

TONSILITES E FARINGITES

Maria Beatriz Rotta Pereira
Manuel Ruttkay Pereira
Denise Rotta Ruttkay Pereira

Introdução

As infecções das vias aéreas superiores (IVAS) têm prevalência elevada e são causas comuns de consultas médicas. Dor de garganta é a 3ª maior queixa entre pacientes que procuram serviços de emergência, e as tonsilites e faringites agudas são responsáveis por aproximadamente 5% das consultas médicas. Tonsilites e faringites são IVAS de ocorrência frequente e autolimitadas. Na maioria das vezes, as crianças e os adultos recuperam-se rapidamente (3 a 4 dias), mas, ocasionalmente, podem desenvolver complicações.¹⁻³

As infecções em tonsilas palatinas e faringe são mais frequentemente de origem viral, mas podem ser causadas por bactérias, sobretudo o estreptococo beta-hemolítico do grupo A (EBHGA), responsável pela única infecção bacteriana na garganta cujo tratamento com antibióticos está definitivamente indicado, com o objetivo de prevenir sequelas supurativas e não supurativas.^{1,4}

Apesar da necessidade de tratamento com antibacterianos não estar presente na maioria das vezes, tonsilites e faringites são exemplos antigos de prescrição inadequada de antibióticos. A possibilidade de iatrogenias, os custos mais elevados do tratamento e, principalmente, o surgimento de cepas bacterianas resistentes aos antimicrobianos são consequências óbvias do emprego desnecessário desses medicamentos.^{3,5}

Função das tonsilas palatinas

As principais funções das tonsilas palatinas são: atuar como tecido imunocompetente local, secretando imunoglobulinas nas criptas (são capazes de produzir as 5 classes de imunoglobulinas IgA, IgG, IgM, IgD e IgE) e produzindo cadeias J que completarão a estrutura molecular das imunoglobulinas A. Com isso, impedem a replicação bacteriana e viral no trato respiratório superior, representando a primeira linha de defesa contra doenças infecciosas na região; posteriormente, migram para outras áreas do trato respiratório superior.⁶

As complicações sistêmicas das infecções tonsilares pelo EBHGA diminuíram consideravelmente após o advento da an-

tibioticoterapia.⁷ Desde então, também se reduziram as tonsilectomias por tonsilites recorrentes e crônicas. Por outro lado, aumentaram as indicações de tonsilectomia por obstrução da via aérea superior secundária à hipertrofia tonsilar.⁶

Incidência das tonsilites e faringites

Em crianças e adolescentes, em especial naqueles em que o contato é muito próximo, como nas escolas, a transmissão ocorre por meio de gotículas de saliva, com período de incubação de 1 a 4 dias. As infecções de origem viral correspondem a 75% dos casos em crianças menores de 3 anos e diminuem após a puberdade, tanto nos casos agudos quanto nos recorrentes. Nos EUA, 15 a 30% das crianças com tonsilites e faringites agudas apresentam o EBHGA nos testes culturais. O número repete-se no Brasil, onde o EBHGA está presente em 24% das tonsilites e faringites em crianças entre 2 e 12 anos de idade.^{1,3,6,7}

Etiologia

Vários vírus, bactérias e alguns fungos podem causar tonsilites e faringites. Entre os vírus, os agentes mais comuns são adenovírus, *influenza*, *parainfluenza*, coxsackie, vírus sincicial respiratório, herpes e vírus de Epstein-Barr (EBV). EBHGA (20 a 30 % das etiologias bacterianas), *Haemophilus* (15%), *Moraxella* (15%), *Staphylococcus aureus* (20%), pneumococo (1%), germes anaeróbios, clamídia e micoplasma são as bactérias envolvidas na gênese das infecções faringotonsilares. Com exceção de situações individuais, parece não haver necessidade de diagnóstico e tratamento de tonsilites e faringites causadas por bactérias que não o EBHGA.^{1,3}

O *Streptococcus viridans* é a bactéria mais encontrada nas tonsilas palatinas de indivíduos sem infecção aguda, corroborando a importância da flora normal da cavidade orofaríngea para a interferência bacteriana, que é a ação de certas bactérias em relação à inibição do crescimento ou aderência de outras, potencialmente patogênicas. Nunca é demais lembrar que o uso repetido de antibióticos pode causar um desequilí-

brio dessa flora, além de contribuir para o aparecimento de resistência bacteriana.⁶

