Residência RP Pediátrica
Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria
ISSN-Online: 2236-6814

Data de Submissão: 01/03/2018
Data de Aprovação: 26/06/2018

ARTIGO DE REVISÃO

Recomendações quanto ao uso de antimicrobianos em infecções de vias aéreas superiores em pediatria

Recommendations on the use of antimicrobials in upper respiratory tract infections in pediatrics

Déborah Elisa de Almeida Winter[1], Lúcio Henrique de Oliveira[2]

Palavras-chave:
resfriado comum,
sinusite,
laringite,
otite média,
doenças faríngeas.

Resumo

Objetivo: Realizar uma atualização do tema por meio de uma revisão da literatura e determinar, dentre os estudos mais atuais, quais são as últimas recomendações acerca da conduta nas infecções mais comuns de via respiratória alta. **Métodos:** Foi realizada uma busca nas plataformas Medline, PubMed, Scielo, Lilacs e Cochrane, utilizando-se palavras-chave sobre o tema e, após seleção dos principais artigos, procedeu-se à análise dos mesmos. **Considerações Finais:** As infecções de vias aéreas superiores fazem parte da maioria das consultas ambulatoriais e em pronto-atendimentos, portanto, impõe-se aos profissionais que atendem crianças, a necessidade de atualização permanente a fim de que seu trabalho seja realizado da maneira correta. Um dos problemas mais preocupantes é a prescrição de antimicrobianos, que vem ocorrendo de maneira indiscriminada. Portanto, faz-se necessário rever os critérios para a conduta correta nas infecções de vias aéreas superiores (IVAS) e a indicação de antimicrobianos, a fim de evitar o aumento da incidência da resistência bacteriana, de efeitos adversos e de elevação desnecessária no custo dos tratamentos.

Keywords:
Common Cold,
Sinusitis,
Laryngitis,
Otitis Media,
Pharyngeal Diseases.

Abstract

Objective: The aim of this study was to update the topic by reviewing the literature and determining the most recent studies on the most common upper respiratory tract infections. **Method:** We searched on Medline, PubMed, Scielo, Lilacs and Cochrane platforms, using keywords on the topic. After selecting the main papers, we carried out the analysis. **Final remarks:** upper airway infections are part of the majority of outpatient consultations and ER visits, and it is imperative for professionals who care for children to be constant updating their knowledge and skills so that their work can be performed in the right way. One of the most worrying problems is the prescription of antimicrobials, which has been occurring indiscriminately. Therefore, it is necessary to revise the criteria for the correct conduct in the face of UAI and the indication of antimicrobials, in order to avoid this increased incidence of bacterial resistance, adverse effects and the unnecessary rise in treatment costs.

[1] Residência médica em pediatria pelo Hospital Maternidade Therezinha de Jesus - JF/MG, concluída em 28/02/2018. - Médica Pediatra, Juiz de Fora, MG, Brasil.
[2] Doutorado em Saúde Coletiva pela UERJ. Mestrado em Pediatria pela UFMG. - Professor de Pediatria da UFJF e da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde e JF. Chefe da unidade de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente do HU-EBSERH/UFJF, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Endereço para correspondência:
Déborah Elisa de Almeida Winter.
Hospital Maternidade Therezinha de Jesus. Rua Della Sávia, nº 190, Bairro Colônia Rodrigo Silva.
Barbacena - MG. Brasil. CEP: 36.201-169. E-mail: deborahwintermd@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

As infecções de vias aéreas superiores (IVAS) constituem um dos principais problemas de saúde nas crianças. Nas Américas, as IVAS são responsáveis por 40 a 60% das consultas pediátricas e o principal motivo para o uso de antibiótico na criança[1]. Apesar dos progressos nos conhecimentos sobre a etiologia e fisiopatologia das doenças e do surgimento de novos medicamentos e vacinas, as infecções respiratórias agudas persistem como a mais importante causa de morbidade e mortalidade em crianças menores de 5 anos[2].

Na maioria dos países, os três grupos de medicamentos mais utilizados em crianças - antibióticos, analgésicos/antitérmicos e medicamentos com ação no aparelho respiratório - são indicados para o tratamento desses problemas. Muitos desses medicamentos são utilizados de forma inadequada, destacando-se os problemas relacionados ao uso de antibióticos para tratar infecções de etiologia viral[2].

