

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCG.006 – Página 1/7	
Título do Documento	FARINGOTONSILITES	Emissão: 18/11/2021	Próxima revisão: 18/11/2023
		Versão: 01	

SUMÁRIO

1. SIGLAS E CONCEITOS.....	2
2. OBJETIVOS.....	2
3. JUSTIFICATIVAS	2
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	3
5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES	3
6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO	3
7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS	3
8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO	3
8.1. FT - Tratamento clínico	4
8.2. FT-Tratamento cirúrgico	4
9. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO	6
10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA	6
11. FLUXOGRAMA	6
12. MONITORAMENTO	6
13. REFERÊNCIAS	6
14. HISTÓRICO DE REVISÃO	6

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCG.006 – Página 2/7	
Título do Documento	FARINGOTONSILITES	Emissão: 18/11/2021	Próxima revisão: 18/11/2023
		Versão: 01	

1. SIGLAS E CONCEITOS

- **FT:** faringotonsilite

2. OBJETIVOS

Identificar através de anamnese, exame físico e exames laboratoriais, e resposta aos tratamentos clínicos, quais casos deverão ser acompanhados ambulatorialmente e quais casos merecem indicação cirúrgica.

3. JUSTIFICATIVAS

As faringotonsilites são doenças inflamatórias e infecciosas envolvendo faringe, tonsilas palatinas (amígdalas) e tonsilas faríngeas (adenóides). Constituem um dos distúrbios mais frequentes nos consultórios otorrinolaringológicos. A FT aguda causada pelo estreptococo do grupo A é a causa mais comum das faringites bacterianas. A importância em Saúde Pública decorre não apenas da sua alta frequência, mas também das sequelas que traz: febre reumática e glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica. As anginas estreptocócicas usualmente ocorrem após os 3 anos de idade, com pico de incidência entre 5 e 10 anos de idade, mas podem ocorrer em crianças menores de 3 anos e em adultos maiores de 50 anos. A principal sintomatologia da faringotonsilite aguda é dor faríngea, odinofagia e otalgia reflexa. A febre é de intensidade variável e pode ser acompanhada de queda do estado geral. Náuseas e vômitos são sinais de alerta principalmente em crianças.

O aumento de volume das tonsilas palatinas e faríngeas é um dos distúrbios mais frequentes no consultório do otorrinolaringologista. É a causa mais comum de apneia do sono na faixa pediátrica, em torno de 70-75% dos casos, sendo a remoção cirúrgica (adenoamigdalectomia) o tratamento de escolha. Nos EUA, no início da década de 1970, eram realizadas mais de um milhão de adenoamigdalectomias e adenoidectomias por ano; já em 1994, foram realizadas cerca de 426.000, uma redução de aproximadamente 50%. Atualmente esse número é ainda menor devido à compreensão do papel dessas estruturas, tanto na imunidade local como na sistêmica e pelo reconhecimento da etiologia bacteriana envolvida e utilização de terapia medicamentosa adequada.

As faringotonsilites podem ser classificadas da seguinte forma:

- 1) Amigdalite aguda (faringotonsilites eritematosas ou eritematopultáceas): dor de garganta, febre, disfagia e adenomegalia cervical. Ao exame: hiperemia de amígdalas com ou sem exsudatos purulentos.
- 2) Amigdalite crônica: dor de garganta crônica, halitose, eliminação de caseum edema periamigdaliano
- 3) Hiperplasia amigdaliana: roncos, apneia obstrutiva do sono, disfagia e voz hipernasal.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCG.006 – Página 3/7	
Título do Documento	FARINGOTONSILITES	Emissão: 18/11/2021	Próxima revisão: 18/11/2023
		Versão: 01	

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Critérios de inclusão: pacientes que apresentem queixas de infecções de repetição com necessidade de antibioticoterapia, roncosp, apneias, alterações craniofaciais e halitose.

Critérios de exclusão: pacientes que não apresentem queixas decorrentes de hipertrofia ou infecções agudas ou crônicas das tonsilas faríngeas e/ou palatinas.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

O diagnóstico de faringoamigdalites agudas e crônicas e suas possíveis causas é clínico e deve ser realizado pelo médico assistente do paciente. De acordo com as queixas verificadas na anamnese e os sinais verificados ao exame físico dar-se-á início à investigação instrumentalizada.

Após identificação dos pacientes com indicação de procedimento cirúrgico, este é encaminhado a equipe cirúrgica de otorrinolaringologistas, que procederão com as orientações pré-operatórias e agendamento da cirurgia proposta.