Antes dos 3 anos de idade, a prevalência das infecções bacterianas de orofaringe é baixa, em virtude da proteção fornecida pela IgG materna. As tonsilites e faringites por EBHGA são mais frequentes na faixa de 3 a 15 anos de idade, e a preocupação em relação a essa etiologia deve-se ao seu potencial de causar infecções purulentas e invasivas, escarlatina, glomerulonefrite e febre reumática, sendo altamente transmissível e capaz de se disseminar rapidamente em creches e escolas.^{1,4-6}

Aspectos da história e do exame físico podem sugerir a origem viral ou bacteriana, infelizmente com baixa especificidade e sensibilidade. Coriza, obstrução nasal, espirros, rouquidão, aftas (coxsackie ou herpes) e sintomas gastrointestinais associam-se frequentemente a doenças virais, acompanhados ou não de elevações da temperatura corpórea.¹

Já a infecção por EBHGA costuma ter início súbito, febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, dor de garganta e achados no exame físico que incluem hiperemia, hipertrofia e exsudato tonsilar, junto com linfadenopatia cervical anterior e subângulo mandibular dolorosa. Sinais de envolvimento mais extenso das vias aéreas superiores (coriza, espirros) não costumam estar presentes nas infecções pelo estreptococo (Tabela 1).¹⁻⁵

Diagnóstico

É consenso que o diagnóstico da faringotonsilite estreptocócica deve ser suspeitado por meio de dados clínicos e epidemiológicos e confirmado por exame cultural ou pelo teste rápido

Tabela 1 Achados clínicos e epidemiológicos sugestivos de infecção por EBHGA ou vírus

Infecção por EBHGA

Dor de garganta de início súbito

Idade entre 5 e 15 anos

Febre

Cefaleia

Náusea, vômitos, dor abdominal

Hiperemia faringotonsilar

Exsudato faringotonsilar

Petéquias no palato

Linfadenopatia cervical anterior dolorosa

Ocorrência no inverno ou início da primavera

História de contato com indivíduo com faringotonsilite estreptocócica

Exantema escarlatiniforme

Infecção por vírus

Conjuntivite

Coriza

Tosse

Diarreia

Rouquidão

Estomatite ulcerativa

Exantema viral

de detecção do antígeno estreptocócico. Há intensa sobreposição de sinais e sintomas entre faringotonsilites estreptocócicas e virais. Assim, a identificação das faringotonsilites por EBHGA, baseada exclusivamente em sinais clínicos, é considerada imprecisa e não recomendada. Por outro lado, doenças cursando sem febre e com a presença de conjuntivite, tosse, rouquidão, coriza, exantema e diarreia sugerem fortemente uma etiologia viral.⁸

O exame cultural da orofaringe é considerado o padrão-ouro para o diagnóstico de infecção por EBHGA e apresenta uma sensibilidade de 90 a 97%. Cuidado deve ser exercido para que o material seja obtido das duas tonsilas palatinas e da parede da faringe, sem tocar em outros locais da cavidade oral. A maior desvantagem do método reside no tempo necessário (20 a 48 horas) para a obtenção do resultado.^{1,2,4,7-9}

O teste rápido de detecção do antígeno estreptocócico é um método adequado, com especificidade de 95% e sensibilidade de 75%. Dessa forma, um resultado positivo no teste rápido não exige confirmação por cultura e permite o tratamento imediato. Em crianças e adolescentes, havendo forte suspeita de infecção bacteriana, um resultado negativo com o teste rápido não exclui a etiologia estreptocócica e indica a necessidade de exame cultural. Já em adultos, em razão da incidência baixa de faringotonsilite por EBHGA e do risco muito baixo de febre reumática subsequente, o resultado do teste rápido negativo costuma ser suficiente. Essa técnica oferece extrema rapidez na obtenção do resultado (na própria consulta), mas seu custo pode ser um fator limitante.^{1,2,4,7-9}

As diretrizes mais recentes contraindicam a realização do teste da antiestrepolisina O (ASLO), proteína C reativa e leucograma para o diagnóstico de infecção pelo EBHGA. Exceção pode ser feita em relação ao uso conjugado do teste cultural e da ASLO para a identificação do estado de portador. Nesses casos, uma cultura positiva associada a uma não elevação da ASLO sugere a situação de portador do EBHGA.^{2,4,5}

Indiscutivelmente, há a necessidade de diminuir ainda mais o tempo e o custo da identificação precisa da infecção estreptocócica para, com tratamento adequado, evitar complicações não piogênicas tardias, como a febre reumática, sem, no entanto, prescrever antibióticos desnecessariamente.