Apesar da maioria das infecções serem virais, uma grande porcentagem é tratada com antibióticos. O uso excessivo de antibióticos pode levar a resistência, aumento do custo, e aumento da incidência de efeitos adversos, incluindo anafilaxia[3].

Observa-se que infecções por bactérias resistentes a antimicrobianos afetam cerca de 2 milhões de pessoas e estão associadas a 23.000 mortes anualmente nos Estados Unidos da América, sendo este um grande problema que destaca a importância de se determinar o uso correto de tais drogas para que estes números sejam drasticamente reduzidos. Entretanto, o número de uso inapropriado de antibióticos e passível de redução é ainda desconhecido. O que se sabe é que, entre os anos de 2010 e 2011, metade das prescrições de antibióticos para doenças respiratórias agudas podem ter sido desnecessárias, o que representa um número alarmante[4].

Assim, o objetivo deste artigo é apresentar uma revisão da literatura atualizada acerca do uso de antimicrobianos nas infecções de vias aéreas superiores mais comuns na prática diária, quais sejam, resfriado comum, rinossinusite, faringoamigdalite, otite média aguda e laringite. Serão abordados o diagnóstico, a propedêutica e a terapêutica indicadas nos artigos mais atuais presentes na literatura médica, assim como será discutido o uso indiscriminado das referidas drogas.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho é uma revisão da literatura, destinada a determinar, dentre os artigos mais atuais, o diagnóstico, propedêutica e terapêutica das infecções de vias aéreas superiores em Pediatria, dando ênfase à prevenção do uso abusivo de antimicrobianos com critérios para administração de tais drogas.

As informações foram retiradas de artigos encontrados em bases de dados como Medline, PubMed, Scielo, Lilacs e Cochrane. A busca foi baseada em palavras-chave, como: antimicrobianos em pediatria; infecções de via aérea superior; otite média aguda; rinossinusite aguda; faringoamigdalite aguda; laringite aguda. Foram selecionados artigos de revisão sobre o tema, sendo a maioria publicada nos últimos 6 anos.

RESFRIADO COMUM

O resfriado comum é uma doença com evidência de inflamação aguda da mucosa nasal ou faríngea, mas sem associação a outras condições respiratórias específicas[5]. É uma infecção de via aérea superior leve, autolimitada, com sintomas de coriza, dor de garganta, espirros e congestão nasal[3]. Apesar de ser uma afecção benigna, o resfriado comum acarreta grande problema econômico, uma vez que requer diversas visitas a médicos e consumo de grande número de medicamentos. Os sintomas iniciam-se dois dias após a inoculação do vírus nos pacientes infectados com rinovírus ou coronavírus e após cinco dias nos infectados pelo vírus sincicial respiratório. Os sintomas persistem por, pelo menos, cinco dias em 50% dos pacientes, mas em 5 a 10% das crianças podem apresentar sintomas persistentes por até 10 dias[1].

A etiologia do resfriado comum é diversa. Crianças, idosos e outros grupos de idade com comorbidades como prematuridade, doença pulmonar crônica, cardiopatia congênita e asma não mais propensos a ter resfriado comum causado pelo vírus sincicial respiratório, rinovírus, parainfluenza, coronavírus e adenovírus, sendo que o rinovírus é responsável por 50 a 80% dos resfriados comuns. Os principais fatores que contribuem para a disseminação desta doença são higiene das mãos ruim, superpopulação e frequentar creches e escolas[6].

Kenealy & Arroll[5] conduziram um estudo que avaliou os ensaios clínicos randomizados entre 1966 a 2009 comparando a terapia antibiótica com o placebo em pessoas que apresentavam sintomas de IVAS aguda com menos de sete dias de duração ou rinite aguda purulenta com menos de 10 dias de duração. Os autores concluíram que antibióticos não oferecem benefício no tratamento inicial do resfriado comum e da rinite aguda purulenta.

