

Avaliação de amigdalite estreptocócica em crianças

Streptococci tonsillitis evaluation in children

Antônio César Paulillo de Cillo¹
Eduardo Fakiani Macatti²
Gisele Diniz Lopes de Oliveira³
Gustavo Ribeiro Neves²
Juliana Martins⁴
Luciana Ferraz Siqueira⁵
Luciana Freitas Peres⁶
Dalcélia Bueno de Figueiredo⁷
Dulce Aparecida da Silva Cavalcante⁷

RESUMO

Os autores estudaram 51 crianças de ambos os sexos, com idade entre 18 meses a 13 anos que apresentavam diagnóstico clínico de amigdalite estreptocócica, e sugerem que os sintomas clínicos e dados de exame físico são insuficientes para o diagnóstico preciso de amigdalite bacteriana, levando a erros na conduta terapêutica.

Unitermos: faringite, streptococcus pyogenes, antibioticoterapia, amigdalite.

ABSTRACT

The authors studied 51 children, with ages varying from 18 months to 13 years old, who presented clinical diagnosis of streptococci tonsillitis. They suggest that only the clinical symptoms and physical examination of the patient are insufficient to confirm the diagnosis of bacterial tonsillitis, what leads to equivocal diagnosis and inappropriate treatment.

Keywords: pharyngitis, streptococcus pyogenes, antibioticotherapy, tonsillitis.

INTRODUÇÃO

A amigdalite causada por estreptococo β hemolítico do grupo A de Lancefield é uma das infecções agudas de maior incidência em Pronto-Socorro pediátrico^{4,8}.

Os estreptococos foram identificados em 1885, contudo somente anos mais tarde foram classificados por Lancefield e Griffith. A capacidade de medir as respostas sorológicas foi um outro importante avanço, sendo o teste da Anti Estreptolisina O desenvolvido por Todd em 1932 o mais difundido¹.

⁽¹⁾ Departamento de Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas, Av. John Boyd Dunlop, s/n, Jd. Ipaussurama, 13020-904, Campinas, SP. Correspondência para/Correspondence to: A.C.P. Cillo.

⁽²⁾ Acadêmicos do 6º ano do Curso de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas.

⁽³⁾ Residente de Otorrinolaringologia, Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC-Campinas.

⁽⁴⁾ Acadêmica do 5º ano do Curso de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas.

⁽⁵⁾ Residente de Pediatria, Hospital das Clínicas da UNICAMP.

⁽⁶⁾ Residente de Pediatria, Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC-Campinas.

⁽⁷⁾ Setor de Microbiologia, Laboratório de Análises Clínicas, Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC-Campinas.

Nos Estados Unidos a faringite é responsável por mais de 40 milhões de consultas a cada ano. Na Bélgica estas infecções são responsáveis por 9,8% das consultas^{1,8}.

Tem-se conhecimento de infecção estreptocócica desde a Primeira Guerra Mundial. A partir de então começaram a se desenvolver estudos quanto a doença e suas complicações. Seu quadro clínico caracteriza-se em geral por odinofagia, cefaléia, indisposição, febre e anorexia. Em pacientes pediátricos é comum a presença de náusea, vômitos e dor abdominal^{1,3,7}.

Sua ocorrência é freqüente entre 5 e 15 anos, mas pode atingir outras faixas etárias dependendo das circunstâncias ambientais que facilitam a transmissão.

Tem como seqüelas não supurativas a febre reumática e a glomerulonefrite, sendo que estas podem ser prevenidas com o uso de penicilinas. Porém, na maioria dos casos de faringite ou amigdalite aguda é difícil diferenciar clinicamente entre a etiologia virótica e a bacteriana^{1,3,9}.

O objetivo deste estudo é comparar as alterações entre o diagnóstico clínico e laboratorial das amigdalites estreptocócica em pacientes pediátricos no Pronto-Socorro Infantil do Hospital e Maternidade Celso Pierro da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), a fim de comparar as alterações existentes entre o diagnóstico clínico e laboratorial.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foram estudados 51 crianças, de ambos os sexos, entre 18 meses e 13 anos incompletos, que apresentavam queixa de "dor de garganta".

