

AULA: FARINGOTONSILITES AGUDAS E COMPLICAÇÕES

PROFESSOR: EDWIN TAMASHIRO

TRANSCRIÇÃO: Luís Felipe Visconde

EDIÇÃO: Sara Caixeta

INTRODUÇÃO

- ➔ As faringotonsilites agudas representam a principal causa de procura em atendimentos médicos e, talvez, a principal causa de prescrição de antibióticos pelo médico generalista (sendo que, muitas vezes, essa prescrição é feita de maneira errônea ou desnecessária);

OBJETIVOS

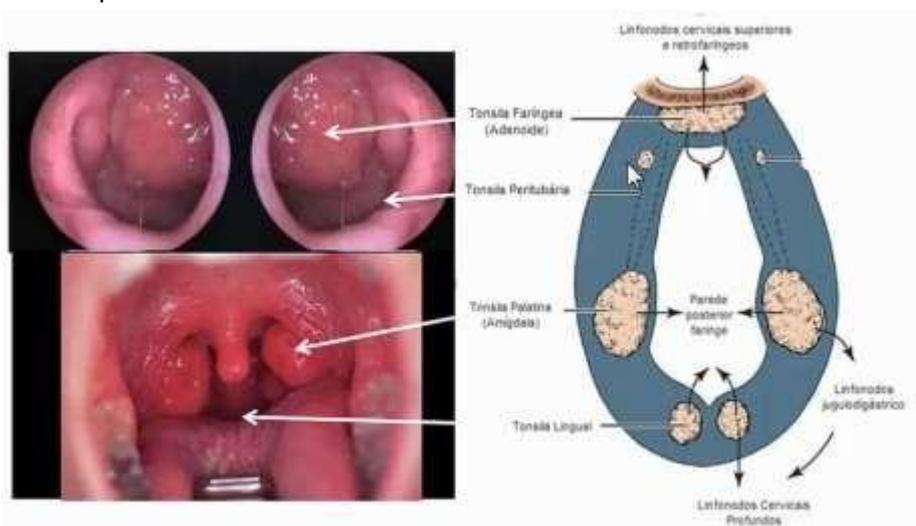
- Diferenciar quadros de faringotonsilites virais dos bacterianos (dando ênfase para quadros causados pelo *Streptococcus pyogenes*);
- Conceder subsídios para o manejo clínico das principais causas de faringotonsilites;
- Identificar e encaminhar casos que evoluem com complicações supurativas (como os abscessos);

NOMENCLATURA

- ➔ Diversos termos são empregados para nomear os processos inflamatórios que acometem a região da faringe (faringite, amigdalite, adenoidite, tonsilite, etc). Como a maioria das inflamações faríngeas também tem envolvimento das tonsilas, nesta aula trataremos os processos inflamatórios que acometem esse segmento anatômico como “faringotonsilites”.

O ANEL LINFÁTICO DE WALDEYER

- ➔ Complexo de estruturas linfoides localizadas na camada submucosa do trato aéreo superior, que se estendem desde a nasofaringe (na região mais superior) até a hipofaringe (mais inferiormente). É constituído por estruturas pareadas ou únicas (como a adenoide, por exemplo).
- ➔ As estruturas que o compõe são:
 - Adenoide/tonsila faríngea (mais superiormente)
 - Par de tonsilas peritubárias
 - Par de tonsilas palatinas (amígdalas) na orofaringe
 - Tonsilas linguais, localizadas mais inferiormente, na hipofaringe.
- ➔ Essas estruturas se conectam por meio de uma comunicação comum, pelo sistema linfático, formando um complexo anelar:



- Um aspecto importante a se mencionar é que as estruturas linfoides que compõe o anel de

Waldeyer tem uma drenagem comum para o sistema posterior da faringe.