Quanto à prevenção do resfriado comum, Simancas-Racines et al.[6] mencionam a vacinação como uma medida importante, porém o desenvolvimento de vacinas para o resfriado comum tem sido desafiador, haja vista a existência de uma etiologia múltipla e variabilidade antigênica dos vírus causadores.

Apesar das vacinas contra rinovírus, adenovírus e vírus sincicial respiratório ainda estarem sob estudo intenso devido à variabilidade descrita, já existe a vacina contra o vírus parainfluenza, que é segura e imunogênica em crianças soronegativas na faixa etária de 6 e 18 meses, o que ainda poderá ser comprovado em estudos randomizados[6].

RINOSSINUSITE AGUDA

Rinossinusite aguda é um diagnóstico comum no ambiente ambulatorial. É definida como a inflamação da mucosa nasal e dos seios paranasais. A rinossinusite é classificada como

aguda quando os sintomas estão presentes por menos de 4 semanas, subaguda de quatro a 12 semanas, e crônica por mais de 12 semanas[3]. Os agentes bacterianos mais comuns são o *Streptococcus pneumoniae*, o *Haemophilus influenzae* não tipável e a *Moraxella catarrhalis*[7].

Diferenciar entre rinossinusite viral e bacteriana é importante porque o tratamento antimicrobiano de todos os casos resultaria em prescrição excessiva de antibióticos[3]. Portanto, antes de fechar o diagnóstico de sinusite bacteriana aguda, é importante para o médico diferenciar entre episódios subsequentes de IVAS virais não complicadas do estabelecimento de um quadro de sinusite bacteriana aguda com persistência dos sintomas; e estabelecer quais sintomas não estão claramente melhorando[7].

Chow et al.[8] conduziram um estudo com recomendações acerca do diagnóstico, propedêutica e terapêutica da rinossinusite aguda. Em seu artigo mostram algumas maneiras de diferenciar rinossinusite bacteriana de viral. Quanto às infecções de vias aéreas superiores virais, as mesmas são caracterizadas pela presença de sintomas nasais (congestão e obstrução) e/ou tosse, podendo apresentar odinofagia.

Geralmente, a secreção nasal começa hialina, porém em vários casos evolui para secreção mais espessa, até chegar a purulenta, revertendo com os dias novamente para hialina. Neste caso, devido à evolução característica de infecções virais, não há o benefício do uso de antibióticos. A maioria destes pacientes não apresenta febre, porém se houver febre, a mesma acontece no início da doença e é acompanhada de sintomas constitucionais, como cefaleia e mialgia[8].

Tipicamente, a febre e os sintomas constitucionais desaparecem nas primeiras 24-48 horas e os sintomas do trato respiratório ficam mais proeminentes. Na maioria dos casos de infecções virais não complicadas do trato respiratório superior, os sintomas respiratórios duram de 5-10 dias, atingindo um pico do 3º ao 6º dia, com melhora a partir daí[8].

Já direcionando o diagnóstico para rinossinusite bacteriana aguda, deve-se ficar atento à evolução desfavorável do quadro de resfriado comum, como: rinorreia purulenta persistente, tosse noturna persistente, dor em face, halitose, com duração maior ou igual a dez dias sem sinais de melhora clínica. Outro aspecto é o surgimento de sintomas graves ou sinais como febre alta (> 39ºC), secreção nasal purulenta ou dor facial durando por até 3-4 dias consecutivos no início da doença; ou surgimento de sintomas ou sinais de piora caracterizados pelo novo aparecimento de febre, cefaleia ou aumento da secreção nasal após uma infecção viral superior que durou 5-6 dias e inicialmente melhorou (evolução bifásica)[8].

Wald et al.[7] publicaram uma revisão da literatura acerca do tema, na qual propuseram condutas baseadas em evidências. Segundo sua publicação, o médico poderá prescrever antibioticoterapia para sinusite bacteriana aguda em crianças com surgimento de quadro grave ou piora do mesmo, tendo em vista que: a) Crianças que surgem com um quadro mais grave possuem presumidamente infecção bacteriana, porque a temperatura axilar de pelo menos 39ºC/102,2ºF juntamente com pelo menos 3 dias consecutivos de secreção nasal purulenta não é consistente com o já bem documentado quadro de IVAS viral; b) Crianças com piora do quadro de IVAS têm uma evolução que não é compatível com o padrão de IVAS virais não complicadas[7].

