspeita de complicações ósseas, orbitárias ou intracranianas.
- Punção aspirativa: indicada em crianças com imunodeficiência ou casos graves refratários ao uso de antimicrobianos apropriados (1).
- Endoscopia nasal: na suspeita de fatores anatômicos nasais predisponentes.

#### *Tratamento geral*

- Repouso inicial.
- Umidificação do ar em lugares muito secos.
- Analgésico e antitérmico: acetaminofeno ou ibuprofeno.
- Descongestionantes tópicos ou sistêmicos: não existem evidências científicas do seu benefício nesta doença.

#### *Tratamento específico*

- Antimicrobianos: vários antibióticos de amplo espectro podem ser utilizados no tratamento da sinusite aguda (25). As alternativas mais freqüentemente recomendadas são:

*Amoxicilina*: é ainda a droga de primeira escolha<sup>25</sup>. Dose: 60-80mg/kg/dia, VO, 8/8h, por 14-21 dias.

*Cefuroxima* ou *amoxicilina* associada ao ácido *clavulânico*: em casos de suspeita de agentes produtores de beta-lactamase (dado epidemiológico ou ausência de resposta ao tratamento com antimicrobianos de primeira escolha).

*Clarithromicina* e *azitromicina* são outras alternativas de tratamento.

Está indicada a substituição do antimicrobiano inicial, se não houver atenuação das manifestações em 72 horas. Casos graves devem ser hospitalizados e tratados com antibióticos intravenosos.

Alguns autores têm demonstrado que o curso de uma sinusite aguda não complicada pode não ser modificado com o uso de antimicrobiano, havendo uma elevada tendência à cura espontânea (26,27). Novos estudos são necessários para avaliar melhor o papel do uso de antimicrobianos na sinusite aguda não complicada, antes de adotar-se uma conduta de suspensão da indicação de antibacterianos nesta doença.

- Corticóide: alguns estudos demonstraram que o uso de corticóide tópico nasal, associado ao antimicrobiano, pode ser benéfico na melhora dos sintomas de sinusite aguda em crianças e adolescentes (28-30). O uso de corticóide sistêmico pode estar indicado em casos de pacientes com sinusite aguda, associados à história prévia e sintomas agudos sugestivos de rinite alérgica ou asma.

- Tratamento cirúrgico: a critério do especialista, para drenagem do seio afetado por aparecimento de alguma complicação.

### *Prognóstico*

Em crianças normais, o prognóstico é bom, quando o tratamento utilizado foi adequado. Crianças com rinite alérgica, ou outros fatores de risco têm maior propensão a episódios recorrentes ou crônicos de sinusite. Garbutt et al. demonstraram que crianças com sinusite aguda, tratadas com placebo, apresentaram um índice de melhora clínica (79%) semelhante àquelas tratadas com antibacterianos apropriados (79% e 81%) (26).

### *Informações e instruções para familiares*

- Observar, durante a evolução, surgimento de aumento ou persistência de dor local ou de febre, edema e hiperemia na área afetada ou região periorbitária. Nesses casos, fazer contato ou consultar o pediatra.
- Retornar para revisão de rotina em duas semanas.
- Evitar contato com fumaça de cigarro no ambiente.
- Evitar natação com mergulho até cura completa do processo.

#### *Medidas preventivas*

- Tratar rinite alérgica, quando presente (profilaxia).
- Evitar mergulhos durante IVAS.
- Evitar tabagismo (ativo e passivo).
- Correção cirúrgica de fatores predisponentes.

#### **Faringoamigdalite aguda estreptocócica**

A faringoamigdalite aguda estreptocócica (FAE) é uma infecção aguda da orofaringe, na maioria das vezes, produzida por um estreptococo beta-hemolítico, o *Streptococcus pyogenes* do grupo A. Acompanha-se, em geral, de manifestações sistêmicas. Acomete com maior frequência crianças após os cinco anos de vida, mas pode ocorrer, não raramente, em menores de três anos (31,32). Essa estreptococcia é mais comum no final do outono, inverno e primavera, nos climas temperados. O período de incubação é de dois a cinco dias. O meio mais comum de contágio é pelo contato direto com o doente, por secreções respiratórias. Fora de períodos epidêmicos, a FAE é responsável por aproximadamente 15% dos casos de faringite aguda (1).

