

MANEJO DAS INFECÇÕES AGUDAS DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES PARA O PEDIATRA GERAL

Marcela Rodrigues Nunes
Jorge Hauschild

UNITERMOS

INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS; CRIANÇA; SINUSITE/diagnóstico; SINUSITE/quimioterapia; TONSILITE/diagnóstico; TONSILITE/quimioterapia.

KEYWORDS

RESPIRATORY TRACT INFECTIONS; CHILD; SINUSITIS/diagnosis; SINUSITIS/drug therapy; TONSILLITIS/diagnosis; TONSILLITIS/drug therapy.

SUMÁRIO

O artigo tem por objetivo revisar o manejo inicial das infecções agudas de vias aéreas superiores prevalentes em crianças, com foco nas rinosinusites e nas faringoamigdalites. Discute-se o diagnóstico diferencial entre infecções virais e bacterianas e a indicação do uso de antimicrobianos.

SUMMARY

The purpose of this article is to review the initial management of the most prevalent upper respiratory tract infections in children focusing on rhinosinusitis and pharyngotonsillitis. Also provides discussion on the differential diagnosis between viral e bacterial infections and the recommendations to the use of antimicrobial therapy.

INTRODUÇÃO

As infecções das vias aéreas superiores (IVAS) são a causa mais comum de atendimento de crianças por infecção respiratória aguda.¹ Junto com as infecções das vias aéreas inferiores, configuram a causa mais frequente de prescrição de antibióticos na comunidade pediátrica.²

O objetivo deste artigo é revisar o manejo inicial das IVAS, de forma a facilitar o diagnóstico diferencial entre infecções bacterianas e virais e assim evitar, quando possível, o uso excessivo das medicações antibacterianas. As patologias das vias aéreas superiores contempladas neste artigo serão as rinosinusites e as faringoamigdalites, com especial atenção à faringoamigdalite

estreptocócica. Serão abordadas as formas agudas e não complicadas destas doenças, com a identificação das situações em que está previsto o uso de antibióticos.

RINOSSINUSITES

Rinossinusite aguda é definida como a inflamação sintomática da cavidade nasal e seios paranasais, com duração inferior a 4 semanas.³

A maioria dos casos de rinossinusites agudas é causada por infecções virais e abrange quadros como o do resfriado comum. Entre os vírus mais frequentes estão os seguintes: rinovírus, adenovírus, vírus sincicial respiratório (VSR), parainfluenza, influenza, entre outros mais raros. As rinossinusites virais não complicadas geralmente apresentam resolução em 7 a 10 dias. Apenas 0,5-2% destas infecções podem ser complicadas por infecção bacteriana.³ Entre os patógenos bacterianos mais comuns estão: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Moraxella catarrhalis*.⁴ Mesmo na ausência de tratamento específico, as rinossinusites bacterianas são autolimitadas, com 75% dos casos apresentando resolução em 1 mês.³

As manifestações clínicas são inespecíficas e incluem: congestão nasal, rinorréia (bilateral ou unilateral de qualquer natureza), febre e tosse. Queixas menos comuns, como halitose, hiposmia e edema periorbital também podem estar presentes. Em crianças menores, relatos de cefaléia e dor facial são raros. Nos lactentes deve-se ficar atento para inquietação, choro fácil, recusa alimentar, vômitos e alteração do sono.

O diagnóstico de rinossinusite bacteriana é baseado nos achados clínicos, e nenhum exame de imagem é necessário para a elucidação do mesmo.