As complicações das infecções por EBHGA são classificadas em supurativas e não supurativas. Febre reumática (rara em adultos) e glomerulonefrite aguda são as principais complicações não supurativas, geralmente presentes 1 a 3 semanas após a infecção. Já as complicações supurativas incluem abscesso peritonsilar, abscesso retrofaringeo e adenite/abscesso cervical.⁶

Situações especiais de tonsilites agudas

Mononucleose infecciosa

O diagnóstico diferencial das faringotonsilites agudas deve incluir a mononucleose infecciosa, doença causada pelo EBV, agente altamente linfotrópico. A maioria dos casos de mononucleose infecciosa não é diagnosticada e muitas crianças apresentam níveis elevados de anticorpos da classe IgG contra o antígeno do capsídeo viral (IgG anti-VCA), o que denota in-

fecção passada. O vírus causa edema difuso dos tecidos linfáticos do anel de Waldeyer, região cervical, axilar e inguinal. Produz odinofagia intensa, que pode causar desidratação e aumento das tonsilas palatinas e faríngeas, podendo causar obstrução importante das vias aéreas superiores.^{1,5,7}

A anamnese costuma revelar uma doença com início rápido dos sintomas, que podem se manter por semanas e, frequentemente, um tratamento mal sucedido com antibióticos.^{1,6}

Ao exame, o paciente geralmente apresenta mal-estar geral, astenia, temperatura normal ou elevada, tonsilas palatinas muito aumentadas e com exsudato, hepatomegalia e esplenomegalia.^{1,6}

A investigação laboratorial deve incluir cultura de material obtido das tonsilas (para afastar o diagnóstico de infecção bacteriana coexistente), hemograma completo (leucocitose, às vezes intensa, e linfocitose são alterações clássicas), pesquisa de linfócitos atípicos e testes sorológicos para estabelecer a responsabilidade do EBV. Testes que buscam anticorpos contra o antígeno do capsídeo do EBV (anti-VCA) estão disponíveis na maioria dos laboratórios, e níveis de IgM anti-VCA > 1:10 e de IgG anti-VCA > 1:320 evidenciam infecção aguda ou recente. Já o monoteste (pesquisa de anticorpos heterófilos da classe IgM ou teste de Paul Bunnell) é um exame mais comum e barato, mas não é fidedigno na fase inicial da doença e em crianças menores de 5 anos de idade.^{1,6}

Abscesso peritonsilar

É um processo mais grave que a tonsilite aguda. Produz dor de garganta unilateral intensa, sialorreia, trismo, febre e comprometimento do estado geral. Na maioria das vezes, é causado por *Staphylococcus aureus* ou flora múltipla de germes anaeróbios na maioria das vezes requer hospitalização.⁶

Tratamento clínico

Tonsilites e faringites virais

Alívio dos sintomas com analgésicos/antitérmicos e hidratação. Reavaliação clínica em 48 a 72 horas nos casos em que não houver remissão da febre.^{1,3,6}

Tonsilites e faringites bacterianas

O tratamento com antimicrobianos encurta a fase aguda da doença, diminui o potencial de transmissão e reduz o risco de sequelas supurativas e não supurativas associadas às infecções por EBHGA. O emprego correto de antibacterianos até 9 dias após o início do quadro infeccioso é capaz de impedir a febre reumática. Dessa forma, na impossibilidade de efetuar exame cultural ou teste rápido de detecção do antígeno estreptocócico (conduta ideal), recomenda-se reavaliar em 48 a 72 horas todo paciente com quadro clínico de faringotonsilite aguda.^{1,2,4,7,9}

Os antibióticos de 1ª escolha são a penicilina e a amoxicilina (Tabela 2). Para prevenir a febre reumática, a penicilina ou a amoxicilina devem ser administradas oralmente por 10 dias, inclusive quando o paciente ficar assintomático após os primeiros dias de tratamento. A penicilina G benzatina por via intramuscular está indicada para os que não aderem ao tratamento oral pelo prazo recomendado.²