A importância desta doença está no fato de que, além das complicações supurativas provocadas diretamente pela infecção, ela pode desencadear reações não supurativas tardias, como febre reumática (FR) e glomerulonefrite difusa aguda (GNDA), conforme o tipo de cepa. A FR pode ser, em larga extensão, evitada com o uso apropriado de

antimicrobianos (AM). Entretanto, o tratamento antimicrobiano precoce de FAE parece não reduzir significativamente o risco de desenvolvimento de GNDA (33).

O estado de portador, em geral, não apresenta conseqüências significativas para o próprio portador. Nestes casos, a contagiosidade não costuma ser elevada, e é freqüentemente uma situação autolimitada, que pode persistir por muitos meses (34).

### *Sinais e sintomas*

O início é mais ou menos súbito, com febre alta, dor de garganta, prostração, cefaléia, calafrios, vômitos e dor abdominal. Na inspeção da orofaringe, há congestão intensa e aumento de amígdalas, com presença de exsudato purulento e petéquias no palato. Ainda pode estar presente adenite cervical bilateral.

A presença de exantema áspero, macular e puntiforme, com sensação de "pele de galinha", flexuras avermelhadas (sinal de Pastia) e palidez perioral (sinal de Filatov) são características da escarlatina.

### *Diagnóstico*

Alguns autores buscaram definir um modelo de manifestações clínicas que permitissem ao médico estabelecer um diagnóstico de alta probabilidade de FAE (35-37). Os resultados desses estudos são contudo controversos. Attia et al. (35) propuseram um modelo preditor de diagnóstico desta doença, através de um estudo prospectivo. Os autores utilizaram uma convergência de manifestações preditoras positivas e negativas, como indicadoras para firmar o diagnóstico clínico com mais probabilidade. Entre as positivas, incluem-se: aumento significativo das amígdalas, linfonodomegalia cervical dolorosa, erupção escarlatiniforme e ausência de coriza. Outro autor destaca, em uma meta-análise, como fator positivo, ainda, a presença de exsudato amigdaliano e história de exposição à infecção estreptocócica da garganta nas duas semanas antecedentes (33). Entretanto, Nawaz et al. (37), a partir de critérios clínicos, não encontraram um valor preditor positivo elevado para o diagnóstico de FAE. O diagnóstico de certeza de FAE é realizado somente através do exame laboratorial de esfregaço da orofaringe. Contudo, face a esses estudos não conclusivos, é importante que o pediatra adote uma conduta

prática diante de uma criança com queixas de febre e dor de garganta. Assim, é opinião dos autores que o pediatra, durante o exame físico, ao encontrar congestão faríngea, aumento significativo do volume amigdaliano (com ou sem exsudato), linfonodomegalia cervical dolorosa e ausência de coriza está autorizado a realizar o diagnóstico presuntivo de FAE e a dar prosseguimento à conduta adequada.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com:

- faringites virais: coriza, tosse, rouquidão e vesículas ou ulcerações na orofaringe;
- faringite por micoplasma e clamídia: mais comum em adolescentes;
- mononucleose, citomegalovirose, toxoplasmose (com suas manifestações próprias, incluindo comprometimento de órgãos e estruturas a distância);
- faringite meningocócica ou gonocócica (história e dado epidemiológico);
- difteria: placas branco-acinzentadas aderentes na orofaringe, invasão eventual da úvula, comprometimento laríngeo;
- faringites por outros estreptococos, hemófilos ou moraxela: raras;
- outras afecções: tumor de orofaringe e angina da agranulocitose.

### *Complicações*

- Abscesso de linfonodo cervical: eritema, edema e flutuação.
- Abscesso periamigdaliano: dor e dificuldade para engolir mais intensas, voz abafada ou anasalada, proeminência da amígdala e do pilar anterior da faringe, deslocamento da úvula para o lado não afetado.
- Sepsis: toxemia e choque.
- Choque tóxico: toxemia, hipotensão, erupção cutânea maculopapular.
- Otite média aguda.