- Além disso, as porções mais superiores do anel de Waldeyer drenam para linfonodos cervicais superiores. Já as regiões mais inferiores (principalmente as tonsilas palatinas/amígdalas) drenam para linfonodos júbulo gástricos. Isso terá repercussão no processo de disseminação de tumores e na palpação de linfonodos cervicais durante o exame físico de um paciente com suspeita de faringotonsilite.

CASO CLÍNICO:

- Estudante, sexo masculino, 14 anos; dá entrada em P.S com queixa de odinofagia e febre há 2 dias.
- Ao exame físico, nota-se hiperemia considerável de ambas as amígdalas e presença de exsudato mucopurulento na superfície.



Diante desse quadro, devemos responder a duas perguntas:

- 1) QUAL É A CAUSA DESSA INFLAMAÇÃO?
- 2) QUAL É O MELHOR TRATAMENTO PARA ESSE INDIVÍDUO?

QUAL É A CAUSA DESSA INFLAMAÇÃO?

- De maneira geral, quase todos os processos inflamatórios do anel linfático de Waldeyer são causados por vírus ou bactérias (com raras exceções, em pacientes imunocomprometidos, pode haver infecção por agentes fúngicos).
- Para diferenciar os quadros virais dos bacterianos, a recomendação atual padrão ouro seria a identificação microbiológica por cultura. No entanto, nós não realizamos cultura de rotina na maioria dos indivíduos por que esse método tem uma série de limitações:
 - Demora para fornecer resultado (de 24 a 48h)
 - Existe um custo considerável relacionado ao processo
 - Nem todos os postos de saúde tem à disposição o Swab ou algum laboratório de fácil acesso para realização desse exame
 - Sua sensibilidade e especificidade são moderados (em torno de 60 a 80%)
 - O resultado depende do modo como é feita a coleta, o que exige profissionais capacitados (a coleta não deve envolver coleta de material da língua ou bucheça). O Swab deve ser direcionado diretamente para a superfície da tonsila e depois fazer um esfregaço na parede posterior da faringe.
- Por todas essas limitações, não se realiza cultura para todos os pacientes.
- Outra alternativa para diferir os agente virais dos bacterianos seriam os **testes rápidos de identificação** antígenos específicos de algumas espécies. Esse método, embora apresente custo mais elevado que a cultura tem como vantagens:

- Oferecem resultados mais rápidos, dentro de 30 minutos;
- Alta especificidade (89 a 99%)
- Sensibilidade maior que o da cultura (55 a 99%)

→ Como não se realiza exames de cultura de rotina nos pacientes com faringotonsilites agudas que chegam ao pronto atendimento a diferenciação entre quadros virais e bacterianos é feita, basicamente, a partir de **CRITÉRIOS CLÍNICOS e, em alguns casos, por alguns EXAMES LABORATORIAIS.**

→ A tabela abaixo traz uma comparação entre os diferentes achados clínicos e laboratoriais entre as etiologias virais e as bacterianas (mais especificamente, o quadro típico da faringotonsilite por *Streptococcus pyogenes*):

CRITÉRIOS	VIRAL	BACTERIANA, por <i>Streptococcus pyogenes</i>
PREVALÊNCIA	A grande maioria dos casos é viral (70%)	Cerca de 30% dos casos é de origem bacteriana
IDADE	Não têm predileção por idade	Raros em menores de 2 anos. Mais comum entre 5 e 15 anos.
INÍCIO DOS SINTOMAS	Insidioso (o indivíduo inicia com uma coriza, obstrução nasal e, de hora pra outra, começa a apresentar sintomas de garganta raspando, dor de garganta, febre).	Início abrupto (o indivíduo acorda bem durante o dia e à tarde já começa a desenvolver sintomas exacerbados).
ESTADO GERAL	Normalmente é bom, preservado	Há uma queda do estado geral
FEBRE	Costuma dar febre baixa, < 38°C	Costuma dar febre alta, > 38°C, com picos mais frequentes e que não respondem bem a antipiréticos orais.
ROUQUIDÃO, TOSSE E OUTROS SINTOMAS LARÍNGEOS	Comuns	Raros
CORIZA E OBSTRUÇÃO NASAL, E OUTROS SINTOMAS DE VIAS AÉREAS SUPERIORES.	Presentes	Incomuns
LIFADENOPATIA	Normalmente encontra-se linfadenopatia generalizada, com poucos sinais flogísticos (o indivíduo queixa-se pouco de dor à palpação). Os linfonodos são pequenos (< 1cm) e esparsos.	Linfonodos maiores (> 1 cm) e com sinais flogísticos, dor localizada à palpação que, normalmente predomina em um dos lados, com características assimétricas
EXSUDATO PURULENTO	Normalmente ausentes. OBS: a mononucleose infecciosa, um quadro viral, também evolui com a presença de placas esbranquiçadas na superfície da amígdala. A diferença é que, ao tentar retirar essa placa, o paciente queixa-se de muita dor e, no local, fica um leito sangrante cruento.	Muito comuns em quadros bacterianos. A placa de exsudato é facilmente removida e, quando isso é feito, não deixa um leito cruento ou sangrante.