Tabela 2 Antibióticos recomendados para faringotonsilite estreptocócica

Fármaco/Via	Dose	Duração ou quantidade
Indivíduos não alérgicos à penicilina		
Penicilina V/oral	Crianças: 250 mg, 2 ou 3 vezes/dia; adolescentes e adultos: 250 mg, 4 vezes/dia ou 500 mg, 2 vezes/dia	10 dias
Amoxicilina/oral ⁶	50 mg/kg/dia, 2 ou 3 vezes/dia (máx. 1.000 mg/dia)	10 dias
Penicilina G benzatina/intramuscular	< 27 kg: 600.000 UI; > 27 kg: 1.200.000 UI	1 dose
Indivíduos alérgicos à penicilina		
Cefalexina ⁸ /oral	20 mg/kg/dose, 2 vezes/dia (máx. 500 mg/dose)	10 dias
Cefadroxil ⁸ /oral	30 mg/kg, 1 vez/dia (máx. 1 g)	10 dias
Clindamicina/oral	7 mg/kg/dose, 3 vezes/dia (máx. 300 mg/dose)	10 dias
Azitromicina ^b /oral	12 mg/kg, 1 vez/dia (máx. 500 mg)	5 dias
Claritromicina ^b /oral	7,5 mg/kg/dose, 2 vezes/dia (máx. 250 mg/dose)	10 dias

§ Apesar de a amoxicilina em uma dose diária ser recomendada pelas diretrizes de 2009 da American Heart Association e de 2012 da Infectious Diseases Society of America, a sua superioridade não foi comprovada definitivamente, e a Food and Drug Administration (EUA) não a aprovou para crianças < 12 anos.

a Evitar em pacientes com hipersensibilidade imediata à penicilina.

b Resistência do EBHGA a estes fármacos é bem documentada e varia geográfica e temporalmente.

Fonte: adaptada de Shulman et al.²

Os novos macrolídeos (claritromicina e azitromicina) são efetivos no tratamento da doença, havendo inclusive estudos demonstrando superioridade na erradicação do EBHGA, quando comparados à penicilina. Por outro lado, evidências recentes e significativas sobre o aparecimento de EBHGA resistentes aos macrolídeos devem restringir seu uso aos pacientes com história de hipersensibilidade à penicilina.^{1,2,4,9}

Cefalosporinas orais de 1ª geração (cefalexina ou cefadroxil) tomadas durante 10 dias são alternativas aceitáveis, principalmente em pessoas alérgicas à penicilina, não esquecendo que até 10 a 15% dos indivíduos sensíveis à penicilina também o são às cefalosporinas. Apenas pacientes com hipersensibilidade imediata (anafílica ou do tipo I) à penicilina não devem ser tratados com cefalosporinas.²

Tratamentos curtos (5 dias ou menos) com cefalosporinas de 1ª e 2ª geração e claritromicina já foram testados e comprovaram a erradicação do estreptococo, mas ainda não existem evidências definitivas que justifiquem sua recomendação.^{2,4,9}

Sulfonamidas não devem ser empregadas no tratamento da faringotonsilite por EBHGA.^{2,4,5,9}

Em situações de tonsilites recorrentes e crônicas, há que se aventar a possibilidade etiológica ou de copatogenicidade por

parte de bactérias produtoras de betalactamase e anaeróbios. Sendo assim, a escolha recai sobre amoxicilina + ácido clavulânico, cefalosporinas de 2ª geração ou clindamicina, lembrando que ainda não existe consenso quanto à melhor conduta nessas situações.^{1,2,4,10}

Tratamento cirúrgico

Tonsilectomia é o procedimento cirúrgico realizado com ou sem adenoidectomia. Nos últimos anos, a remoção das tonsilas palatinas tem sido realizada muito mais por obstrução da via aérea superior do que por infecções recorrentes, e permanece como a segunda cirurgia ambulatorial mais frequente em crianças. Assim, a maioria das tonsilectomias é conduzida ambulatorialmente, reservando a necessidade de internação hospitalar para aqueles muito pequenos (< 2 a 3 anos) ou que apresentem comorbidades.