- Artrite reacional (não supurativa): durante período agudo da faringite, surge quadro poliarticular que não preenche os critérios de Jones para FR aguda. A importância maior desta situação é a de que alguns desses pacientes venham a apresentar tardiamente cardite silenciosa ou manifesta, com todas as conseqüências deste comprometimento.

- Febre reumática.

- Glomerulonefrite estreptocócica.

### *Exames complementares*

Teste rápido de identificação direta de material da garganta: há uma tendência atual a ser o método preferido no lugar do exame cultural (padrão-ouro), quando são usados reagentes de alta sensibilidade. Quando disponível, deve ser utilizado para a confirmação do diagnóstico. Não é necessário realizar cultura para os testes de alta sensibilidade de resultado negativo (38). O alto custo deste teste ainda dificulta a sua indicação de rotina na prática médica em nosso país. Nos testes de sensibilidade mais limitada, um resultado negativo demanda a realização do exame cultural.

Outros testes específicos para diagnóstico diferencial, como mononucleose, micoplasma, gonococo, entre outros.

### *Tratamento geral*

- Repouso no período febril.

- Estimular ingestão de líquidos não ácidos e não gaseificados e de alimentos pastosos, de preferência frios ou gelados.

- Analgésico e antitérmico: acetaminofeno ou ibuprofeno.

- Irrigação da faringe com solução salina isotônica morna.

### *Tratamento específico*

*Antimicrobianos:* encurtam a fase aguda e reduzem complicações. Os antibióticos de primeira escolha são a penicilina G ou a amoxicilina.

- Fenoximetilpenicilina (Penicilina V Oral)

Doses: < 27 kg: 400.000 U (250 mg), 8/8 horas, por 10 dias.

> 27 kg: 800.000 U (500 mg), 8/8 horas, por 10 dias.

- Penicilina G benzatina: garante o tratamento em casos de suspeita de má adesão ao tratamento.

Doses: < 27kg: 600.000 U, IM, dose única.

> 27kg: 1.200.000 U, IM, dose única.

A injeção torna-se menos dolorosa se o frasco for previamente aquecido à temperatura corporal. Observação: a penicilina G benzatina deve ser considerada como primeira escolha no tratamento da FAE, em casos de potencial não adesão ao tratamento.

- Amoxicilina: 40-50 mg/kg/dia, VO, 8/8 horas ou 12/12 horas, por 10 dias.

- Eritromicina estolato (alérgicos a penicilina): 20-40mg/kg/dia, em 2-3 tomadas por dia, por 10 dias.

- Cefalexina: dose: 30mg/kg/dia, 8/8h, por 10 dias.

Observação: tetraciclina e sulfonamidas não devem ser utilizadas no tratamento de FAE.

*Drenagem cirúrgica ou punção aspirativa:* podem estar indicadas nos casos de abscedação com flutuação de linfonodo cervical.

*Manejo da artrite reacional:* acompanhamento cardiológico a longo prazo, com vistas à possibilidade do surgimento de cardite. Alguns autores recomendam profilaxia com penicilina, por períodos de meses a anos. Se ocorrer cardite, tratar como FR (33,39,40).

### *Prognóstico*

Casos de FAE adequadamente tratados têm bom prognóstico, com encurtamento da fase aguda e redução das complicações supurativas e não supurativas, como FR.

### *Informações e instruções para familiares*

*Observar durante evolução e contatar seu médico no caso de:*

- aumento da dificuldade para engolir;
- presença de voz abafada ou nasalada;
- falta de ar;
- manchas avermelhadas na pele;
- agravamento de outras condições locais ou gerais;
- surgimento de retorno da febre, dores articulares, urina de cor escura, oligúria, ou edema palpebral, durante evolução ou após a primeira semana de doença.

### *Cuidados com contágio de familiares e outros contatos:*

- suspender o comparecimento à creche, escola ou festas por, pelo menos, 24 horas de uso de AM;
- procurar atendimento médico em casos de outros familiares com dor de garganta ou febre, na mesma ocasião.

### *Medidas preventivas*

#### *Primárias*

Para faringite aguda:

- evitar contato com doentes com FAE até 24 horas de uso de AM adequado por parte destes;

- suspender o comparecimento à creche, escola ou festas por, pelo menos, 24 horas de uso de AM.