PETÉQUIAS NO PALATO MOLE	Bastante incomum	Extremamente comum em alguns quadros bacterianos
HEMOGRAMA	Observa-se linfocitose, com presença de linfócitos atípicos.	Observa-se neutrofilia, com presença de neutrófilos ativados (com granulações tóxicas).

→ Dessas informações, abstraímos que é fundamental fazer uma história clínica detalhada para diferenciarmos um quadro de faringotonsilite viral de uma bacteriana. Essa diferenciação se baseia quase que integralmente, em parâmetros clínicos e ela é fundamental, pois o tratamento é totalmente diferente de um caso para outro.

AGENTES VIRAIS MAIS COMUNS CAUSADORES DE FARINGOTONSILITES

→ Os casos de faringotonsilites são causados, prioritariamente, por vírus respiratórios, tais como:

- Epstein-Barr vírus
- Adenovírus
- Rinovírus
- Influenza
- Parainfluenza
- Coronavírus
- Coxsackievírus (nesses casos, é comum observar a presença de aftas no palato. Curiosamente, a febre aftosa do gado bovino é transmitida por Coxsackievírus)

→ Independente de qual vírus seja responsável pela faringotonsilite, todos eles têm uma característica comum: uma evolução autolimitada, com resolução espontânea em todos os acometidos entre 3 a 5 dias, sem deixar sequelas. Além disso, a sintomatologia é leve ou moderada e apenas o tratamento sintomático é suficiente para trazer alívio para o paciente.

TRATAMENTO SINTOMÁTICO DAS FARINGOTONSILITES

1) DO CONTROLE DA DOR E DA FEBRE

- Analgésicos e antipiréticos por via oral (p.ex: dipirona e paracetamol)
- Em casos de dor importante, podem-se usar anti-inflamatórios não-esteroidais (mas lembre-se que eles têm uma chance maior de efeitos colaterais, como epigastralgias, sangramentos e alergias).
- O uso de pastilhas anestésicas e sprays anestésicos tópicos também podem ser considerados caso o indivíduo relate alívio sintomático com uso de tais medicamentos. Contudo, é importante lembrar que tais medicamentos devem ser usados com cautela, pois existe uma potencial toxicidade pelos anestésicos tópicos.

2) **HIDRATAÇÃO** pela ingestão de bastante líquido

3) **REPOUSO**

4) **CONTROLE DOS SINTOMAS NASAIS** (se o indivíduo possui coriza ou obstrução nasal pode recomendar lavagem nasal com soro fisiológico ou, até mesmo, uso de corticoides tópicos nasais).

CASOS ESPECIAIS DE FARINGOTONSILITES VIRAIS

→ Existem pelo menos duas situações de faringotonsilites virais que exigem tratamento imediato e específico:

A) MONONUCLEOSE INFECCIOSA COM RISCO DE RUPTURA ESPLÊNICA (normalmente, esses pacientes apresentam uma esplenomegalia importante e evoluem com dor abdominal. Nesses casos, o repouso é mandatório, além do tratamento específico com antivirais).

