

Faringotonsilite estreptocócica: necessidade do uso de testes microbiológicos para diagnóstico preciso

Streptococcal pharyngotonsillitis: need of microbiological tests in order to have a precise diagnosis

Maria Isabel de Moraes-Pinto

Faringotonsilite aguda é uma infecção comum na faixa etária pediátrica, facilmente reconhecida por meio da anamnese e exame físico. É de etiologia viral, na maioria dos casos, sendo causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A (EBHA) somente em 20 a 30% dos quadros que ocorrem em crianças^(1,2).

Devido à baixa sensibilidade e especificidade da avaliação clínica no diagnóstico etiológico de infecção pelo EBHA, diversas entidades médicas, tais como a Sociedade Brasileira de Pediatria e a Academia Americana de Pediatria, recomendam atualmente que o diagnóstico de faringotonsilite em pacientes com suspeita clínico-epidemiológica de infecção pelo EBHA seja confirmado por meio do uso de técnicas microbiológicas^(3,4).

Esta necessidade é claramente demonstrada em estudo prospectivo publicado neste número da Revista Paulista de Pediatria, por Cardoso *et al*⁽⁵⁾. Avaliando 650 crianças e adolescentes, os autores mostram que o diagnóstico etiológico de faringotonsilite causada pelo EBHA, se baseado unicamente em dados clínicos, tem baixa sensibilidade e especificidade, diferentemente do que acontece com o diagnóstico realizado por meio da prova rápida para pesquisa de EBHA em secreção de orofaringe⁽⁵⁾.

Cardoso *et al* (2012) demonstram que, também em nosso meio, e à semelhança de outro trabalho realizado no Brasil⁽⁶⁾,

as técnicas microbiológicas têm utilidade para determinar a conduta frente a um caso de faringotonsilite aguda⁽⁵⁾. Como se sabe, o tratamento com antibióticos visa à prevenção da febre reumática aguda, de complicações supurativas, como abscesso peritonsilar e linfadenite cervical, além de diminuir o tempo de doença e o período de transmissão para os contatos próximos⁽⁴⁾. Por outro lado, o tratamento inadequado da faringotonsilite aguda com antibióticos é um dos fatores que contribuem para o aumento da incidência de resistência antimicrobiana^(7,8).

O estudo de Cardoso *et al*⁽⁵⁾ está sendo publicado no momento em que a Sociedade Americana de Doenças Infecciosas acaba de lançar uma atualização da sua orientação de conduta para o diagnóstico e tratamento de faringite estreptocócica do grupo A, em que se reforça o uso do teste rápido e/ou da cultura de secreção de orofaringe para o correto diagnóstico etiológico da faringotonsilite estreptocócica⁽⁹⁾.

Ao comentarem o uso indiscriminado de antibióticos em nossos dias, Gonzáles *et al*⁽¹⁰⁾ sugerem que isto seja o resultado da falha em colocar uma evidência em prática. No caso da faringotonsilite estreptocócica, as evidências tanto fora do Brasil quanto em nosso meio^(5,6) parecem apontar para a necessidade do uso de testes microbiológicos para a realização de um diagnóstico mais preciso.

Professora Livre Docente do Departamento de Pediatria; Chefe do Laboratório de Pesquisas da Disciplina de Infectologia Pediátrica da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Endereço para correspondência:
Maria Isabel de M. Pinto
Laboratório de Pesquisas, Disciplina de Infectologia Pediátrica
Rua Pedro de Toledo, 781, 9º andar
CEP 04039-032 – São Paulo/SP
E-mail: m.isabelmp@uol.com.br

Conflito de interesse: nada a declarar

Recebido em: 19/11/2012

Referências bibliográficas

1. Bisno AL. Acute pharyngitis: etiology and diagnosis. *Pediatrics* 1996;97:949-54.
2. Ebell MH, Smith MA, Barry HC, Ives K, Carey M. The rational clinical examination. Does this patient have strep throat? *JAMA* 2000;284:2912-8.
3. Nascimento-Carvalho CM, Marques HH. Recomendação do departamento de Infectologia da Sociedade Brasileira de Pediatria para conduta de crianças e adolescentes com faringoamigdalites agudas. *J Pediatr (Rio J)* 2006;82:79-80.
4. American Academy of Pediatrics. In: Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, editors. Group A streptococcal infections. Red Book: 2012. Report of the Committee on Infectious Diseases. 29th ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2012. p. 668-80.
5. Cardoso DM, Gilio AE, Hsin SH, Machado BM, De Paulis M, Lotufo JP et al. Impacto do uso da prova rápida para estreptococo beta hemolítico do grupo A no diagnóstico e tratamento da faringotonsilite aguda em Pronto Socorro de Pediatria. *Rev Paul Pediatr* 2013;31:4-9.
6. dos Santos AG, Berezin EN. Comparative analysis of clinical and laboratory methods for diagnosing streptococcal sore throat. *J Pediatr (Rio J)* 2005;81:23-8.
7. Grijalva CG, Nuorti JP, Griffin MR. Antibiotic prescription rates for acute respiratory tract infections in US ambulatory settings. *JAMA* 2009;302:758-66.
8. Butler CC, Simpson SA, Dunstan F, Rollnick S, Cohen D, Gillespie D *et al.* Effectiveness of multifaceted educational programme to reduce antibiotic dispensing in primary care: practice based randomized controlled trial. *BMJ* 2012; 344:d8173.
9. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G *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* 2012;55:e86-e102.
10. Gonzales R, Ackerman S, Handley M. Can Implementation Science help to overcome challenges in translating judicious antibiotic use into practice? *Arch Intern Med* 2012;172:1471-3.