Após o preenchimento do protocolo que avaliava sinais clínicos de febre, rinorréia, adenopatia cervical, exantema, petéquias em orofaringe, pús em amígdala, vesículas em palato e faringite, o paciente era encaminhado ao laboratório onde era feita coleta de material para cultura de orofaringe por profissionais capacitados do Laboratório de Análises Clínicas do Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP). A coleta do material foi feita com *swab* estéril, coletando material entre os pilares tonsilares, atrás da úvula e na região da faringe posterior. O *swab* foi semeado em ágar sangue, ágar chocolate e tioglicolato. Todo material foi incubado a temperatura de 36°C durante 24 horas. Os meios ágar sangue e chocolate foram incubados em jarra para microaerofilia, com concentração de 5% de CO₂. Após 24 horas procedeu-se à leitura do material procurando colônias beta hemolítica. Após 48 horas procedeu-se a nova leitura do material que foi incubado em tioglicolato. A identificação dos microorganismos foi realizada pelo

método automatizado MICROSCAN-DADE, que utiliza 28 provas bioquímicas. As indicações de antibioticoterapia foram feitas sempre sob supervisão de um especialista em pediatria do Departamento de Pediatria do HMCP da PUC-Campinas, utilizando-se somente dos dados clínicos.

Foram excluídas crianças que estavam em uso de antibioticoterapia ou que o fizeram em um intervalo inferior a 7 dias a data da consulta. Foram excluídas também as crianças em que não foi possível coletar os dados do protocolo e nas quais a cultura de orofaringe foi inconclusiva.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas.

RESULTADOS

Das 51 crianças estudadas, 29 (56,9%) eram do sexo feminino e 22 (43,1%) do sexo masculino. A incidência dos casos foi de 19 (37,3%) em crianças entre 18 meses e 5 anos, 25 (49,0%) em crianças entre 5 e 10 anos e 7 (13,7%) em crianças acima de 10 anos. Faringite foi o achado mais freqüente, aparecendo em 45 (88,2%) pacientes. A presença de pús em amígdalas foi verificada em 34 (66,7%) doentes, e a febre foi constatada em 47 (92,2%).

Foi observada rinorréia em 22 (43,1%) pacientes, adenopatia em 13 (25,5%), exantema em 9 (17,6%), petéquias em palato de 13 (25,5%), e vesículas em orofaringe de 2 (3,9%) (Figura 1).

Foram relatados pelos pacientes sintomas de menor incidência como cefaléia em um caso (2,0%), inapetência e vômitos também em um paciente (2,0%), odinofagia em um caso (2,0%), prurido de garganta em dois casos (3,9%), rouquidão em um (2,0%) e tosse com expectoração em outros dois (3,9%).

Os pacientes que apresentaram cultura positiva para estreptococos foram 25 (49,0%) e dentre as respectivas cepas *S. pyogenes* foi a que teve maior incidência, com 12 (23,5%) casos.

Com relação ao crescimento de outras bactérias não responsáveis por amigdalite bacteriana foram observados 36 (71,0%) pacientes com positividade para outras bactérias e 15 (29,0%) sem crescimento de outras bactérias em suas culturas de orofaringe. Dentre estas bactérias, o *S. aureus* foi o que apresentou maior incidência com 7 (13,7%).

Os sinais clínicos comuns aos pacientes com estreptocócica confirmada por cultura positiva foram: faringite 22 (88%) pacientes; febre em 21 (84%) e pús em amígdala de 17 (68%). Foi observada com menor

incidência, rinorréia em 10 (40%) casos, petéquias em orofaringe de 8 (32%), exantema escarlatiniforme em 8 (32%) e adenopatia cervical em 7 (28%). Nenhum dos pacientes com cultura positiva apresentou vesículas em palato.