Para febre reumática:

- tratamento da FAE com AM adequado, até o nono dia da evolução da doença, é ainda efetivo;

- tentar erradicar o estreptococo da orofaringe do paciente quando este ou algum familiar tenham história prévia de FR.

Para GNDA:

- o risco de GNDA não é reduzido com o uso de AM na fase aguda de FAE 33.

*Secundárias*

Contato de pessoas com paciente com FAE, que passam a apresentar dor de garganta e febre:

- proceder à pesquisa de estreptococo na orofaringe, tratando a seguir aqueles com resultado positivo.

Recorrência da FAE:

- documentar, por laboratório, a presença de estreptococo beta-hemolítico na orofaringe do paciente;

- evitar, sempre que possível, que o paciente com recorrências de FAE, quando assintomático, entre em contato com outros pacientes com faringite aguda;

- usar cefalosporinas, clindamicina, ou amoxicilina com ácido clavulânico por 10 dias, na suspeita de recorrências, pela presença de germes produtores de beta-lactamase na orofaringe;

- tentar erradicar o estreptococo da orofaringe dos familiares portadores da criança com FAE recorrente.

- amigdalectomia: FAE recorrente grave (mais de cinco episódios de FAE por ano) não é indicação formal de amigdalectomia (1,41). Entretanto, deve ser considerada em casos de falha da terapia antimicrobiana, na prevenção das freqüentes recorrências, ou cronificação do processo, ambas com prejuízo da saúde básica dessas crianças.

### **Laringite viral aguda**

Também denominada de crupe viral, esta laringite é uma inflamação da porção subglótica da laringe, que ocorre durante uma infecção por vírus respiratórios. A congestão e edema dessa região acarretam um grau variável de obstrução da via aérea.

Acomete com maior freqüência lactentes e pré-escolares, com um pico de incidência aos dois anos de idade. A evolução pode ser um pouco lenta, com início do quadro com coriza, febrícula e tosse. Em 24-48 horas acentua-se o comprometimento da região infraglótica, com obstrução de grau leve a grave e proporcional dificuldade respiratória. A evolução natural, na maioria dos casos, é a persistência do quadro obstrutivo da via aérea por 2-3 dias e regressão no final de cinco dias.

O vírus parainfluenza I e II e o vírus sincicial respiratório são os agentes causais mais comuns. Adenovírus, influenza A e B e vírus do sarampo também podem estar envolvidos. O micoplasma, com menor freqüência, pode estar envolvido em casos agudos de obstrução de vias aéreas superiores (42).

### *Sinais e sintomas*

- Pródromos: coriza, obstrução nasal, tosse seca e febre baixa.

- Evolução: tosse rouca, disfonia, afonia ou choro rouco e estridor inspiratório. Em casos de obstrução mais grave, surge estridor mais intenso, tiragem supra-esternal, batimentos de asa do nariz, estridor expiratório e agitação. Nos casos extremos, além de intensa dispnéia e agitação, surgem palidez, cianose, torpor, convulsões, apnéia e morte.

### *Diagnóstico diferencial*

Deve ser feito com:

- laringite espasmódica (estridulosa): bastante comum. Em geral, não há pródromos de infecção viral, nem febre. Surgimento de dificuldade respiratória, de início mais ou menos súbito, ao final da tarde ou à noite e após deitar. Os sintomas costumam regredir espontaneamente, auxiliados pela melhora com umidificação do ambiente, ou com a saída para a rua, em busca de atendimento médico. Antecedentes atópicos pessoais ou familiares ou associação com refluxo gastroesofágico podem ocorrer (42);
- epiglote aguda: febre alta, dor ou dificuldade para deglutir até a própria saliva (sialorréia), ausência de rouquidão, prostração e toxemia;
- malformação congênita de via aérea: as mais freqüentes são laringomalacia, traqueomalacia e estenose subglótica. Episódios recorrentes de laringites, laringite com duração superior a cinco dias no primeiro ano de vida, ou laringite aguda em lactentes jovens sugerem a presença associada de malformações congênitas da via aérea;
- corpo estranho: história de episódio inicial de sufocação, engasgo, crise de tosse ou cianose. Relato freqüente de sintomas com início súbito;
- laringotraqueíte bacteriana: muitas vezes secundária a IVAS viral. Há febre alta, toxemia, refratariedade ao tratamento de suporte;
- laringite diftérica: ausência ou vacinação incompleta para difteria. Presença de placas na orofaringe e toxemia;
- laringoedema alérgico: história de uso de medicação sistêmica ou contato com substâncias, inclusive inalatórias, resultando em reação anafilática;
- abscesso retrofaríngeo: febre com exame clínico da orofaringe característico.