B) INFECÇÃO PRIMÁRIA PELO HIV (mononucleose-like; que deve ser tratada com anti-retrovirais específicos)

TRATAMENTO DAS FARINGOTONSILITES BACTERIANAS COM ANTIBIÓTICOS

→ Diante de um quadro de faringotonsilite aguda bacteriana, devemos nos questionar a respeito de dois grandes fatores antes de iniciar o tratamento com antibióticos:

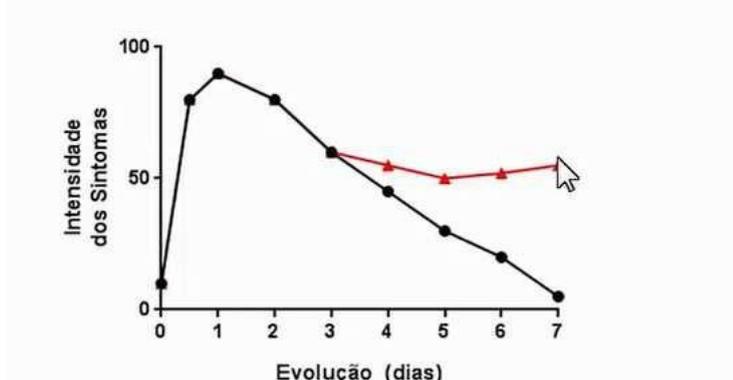
1) O USO DE ANTIBIÓTICOS ACELERA A MELHORA CLÍNICA E DOS SINTOMAS?

- Devemos lembrar que a maioria das faringotonsilites bacterianas agudas são, assim como as virais, auto-limitadas (tendem a melhorar espontaneamente, durando no máximo 1 semana).
- Revisões e metanálises têm mostrado que a melhora clínica em pacientes que utilizam antibioticoterapia em faringotonsilites bacterianas é acelerada em, no máximo, 2 dias (revisões mais recentes tem mostrado que essa média é ainda menor, cerca de 16 horas em relação aos pacientes que são tratados com placebo).
- É importante ter isso em mente, pois o uso de antibióticos nesses indivíduos não é isento de riscos: pode estar relacionado ao desenvolvimento de alergias e colaborar para o surgimento de bactérias resistentes. Além disso, o medicamento tem um custo.
- Dessa forma, as diretrizes atuais recomendam que o uso de antibióticos de modo rotineiro em pacientes com faringotonsilite bacteriana deve ser pesado de forma criteriosa, pois o risco benefício do tratamento com antibióticos nessas situações é muito modesto.

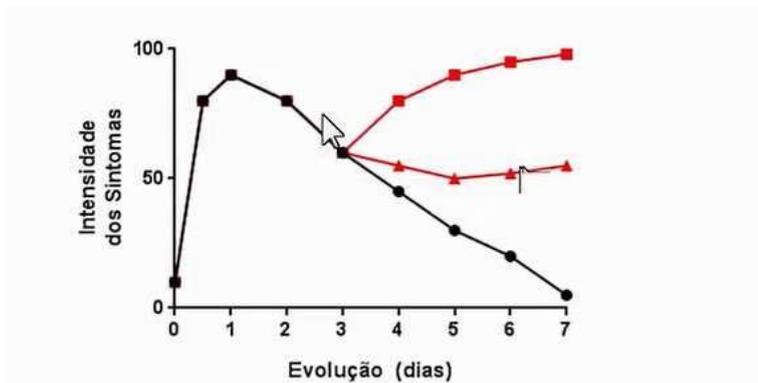
QUANDO ENTÃO TRATAR COM ANTIBIÓTICOS?

→ Existem 3 condições clínicas em que há recomendação formal do emprego de antibióticos com o objetivo de acelerar a melhora clínica:

A) Indivíduos que estavam evoluindo com tendência a melhora, mas, de uma hora para outra, tem um pico de piora e mantem-se sintomático e queixoso em relação à faringotonsilite.