Na avaliação clínica, determina-se o tamanho das tonsilas palatinas e a intensidade da obstrução pela classificação de Brodsky (Figura 1). Nessa classificação, grau I corresponde à ocupação, por parte das tonsilas palatinas, de < 25% do espaço entre os pilares; grau II, de 25 a 50%; grau III, de 50 a 75%; e grau IV, > 75% desse espaço. Os graus III e IV são considerados obstrutivos. Já as adenoides (tonsilas palatinas faríngeas) têm seu grau de obstrução definido com o endoscópio flexível ou pela radiografia de *cavum*, lembrando que a exposição ao raio X deve ser evitada tanto quanto possível. A endoscopia também apresenta a vantagem de conferir um aspecto dinâmico ao exame, pois auxilia na diferenciação entre uma hiperplasia significativa pura e aquela que é simplesmente exacerbada por uma reação inflamatória aguda.¹¹⁻¹³

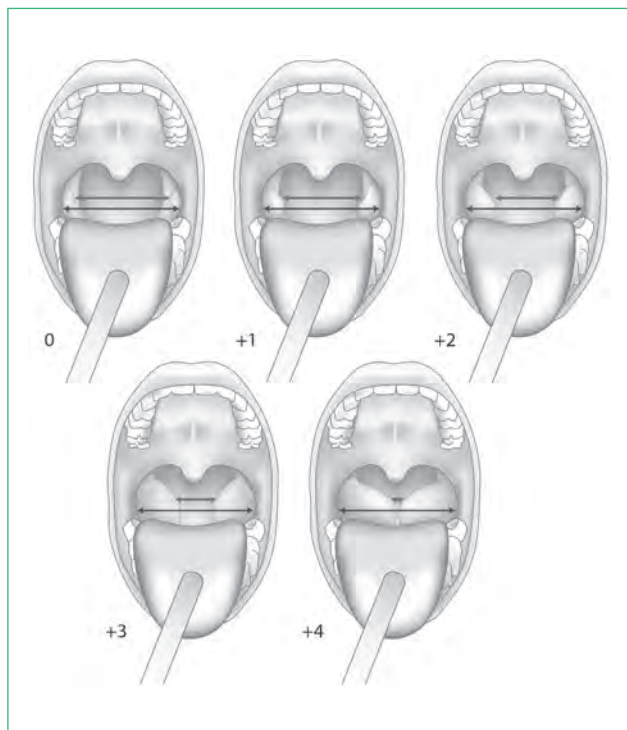


Figura 1 Classificação de Brodsky para avaliação das tonsilas palatinas.

Indicações

Hiperplasia das tonsilas palatinas

Hiperplasia adenotonsilar é a causa mais comum de distúrbios respiratórios durante o sono. Nas apresentações mais leves, a criança com esses distúrbios apresenta ronco noturno, respiração oral, enurese, sono sem descanso e apneias. Durante o dia, as manifestações incluem sonolência, boca seca, alterações do comportamento, respiração ruidosa, fala anasalada, halitose e obstrução nasal crônica. Pacientes com obstrução mais intensa e apneias evidentes durante o sono são classificados como portadores da síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS).^{12,13}

As diretrizes mais recentes, baseadas em estudos observacionais, apontam que a criança com aumento de tonsilas palatinas e faríngeas e alterações respiratórias durante o sono, e que também apresenta retardo no crescimento, rendimento escolar insuficiente, enurese ou outras alterações no comportamento, beneficia-se da remoção das tonsilas palatinas e faríngeas, sendo suficientes a história e o exame físico cuidadosos para definir a indicação cirúrgica, sem o auxílio do padrão-ouro para o diagnóstico de SAOS, que é a polissonografia.¹³

Ronco noturno não confirma nem exclui distúrbios respiratórios significativos durante o sono e, em situações não bem definidas, a polissonografia auxilia na graduação da gravidade da doença e na correlação entre os sintomas e as alterações no sono, permitindo a indicação ou não do procedimento cirúrgico. Estudos observacionais demonstram que a adenotonsilectomia nas crianças com hiperplasia adenotonsilar e polissonografia anormal melhora a qualidade de vida, o padrão de sono, a transição “noite e dia” e previne ou melhora comorbidades como atraso no crescimento e rendimento escolar pobre.¹³

Faringotonsilites recorrentes

A escolha entre o acompanhamento clínico continuado e a tonsilectomia no manejo das faringotonsilites recorrentes também exige uma atenção individualizada, com a definição dos aspectos positivos e negativos de cada uma das opções.

