

Indicação de Corticoides no Tratamento da Faringoamigdalite Infantil

Indication of Corticoids in the Treatment of Infantile Pharyngotonsillitis

DOI:10.34117/bjdv7n8-331

Recebimento dos originais: 15/07/2021

Aceitação para publicação: 13/08/2021

Pedro Henrique Novais Maciel

Formação acadêmica: Acadêmico 11º período Faminas-BH

Instituição: FAMINAS- BH

Endereço: Av. Cristiano Machado 12001, Vila Cloris. Belo Horizonte, MG

E- mail: pedrohenriquenm@gmail.com

Thiago Denoni

Formação acadêmica: Superior incompleto

Instituição: Faminas/BH

Endereço: Rua Bento Mendes Castanheira, 266, ap 404, Dona Clara, Belo

Horizonte/MG - CEP: 31260-270

Email: thiagodenoni@hotmail.com

Vítor Caldeira Matos

Formação acadêmica: Superior incompleto

Instituição: Centro Universitário de Belo Horizonte / Uni-Bh

Endereço: Rua Guaratinga, número: 60, Bairro Sion, 501

Email: vitorcaldeiram@gmail.com

Fernando Afonso Magalhães Castro

Formação acadêmica mais alta: Acadêmico de Medicina

Instituição de atuação atual: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Endereço completo: Rua Iraí 31, Ap 102, Coração de Jesus - Belo Horizonte/MG -
30380-640

Email: fernandoamcastro1@gmail.com

Nathália Ribeiro Cunha

Formação acadêmica: Estudante do 11º período da FAMINAS-BH

Instituição: FAMINAS-BH

Endereço: Rua Outono 456 apto 201 B

Email: Nattyrcunha@hotmail.com

Gabriela Sampaio Lima Araújo

Formação acadêmica mais alta: Acadêmica do 12º período da FAMINAS-BH

Endereço: Rua da Bahia 1265 Lourdes - Belo Horizonte MG

E-mail: gabriela.araujo29@outlook.com

Samuel Oliveira Dumont Horta

Formação acadêmica mais alta: Acadêmico do 9 período de medicina .
Endereço: Av. Cristiano Machado, 12001 - Vila Cloris, Belo Horizonte - MG, 31744-007
E-mail: samu.dumont@hotmail.com

Folmer Quintão Torres

Mestre em medicina pelo Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte
Faminas BH - Santa Casa BH
Rua Maura 1001/603, União BH – CEP: 31160- 282
folmer.quintao@gmail.com

RESUMO

A faringoamigdalite é umas das infecções mais comuns que acomete tanto crianças quanto adultos, sendo responsável por inúmeras consultas de urgência em ambas faixas etárias. Desta forma, sendo um problema epidemiológico global, busca-se formas de otimizar a linha de tratamento para essa enfermidade. Nesse sentido o corticoide vem sendo estudado como uma linha complementar de cuidado. Em virtude dos fatos, nosso trabalho tem como objetivo analisar por meio de uma revisão sistemática, artigos atualizados que fazem a recomendação do seu uso como medicamento adjunto no tratamento dessa enfermidade. A pesquisa será direcionada a faixa etária pediátrica, abordando evidências já esclarecidas por alguns pesquisadores, e assim, avaliar se há um grau de recomendação suficiente para indicar essa prescrição.

Palavras-Chaves: faringite, corticosteroides, tratamento farmacológico

ABSTRACT

A pharyngotonsillitis is one of the most common infections that affects both children and adults, being responsible for emergency consultations in age groups. Thus, being a global epidemiological problem, look for ways to optimize the line of treatment for this disease. In this sense, corticosteroids have been studied as a complementary line of care. Thus, our work aims to analyze, through a systematic review, articles that make recommendations on its use as an adjunct medicine in the treatment of illnesses. A survey will be targeted at the pediatric age group, and will discuss how it has already been used, and therefore will assess whether there is a sufficient degree of recommendation to indicate this prescription.