Já em se tratando de evolução persistente da IVAS, o médico pode ou prescrever antibioticoterapia, ou oferecer à família a opção de observar por 3 dias a evolução do quadro. Tal decisão deverá ser feita em conjunto com os responsáveis pelo paciente em questão[7].

Os fatores que irão influenciar nesta decisão são o grau de gravidade dos sintomas, a qualidade de vida do paciente, uso recente de antimicrobiano, a preocupação dos responsáveis com os possíveis efeitos colaterais dos antibióticos, experiências anteriores com quadros semelhantes, o custo dos antibióticos e sua facilidade de administração, a persistência de sintomas respiratórios ou o desenvolvimento de complicações[7].

As crianças com sinusite bacteriana aguda que receberam tratamento com antibiótico nas últimas quatro semanas, ou que têm outra infecção bacteriana associada, ou que tenham no mínimo sinais ou sintomas que façam suspeitar de complicações da sinusite aguda, ou pacientes com condições subjacentes geralmente são manejados com antibioticoterapia[7].

Tais orientações ajudam na decisão quanto a qual conduta será adotada, tendo em vista que a limitação no uso de antibióticos em crianças com quadro persistente diminui os efeitos adversos relacionados ao seu uso, como a diarreia, dermatite de fraldas e *rash* cutâneo, assim como diminuiu o crescimento de resistência bacteriana[7].

Quanto à escolha do antimicrobiano, para crianças de 2 anos ou mais de idade, com sinusite bacteriana aguda não complicada, que é de grau leve a moderado, que não frequenta creches e que não fez uso de antibiótico nas últimas 4 semanas, é recomendada amoxilina na dose inicial de 45mg/kg/dia de 12/12 horas[7].

No caso de comunidades com alta prevalência de *Streptococcus pneumoniae* não susceptível, o tratamento deve ser iniciado com 80 - 90 mg/kg/dia de 12/12 horas, com dose máxima de 2 gramas por dose. Já em se tratando de pacientes com doença moderada a grave, assim com < 2 anos, que frequentam creche ou que usaram antibiótico nas últimas 4 semanas, devem receber amoxilina com clavulanato (80 - 90 mg/kg/dia e amoxilina e 6,4 mg/kg/dia de clavulanato). Se o paciente for alérgico à amoxilina, uma opção recomendada seria uma cefalosporina[7].

Zoorob et al.[3] observaram que terapia antibiótica de curta duração (média de cinco dias de duração) foi tão efetiva quanto o tratamento prolongado (média de 10 dias) em pacientes com rinossinusite bacteriana aguda e sem complicações.

FARINGOAMIGDALITE AGUDA

A faringoamigdalite é definida pela inflamação das estruturas faríngeas com o surgimento de eritema, edema, exsudato faríngeo, úlceras e vesículas. A maioria dos quadros de faringoamigdalite é de etiologia viral antes de 3 anos de idade, sendo que infecções por parainfluenza, influenza e coronavírus são caracterizadas por quadro leve, associado a sintomas como tosse e coriza; e infecções pelo adenovírus podem gerar faringoamigdalites exsudativas com adenomegalia, durando até 7 dias, sendo frequentemente associada a conjuntivite. Os quadros virais são de resolução espontânea[1].

Em se tratando dos quadros bacterianos, o *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A é a bactéria mais comumente causa faringoamigdalite aguda, sendo responsável por 20-30% das odinofagias em crianças. O diagnóstico acurado da faringoamigdalite estreptocócica associado a um tratamento antimicrobiano apropriado é importante para a prevenção de febre reumática; para a prevenção de complicações supurativas (como abscesso peritonsilar, linfadenite cervical, mastoidite, e possivelmente outras infecções invasivas); para o alívio dos sinais e sintomas; para a rápida diminuição da transmissão de *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A para familiares, colegas de classe e outros contactantes; para permitir um rápido retorno às atividades normais; e para minimizar os potenciais efeitos adversos devido a antibioticoterapia inapropriada[9].