Dos 26 pacientes com cultura negativa foram encontrados com maior frequência febre em 26 (100,0%), faringite em 23 (88,5%) e pús em amígdala de 17 (65,3%). Com menor incidência foram relatados 12 (46,0%) casos com rinorréia, 6 (23,0%) com adenopatia cervical, 5 (19,2%) com petéquias em orofaringe, 2 (7,6%) com vesículas em palato e 1 (3,8%) com exantema escarlatiniforme.

Foi indicada penicilina em 34 (66,70%) pacientes e não indicada penicilina em 17 (31,40%).

Dos 25 pacientes com cultura positiva para estreptococos houve a indicação clínica de penicilina em 17 (68%), ficando 8 (32%) pacientes sem medicação e passíveis de sofrerem as complicações da estreptococcia.

Já nos 26 pacientes com cultura negativa para estreptococos houve a indicação clínica de penicilina em 17 (65%), e apenas 9 (35%) pacientes não receberam indicação de penicilina (Tabela 1).

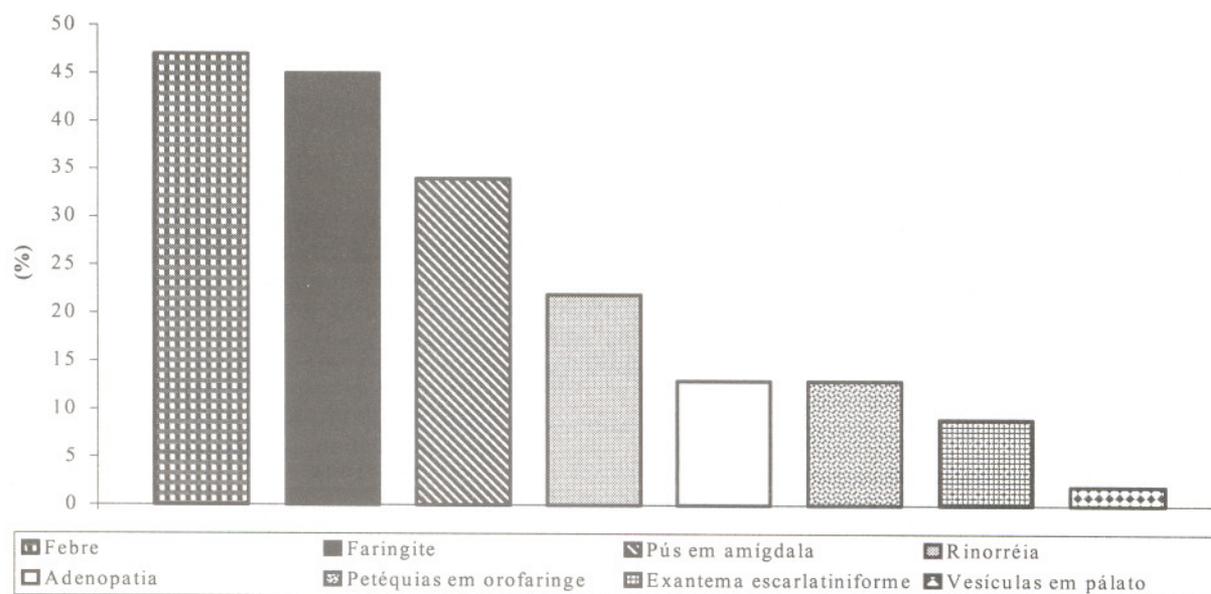


Figura 1. Sinais clínicos nos 51 pacientes estudados.

Tabela 1. Indicação clínica de penicilina pra estreptococos isolado de orofaringe.