## *Exames complementares*

### Imagem

- Radiografia de região cervical: na laringite viral, a epiglote é normal e há diminuição da luz do segmento subglótico (sinal da ponta do lápis). Corpo estranho só é percebido se for radiopaco.
- Broncoscopia flexível: não é indicada em casos de laringite viral. Nos casos com suspeita de malformações congênitas da via aérea (ver item *diagnóstico diferencial*), sua realização é mandatória.

### *Consultorias*

Em casos graves ou recorrentes, pode ser necessária a avaliação por um otorrinolaringologista ou um pneumologista pediátrico.

### *Tratamento geral*

*Casos leves*: tratamento domiciliar ou ambulatorial.

- Alimentação leve, com pequenas porções e freqüentes.
- Hidratação.
- Umidificação do ambiente (vapor d'água): medida controversa por falta de evidências científicas (estudos sem grupo controle e difícil método de aferição).
- Manter ambiente calmo em casa.

*Casos moderados a graves* (1% a 5% dos casos necessitam de atendimento de emergência): encaminhar para unidade de emergência pediátrica hospitalar. Sintomas e sinais de gravidade que indicam encaminhamento imediato para uma unidade de emergência e muito provável hospitalização são os seguintes: suspeita de epiglote, estridor progressivo, estridor importante em repouso, retrações torácicas, agitação, febre alta, toxemia, palidez, cianose ou torpor. Estes dois últimos são sinais tardios de

insuficiência respiratória. A idade entre 12 a 24 meses de vida está associada a uma maior taxa de casos graves.

- Corticóide inalatório: budesonida pode ser uma alternativa à dexametasona (43). Sua indicação, no início do quadro de laringite, para prevenção de formas graves, ainda não está definida.

### *Prognóstico*

Baixo risco de mortalidade, se corretamente manejada. Crupe viral causada pelo vírus influenza parece estar associado com um curso mais grave (44).

### *Informações e instruções para os familiares*

Observar, durante a evolução, piora do estridor, das retrações torácicas, agitação ou prostração, febre alta ou recusa de líquido. Nestes casos, comunicar-se com o pediatra ou dirigir-se com a criança a uma unidade de emergência pediátrica.

### *Medidas preventivas*

Evitar o contato, sempre que possível, de menores de dois anos com pessoas com IVAS.

## **Conclusões**

Considerando que as IVAS são um dos motivos mais comuns de visita ao consultório do pediatra, é importante que este profissional utilize conceitos e condutas diagnósticas e terapêuticas atualizadas na sua prática clínica. Na era da medicina baseada em evidências, os profissionais da área da saúde devem ser estimulados continuamente a buscar informações científicas em fontes adequadas. A edição de um suplemento como este pode auxiliar na multiplicação deste tipo de conhecimento. Desta forma, em relação às IVAS, a redução da indicação de exames diagnósticos dispensáveis e da implementação de tratamentos desnecessários poderiam estar beneficiando um número significativo de crianças com infecções respiratórias tão comuns.

[Paulo M.C. Pitrez](#) - Médico da Equipe de Pneumologia Pediátrica do Hospital São Lucas da PUCRS, Doutor em Pneumologia (UFRGS).

José L.B. Pitrez - Professor Adjunto aposentado do Departamento de Pediatria da UFRGS.

Endereço para correspondência:

Dr. Paulo M.C. Pitrez

Av. Cel. Lucas de Oliveira, 2213 - ap. 303

CEP 90460-001 - Porto Alegre, RS

Fone/Fax: 51 3384.5104

E-mail: [pmpitrez@pucri.br](mailto:pmpitrez@pucri.br)