B) Indivíduo que teve uma piora dos sintomas (é importante tratar com antibioticoterapia específica, pois a piora dos sintomas possa ser um sinal precoce de uma evolução para complicação supurativa, como um abscesso);



C) Infecções específicas, por germes menos típicos, tais como:

- Faringotonsilite por *Neisseria gonorrhoeae* (comum em indivíduos jovens com atividade sexual promíscua) – o tratamento requer uso de quinolonas ou ceftriaxone (uma cefalosporina de 3ª geração).
- Faringotonsilites por *Clostridium diphtheriae* (raro hoje em dia, mas pode acometer, com pouca frequência, indivíduos não vacinados) – requer tratamento com penicilinas ou macrolídeos.

AGENTES BACTERIANOS MAIS COMUNS NAS FARINGOTONSILITES BACTERIANAS

→ Diversas bactérias, tanto gram+ quanto gram-, podem acometer o anel linfático de Waldeyer:

- *Streptococcus pyogenes* (é o principal agente etiológico nas faringotonsilites bacterianas agudas).
- *Enterococcus*
- *S. dysgalactiae*
- *S. aureus*
- *Moraxella catharrhalis*
- *Mycoplasma pneumoniae*
- *Fusobacterium necrophorum*
- *Neisseria gonorrhoeae*
- *C. diphtheriae*
- *Tularemia*

→ Mas como a maioria dos indivíduos serão tratados de forma empírica, devemos escolher antibióticos que cubram a maioria desses principais agentes bacterianos.

→ Os antibióticos de 1ª ESCOLHA são ou **AMOXACILINA** ou **CEFALOSPORINA DE 2ª GERAÇÃO**, por 7 a 10 dias (Via oral ou via parenteral).

→ A clindamicina e as fluorquinolonas também poderiam ser utilizadas, pois elas têm uma boa cobertura, tanto para gram positivas quanto para gram negativas.

→ Alguns casos específicos exigem antibióticos específicos, tais como: Claritromicina (um macrolídeo, útil para combate de *Mycoplasma pneumoniae*)

2) O USO DE ANTIBIÓTICOS PREVINE E EVITA COMPLICAÇÕES?

→ Didaticamente, as complicações das faringotonsilites agudas podem ser divididas em:

A) NÃO SUPURATIVAS: a mais comum é a febre reumática. Mas também existem a glomerulonefrite e a febre escarlatina.

B) SUPURATIVAS:

- Abscessos (peritonsilar/parafaríngeos/retrofaríngeos)
- Otite média

- Rinossinusite
- Pneumonia
- Linfadenites

FEBRE REUMÁTICA

- É a principal complicação relacionada às faringotonsilites bacterianas.
- É causada por um único agente bacteriano: o *Streptococcus pyogenes* (antigamente classificado com *Streptococcus* β -hemolítico do grupo A de Lancefield)
- A proteína expressa por esse patógeno e responsável por desencadear a reatividade cruzada que leva à febre reumática é a proteína M (atualmente, sabe-se que existem mais de 120 sorotipos relacionados a essa proteína).
- Se não tratarmos os indivíduos com faringotonsilite bacteriana causada por *S. Pyogenes* cerca de 0,3 a 3% desses pacientes desenvolverão febre reumática em algum momento (esse percentual varia de população para população, pois existem algumas sub-regiões da Europa em que cerca de 15% dos pacientes apresentam predisposição genética para o aparecimento da febre reumática).
- O *s.pyogenes* é o principal agente bacteriano nas faringotonsilites bacterianas (dos 30% de faringotonsilites agudas, que são de origem bacteriana, 20% são causadas pelo *streptococcus pyogenes*). Por isso, conhecer essas infecções é fundamental para a prevenção da febre reumática.
- Dados nacionais apontam que cerca de 10 milhões de brasileiros são infectados, anualmente, por *Streptococcus pyogenes* no país. Se extrapolarmos esses números para casos novos de febre reumática, teremos, no mínimo, 30.000 casos novos de febre reumática se não tratarmos indivíduos com antibioticoterapia específica.