A grande questão diagnóstica nestes casos é definir quando há a ocorrência de uma infecção bacteriana. Há um erro comum: considerar a qualidade da rinorréia como definidora de diagnóstico, sendo a secreção de aspecto purulento, nesses casos, indicativa do uso de antimicrobianos. Em função da falta de sensibilidade e/ou especificidade dos meios diagnósticos disponíveis, e até de sua pouca aplicabilidade na prática rotineira do pediatra em geral, usa-se como critério a característica temporal dos sinais e sintomas.⁽⁵⁾

Embora seja difícil prever exatamente quando uma infecção passa a apresentar complicação por um patógeno bacteriano, sabemos que essa ocorrência é mais provável quanto os sintomas do paciente forem mais duradouros. O diagnóstico de rinossinusite bacteriana em crianças é feito quando os sinais e sintomas persistirem sem melhora por 10 dias ou piorarem em 5-7 dias.⁵

O tratamento inicial, portanto, é constituído por medidas gerais para diminuir o desconforto da criança e dele também faz parte orientar os pais

quanto ao fato de tratar-se de doença geralmente autolimitada, necessidade de hidratação e evitar o contato da criança com fatores irritantes como fumaça de cigarro.

A higienização nasal com solução fisiológica isotônica instilada nas narinas e seguida algum tempo depois de aspiração delicada com aspiradores manuais apropriados deve ser estimulada. Esta prática diminui o desconforto da congestão nasal, principalmente em menores de 6 meses, nos quais este sintoma prejudica o sono e a alimentação.¹

Em relação ao tratamento farmacológico, analgésicos e antipiréticos como acetaminofeno ou ibuprofeno também podem ser prescritos como parte da abordagem inicial. Não há benefício comprovado do uso de anticongestionantes, antitussígenos ou anti-histamínicos, devendo-se evitar estas drogas, devido à ineficácia e ocorrência de efeitos adversos.¹

A criança deverá ser reavaliada entre 3-5 dias,⁶ e deve-se ficar atento para a permanência ou piora dos sintomas. Havendo a indicação do uso de antimicrobianos, a droga de primeira escolha é a amoxicilina (claritromicina e azitromicina são alternativas ao tratamento). Em geral, há a melhora do quadro dentro de 48-72h após o início do antimicrobiano, mas o tratamento deve ser mantido por pelo menos 10 dias.³ Se não houver melhora após este período inicial de 72h, está indicada a substituição da medicação por drogas como cefuroxima e amoxicilina associada ao ácido clavulânico.¹

FARINGOAMIGDALITES

A maioria dos episódios de faringoamigdalites agudas é causada por vírus⁸ e é autolimitada (5-7 dias). Para estes casos não há tratamento específico, além de medidas de suporte (hidratação e uso de analgésicos e antipiréticos).

Entre as causas bacterianas, o *Streptococcus pyogenes* do grupo A é o principal agente (15-30% dos casos em crianças).⁷ Acomete geralmente crianças acima dos 5 anos de idade.¹ A faringoamigdalite aguda estreptocócica (FAE) é especialmente importante em função das reações tardias que pode desencadear, como febre reumática e glomerulonefrite difusa aguda. A febre reumática pode ser evitada com tratamento da FAE até o nono dia de evolução da doença.¹ Portanto, sua pronta identificação e manejo são essenciais ao pediatra geral e serão enfatizados neste capítulo.

Em geral, as manifestações clínicas da faringoamigdalites incluem dor de garganta, sensação de ressecamento na garganta, odinofagia, disfagia, febre e calafrios, cefaléia, otalgia referida, prostração, dores musculares e linfonodomegalia cervical.⁷

Na faringoamigdalite estreptocócica também não há sintomas e sinais específicos, mas alguns achados são mais prevalentes, como a associação de dor de garganta com febre alta de início súbito (>38°C) acrescidos da história de

exposição ao patógeno até 2 semanas antes. O diagnóstico de certeza para FAE é realizado somente através de exame laboratorial de esfregaço de orofaringe, mas é importante que o pediatra adote uma postura prática frente a estes achados. Com esse intuito, foi criado um sistema de pontos que visa estimar a probabilidade de FAE. Neste sistema, pacientes com *score* < 1 apresentam baixo risco para FAE, não sendo indicada a antibioticoterapia. Pacientes com *scores* 3 ou 4 devem ser submetidos a exame laboratorial ou, na impossibilidade deste, a antibioticoterapia. Por fim, pacientes com *score* > 4 apresentam alto risco para a patologia e o tratamento empírico deve ser iniciado.