Diretrizes atualizadas recomendam o procedimento para crianças que atendam os critérios de Paradise, isto é, infecções recorrentes, caso elas se repitam mais que 7 vezes ao ano, ou 5 vezes por ano nos últimos 2 anos, ou 3 vezes anuais nos últimos 3 anos e que se acompanharam de uma ou mais das seguintes manifestações ou testes: febre > 38°C, adenopatia cervical dolorosa, exsudato tonsilar ou teste positivo para EBHGA, seja ele teste rápido ou exame cultural.^{2,11-13}

A tonsilectomia também pode ser útil nas crianças com tonsilites e faringites recorrentes que não atendam os critérios de Paradise, mas que apresentam determinadas condições, como febre periódica, estomatite aftosa, intolerância ou hipersensibilidade a vários antibióticos ou história de abscesso peritonsilar. Nas tonsilites crônicas e recorrentes, o processo de transporte e apresentação dos antígenos pode ficar comprometido. As tonsilas palatinas se tornariam incapazes de exercer sua função protetora local e, dessa maneira, a remoção de tonsilas recorrentemente doentes acarretaria benefícios ao pa-

ciente. Por outro lado, alguns poucos estudos mostraram mínimas diminuições nas concentrações séricas de imunoglobulinas nos tecidos adjacentes logo após a cirurgia, que normalizaram depois de 1 a 2 meses. Até o momento, não existem estudos que demonstrem repercussão significativa da tonsilectomia sobre o sistema imunológico.¹¹⁻¹³

Nos casos em que os episódios de infecção de garganta não estiverem bem documentados, recomenda-se um período de observação de 12 meses, em virtude da história natural de resolução espontânea da doença.

Contraindicações da cirurgia

Além dos riscos inerentes ao ato cirúrgico, provavelmente apenas coagulopatias significativas representem uma contraindicação não absoluta à tonsilectomia, pela possibilidade maior de hemorragia após o procedimento. Acompanhamento perioperatório por hematologista está indicado para crianças com doença de Von Willebrand ou outras alterações tratáveis da coagulação.^{11,12}

Complicações

A cirurgia de remoção das tonsilas palatinas tem morbidades associadas que incluem anestesia geral, eventual hospitalização, dor de garganta prolongada, recusa alimentar, desidratação, mudança temporária da voz e hemorragia durante e após o procedimento.

Os anestésicos podem causar desorientação, náusea e vômitos. A cirurgia produz dois ferimentos abertos que podem doer por aproximadamente 1 semana. Já o sangramento imediato (primeiras 24 horas após a operação) acontece em 0,2 a 2% das vezes, e a hemorragia posterior (mais de 24 horas após o procedimento), em 0,1 a 3% dos casos. O sangramento pós-tonsilectomia é geralmente bem controlado, mas, às vezes, exige reintervenção e transfusão sanguínea, já que, em casos graves, pode levar à morte.

Na ausência de dados atuais, as taxas de mortalidade variaram entre 1 em 16.000 e 1 em 35.000 casos na década de 1970.^{11,12}

Considerações finais

A maioria das tonsilites e faringites é viral, exigindo apenas tratamento sintomático e não necessitando de tratamento com antibióticos.

O diagnóstico das tonsilites e faringites exige a realização de excelentes anamnese e exame clínico.

As infecções bacterianas das tonsilas palatinas e da faringe perfazem aproximadamente 30% do total, e seu tratamento deve visar ao germe mais frequente, que é o estreptococo.

O diagnóstico de infecção por essa bactéria deve ser realizado com a comprovação por exame cultural ou pelo teste rápido de detecção do antígeno estreptocócico, pois os critérios e escores exclusivamente clínicos são imprecisos e têm pouco valor preditivo.

Infelizmente, no Brasil, o custo do teste rápido e o tempo necessário para o recebimento do resultado do exame cultural são obstáculos frequentemente intransponíveis.