Penicilina	Pacientes (n = 51)		Cultura positiva (n = 25)		Cultura negativa (n = 26)	
	n	%	n	%	n	%
Sim	34	66,7	17	68,0	17	65,0
Não	17	31,4	8	32,0	9	35,0

DISCUSSÃO

Tem-se colocado em questão a validade apenas da história clínica do paciente e seus achados de exame no diagnóstico de amigdalite bacteriana por estreptococos do grupo A. McIsaac *et al.*⁷ sugerem que com uma anamnese detalhada e aplicação de um

score, aumenta-se muito o diagnóstico de amigdalite estreptocócica, chegando-se a níveis de acerto semelhantes aos obtidos com cultura de orofaringe.

Porém para a maioria dos autores, a cultura de orofaringe continua sendo o melhor método para o diagnóstico de amigdalite por estreptococos do grupo A⁵.

Webb¹⁰ em um estudo mostrou que considerando os aspectos financeiros, a estratégia de tratar todos os pacientes com amigdalite com doses padronizadas de penicilina foi a mais vantajosa, contudo esta conduta não é recomendada dada a crescente resistência bacteriana e a indução de efeitos alérgicos a crianças que de fato não necessitariam da medicação por não apresentarem infecção estreptococcica. Os testes de alta sensibilidade para antígenos de estreptococos do grupo A, quando não associados aos resultados negativos de cultura se mostrou o de melhor relação custo-benefício.

Apesar de alguns estudos como os realizados por Bisno *et al.*² sugerirem que apenas parâmetros clínicos seriam suficientes para o diagnóstico de amigdalite estreptocócica, no presente estudo os resultados apontam não ser possível fazer um diagnóstico preciso de amigdalite bacteriana sem a confirmação com a cultura de orofaringe, pois foi observada alta incidência de pacientes (32%) com cultura positiva, no qual não foi indicado o tratamento com penicilina

Por outro lado, foram equivocadamente tratados 65% dos pacientes que apresentavam culturas de orofaringe negativas para estreptococos .

Como conclusão deste estudo pode-se afirmar que, apenas com dados clínicos não temos condições de estabelecer um diagnóstico adequado de amigdalite estreptococcica. Até esta data parece ser a cultura de orofaringe o único método capaz de firmar um diagnóstico definitivo para etiologia estreptocócica da amigdalite.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMATO, V.N. *Doenças transmissíveis*. 3.ed. São Paulo: Sarvier, 1991. p.417.
2. BISNO, A.L. *et al.* Group A streptococcal pharyngitis: diagnosis and management – a practice guideline. *Clin Infect Dis*, Chicago, v.25, p.574-583, 1997.
3. FEINSTEIN, A.R., SPANGNUOLO, M. Sore throats, streptococcal infections, and prevention of rheumatic fever. *J Chronic Dis*, Elmsford, v.15, p.623-633, 1962.
4. FLECHER, S.W., HOMANN, C. Emergency room: management of patients with sore throats in a techny hospital; influence of non-physician factors. *J Commun Health*, New York, v.1, p.196-204, 1976.
5. GERBER, M.A. Uso de provas de detecção de antígenos no diagnóstico e tratamento de pacientes com faringite por estreptococos grupo A. *Pediatr Infect Dis J*, Baltimore, v.2, n.2, p.11, 1998. (Edição em português).
6. HUNGRIA, H. *Otorrinolaringologia*. 6.ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1992. p.121-129.
7. McISAAC, W.J. *et al.* A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *Can Med Assoc J*, Ottawa, v.158, n.1, p.75-83, 1998.
8. McMILLAN, J.A. *et al.* Viral and bacterial organisms associated with acute pharyngitis in a school-aged population. *J Pediatr*, St. Louis, v.109, p.747-752, 1986.
9. MINITI, A., BENTO, R.F. *Otorrinolaringologia clínica e cirúrgica*. 3.ed. São Paulo : Atheneu, 1993. p.207-216.
10. WEBB, K.H. Does Confirmation of High-sensitivty Rapid Streptococcal Tests Make Sense? A Medical Decision Analysis. *Pediatrics*, Evanston, v.101, n.2, p.11, 1998.

Recebido para publicação em 7 de agosto de 1998 e aceito em 22 de setembro de 1999.