Shulman et al.[9] afirmam que quanto ao diagnóstico, os sinais e sintomas de faringoamigdalite estreptocócica se confundem tão facilmente com os da faringoamigdalite não estreptocócica que é impossível fazer o diagnóstico baseado na clínica, exceto quando houver características virais como rinorreia, tosse, úlceras orais, e/ou rouquidão. Portanto, para um diagnóstico acurado, deverá ser realizado um *swab* da orofaringe a fim de ser feito o teste rápido de detecção do antígeno para *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A, e/ou cultura.

Em crianças e adolescentes, teste rápido negativo deverá ser confirmado com uma cultura, mas se o teste rápido for positivo, não há necessidade, pois o mesmo tem especificidade alta. Os mencionados testes rápidos não devem ser feitos em pacientes com clínica que sugere fortemente infecção viral e em crianças menores de 3 anos, pois a febre reumática é rara nesta faixa etária e a faringoamigdalite estreptocócica também[9].

O acompanhamento pós-antibiótico com cultura ou teste rápido não é recomendado, mas deve ser considerado em casos especiais. A dosagem do ASLO (anticorpo antiestreptocócico) não é recomendada, uma vez que reflete eventos passados, e não atuais. Quanto ao teste diagnóstico e tratamento empírico de contactantes íntimos de pacientes com faringoamigdalite aguda estreptocócica, não é recomendado rotineiramente[9].

Tais autores discutem extensivamente sobre o uso inadequado de antimicrobianos em casos de IVAS, principalmente na faringoamigdalite. Os mesmos afirmam que, apesar da diminuição na prescrição de antimicrobianos desnecessários, ainda há um grande número de pacientes sendo tratado com tais drogas, o que tem contribuído para o surgimento de resistência bacteriana a antimicrobianos comuns. Porém, se confirmada a infecção pelo agente bacteriano em pauta, deve-se iniciar o tratamento com penicilina ou amoxilina, e em caso de alergia aos mesmos, pode-se tratar com cefalosporina de primeira geração (para pacientes cuja alergia não gera choque anafilático) por 10 dias, clindamicina ou claritromicina por 10 dias, ou azitromicina por 5 dias[9].

OTITE MÉDIA AGUDA

A otite média aguda é uma infecção da orelha média caracterizada pela instalação rápida dos sinais e sintomas de inflamação. Estão presentes, frequentemente, a otalgia, febre, irritabilidade e dificuldade de dormir, sendo comum a existência de sintomas de infecção de vias aéreas superiores precedendo a otite[10,11].

Os patógenos mais comuns são *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, e *M. catarrhalis*. Os vírus fazem parte dos causadores de otite média aguda e podem ser responsáveis por vários casos de falha do tratamento com antibióticos. Já em lactentes com mais menos de 8 semanas de vida, deve-se pensar em *Streptococcus* do grupo B, enterobactérias gram-negativas e *Chlamydia trachomatis*[3].

Pode-se dizer que são fatores de risco para otite média aguda: o aumento de infecções respiratórias devido ao ato de frequentar creches; exposição a fumaça de cigarro e outros irritantes e alérgenos que podem interferir na função da tuba de Eustáquio; ausência de oferta de leite materno; alimentação em decúbito; uso de chupetas em bebês e crianças mais velhas; história familiar de otite média aguda de repetição; anormalidades craniofacial; imunodeficiência; e refluxo gastroesofágico.

Este mesmo estudo traz recomendações para o diagnóstico da OMA (otite média aguda) em crianças. As mesmas devem, para tanto, apresentar abaulamento da membrana timpânica moderado a grave ou novo surgimento de otorreia não relacionada à otite externa aguda; leve abaulamento da membrana timpânica e surgimento recente (menos de 48 horas) de otalgia (ou ato de segurar, esfregar ou apontar em crianças que não falam) ou hiperemia intensa da membrana timpânica.

Outra recomendação a se ficar atento é a não diagnosticar OMA em crianças que não possuem líquido na orelha média, baseado em otoscopia pneumática e/ou timpanometria.