O tratamento da faringotonsilite por EBHGA visa a encurtar a fase aguda da doença, diminuir a transmissibilidade e reduzir o risco de sequelas supurativas e não supurativas associadas às infecções por esse germe. Antibacteriano iniciado até 9 dias depois do início do quadro infeccioso é capaz de impedir a febre reumática, principalmente em crianças.

Adenotonsilectomia atenua ou remove os sintomas relacionados aos distúrbios respiratórios do sono e à SAOS, melhorando, assim, a qualidade de vida de crianças selecionadas.

A tonsilectomia diminui a frequência de faringotonsilites graves e recorrentes nas crianças que atendem os critérios de Paradise.

Ao final da leitura deste capítulo, o pediatra deve estar apto a:

- Reconhecer que a maioria das infecções na garganta tem origem viral, algumas exigindo reconhecimento específico, como a mononucleose infecciosa.
- Entender que a bactéria causadora de infecções nas tonsilas palatinas e na faringe que geralmente exige tratamento é o estreptococo beta-hemolítico do grupo B.
- Saber que a identificação desse germe deve ser realizada por exame cultural ou teste rápido de detecção do antígeno estreptocócico, pois os critérios clínicos são imprecisos.
- Reconhecer que penicilina ou amoxicilina são os medicamentos de primeira escolha no tratamento da infecção pelo estreptococo.
- Lembrar que, para a prevenção da febre reumática, o antibiótico pode ser iniciado até 9 dias após o início da doença.
- Entender que a remoção das tonsilas palatinas diminui a frequência das faringotonsilites graves e recorrentes em crianças que atendem aos critérios de Paradise.

Referências bibliográficas

1. Meyer A. Pediatric infectious disease. In: Lespearance MM, Flint PW. Cummings pediatric otolaryngology. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2015. p.235-44.
2. 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.
3. Sih T. Tonsilite viral ou bacteriana. In: Sih T, Chinsky A, Eavey R, Godinho R (eds.). IV Manual de otorinolaringologia pediátrica da IAPO. São Paulo: Lis, 2006. p.57-60.
4. Gerber M, Baltimore R, Eaton C, Gewitz M, Rowley A, Shulman S et al. Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute streptococcal pharyngitis: a scientific statement from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the Interdisciplinary Council on Functional Genomics and Translational Biology, and the Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Academy of Pediatrics. Circulation 2009; 119:1541-51.
5. Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS (eds.). Group A streptococcal infections. Red Book: 2012. Report of the Committee on Infec-

- tious diseases. 29.ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 2012. p.668-80.
6. Pereira MBR, Pereira MR. Adenotonsilites. In: Ferreira JP (ed.). *Pediatria – diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.365-70.
 7. Nascimento-Carvalho CM, Marques HH. Recomendação do Departamento de Infectologia da Sociedade Brasileira de Pediatria para conduta de crianças e adolescentes com faringotonsilites agudas. *J Pediatr (Rio)* 2006; 82:79-80.
 8. Moraes-Pinto MI. Faringotonsilite estreptocócica: necessidade do uso de testes microbiológicos para diagnóstico preciso. *Rev Paul Pediatr* 2013; 31(1):2-3.
 9. Chiappini E, Regoli M, Bonsignori F, Sollai S, Parretti A, Galli L et al. Analysis of different recommendations from international guidelines for the management of acute pharyngitis in adults and children. *Clin Therap* 2011; 33(1):48-58.
 10. Brook I. Overcoming penicillin failures in the treatment of group A streptococcal pharyngo-tonsillitis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007; 71(1):1501-9.
 11. Paradise JL, Bluestone CD, Bachman RZ, Colborn DK, Bernard BS, Taylor FH et al. Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infection in severely affected children. Results of parallel randomized and nonrandomized clinical trials. *N Engl J Med* 1984; 310(11):674-83.
 12. Discolo C, Darrow D, Koltai P. Indicações de tonsilectomia decorrentes de causas infecciosas. In: Sih T, Chinsky A, Eavey R (eds.). *III Manual de otorrinolaringologia pediátrica da IAPO*. São Paulo: Quebec World São Paulo, 2003. p.114-28.
 13. Baugh RF, Archer SM, Mitchell RB, Rosenfeld RM, Amin R, Burns JJ et al. Clinical practice guideline: tonsillectomy in children. *Otol Head Neck Surg* 2011; 144:S1-S30.