A tabela abaixo mostra os sinais e sintomas que devem ser levados em consideração e suas respectivas pontuações:

Tabela 1

Critério	Pontos
Ausência de tosse	1
Linfonodos cervicais anteriores edemaciados	1
Temperatura > 38° C	1
Exsudato ou edema amigdaliano	1
Idade: 3-14 anos	1

Adaptado de: Choby BA: Diagnosis and Treatment of Streptococcal Pharyngitis. American Family Physician, 2009, 79(5) 383-390.

Além dos sintomas e sinais contemplados na escala de pontos, achados como petéquias palatinas e *rash* escarlatiniforme são altamente específicos, mas pouco comuns.⁶

Em caso de alta suspeição de FAE, a penicilina é a droga de escolha e o tratamento deve ser prontamente iniciado.⁶ A penicilina G benzatina garante o tratamento em casos de suspeita de má adesão, pois é utilizada em dose única, intramuscular. Para tratamentos via oral, pode-se usar amoxicilina ou penicilina V oral. Pacientes alérgicos à penicilina podem utilizar eritromicina.¹ Os tratamentos por via oral devem ter duração de 10 dias.⁹

Antipiréticos e analgésicos como acetaminofeno e ibuprofeno podem ser utilizados para conforto do paciente. Os pais da criança devem ser orientados a manter hidratação. A criança deve ficar afastada da creche, da escola e do contato com outras crianças por pelo menos 24h após o uso do antimicrobiano adequado.

CONCLUSÕES

Considerando a alta prevalência das IVAS na população pediátrica, é essencial o conhecimento dessas patologias e do seu manejo. Embora a diferenciação entre infecções bacterianas e virais ainda seja um desafio na prática, é necessário prestar atenção para o fato de que a observação clínica é

essencial para evitar a solicitação de exames complementares desnecessários e a prescrição excessiva de antimicrobianos.

REFERÊNCIAS

1. Pitrez PMC, Pitrez JLB. Acute upper respiratory tract infection: outpatient diagnosis and treatment. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79 Suppl 1:S77-86.
2. Nascimento-Carvalho CM. Outpatient antibiotic therapy as a predisposing factor for bacterial resistance: a rational approach to airway infections. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82(5 Suppl):S146-52.
3. Wald ER. Acute bacterial rhinosinusitis in children: clinical features and diagnosis. [Database on internet]. 2013 Jul 11 13 [updated 2013 Jul; cited 2013 Abr 25]. In: UpToDate. Available: http://www.uptodate.com/contents/acute-bacterial-rhinosinusitis-in-children-clinical-features-and-diagnosis?source=search_result&search=rhinosinusitis&selectedTitle=3%7E150#H22. Release: 21.8 - C21.104.
4. Pappas DE, Hendley JO. Sinusitis. In: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW, et al., editors. *Nelson: textbook of pediatrics*. 19th.ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2011. p.1436-9.
5. Poole MD et al. Antimicrobial guidelines for the treatment of acute bacterial rhinosinusitis in immunocompetent children. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 63 (2002) S1-S13.
6. Clement PA, Bluestone CD, Gordts F, et al. Management of rhinosinusitis in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1999;49 Suppl 1:S95-100.
7. Choby BA. Diagnosis and treatment of streptococcal pharyngitis. *Am Fam Physician.* 2009;79(5):383-90.
8. Hayden GF, Tuner RB. Acute pharyngitis. In: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW, et al., editors. *Nelson: textbook of pediatrics*. 19th.ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2011. p.1439-40.
9. Wetmore RF. Tonsils and adenoids. In: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW, et al., editors. *Nelson: textbook of pediatrics*. 19th.ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2011. p.1442-6.