EM TERMOS DE CUSTO, VALE A PENA TRATAR INDIVÍDUOS COM INFECÇÃO POR STREPTOCOCCUS PYOGENES PARA PREVENIR FEBRE REUMÁTICA? SIM

- ➔ O tratamento das infecções por *S.pyogenes* (com Penicilia Benzatina), e, portanto, a prevenção primária da febre reumática, custa em torno de 46 dólares.
- ➔ Por outro lado, o custo do tratamento de indivíduos com sequelas de febre reumática custa em torno de 320 dólares ao ano por paciente.
- ➔ Portanto, vale muito a pena tratar indivíduos no sentido de prevenir a febre reumática, pois a relação custo-benefício é muito favorável.
- ➔ Só no Brasil, se gasta cerca de 51 milhões de dólares/ano no tratamento da febre reumática e de suas sequelas.
- ➔ A antibióticoterapia tem se mostrado bastante efetiva na profilaxia primária da febre reumática.
- ➔ Portanto, em casos confirmados ou suspeitos de infecção por *S. pyogenes*, a antibioticoterapia consegue prevenir contra a febre reumática se a infecção for tratada até o 9º dia do início dos sintomas.
- ➔ A proteção chega a ser mais de 80% dos casos, sendo que o NNT (número necessário de pacientes que precisam ser tratados para que um tenha benefício, é em torno de 60, sendo o a redução do risco relativo em torno de 0,2%).

CONDUTA IDEAL NOS CASOS DE FARINGOTONSILITES AGUDAS BACTERIANAS

- ➔ Em uma situação ideal, deveríamos fazer uma identificação microbiológica do patógeno, seja por CULTURA ou por TESTES RÁPIDOS DE IDENTIFICAÇÃO DE ANTÍGENOS (esses testes são direcionados,

especificamente, para *S.pyogenes*. Esses testes são incapazes de detectar antígenos de outros agentes bacterianos).

- Atualmente, o que se dita é o uso desses métodos para identificarmos, precocemente, as faringotonsilites causadas por *S.pyogenes* e entrarmos rapidamente com a antibioticoterapia. Para todos os demais casos de faringotonsilites bacterianas, o uso de antibióticos fica restrito às três condições já citadas.
- A cultura e os testes rápidos apresentam diferentes acurácias para a detecção do *S.pyogenes*, e têm vantagens e desvantagens, como mostrado na tabela abaixo:

CULTURA	TESTE RÁPIDO
Resultados liberado entre 24 e 48 horas	Resultado em 30 minutos
Custo relativo	Custo mais elevado
Limitação de acesso	
Sensibilidade moderada	Sensibilidade moderada/alta (55 a 99%)
Especificidade moderada	Alta especificidade (89 a 99%)
Dependente do método de coleta	

CLÍNICA DOS CASOS DE FARINGOTONSILITES BACTERIANAS

- As faringotonsilites bacterianas causadas por infecções não - *Streptococcus pyogenes* têm uma apresentação clínica não muito típica, que mescla sintomas de quadros virais com sintomas da infecção típica por *S.pyogenes* (é aquele indivíduo que tem febre mais alta, mas que apareceram de uma forma insidiosa, por exemplo);
- Para essas bactérias, o tratamento se baseia em drogas específicas, de acordo com aspectos clínicos. Já nas faringotonsilites por *S.pyogenes*, devemos sempre tratar o indivíduo, pois o tratamento visa à profilaxia primária da febre reumática.