Quanto ao tratamento, o médico deverá sempre prescrever antibioticoterapia para OMA uni/bilateral em crianças com idade igual ou menor a 6 meses. Em crianças maiores de 24 meses com OMA bilateral sem sinais ou sintomas graves (por exemplo, otalgia moderada a severa por pelo menos 48 horas, ou temperatura maior ou igual a 39ºC), não há indicação de prescrição inicial de antibióticos, mas apenas medicação

analgésica e observação (conduta expectante). Se o quadro evoluir com sinais e sintomas graves, aí sim se prescreve o tratamento antimicrobiano. Há também a alternativa de prescrever antimicrobiano ou fazer observação, baseado em decisão mútua entre a equipe médica e familiares, para crianças entre 6 e 23 meses de idade sem sinais ou sintomas graves[12].

Caso haja recomendação para o uso de antibióticos, a primeira escolha é amoxicilina na dose de 50 a 90mg/kg/dia por 10 dias. Para a escolha da dose maior de amoxicilina, considerar: exposição recente a antibióticos (≤ 3 meses), frequência em creche/educação infantil, perfil de resistência do *S. pneumoniae* na comunidade e estado vacinal. Para a segunda, opção recomenda-se amoxicilina-clavulanato (50mg/kg/dia) por 10 dias.

Se a criança tem alergia a penicilina com anafilaxia, urticária, angioedema, IgE-mediada, recomenda-se azitromicina na dose de 10mg/kg/dia no primeiro dia e 5mg/kg/dia nos próximos 4 dias ou claritromicina na dose de 15mg/kg/dia por 10 dias. Se alergia a penicilina não anafilática e não IgE-mediada, usar cefuroxima na dose de 30mg/kg/dia por 10 dias.

Em crianças maiores de 2 anos, os antibióticos recomendados são os mesmos já orientados para crianças menores de 2 anos, porém a duração do tratamento é de 5 a 10 dias. É recomendado para crianças com mais de 2 anos de idade com OMA e estado geral comprometido o tratamento imediato com antibioticoterapia por 5 a 10 dias. É recomendado para crianças com OMA recorrente com menos de um mês do 1º episódio ou que fizeram uso de antibióticos por outras razões no último mês e que apresentam OMA atual, a introdução de antibiótico alternativo à amoxicilina. A primeira escolha seria amoxicilina-clavulanato (90mg/kg/dia amoxicilina e 6,4mg/kg/dia clavulanato por 10 dias). Não há evidências para prolongar ou utilizar antibióticos profiláticos em OMA recorrente[13].

A criança deverá ser reavaliada se os responsáveis afirmam que os sintomas pioraram ou se não houve resposta inicial ao tratamento dentro de 48 a 72 horas, uma vez que neste caso outra doença ou infecção viral concomitante deve ser considerada, ou a bactéria causadora deve ser resistente à terapia escolhida. Em crianças com sintomas graves e persistentes da OMA e achados otológicos sem melhora após tratamento inicial, o médico deve considerar a troca de antimicrobiano; se a criança foi inicialmente tratada com amoxilina e não houve melhora, deve-se usar amoxilina com clavulanato; se foi inicialmente tratada com amoxilina com clavulanato ou cefalosporina de 2ª geração, uma alternativa seria a ceftriaxona intramuscular.

Em crianças com quadro recorrentes de OMA, considerar fazer interconsulta com subespecialidades pediátricas a fim de uma otimização no tratamento e diagnóstico, principalmente em se tratamento de infecções causadas por pneumococos multirresistentes[12].

O pneumococo é provavelmente o agente mais comum de OMA e uma causa frequente de pneumonia, sinusite e meningite em crianças. A evolução clínica da infecção pneumocócica é influenciada por diversos fatores, como idade e estado de saúde de base do paciente, topografia, extensão e severidade da infecção e adequação do tratamento instituído.

Existem, portanto, alguns fatores de risco que levam ao surgimento do pneumococo resistente à penicilina, quais sejam: crianças com idade inferior a 2 anos; que frequentam creches e que recebem antimicrobianos com frequência; que apresentam otite média aguda refratária ou de repetição e são submetidas a séries de tratamento ou profilaxia com antibióticos; que possuem doença de base imunossupressora, que predispõe à infeção pneumocócica. Outro fator que leva a um índice aumentado da resistência, conforme já mencionado, é o uso indiscriminado de antimicrobianos[14].