As cirurgias serão realizadas no centro cirúrgico, sob anestesia geral e o paciente permanece internado sob a responsabilidade do otorrinolaringologista que executou o procedimento cirúrgico.

Este médico acompanhará o paciente no pós-operatório imediato em regime hospitalar, e no tardio, em consultas ambulatoriais.

6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

A principal sintomatologia da faringotonsilite aguda é dor faríngea, odinofagia e otalgia reflexa. A febre é de intensidade variável e pode ser acompanhada de queda do estado geral. Náuseas e vômitos são sinais de alerta principalmente em crianças.

7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

Os exames apropriados serão solicitados conforme a suspeita clínica aventada pela anamnese e exame físico, a saber: exames laboratoriais, tomografia cervical, nasofibroscoopia, videolaringoscopia, polissonografia.

8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

O tratamento visa inicialmente diminuir o desconforto da dor, da obstrução decorrente do processo inflamatório e nos casos de suspeição de infecção por agente bacteriano, será realizada antibioticoterapia.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCG.006 – Página 4/7	
Título do Documento	FARINGOTONSILITES	Emissão: 18/11/2021	Próxima revisão: 18/11/2023
		Versão: 01	

8.1. FT - Tratamento clínico

As FT eritematosas ou eritematopultácea são as mais frequentes, correspondendo a 90% dos casos, de origem viral ou bacteriana. Ao exame observa-se a mucosa orofaríngea arroxeadas, as amígdalas edemaciadas e aumentadas de volume. As anginas eritematopultáceas apresentam, além das características inflamatórias presentes nas anginas eritematosas, exsudato esbranquiçado puntiforme ou confluyente, que se desprende facilmente da mucosa ao ser manipulado com o abaixador de língua.

As amigdalites de origem viral correspondem a 75% das faringoamigdalites agudas, preponderantes nos primeiros anos de vida (2 e 3) e menos frequentes na adolescência.

- Agentes etiológicos: rinovírus, coronavírus, adenovírus, herpes simples, influenza, parainfluenza, coxsackie e outros.
- Quadro clínico: dor de garganta, disfagia, mialgia, febre baixa, tosse, coriza hialina e espirros.
- Exame físico: hiperemia e edema da mucosa faríngea e das amígdalas, com presença de exsudato (raramente).
- Tratamento: medidas de suporte, analgésicos e anti-inflamatórios.

As FT bacterianas correspondem a 20 a 40% dos casos. O agente etiológico mais comum é o estreptococo beta-hemolítico do grupo A. Sua importância em Saúde Pública decorre não apenas da sua alta frequência, mas também das suas complicações, como febre reumática e glomerulonefrite difusa aguda.

- Quadro clínico: usualmente afeta crianças a partir dos 3 anos, com pico de incidência entre 5 e 10 anos, podendo acometer qualquer idade. Manifesta-se com dor de garganta intensa, disfagia, otalgia reflexa, febre de intensidade variável, que pode ser acompanhada de queda do estado geral.
- Exame físico: revela hiperemia, aumento de tonsilas e exsudato purulento, além de adenomegalia em cadeia jugulodigástrica, observada em 60% dos casos. No hemograma observamos leucocitose com desvio à esquerda.
- Tratamento: medidas de suporte, analgésicos e anti-inflamatórios e antibioticoterapia

8.2. FT-Tratamento cirúrgico

- Indicações:

a) **Obstrução:** é indicação amplamente aceita de adenoamigdalectomia. O aumento de tonsilas faríngeas e palatinas pode causar respiração bucal, malformação crânio-facial, déficit no crescimento pômbero-estatural, anormalidades da deglutição, roncos noturnos

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCG.006 – Página 5/7	
Título do Documento	FARINGOTONSILITES	Emissão: 18/11/2021	Próxima revisão: 18/11/2023
		Versão: 01	

e distúrbios do sono, incluindo apneia obstrutiva do sono. A criança pode apresentar a fâcias adenoidiana cujas características são boca permanentemente aberta, protrusão do maxilar e conseqüente hipotonia do lábio inferior e palato em ogiva. Além disso, trabalhos recentes acharam uma correlação positiva entre o grau de obstrução e distúrbios do sono, com piora da qualidade de vida, em crianças de 2 a 15 anos.