ATUAÇÃO NA PRÁTICA

- Como, na prática, não se faz o uso de cultura ou testes rápidos para se confirmar a infecção pelo *S.pyogenes*, criaram-se diversos scores clínicos para se predizer a probabilidade de uma infecção ser causada por essa bactéria. O mais utilizado é o score de Centor modificado (2004), que confere pontos a partir de achados clínicos:

Critério	Pontuação
Temperatura > 38°C	1
Ausência de tosse	1
Adenopatia cervical anterior	1
Exsudato ou edema tonsilar	1
Idade 3-14 anos	1
Idade 15-44 anos	0
Idade ≥ 45 anos	-1

- A partir dos pontos conferidos ao paciente, é possível predizer qual é o risco de que ele esteja, de fato, infectado pelo *S.pyogenes*, como mostra a tabela abaixo:

SCORE	CHANCE DE SER INFECÇÃO POR <i>S.Pyogenes</i>	CONDUTA
-------	--	---------

Maior ou igual a 4 pontos	51 a 53%	Tratamento com antibióticoterapia empírica, sem que haja necessidade de confirmação por cultura ou teste rápido
3 pontos	28 a 35%	Existem controvérsias. Alguns sugerem que seja feito uma confirmação, com testes rápidos ou cultura, para confirmar a infecção e iniciar antibióticoterapia. Outros sugerem iniciar o tratamento empiricamente, sem a necessidade de confirmação diagnóstica *
2 pontos	11 a 17%	
1 ponto	5 a 10%	Fazer apenas tratamento sintomático. O uso de
Menor ou igual a 0	1 a 1,25%	antibióticos ou a confirmação por cultura ou testes rápidos é desnecessário

* Uma alternativa para os casos duvidosos é iniciar apenas com os tratamentos sintomáticos, sem antibióticoterapia e, depois de 24 a 48h, reavaliar os indivíduos. A depender da manifestação clínica tardia, poderíamos nos decidir se há ou não necessidade de antibiótico.

- Se o indivíduo estiver na curva decrescente, com melhora dos sintomas, mantém-se apenas o tratamento sintomático. Do contrário, partimos para antibióticoterapia;
- Vários estudos tem mostrado que essa introdução tardia do antibiótico não altera nenhuma taxa de complicação (seja ela supurativa ou não supurativa);

TRATAMENTO POR INFECÇÕES POR S. PYOGENES

1ª ESCOLHA: Penicilinas naturais, tais como:

a) Penicilina benzatina (intramuscular), dose única

- **Vantagem:** é de dose única e não depende da aderência do tratamento

- **Desvantagem:** a injeção intramuscular é dolorosa

- **Posologia:** 600.000 UI para crianças com peso menor ou igual a 25 kg;

1.200.000 UI para crianças e paciente com mais de 25 kg;

b) Penicilia V oral, 3 vezes/dia, por pelo menos 10 dias (10 dias é o prazo mínimo em que temos erradicação do S.pyogenes da orofaringe. Por isso, não deve ser utilizada por menos que 10 dias, mesmo que o indivíduo tenha melhora clínica significativa antes desse período)

- **Desvantagem:** tem um gosto amargo, que muitas crianças têm dificuldade de tolerar.

- **Posologia:** Crianças – 30 a 50 mg/kg/dia, 3x ao dia, por 10 dias.

Adultos: 500 mg, 3x ao dia, por 10 dias.

- As penicilinas continuam sendo a principal arma terapêutica no combate às infecções por *S.pyogenes*.
- Suas vantagens incluem:
 - Grande eficácia (não existe nenhum caso de *S.pyogenes* resistente a essa medicação)
 - Seu espectro é reduzido (assim, a droga ataca apenas o *S.pyogenes*, sem acabar com a flora bacteriana comensal do indivíduo)
 - É um medicamento extremamente barato e acessível;
- Suas desvantagens incluem:
 - Dor à inoculação intramuscular
 - Possibilidade de reação alérgica em alguns indivíduos (se o paciente tem reação alérgica sabidamente documentada à penicilina, deve-se optar pelos Macrolídeos como opção terapêutica).