Apesar de haver estudos sobre pneumococo e *H influenzae* resistentes em creches e em crianças com irmãos menores de 5 anos, ainda são necessários mais estudos para determinar quais desses e outros fatores de risco deveriam indicar a necessidade de um tratamento inicial diferente[12].

LARINGITE AGUDA

A laringite é uma inflamação da porção subglótica da laringe, que ocorre durante uma infecção por vírus respiratórios. A congestão e edema dessa região acarretam um grau variável de obstrução da via aérea[15]. As características anatômicas, como a epiglote mais alongada e menos rígida, a laringe mais anteriorizada, o menor diâmetro interno da traqueia e uma cabeça proporcionalmente maior do que a do adulto, aumentam a suscetibilidade à obstrução causada pelo edema[16].

A etiologia viral é a mais comum, sendo os principais agentes os vírus parainfluenza (tipos 1, 2 e 3), influenza A e B e vírus sincicial respiratório. Em crianças maiores de 5 anos tem importância etiológica o *Mycoplasma pneumoniae*. Quando a criança com crupe tem quadros recorrentes da doença, outras etiologias devem ser afastadas, como refluxo gastroesofágico, papilomatose recorrente de laringe, estenose laringotraqueal e anormalidades congênitas[17].

Acomete crianças de 1 a 6 anos de idade, com pico de incidência aos 18 meses, predominantemente no gênero masculino. Embora a maioria dos casos ocorra no outono e inverno, a doença se manifesta durante todo o ano[17].

A evolução pode ser um pouco lenta, com início do quadro com coriza, febrícula e tosse. Em 24-48 horas acentua-se o comprometimento da região subglótica, com obstrução de grau leve a grave e proporcional dificuldade respiratória. A evolução natural, na maioria dos casos, é a persistência do quadro obstrutivo da via aérea por 2-3 dias e regressão no final de cinco dias. Os pródromos consistem em coriza, obstrução nasal, tosse seca e febre baixa, evoluindo para tosse rouca, disfonia, afonia ou choro rouco e estridor inspiratório.

Em casos de obstrução mais grave, surge estridor mais intenso, tiragem supraesternal, batimentos de asa do nariz,

estridor expiratório e agitação. Nos casos extremos, além de intensa dispneia e agitação, surgem palidez, cianose, torpor, convulsões, apneia e morte[15].

O objetivo do tratamento é a manutenção das vias aéreas patentes, mantendo o paciente o mais calmo possível, evitando-se a manipulação e exames desnecessários. O uso de nebulização com solução fisiológica, ou ar umidificado não tem eficácia comprovada. Já os corticosteroides comprovadamente reduzem a gravidade dos sintomas, a necessidade e a duração da hospitalização, a necessidade de admissão em UTI e a necessidade de associação de outras drogas para o tratamento. Tem sido recomendado o uso da dexametasona por ser um potente glicocorticoide e ter longo período de ação (maior que 48 horas).

Quanto à epinefrina, sua administração inalatória diminui quase que instantaneamente o estridor e os sintomas de falência respiratória, mas como o efeito da medicação é breve (2 horas), o paciente pode voltar ao estado de desconforto respiratório inicial após o final da ação desta droga. As indicações de epinefrina incluem: quadro moderado ou grave e crianças com procedimento ou manipulação prévias da via aérea superior[17].

Segundo revisão da literatura conduzida por Zoorob et al.[3], foi evidenciado que o uso de antibióticos em laringite aguda não reduz a duração dos sintomas nem leva a uma melhora do padrão da voz. A laringite é, portanto, uma infecção viral autolimitada que não responde à antibioticoterapia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As infecções de vias aéreas superiores fazem parte da maioria das consultas ambulatoriais e em pronto-atendimentos, necessitando então de diagnósticos e tratamento corretos. Isso traz uma demanda de profissionais capacitados e atualizados para fazer um trabalho de maneira correta, evitando-se assim condutas errôneas.

Tais infecções tem sido responsáveis pela grande maioria de prescrições de antimicrobianos na faixa pediátrica. Além destas drogas, observa-se também a prescrição de analgésicos, antitérmicos e demais medicações indicadas para doenças respiratórias, porém percebe-se que muitas destas medicações são prescritas desnecessariamente ou de maneira inadequada.

Encontra-se nesta preocupação a grande necessidade de estudos cada vez mais atuais acerca do tema, para que os profissionais tenham acesso ao protocolos. Tais estudos podem guiar os profissionais da área, melhorando o atendimento clínico e trazendo condutas mais corretas, baseadas em evidências.

O uso excessivo e incorreto dos antimicrobianos, por exemplo, pode levar à resistência bacteriana, aumento do custo, e aumento da incidência de efeitos adversos, incluindo anafilaxia, e o uso abusivo das demais drogas pode causar efeitos indesejados, como intoxicação medicamentosa. Por esta razão, foram abordadas neste artigo as condutas mais atualizadas em infecções de vias aéreas superiores, sendo este tema sempre carente de atualizações.

REFERÊNCIAS

1. Berezin EN. Infecções de vias aéreas superiores. In: Campos Júnior D, Burns DAR, Lopez FA, eds. Tratado de Pediatria. São Paulo: Manole; 2014. p. 1477-81.
2. Bricks LF. Uso judicioso de medicamentos em crianças. J Pediatr (Rio J). 2003;79(Supl 1):S107-14.
3. Zoorob R, Sidani MA, Fremont RD, Kihlberg C. Antibiotic use in acute upper respiratory tract infections. Am Fam Physician. 2012;86(9):817-22.
4. Fleming-Dutra KE, Hersh AL, Shapiro DJ, Bartoces M, Enns EA, File TM Jr, et al. Prevalence of Inappropriate Antibiotic Prescriptions Among US Ambulatory Care Visits. JAMA. 2016;315(17):1864-73.
5. Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(6):CD000247.
6. Simancas-Racines D, Franco JV, Guerra CV, Felix ML, Hidalgo R, Martinez--Zapata MJ. Vaccines for the common cold Cochrane Database Syst Rev. 2017;5:CD002190.
7. Wald ER, Applegate KE, Bordley C, Darrow DH, Glode MP, Marcy SM, et al.; American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years. Pediatrics. 2013;132(1):e262-80.
8. Chow AW, Benninger MS, Brook I, Brozek JL, Goldstein EJ, Hicks LA, et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. Clin Infect Dis. 2012;54(8):e72-e112.
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(10):1279-82.
10. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, Ganiats TG, Hoberman A, Jackson MA, et al. The diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics. 2013;131(3):e964-99.
11. Schilder AG, Chonmaitree T, Cripps AW, Rosenfeld RM, Casselbrant ML, Haggard MP, et al. Otitis media. Nat Rev Dis Primers. 2016;2:16063.
12. Harmes KM, Blackwood RA, Burrows HL, Cooke JM, Harrison RV, Passamani PP. Otitis media: diagnosis and treatment. Am Fam Physician. 2013;88(7):435-40.
13. Diretriz Assistencial. Otite média aguda em crianças e adolescentes - Diretrizes para o diagnóstico e tratamento [Internet]. São Paulo: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira, Departamento de Ensino e Pesquisa; 2017 [acesso 2017 Ago 27]. Disponível em: https://pubdiretrizes.einstein.br/download.aspx?ID=%7BFD5AB051-3E19-48CD-8949-D5F9694E1344%7D
14. Mantese OC. Pneumococo resistente à penicilina: implicações práticas. J Pediatr (Rio J). 1999;75(Supl.1):S74-90.
15. Pitrez PMC, Pitrez JLB. Infecções agudas das vias aéreas superiores: diagnóstico e tratamento ambulatorial. J Pediatr (Rio J). 2003;79(Suppl.1):S77-86.
16. Amantéa SL, Silva APP. Manejo clínico da obstrução de via aérea superior: epiglotite e laringotraqueobronquite. J Pediatr (Rio J). 1999;75(Supl 2):S177-84.
17. Crupe Viral e Bacteriano. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria - Departamento de Emergências; 2017. 9 p.