Keywords: pharyngitis, corticosteroids, drug therapy

1 INTRODUÇÃO

As faringoamigdalites são infecções de via aérea superior muito frequentes em adultos e crianças. As principais características sintomáticas são: febre, tosse, coriza, obstrução nasal e principalmente a dor de garganta quando associada a alterações nas amígdalas.¹ Diante desses achados, se faz importante diferenciar a etiologia da infecção para guiar a forma de tratamento, mas isso pode representar um desafio, uma vez que há uma larga sobreposição dos quadros clínicos, ocasionando em uma maior dificuldade

nesta distinção.² Sendo assim, se questiona sobre como otimizar a forma de tratamento destas patologias, através da necessidade ou não de uso de antibióticos, sobre o uso de analgésicos e mais recentemente a implantação dos corticoides como método terapêutico.
1,2,3

Os corticoides são fármacos muito utilizados na prática clínica para controle de doenças inflamatórias, podendo levar a imunossupressão quando há o uso mais intenso e prolongado.⁴ Com isso, essa classe de medicamento, acaba sendo conhecida pelos pacientes como fármaco forte e utilizado em tratamento de doenças graves. Diante da insegurança gerada pelos pacientes, seu uso pode elevar o nível de desconforto dos mesmos, além de estarem, muitas vezes, associados a efeitos colaterais graves como Síndrome de Cushing e osteoporose.^{4,5} No entanto, a propriedade anti-inflamatória dessas substâncias podem servir como grande auxílio em uma eliminação precoce dos sintomas associados aos acometimentos faríngeos, principalmente a dor de garganta, otimizando a recuperação dos enfermos.⁵

2 METODOLOGIA

A presente revisão sistemática foi realizada entre os meses de fevereiro e maio de 2020, respaldando-se em; The BMJ, PubMed, Cochrane, Google Acadêmico e o Scielo como bases de dados, além de livros e sites que abordam o tema “Uso de Corticoides no Tratamento da Faringoamigdalite”. Diante disso, foram utilizados os seguintes descritores: faringite, corticosteroides, tratamento farmacológico. Em seguida, os artigos foram analisados a partir da leitura do resumo e introdução, selecionando aqueles que se enquadravam dentro do tema e cumpriam os critérios de inclusão, sendo eles: publicados depois do ano 2000, salvo um trabalho de 1993 que teve de grande valia para produção do trabalho visto que foi o primeiro estudo relacionado ao tema proposto; nas línguas portuguesa, inglesa, espanhola; que discutiam tratamento de infecções de via aérea superior; que abordavam a faixa etária adulta e pediátrica; e usavam corticoides como uma opção de tratamento. Os critérios de exclusão foram: publicados antes de 2000, em outros idiomas, não abordavam faixa etária pediátrica, discutiam tratamento de outras infecções do trato respiratório, e não utilizavam corticoides como uma forma de tratamento. Foram selecionados 35 artigos, dos quais, foram apurados 15 artigos como base de dados para essa revisão.

2.1 OBJETIVO

Esse trabalho busca analisar as evidências já descritas sobre o uso de corticoides na faringoamigdalite, e discutir sobre a sua recomendação como coadjuvante no combate a essa enfermidade na faixa etária pediátrica.

3 RESULTADOS

3.1 RECOMENDAÇÃO DE TRATAMENTO

A faringoamigdalite é umas das infecções mais comuns no mundo, tendo um grau de dissipação global e acometendo tanto adultos quanto crianças. Dentro de tal incidência, segundo Sadeghirad et. al., a dor de garganta é uma das principais manifestações, gerando a cerca de 5% das consultas pediátricas e 2% das consultas ambulatoriais dos adultos.⁶ A faringite geralmente é caracterizada por ser uma infecção viral autolimitada, ou seja, ela tem um quadro que pode se resolver sem intervenção medicamentosa, de 7-10 dias em adultos e 2-7 em crianças.⁷ Ainda assim, é recomendado para manejo da dor o uso de paracetamol ou anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), que proporcionam um alívio ao paciente, principalmente diante de quadros dolorosos, mas não são exclusas as possibilidades de danos causados por esses medicamentos. Vale ressaltar que o uso de antibióticos é necessário apenas em acometimentos bacterianos, o qual fornecem benefícios modestos na redução de sintomas, é relevante sempre considerar a possibilidade de promover quadros de resistência mediante uso indiscriminado.

A administração desses medicamentos caracteriza a propedêutica básica do tratamento dos casos de faringite, cabendo ao médico escolher quais drogas utilizar de acordo com o quadro apresentado pelo seu paciente. Contudo, Sadeghirad et. al. levantaram uma questão acerca das intenções dos enfermos, os quais se apresentam ao consultório esperando uma receita de antibiótico, quando na verdade buscam o alívio da dor. Esse desejo dos pacientes pode ser mais bem atendido com uma terapia adjunta de corticosteroides.⁶

Em seu trabalho, Sadeghirad et. al., descrevem que a resolução dos quadros de dor de garganta pode ocorrer em até 48 horas com o uso de dexametasona oral dose única de 10mg para adultos e 0,6 mg/kg – máx de 10mg – em crianças, sendo que há redução dos sintomas com 24 horas de uso. Tais achados apresentam níveis de evidência moderado/alto.⁶

Por fim, apresentam que o uso de corticosteroides em baixas doses apresentaram poucos efeitos adversos, podendo ocorrer mais tardiamente se houver uso crônico. E

ainda, ressaltam que permanece incerto o impacto do seu uso sobre a recorrência do quadro, recaída de sintomas, dias perdidos de escola ou trabalho, duração de sintomas ruins ou intoleráveis, ou sua influência sobre o uso de antibióticos.⁶

Aertgeerts et. al., em seu trabalho discutem sobre a faringoamigdalite ser uma das principais causas de dor de garganta aguda, a qual classificam como um quadro que dura pelo menos 14 dias. Dentre a sintomatologia associada, há presença de febre, dor de cabeça, rigidez muscular, tosse e mal-estar geral, sendo que para alguns pacientes essas morbidades se tornam um empecilho para suas atividades usuais, levando a faltas ao trabalho ou escola.⁷

Para o controle dessa enfermidade, o tratamento de primeira escolha apresentado pela maioria das diretrizes recomenda o uso de paracetamol e ibuprofeno, sendo o uso de corticosteroides pouco mencionado. Relatam também que o uso de antibióticos não são uteis para alívio da dor em quadros virais, mas pode ajudar em quadros bacterianos. A tabela 1 apresenta as principais formas de tratamento de acordo com as diretrizes atuais.⁷

Tabela 1 Orientação atual para o tratamento de pacientes com dor de garganta. Aertgeerts et. al. (Adaptada)

	Ibuprofeno	Paracetamol	Antibióticos	Corticosteróides	
				Para adultos	Para crianças
Diretrizes EBM ⁸	Suporte	Suporte	Condicional mente	Suporte	Não aplicável
SINAL ³	Suporte	Suporte	Condicional mente	Não apoia	Sem comentários
NHG ⁹	Suporte	Suporte	Condicional mente	Não recomenda do	Sem comentários
Diretrizes BC ¹⁰	Sem comentários	Sem comentários	Contra	Sem comentários	Sem comentários
UpToDate ¹¹	Contra	Sem comentários	Sem comentários	Suporte	Sem comentários

Aertgeerts et. al. encontraram no seu estudo que a probabilidade de resolução completa da dor com o uso de corticosteroides é de 24 a 48 horas, com uso de 1 ou 2 doses de 10mg de dexametasona oral em adultos e 0,6mg/kg em crianças. No entanto, relatam que chegaram a esses dados a partir de estudos que não englobavam crianças com menos de 5 anos, fazendo com que essa recomendação não seja válida para essa faixa etária. Dessa maneira, se apresentam confiantes que essa recomendação se aplica a quase

todos os pacientes que apresentem dor de garganta aguda, ou seja, crianças maiores de 5 anos, adultos, presença de dor de garganta leve ou grave, pacientes que receberam ou não antibióticos de imediato, pacientes que acometimento viral ou bacteriano que buscam serviços de urgência, bem como aqueles que utilizam a atenção primária. Relatando também que é improvável que uma dose aplicada possa causar graves efeitos adversos.⁷

Ainda assim, apresentam a informação que é improvável que os corticoides reduzam a recorrência ou recaída de sintomas, ou dias perdidos de escola ou trabalho. Também não apresentam diferenças nos efeitos relativos quando comparados aos cuidados usuais na atenção primária e emergência. Relaram que é improvável que esses dados mudem.⁷

Em 2017, Sadeghirad et. al. fizeram uma revisão sistemática de projetos e meta-análise de ensaios clínicos randomizados, com o objetivo de avaliar os benefícios do uso de corticosteroides como tratamento adjuvante para dor de garganta. Após critérios de exclusão, foram selecionados 10 ensaios que registraram 1426 pacientes. Dentre os resultados apresentados por essa revisão, chamou a nossa atenção 4 trabalhos que envolveram o público pediátrico.⁷

3.2 CRONOLOGIA DE ESTUDOS

Em 1993, O'Brien avaliou 58 pacientes em um estudo clínico prospectivo, randomizado, duplo-cego, com grupo controle e placebo. A faixa-etária foi dos 12 aos 65 anos. Todos os pacientes receberam Penicilina oral 500mg ou Eritromicina 333mg 3 vezes ao dia por dez dias, além de 10mg em dose única de Dexametasona ou solução salina de placebo IM. Inicialmente os pacientes classificaram seu grau de dor na garganta em uma escala visual-analógica de 15 cm de comprimento e pontuada de 0 a 3,0 em incrementos de 0,5 cm. O acompanhamento foi obtido em 51 pacientes para determinar a evolução em 24 horas. Os resultados encontrados apontaram melhora no escore de dor (inicial versus 24 horas) foi de $1,8 \pm 0,8$ nos 26 pacientes do grupo de dexametasona e de $1,2 \pm 0,9$ nos 25 pacientes do grupo placebo ($P < 0,05$). O tempo para o início do alívio da dor também foi mais rápido nos pacientes tratados com esteroides que demonstraram alívio a partir de $6,3 \pm 5,3$ horas, em comparação com $12,4 \pm 8,5$ horas no grupo placebo ($P < 0,01$). Dos 26 pacientes avaliados em sete dias (13 em cada grupo), o tempo para completar o alívio da dor foi em média de $15,0 \pm 11,4$ horas no grupo de dexametasona e de $35,4 \pm 17,9$ horas no grupo de placebo ($P < 0,02$). Não foram observadas complicações atribuíveis à dexametasona.¹²

O'Brien concluiu que o a dexametasona como adjuvante no tratamento da faringite exsudativa aguda foi clinicamente significativa.¹²

Tabela 2

Estudo	Comparação da dor (inicial vs 24hs)		Tempo para início do alívio da dor (horas)		Tempo total para resolução da dor (horas)	
	Dexametasona	Placebo	Dexametasona	Placebo	Dexametasona	Placebo
O'Brien	1,8 ± 0,8	1,2 ± 0,9	6,3 ± 5,3	12,4 ± 8,5	15,0 ± 11,4	35,4 ± 17,9

Bullock apresentou um trabalho semelhante ao de O'Brien em 2003 - prospectivo, randomizado, duplo-cego e controlado por placebo – porém a população do estudo contemplou apenas crianças de 5 a 16 anos que se apresentaram ao serviço de emergência com faringite aguda, totalizando 184 pacientes. Semelhante ao trabalho de O'Brien a classificação da dor também foi através de uma escala analógica padronizada, já nesse trabalho os pacientes realizaram um teste rápido de detecção de antígeno estreptocócico β -hemolítico do grupo A. Os pacientes foram randomizados para 2 grupos - dexametasona (0,6 mg/kg, dose máxima de 10 mg) ou placebo. Assistentes de pesquisa cegos ligavam diariamente para todas as famílias para determinar os escores de dor até o ponto de alívio completo da dor.¹³

Das 184 crianças havia 85 no grupo antígeno positivo, das quais 45 foram randomizadas para dexametasona e 40 para placebo. Em crianças com faringite estreptocócica β -hemolítica do grupo A, o tempo médio para alívio da dor clinicamente significativo foi de 6 horas no grupo de dexametasona versus 11,5 horas no grupo placebo ($P = 0,02$; tamanho do efeito de 5,5 horas com intervalo de confiança de 95% [IC] de 1,0 e 10,0 horas), e o tempo para concluir o alívio da dor foi semelhante (36 horas para placebo versus 40 horas para dexametasona, $P= 0,86$; tamanho do efeito de 4,0 horas com IC 95% de -9,3 e 17,3 horas) no grupo placebo. Havia 99 crianças inscritas no grupo antígeno-negativo, das quais 47 receberam dexametasona e 52 receberam placebo. Nesse grupo, o tempo médio para alívio da dor clinicamente significativo foi de 13 horas no grupo de dexametasona versus 9 horas no grupo placebo ($P = 0,32$; tamanho do efeito de 4 horas com IC 95% de -2 e 10 horas) e o tempo para concluir o alívio da dor foi semelhante (48 horas para placebo versus 50 horas para dexametasona, $P = 0,61$; tamanho do efeito de 2 horas com IC95% de -11,8 e 15,8 horas).¹³

Dessa forma, o trabalho de Bullock concluiu que a dexametasona oral não diminuiu o tempo de início do alívio da dor clinicamente significativo ou o tempo para concluir o alívio da dor. No entanto, no subconjunto de crianças com resultados positivos nos testes de detecção de antígenos, há uma melhora estatisticamente significativa no tempo para o início do alívio da dor.¹³

Tabela 3

Estudo	Tempo médio para alívio da dor		Tempo para concluir o alívio da dor	
	Dexametasona	Placebo	Dexametasona	Placebo
Bullock	6hs	11,5hs	40hs	36hs
	13hs	9hs	50hs	48hs

Olympia e sua equipe, realizaram um ensaio clínico prospectivo, randomizado, duplo-cego, controlado por placebo em 2005. Trabalharam com uma amostra de 150 pacientes com idade entre 5 e 18 anos com faringite moderada a grave. Diferentemente dos trabalhos anteriores eles consideraram eritema ou edema de faringe como critério de exclusão e a escala afetiva facial de McGrath como critério de exclusão e ferramenta de avaliação e acompanhamento. Todos eles foram testados para estreptococos β -hemolítica do grupo A e o acompanhamento da resolução também foi mediante ligações telefônicas diárias.¹⁴

A amostra foi randomizada para receber dexametasona ($n = 75$) ou placebo ($n = 75$). Vinte e cinco pacientes foram perdidos no acompanhamento, deixando 125 pacientes disponíveis para análise dos dados; 57 receberam dexametasona e 68 receberam placebo. Pacientes que receberam dexametasona relataram: início precoce do alívio da dor (9,2 vs 18,2 horas; $P < 0,001$); menos horas para concluir a resolução da dor de garganta (30,3 vs 43,8 horas; $P = 0,04$) e maiores alterações na escala de McGrath nas primeiras 24 horas (-0,58 vs -0,43; $P = 0,002$). As crianças que apresentaram resultado negativo para estreptococos β -hemolíticos do grupo A tiveram maior alívio da dor com dexametasona em comparação com o placebo (início do alívio da dor, 8,7 vs 24 horas; $P = 0,001$), menos tempo para concluir a resolução da dor de garganta (37,9 vs 70,8 horas; $P = 0,006$) e maiores alterações na pontuação da Escala de McGrath nas primeiras 24 horas (-0,50 vs -0,21; $P < .001$).¹⁴

Olympia concluiu que as crianças que receberam dexametasona tiveram início precoce do alívio da dor e menor duração da dor de garganta.¹⁴

Tabela 4

Estudo	Tempo para início do alívio da dor (horas)		Tempo total para resolução da dor (horas)	
	Dexametasona	Placebo	Dexametasona	Placebo
Olympia	9,2hs	18,2hs	30,3hs	43,8hs
	8,7hs	24hs	37,9hs	70,8hs

Niland e sua equipe, em 2006, realizaram um estudo piloto comparativo entre 3 grupos – placebo (n = 30); dexametasona dose única (n = 30); dexametasona por 3 dias (n = 30) – tal trabalho também foi de caráter prospectivo, randomizado, duplo-cego, controlado por placebo. Envolveu 90 pacientes entre 4 e 21 anos, randomizados em 3 grupos e todos necessariamente deveriam ter o teste para estreptococos β -hemolíticos do grupo A positivo. Foi utilizada a escala FACES de Wong-Baker para avaliar os sintomas na inscrição e por 2 vezes ao dia por 5 dias para acompanhar a resolução. Seu trabalho ainda foi dividido em 2 avaliações – primária (melhora/resolução da dor na garganta; recuperação do estado geral de saúde; retorno/recuperação das atividades laborais. Todos esses parâmetros foram contabilizados em dias) e secundária (dor de cabeça, dor abdominal, vômitos, febre). Os autores se preocuparam e fazer diversas análises e comparações entre os 3 braços do estudo a fim de ressaltar estatisticamente as diferenças entre os resultados.¹⁵

Dessa forma, Niland e seus colaboradores concluíram que o regime de 3 doses de dexametasona foi altamente benéfico no alívio dos sintomas de dor de garganta, melhorando a condição geral do paciente e promovendo retorno precoce as atividades laborais quando comparado ao grupo placebo. Quando comparado ao grupo placebo, uma única dose de dexametasona levou a melhorias significativas das condições gerais dos pacientes e do retorno as atividades laborais, porém a resolução da dor na garganta não foi expressiva.¹⁵

Por fim, os autores destacam uma possível relação dose-resposta entre a dexametasona e o resultado clínico, bem como ressaltam a ausência de efeitos adversos associados ao uso do corticosteroide no tratamento.¹⁵

Tabela 5

Estudo	Melhora/Resolução da dor na garganta		
Niland	Placebo	Dexametasona dose única	Dexametasona por 3 dias
	2 dias	2 dias*	1 dia
Recuperação do estado geral de saúde			
Niland	Placebo	Dexametasona dose única	Dexametasona por 3 dias
	2 dias	1 dia	1 dia
Retorno/Recuperação das atividades laborais			
Niland	Placebo	Dexametasona dose única	Dexametasona por 3 dias
	2 dias	1 dia	1 dia

4 DISCUSSÃO

Sadeghirad et. al.⁶, em seu trabalho faz uma análise mais ampla e considera um público que envolve pacientes pediátricos e adultos (até 65 anos). Após extensiva coleta de dados é possível resumir a comparação entre placebo e corticoide em: resolução da dor de garganta em 24hs; em 48hs; tempo médio para alívio da dor de garganta; tempo médio para conclusão da dor de garganta; e efeitos adversos observados.⁶ Aertgeerts et. al.⁷, então utiliza seu trabalho como alicerce e define um *guideline* para o uso de corticoide como tratamento adjuvante nos acometimentos faríngeos respaldado pelos níveis de evidência de cada um dos 5 parâmetros considerados no trabalho de Sadeghirad.⁷

Ao final, Aertgeerts et. al. conclui que o nível de recomendação do corticoide como tratamento adjuvante é fraco, ou seja, os benefícios superam os danos para a maioria, mas não para todos. Mas, a maioria dos pacientes provavelmente desejariam essa opção por causa do alívio precoce dos sintomas.⁷ Maiores detalhes podem ser vistos na tabela 6.

Tabela 6

Trabalhos	Resolução completa em 24hs	Resolução completa em 48hs	Tempo médio para alívio da dor	Tempo médio para conclusão da dor	Efeitos Adversos	
Sadeghirad, 2017	2x mais chances de alívio	1,5x mais chances de alívio	4,8hs mais cedo	11hs mais cedo	SEM E.A. Importantes para uma única dose	
Aertgeerts, 2017 (guideline)	Evidência MODERADA	Evidência ALTA	Evidência MODERADA	Evidência BAIXA	Evidência MODERADA	
Interpretação da evidência	Provavelmente e aumenta as chances de resolução	Aumenta as chances de resolução	Provavelmente e diminuem o tempo até que a dor comece a melhorar	Podem diminuir a duração da dor	Provavelmente a administração de uma dose de esteróides não cause eventos adversos graves	Os riscos podem superar os benefícios quando doses cumulativas de esteróides são administradas para múltiplos episódios de dor de garganta
Recomendação Geral:	FRACA	<u>Os benefícios superam os danos para a maioria, mas não para todos. A maioria dos pacientes provavelmente desejaria essa opção</u>				

Diante do apresentado, foi concluído que essa indicação apresenta um grau de recomendação fraco, pois com esses dados não é possível garantir a eficácia desse tratamento em todos os pacientes. No entanto, também é apresentado que essa opção seria a de preferência dos enfermos, uma vez que representariam um alívio precoce aos mesmos, sem que haja relação com efeitos adversos, fato que torna uma opção viável no ponto de vistas dos pacientes.^{6,7}

Os outros trabalhos analisados^{12,13,14,15} consideraram a mesma medicação e dose, mas ocorreram variações quanto a via de administração e dose. Quando observamos cronologicamente percebemos que houve uma complementação gradual em suas metodologias com o objetivo de suprir as eventuais faltas ou lacunas nos trabalhos anteriores, ou seja, todos são corroborativos. Chamamos a atenção para o trabalho de Bullock, B.; et. al.¹³, que foi o único que não apresentou resultados significativamente maiores, se faz importante ressaltar que sua metodologia destoa dos demais trabalhos e permite questionar a possibilidade de falha, por parte dos pacientes, no compromisso com os resultados. Esse dado contrastante aos demais, é mais bem discutido quando comparado diretamente ao trabalho de Olympia, R.P.; et. al.¹⁴, que é o trabalho seguinte na linha do tempo, em que sua metodologia foi mais refinada, levando aos resultados

conflitantes. Também é válido ressaltar que no trabalho de Niland, M.L.; et. al.¹⁴ foram apresentados resultados mais positivos, mas também foi o único que trouxe resultados com mais de uma dose da dexametasona. Essa informação mostra como uma dose mais elevada podem potencializar os efeitos benéficos do fármaco no alívio da sintomatologia, mas também, se torna mais vulnerável a manifestações de efeitos adversos. Outra informação relevante apresentada por esse trabalho é como a dose única do medicamento não apresentou resultados significativos quando comparado ao grupo placebo, quando se fala da resolução da dor de garganta, que seria o principal sintoma a ser aliviado com essa administração, sendo esse resultado controlado quando se fornece uma dose maior.

Uma última questão a se observar é a falta de trabalhos que comparem corticoides e outros medicamentos já consagrados (AINE's, Analgésicos, etc) no tratamento usual dos acometimentos faríngeos, uma vez que todos os trabalhos consideram apenas o placebo como grupo controle. Esse fato torna menos impactante os resultados, pois não a como confirmar a eficácia dos corticosteroides quando comparados ao tratamento usual.

5 CONCLUSÃO

Diante os trabalhos analisados, é notável que o uso de corticoides proporciona um alívio precoce dos sintomas nos pacientes, sem haver efeitos colaterais descritos com 1 ou 3 doses de dexametasona oral 10mg em adultos e 0,6 mg/kg em crianças. No entanto, todos os trabalhos analisados só fazem a comparação entre o uso de corticoides com placebo, não sendo possível então afirmar sua eficácia quando comparada aos tratamentos usuais. Sendo assim, se faz necessário a realização de estudos que englobem informações ainda não esclarecidas como: comparação entre a eficácia de corticoides e anti-inflamatórios usuais; benefícios e malefícios de tais tratamentos; indicações e contraindicações envolvidas e quais as doses mais adequadas.

REFERÊNCIAS

¹ Infecções agudas das vias aéreas superiores – diagnóstico e tratamento ambulatorial. *Jornal de Pediatria* - Vol.79, Supl.1 , 2003

Diagnóstico da faringoamigdalite estreptocócica em crianças e adolescentes: limitações do quadro clínico. *Rev. paul. pediatr.* vol.32 no.4 São Paulo Dec. 2014

Bird JH, Biggs TC, King EV. Controversies in the management of acute tonsillitis: an evidence-based review. *Clin Otolaryngol*2014;358:368-74. doi:10.1111/coa.12299. pmid:25418818.

Manejo de los corticoides en la práctica clínica *REV MED UNIV NAVARRA/VOL 53, Nº 1, 2009, 9-18.*

Hayward G, Thompson MJ, Perera R, Glasziou PP, Del Mar CB, Heneghan CJ. Corticosteroids as standalone or add-on treatment for sore throat. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: CD008268. DOI: 10.1002/14651858.CD008268.pub2.

Sadeghirad Behnam, Siemieniuk Reed A C, Brignardello-Petersen Romina, Papola Davide, Lytvyn Lyubov, Vandvik Per Olav et al. Corticosteroids for treatment of sore throat: systematic review and meta-analysis of randomised trials *BMJ* 2017; 358 :j3887

Aertgeerts Bert, Agoritsas Thomas, Siemieniuk Reed A C, Burgers Jako, Bekkering Geertruida E, Merglen Arnaud et al. Corticosteroids for sore throat: a clinical practice guideline *BMJ* 2017; 358 :j4090

Atula T. Corticosteroids for sore throat. *Evidence-Based Medicine Guidelines*. 2014 www.ebm-guidelines.com/ebmga/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd07095#refs.

Ebell MH, Smith MA, Barry HC, Ives K, Carey M. The rational clinical examination. Does this patient have strep throat? *JAMA*2000;358:2912-8. doi:10.1001/jama.284.22.2912 pmid:11147989.

Chiappini E, Regoli M, Bonsignori F, et al. Analysis of different recommendations from international guidelines for the management of acute pharyngitis in adults and children. *Clin Ther*2011;358:48-58. doi:10.1016/j.clinthera.2011.02.001. pmid:21397773

Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev*2006;(4):CD000023. doi:10.1002/14651858.CD000023.pub3. pmid:17054126.

O'Brien JF, Meade JL, Falk JL. Dexametasona como terapia adjuvante para faringite aguda grave. *Ann Emerg Med*, 1993 ; 358 : 212 - 5 . doi: 10.1016 / S0196-0644 (05) 80205-7 pmid: 8427434

Bulloch B, Kabani A, Tenenbein M. Dexametasona oral para o tratamento da dor em crianças com faringite aguda: um estudo randomizado, duplo-cego, controlado por placebo. *Ann Emerg Med*, 2003 ; 358 : 601 - 8 . doi: 10.1067 / mem.2003.136 . pmid: 12712025

Olympia RP, Khine H, Avner JR. Eficácia da dexametasona oral no tratamento da faringite moderada a grave em crianças. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005 ; 358 : 278 - 82 . doi: 10.1001 / archpedi.159.3.278 . pmid: 15753273

Niland ML, Bonsu BK, Nuss KE, Goodman DG. Um estudo piloto de 1 contra 3 dias de dexametasona como terapia complementar em crianças com faringite estreptocócica. *Pediatr Infect Dis J* 2006 ; 358 : 477 - 81 . doi: 10.1097 / 01.inf.0000219469.95772.3f . pmid: 16732143