2ª ESCOLHA: Outra opção terapêutica, em indivíduos que não toleram penicilina V oral, ou indivíduos que tem algum tipo de discrasia sanguínea que contraindique a injeção intramuscular:

- Amoxicilina 500mg 8/8h por 10 dias (adultos); 50mg/Kg
- Pode-se optar por CEFALOSPORINAS (DE 1ª ou 2ª GERAÇÃO) que tem boa cobertura para gram+;
- Macrolídeos, em caso de alergia documentada à penicilina;
- Amoxicilina + Clavulanato

PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES SUPURATIVAS NAS FARINGOTONSILITES BACTERIANAS

- Diversos estudos têm mostrado para que o número de pacientes que precisam ser tratados para que um paciente tenha benefício gira em torno de 50 a 200 pacientes. Ou seja, é preciso tratar de 50 a 200 pacientes para evitar que 1 tenha evolução com uma complicação supurativa.
- Não existe nenhuma evidência que favoreça o uso sistemático de antibióticos nesses indivíduos para a prevenção de abscessos.

SINAIS E SINTOMAS DE UM ABSCESSO SECUNDÁRIO À FARINGOTONSILITE

- Apesar de não tratarmos todas as faringotonsilites bacterianas com o intuito de prevenir abscessos, devemos ficar atentos para os sinais e sintomas que o caracterizam, já que trata-se de uma situação grave e que exige intervenção médica.
 - Indivíduos que não responderam satisfatoriamente ao antibiótico.
 - Indivíduos que têm piora súbita da dor, normalmente assimétrica.
 - Indivíduos que matêm febre importante e evoluem com queda do estado geral.
 - Halitose.
 - Dor irradiada para ouvido.
 - Odinofagia importante, tanto para sólidos quanto para líquidos.
 - Dor irradiada para o ouvido.
 - Trismo (dificuldade de abertura oral que acontece quando a infecção acomete o espaço mastigatório e os músculos envolvidos).
 - Modificação da voz (a voz fica parecida com “voz de batata quente”-edema importante de orofaringe).



Imagem: abscesso peritonsilar, com acentuada hiperemia unilateral da amígdala e orofaringe à esquerda com deslocamento da úvula para o lado contralateral. Aqui, a abertura bucal foi preservada, mas muitos indivíduos perdem essa capacidade. Os abscessos podem ser peritonsilar, ou se estender para outros espaços, como retrofaríngeo e parafaríngeo.

MANEJO DE ABSCESSOS SECUNDÁRIOS À FARINGOTONSILITES.

- O paciente com abscesso secundário à faringotonsilites deve ser sistematicamente encaminhado para serviço de urgência especializada, onde exista ou otorrino, ou cirurgião de cabeça e pescoço:

1º REALIZAR T.C COM CONTRASTE (isso não é necessário para abscessos peritonsilares, somente para os retro ou parafaríngeos), para se avaliar a extensão da doença.

2º TRATAMENTO DOS ABSCESSOS

Primeiramente, devemos esvaziar a coleção infectada. Isso pode ser feito por 2 abordagens distintas:

- **Punção aspirativa**, realizada nos casos de abscessos peritonsilares.
- **Drenagem** (via aberta ou via endo-oral) para abscessos parafaríngeos e retrofaríngeos.

3º ANTIBIOTICOTERAPIA

Após esvaziamento da coleção, devemos introduzir posteriormente, antibióticos de largo espectro que tenham, também, cobertura para anaeróbios por, no mínimo, 10 dias. As opções incluem:

- **Amoxicilina + Clavulanato**
 - **Clindamicina**
 - **Ceftriaxona + Clindamicina** (que tem boa cobertura para gram + e gram -)
- Se o paciente tem grande comprometimento do estado geral, abertura bucal reduzida ou que esteja toxemiado ou desidratado e não consiga administrar medicamento V.O, a internação é mandatória para que se possa fazer o correto manejo clínico e estabilizar o paciente.

FLUXOGRAMA PARA TERAPÊUTICA E MANEJO DE FARINGOTONSILITES BACTERIANAS:

