

Faringoamigdalite (viral × estreptocócica)

Como distinguir a faringite viral da estreptocócica, uso de escores e teste rápido, esquemas de antibiótico e reconhecimento de complicações supurativas

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A faringoamigdalite aguda é, na maioria das vezes, viral. O estreptococo beta-hemolítico do grupo A (EGA) responde por cerca de um terço dos casos em escolares e é raro abaixo de 3 anos. Coriza, tosse, rouquidão, conjuntivite, aftas ou vesículas sugerem vírus e dispensam teste. Os escores clínicos (Centor/McIsaac, FeverPAIN) ajudam a decidir quem testar, mas sozinhos não bastam para indicar antibiótico em criança. Sem sinais virais, a partir de 3 anos, confirmar com teste rápido para EGA e, se negativo, cultura quando disponível (IDSA/CDC). O tratamento de escolha é penicilina: amoxicilina 50 mg/kg/dia (máx. 1 g/dia) por 10 dias ou penicilina G benzatina IM dose única (600.000 UI ou 1.200.000 UI conforme o peso). A maioria é tratada em casa (●). Reavaliar em 24–48 h (●) quem bebe pouco ou não melhora em 48–72 h de antibiótico. Encaminhar ao pronto-socorro (●) se houver trismo, voz abafada, desvio da úvula, sialorreia, estridor, torcicolo doloroso, desidratação ou toxemia.

1. O que é e como se apresenta

- **Definição:** inflamação aguda da faringe e das amígdalas palatinas.
- **Etiologia viral (maioria):** adenovírus, rinovírus, influenza, parainfluenza, enterovírus (herpangina, doença mão-pé-boca), Epstein-Barr (mononucleose), herpes simples (gengivoestomatite).
- **Etiologia bacteriana:** *Streptococcus pyogenes* (EGA) é o agente relevante pelo risco de febre reumática e de complicações supurativas. Outros (estreptococos C e G, *Fusobacterium*, *Arcanobacterium*, gonococo, difteria) são raros.
- **Faixa etária:** EGA predomina entre 5 e 15 anos; abaixo de 3 anos é incomum e costuma ter apresentação atípica.
- **Quadro sugestivo de EGA (CDC/IDSA):** início súbito de dor de garganta, odinofagia, febre, hiperemia e hipertrofia amigdalina com ou sem exsudato, petéquias no palato, adenomegalia cervical anterior dolorosa, cefaleia, dor abdominal, náuseas e vômitos; exantema escarlatiniforme na escarlatina; ausência de sintomas virais.
- **Quadro sugestivo de vírus:** coriza, tosse, rouquidão, conjuntivite, aftas ou vesículas, diarreia. Na mononucleose: exsudato extenso, adenomegalia cervical posterior, hepatoesplenomegalia, edema palpebral, astenia prolongada.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Bom estado geral; aceita líquidos; sem trismo, sem desvio de úvula, sem estridor; dor controlada com analgésico	Viral: sintomáticos. EGA confirmado: antibiótico oral ou penicilina benzatina em casa; retorno se não melhorar em 48–72 h
● Moderada	Odinofagia intensa com baixa ingestão, sem desidratação; febre > 48–72 h apesar do antibiótico; adenite cervical volumosa; suspeita de mononucleose com amígdalas muito aumentadas	Reavaliação em 24–48 h; analgesia otimizada; avaliar hidratação; considerar hemograma, sorologia para EBV; rever diagnóstico
● Grave	Trismo, voz "de batata quente", desvio da úvula, abaulamento periamigdaliano; sialorreia, estridor, desconforto respiratório; torcicolo doloroso ou dor à extensão cervical (abscesso retrofaríngeo); desidratação; toxemia ou sinais de sepse; suspeita de síndrome de Lemierre ou de difteria	Encaminhar ao pronto-socorro/hospital para antibiótico parenteral, imagem e avaliação de otorrinolaringologia

A AIDPI (Ministério da Saúde) classifica como "infecção grave de garganta" a presença de abaulamento do palato ou de membranas branco-acinzentadas, e como "infecção moderada" a adenomegalia cervical dolorosa ou pontos purulentos amigdalianos.

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 3 anos com sintomas intensos (abscesso retrofaríngeo, outro diagnóstico).
- Imunodeficiência, neutropenia, uso de imunossupressores.
- Antecedente pessoal de febre reumática ou cardiopatia reumática; surto na comunidade.
- Vacinação incompleta (difteria); baixa adesão ao antibiótico oral.

3. Diagnóstico no consultório

Escores clínicos

- **Centor** (0–4): febre > 38 °C, exsudato amigdaliano, adenomegalia cervical anterior dolorosa, ausência de tosse. **Mclsaac** acrescenta idade (+1 ponto de 3 a 14 anos; –1 a partir de 45 anos).
- **FeverPAIN** (0–5, NICE): febre nas últimas 24 h, pus nas amígdalas, atendimento rápido (≤ 3 dias de sintomas), amígdalas muito inflamadas, ausência de tosse ou coriza.
- **Uso em pediatria:** a AEP ressalta que Centor e Mclsaac têm sensibilidade e especificidade insuficientes em crianças (valor preditivo positivo em torno de 49% com Centor 3–4) e

servem apenas para selecionar quem testar. A IDSA (atualização 2025, parte 1) sugere usar um escore para decidir quem testar, mas não abaixo de 3 anos.

Teste rápido para EGA e cultura

- Não testar quando os sinais virais forem claros (IDSA 2012, CDC).
- Não testar rotineiramente abaixo de 3 anos, exceto com contato domiciliar doente ou quadro muito sugestivo.
- Criança ≥ 3 anos sem sinais virais: teste rápido de antígeno; se negativo, cultura de orofaringe quando disponível (IDSA/CDC). A AEP também recomenda o teste rápido nesse grupo.
- Não pedir ASLO nem teste de controle pós-tratamento em assintomático.
- **Sem acesso a teste:** a AIDPI orienta tratar como estreptocócica a "infecção moderada de garganta" (adenomegalia dolorosa ou pontos purulentos). É aceitável na impossibilidade de teste, mas aumenta o uso desnecessário de antibiótico.

Exames adicionais: hemograma e sorologia para EBV se suspeita de mononucleose; tomografia com contraste (no hospital) se suspeita de abscesso retro ou parafaríngeo.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- Abscesso periamigdaliano, retrofaríngeo ou parafaríngeo.
- Epiglote e traqueíte bacteriana (estridor, sialorreia, postura em tripé).
- Mononucleose (evitar amoxicilina: exantema frequente).
- Doença de Kawasaki (febre ≥ 5 dias, conjuntivite, alterações de lábios e extremidades).
- Difteria em não vacinados.
- Síndrome PFAPA (febre periódica com faringite, aftas e adenite).
- Síndrome de Lemierre (tromboflebite séptica da jugular).

4. Tratamento em casa

Faringite viral: analgésico/antitérmico, hidratação, alimentos frios e pastosos. Não há indicação de antibiótico.

Faringoamigdalite estreptocócica confirmada (ou "infecção moderada de garganta" da AIDPI sem acesso a teste):

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Amoxicilina	50 mg/kg/dia (máx. 1.000 mg/dia)	1x/dia, ou 25 mg/kg/dose 12/12 h (máx. 500 mg/dose)	10 dias	IDSA 2012 e CDC; AEP usa 40–50 mg/kg/dia em 1–2 doses
Penicilina G benzatina IM	< 20 kg: 600.000 UI; ≥ 20 kg: 1.200.000 UI (AIDPI e Diretrizes Brasileiras de Febre Reumática)	Dose única	Dose única	Preferida se a adesão ao tratamento oral for incerta (IDSA/AEP usam corte de 27 kg)
Penicilina V oral	Criança: 250 mg 2–3x/dia; adolescente: 250 mg 4x/dia ou 500 mg 2x/dia (IDSA)	12/12 h ou 8/8 h (adolescente: 6/6 h ou 12/12 h)	10 dias	Pouco disponível em suspensão no Brasil
Cefalexina (alergia não anafilática)	20 mg/kg/dose (máx. 500 mg/dose)	12/12 h	10 dias	IDSA/CDC
Clindamicina (alergia imediata)	7 mg/kg/dose (máx. 300 mg/dose)	8/8 h	10 dias	IDSA/CDC
Azitromicina (alergia imediata)	12 mg/kg/dia (máx. 500 mg)	1x/dia	5 dias	IDSA 2012; resistência variável; Diretrizes brasileiras citam 20 mg/kg/dia por 3 dias
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver dor	Máx. 75 mg/kg/dia (SBP), nunca > 4 g/dia
Ibuprofeno	5–10 mg/kg/dose	6–8 h, conforme bula	Enquanto houver dor	Evitar se desidratação

Paracetamol. Atenção ao efeito cumulativo: o uso repetido por 48–72 h, especialmente em doses no limite máximo, em criança desidratada, desnutrida, com jejum prolongado ou somando mais de um produto com paracetamol, aumenta o risco de hepatotoxicidade — não ultrapassar a dose diária, não usar por mais de 48–72 h sem reavaliação médica e conferir outros medicamentos que contenham paracetamol.

- O NICE (NG84) usa fenoximetilpenicilina por 5 a 10 dias; as diretrizes norte-americanas, a AEP e as brasileiras mantêm 10 dias de tratamento oral para prevenção da febre reumática, cenário relevante no Brasil.
- A penicilina benzatina tem a vantagem de garantir a adesão. Reações anafiláticas são raras; a SBP (2020) alerta que cerca de 90% das crianças rotuladas como alérgicas à penicilina toleram o medicamento quando investigadas.

O que não usar

- Antibiótico em faringite com sinais virais ou teste negativo.

- Corticoide de rotina (IDSA 2012 não recomenda).
- Ácido acetilsalicílico; amoxicilina se suspeita de mononucleose.
- Sulfametoxazol-trimetoprima e tetraciclina para EGA (não erradicam).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Trismo, voz abafada, desvio da úvula, abaulamento assimétrico do palato (abscesso periamigdaliano).
- Torcicolo, dor à extensão do pescoço, abaulamento da parede posterior da faringe, febre alta em < 5 anos (abscesso retrofaríngeo).
- Sialorreia, estridor, postura em tripé, desconforto respiratório.
- Desidratação ou incapacidade de ingerir líquidos e medicamentos.
- Toxemia, sinais de sepse, dor cervical com edema ao longo do esternocleidomastoideo.
- Suspeita de difteria.

Como encaminhar

1. Manter a criança sentada e calma; não usar abaixador de língua se houver estridor ou sialorreia.
2. Oxigênio se desconforto respiratório ou SpO₂ < 92%.
3. Analgesia e antitérmico se possível por via oral; não oferecer alimentos.
4. Contatar o serviço de destino (preferencialmente com otorrinolaringologia); acionar o SAMU (192) se houver obstrução de vias aéreas.
5. Relatório com início, antibiótico em uso e alergias.

No hospital, a AEP orienta antibiótico intravenoso com cobertura para anaeróbios nos abscessos e drenagem se não houver resposta em 48–72 h ou se houver comprometimento respiratório. O NICE indica encaminhamento em caso de infecção sistêmica grave ou complicações supurativas (quinsy, celulite, abscesso para ou retrofaríngeo, síndrome de Lemierre).

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "A maior parte das dores de garganta é causada por vírus e melhora em cerca de uma semana, sem antibiótico."
- "Se o teste mostrou estreptococo, o antibiótico precisa ser tomado pelos 10 dias, mesmo que a criança melhore antes."
- "Pode voltar à escola após 24 horas de antibiótico e sem febre" (CDC).

- Retornar se: febre após 48–72 h de antibiótico; dor que piora; manchas na pele; urina escura ou inchaço (possível glomerulonefrite, 1 a 3 semanas depois); dor e inchaço nas articulações ou falta de ar nas semanas seguintes (possível febre reumática).
- Ir ao pronto-socorro se: não consegue abrir a boca, voz abafada, baba sem conseguir engolir, dificuldade para respirar ou barulho ao respirar, pescoço duro ou dolorido para mexer, não consegue beber líquidos, muito prostrada.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Escore clínico	Documento SBP sobre febre reumática cita Centor modificado 3–4 para tratar; AIDPI usa sinais clínicos	IDSA 2025 (usada nos EUA): escore para decidir quem testar, não < 3 anos	FeverPAIN ou Centor para decidir antibiótico	Segue o NICE	Centor/McIsaac só para selecionar quem testar
Teste	AIDPI trata pela clínica quando não há teste	Teste rápido ≥ 3 anos; cultura se negativo (IDSA/CDC)	Teste não rotineiro	Segue o NICE	Teste rápido ≥ 3 anos sem sinais virais
Estratégia antibiótica	Tratar EGA para prevenir febre reumática	Tratar só EGA confirmado	FeverPAIN 0–1 sem antibiótico; 2–3 prescrição adiada; 4–5 imediato	Segue o NICE	Tratar só EGA confirmado
Primeira escolha	Penicilina benzatina (< 20 kg 600.000 UI; ≥ 20 kg 1.200.000 UI) ou amoxicilina 10 dias	Amoxicilina 50 mg/kg/dia ou penicilina V 10 dias; benzatina com corte de 27 kg	Fenoximetilpenicilina 5–10 dias	Segue o NICE	Penicilina V 10 dias; amoxicilina 40–50 mg/kg/dia; benzatina com corte de 27 kg
Encaminhamento	Infecção grave de garganta (abaulamento do palato, membranas)	Complicações supurativas	Infecção sistêmica grave ou complicação supurativa	Segue o NICE	Abscessos: antibiótico IV e drenagem

Leitura: as referências concordam que a maioria das faringites é viral, que penicilina ou amoxicilina é a primeira escolha e que corticoide e antibiótico em quadro viral não são indicados. A divergência principal é de estratégia: o NICE decide antibiótico por escore (FeverPAIN/Centor), com prescrição adiada e cursos de 5 a 10 dias, num contexto de baixa incidência de febre reumática; IDSA/CDC e AEP exigem confirmação microbiológica e mantêm

10 dias. No Brasil, onde a febre reumática ainda ocorre, a AIDPI admite tratamento clínico quando não há teste e prioriza a penicilina benzatina. O corte de peso para benzatina difere (20 kg no Brasil; 27 kg nos EUA e na Espanha).

PONTOS PRÁTICOS

1. Sinais virais (coriza, tosse, rouquidão, aftas, conjuntivite) dispensam teste e antibiótico.
2. Abaixo de 3 anos, faringite estreptocócica é rara; testar só com contato doente ou quadro muito típico.
3. Escore alto em criança indica testar, não tratar automaticamente; use teste rápido sempre que disponível.
4. Amoxicilina 50 mg/kg/dia, uma vez ao dia (máx. 1 g), por 10 dias, facilita a adesão; benzatina é a opção quando a adesão é incerta.
5. Trismo, voz abafada, desvio da úvula ou torcicolo doloroso são urgência: encaminhar.
6. Investigar a alergia à penicilina antes de rotular a criança.

8. Fontes

- Ministério da Saúde. AIDPI Criança 2 meses a 5 anos — Manual de quadros de procedimentos, 2017. [PDF](#)
- SBC, SBP, SBR. Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática — guia de bolso. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Novos critérios para diagnóstico de febre reumática. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria. SBP lança documento com foco em pacientes com alergia à penicilina, 2020. sbp.com.br
- IDSA. Clinical Practice Guideline for GAS Pharyngitis — 2012 Update (resumo AAFP 2013). aafp.org
- IDSA. GAS Pharyngitis Guideline Update, Part 1 (clinical scoring), 2025. idsociety.org
- CDC. Clinical Guidance for Group A Streptococcal Pharyngitis, 2025. cdc.gov
- NICE. NG84 — Sore throat (acute): antimicrobial prescribing, 2018 (resumo). practicenurse.co.uk
- AEP. Protocolos de Infectología — Faringoamigdalitis aguda y sus complicaciones. [PDF](#)
- AEPap. Algoritmos — Faringoamigdalitis, 2015. [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.