b) **Disfagia e Alteração da Fala:** tonsilas aumentadas ocasionalmente interferem na fase faríngea da deglutição, podendo causar obstrução mecânica ou incoordenação entre a respiração e a deglutição. Similarmente, um aumento de tonsilas pode diminuir o fluxo nasal e causar voz hiponasal ou abafada ou gerar voz hipernasal devido à insuficiência velofaríngea. Disfagia associada a déficit de crescimento e voz inteligível são indicações para adenotonsilectomia.

c) **Crescimento dentofacial anormal:** a obstrução nasal crônica devido a tonsilas aumentadas pode predispor a alterações dentofaciais. Nestas crianças, o crescimento diminuído da mandíbula e o reposicionamento da língua podem compensar a diminuição do fluxo nasal criando uma maior cavidade oral e alterações no posicionamento dos dentes de graus bastante variados. Até certo ponto, com o tratamento, essas alterações no crescimento dentofacial podem ser revertidas.

d) **Halitose:** a presença de halitose pode ocorrer quando há acúmulo de debris e bactérias nas criptas das tonsilas palatinas. Embora mau hálito seja frequentemente citado como uma indicação de adenotonsilectomia, pode ser causado por vários outros fatores, incluindo doença periodontal, debris da língua ou tonsila lingual, sinusite ou corpo estranho sinusal e refluxo gastroesofágico. Dessa forma, a indicação cirúrgica deve ser avaliada individualmente.

e) **Infecção de Repetição:** não há um consenso sobre a indicação de amigdalectomia por infecção recorrente. Paradise et al. sugeriram os seguintes critérios para indicação de amigdalectomia:

– Frequência: 7 ou mais episódios em 1 ano; 4 ou mais episódios por ano por 2 anos consecutivos; 3 ou mais episódios por ano por 3 anos consecutivos.

– Cada episódio deve ter pelo menos uma das seguintes características: temperatura oral maior ou igual a 38,3°C, linfadenomegalia cervical maior que 2cm, exsudato amigdaliano ou cultura de secreção faríngea positiva para estreptococo beta-hemolítico do Grupo A.

– Tratamento antibiótico cobrindo estreptococos.

f) **Suspeita de malignidade ou aumento de volume unilateral:** processos malignos envolvendo essas estruturas são geralmente secundários a linfomas em crianças e carcinomas epidermóides em adultos. A apresentação típica de linfoma amigdaliano é o aumento unilateral, tonsila palatina de cor acinzentada, consistência firme, extensão para tecidos adjacentes e ulcerações, associado com linfadenomegalia cervical e sintomas sistêmicos. Essas anormalidades merecem maior atenção em crianças imunodeprimidas após transplante de medula óssea. Indica-se exame anatomopatológico em casos em que

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCG.006 – Página 6/7	
Título do Documento	FARINGOTONSILITES	Emissão: 18/11/2021	Próxima revisão: 18/11/2023
		Versão: 01	

o paciente apresenta aumento desproporcional de tonsilas ou em casos de aumento do volume após os 20 anos.

9. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

Pacientes com suspeita de abscesso periamigdaliano, pacientes em situação de desidratação, com náuseas e vômitos e pacientes com necessidade de medicação intravenosa.

10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

Ausência de resposta clínica ao tratamento iniciado. Mudança de diagnóstico. Surgimento de condição clínica que demande mudança na abordagem terapêutica.

11. FLUXOGRAMA

Não se aplica.

12. MONITORAMENTO

- Avaliação ambulatorial conforme a necessidade.
- Avaliação, quando tratar-se de pacientes internados, diariamente. Exames específicos a serem solicitados conforme evolução clínica.

13. REFERÊNCIAS

Araujo FBC, Imamura R, Sennes LU, Sakae FA. Role of rapid antigen detection test for the group A beta-hemolytic streptococcus in patients with pharyngotonsillitis. **Rev Bras Otorrinolaringol.** 2005;71(2):168-171.

Bailey. Head & Neck Surgery - Otolaryngology.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	09/08/2021	Elaboração do documento.

Elaboração Lígia Batista Lobo	Data: 09/08/2021
Análise Fabrício Silva Lobo - otorrinolaringologista	Data: 12/08/2021

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCG.006 – Página 7/7	
Título do Documento	FARINGOTONSILITES	Emissão: 18/11/2021	Próxima revisão: 18/11/2023
		Versão: 01	

Validação Fuad Fayez Mahmoud	Data: 13/08/2021
Aprovação Cinthia Bocatti – Chefe da UCG Colegiado Executivo	Data: 13/08/2021 Data: 18/11/2021

Assinado Eletronicamente no Processo SEI nº 23529.008871/2021-51

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte