

Diagnóstico diferencial das faringotonsilites na infância

Differential diagnosis of pharyngotonsillitis in childhood

Gabriela Araujo Costa^{1*}; William Rodrigues Alves²; Guilherme Augusto Almeida³; Mariana Miranda Lima³

RESUMO

A infância é o período de primeiro contato com os antígenos, principalmente pelos tratores respiratório e digestório, o que torna as faringotonsilites (FTs), expressas clinicamente por “dor de garganta”, uma das principais queixas em consultórios e pronto-atendimentos pediátricos. O manejo dessa condição exige conhecimento técnico apurado e experiência clínica, devido à grande variedade de diagnósticos diferenciais relacionados a esse sintoma. As FTs infecciosas podem manifestar-se com mínima hiperemia da mucosa até enanema com exsudação; o paciente pode apresentar pouco acometimento do estado geral ou prostração intensa. O desafio maior, nesses casos, é diferenciar a etiologia viral da bacteriana, evitando a antibioticoterapia empírica desnecessária. As FTs não infecciosas podem ser atribuídas mais comumente a quadros alérgicos. A história clínica e o estado geral do paciente são as principais pistas diagnósticas. Especial atenção deve ser dada a sinais e sintomas sistêmicos concomitantes ao acometimento faríngeo, devido à possibilidade de, nesses casos, a “dor de garganta” ser o primeiro sinal de uma doença mais complexa. O diagnóstico correto das FTs possibilita o tratamento eficaz, com o mínimo de intervenções e custos para o paciente e para a comunidade.

Palavras-chave: Tonsilite; Faringite; Doenças Respiratórias; Diagnóstico Diferencial.

ABSTRACT

Childhood is the period of first contact with the antigens, mainly by the respiratory and digestive tracts, which makes the pharyngotonsillitis, clinically expressed by “sore throat”, one of the main complaints in pediatric office and emergency rooms. Management of this condition requires the pediatrician to have a thorough technical knowledge and clinical experience, due to the wide variety of differential diagnoses related to this symptom. Infectious pharyngotonsillitis may manifest with minimal mucosal hyperemia up to enanthem with exudation; the patient may present with little affection or intense prostration. The major challenge in these cases is to differentiate the viral etiology from the bacterial one, avoiding unnecessary empirical antibiotic therapy. Non-infectious pharyngotonsillitis may be most commonly attributed to allergic conditions. The clinical history and general condition of the patient are the main diagnostic clues. Special attention should be given to systemic signs and symptoms concomitant with pharyngeal involvement, due to the possibility that, in these cases, “sore throat” may be the first sign of a more complex pathology. The correct diagnosis of FTs makes effective treatment possible, with the minimum of interventions and costs for the patient and the community.

Keywords: Tonsillitis; Pharyngitis; Respiratory Tract Disease; Diagnosis Differential.

1. Infectologista Pediatra. Mestre em Clínica Médica e Biomedicina. Diretora Adjunta de Comunicação da Sociedade Mineira de Pediatria. Professora do Núcleo de Pediatria da Faculdade de Medicina do UNI-BH. Referência Técnica da Gerência de Epidemiologia do Distrito Sanitário Oeste (Prefeitura de Belo Horizonte).
2. Médico Generalista do Programa de Saúde da Família de Oliveira dos Brejinhos - BA e plantonista Hospital Municipal de Oliveira dos Brejinhos - BA.
3. Acadêmico de Medicina do UNIBH.

* **Autor correspondente:** Faculdade de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte, Avenida Professor Mario Werneck, 1685 Bloco Raízes 5 Buritis, Belo Horizonte - MG. Cep: 30275-180
E-mail: gabriela.costa@prof.unibh.br

INTRODUÇÃO

As infecções de vias aéreas superiores são prevalentes na infância e exigem do profissional de saúde esforços na elaboração do diagnóstico etiológico correto. As faringotonsilites (FT), popularmente conhecidas como “amigdalites” ou “dor de garganta”, são queixas comuns no pronto-atendimento, com pico de incidência no inverno e primavera e amplo espectro de apresentação, desde quadros leves de irritação até dor intensa. A etiologia é variada, podendo ser viral, bacteriana ou não infecciosa, como as causadas por agentes químicos e alérgenos ambientais¹⁻³.

O objetivo deste artigo é apresentar uma revisão atualizada sobre o diagnóstico diferencial das faringotonsilites agudas na infância, visando auxiliar a tomada de decisões sobre condutas diagnósticas e terapêuticas.

METODOLOGIA

Revisão de literatura na base de dados Medline/ Pubmed, utilizando-se a estratégia de busca com o termo “*pharyngitis*”, restringindo-se a estudos em crianças, publicados nos últimos 20 anos. Nas bases do SciELO e LILACS, foram utilizadas as palavras-chave “tonsilite”, “faringite” e “diagnóstico diferencial”, com o mesmo recorte temporal. A seleção baseou-se na leitura sistemática de títulos e resumos e utilizaram-se como critério de inclusão publicações cujo resumo estivesse em consonância com o objetivo deste artigo. Também foram consultados livros-texto de Pediatria e *guidelines* de Otorrinolaringologia e Infectologia com foco no tema faringite ou infecções de vias aéreas superiores.

QUADRO 1. Classificação clínica das anginas

Tipo de angina	Manifestação clínica	Principais etiologias
Angina eritematosa	Hiperemia difusa e aspecto congesto de toda a mucosa orofaríngea, amígdalas edemaciadas, podendo ou não haver hipertrofia e pequenos pontos de exsudato. Corresponde a 90% dos casos.	Vírus Influenza Adenovírus Parainfluenzae Rhinovírus
Angina eritematopultácea	Hiperemia e congestão inflamatória das estruturas da orofaringe, placas confluentes de exsudato nas amígdalas, que podem se desprender facilmente com o abaixador de língua.	<i>H. influenzae</i> <i>M. catarrhalis</i> Estreptococo
Angina pseudomembranosa	Edema de mucosa e placas aderentes recobrem as amígdalas.	Estreptococo Pneumococo
Angina vesiculosa	Vesículas podem ser múltiplas e disseminadas e se rompem na mucosa bucofaríngea, dando lugar a ulcerações rasas e exsudato.	Coxsackie A Herpesvírus
Angina ulceronecrótica	Úlceras profundas associadas à necrose tecidual.	Germes fusospiralares

Fonte: adaptado de HCFMUSP, 2014⁴.

Faringotonsilites, faringoamigdalites ou tonsilites?

A cavidade oral possui um aglomerado de tecido linfóide, conhecido como anel linfático de Waldeyer, composto pelas tonsilas faríngeas (adenoide), palatinas (amígdalas) e lingual. As tonsilas são responsáveis pela primeira linha de defesa dos tratos digestório e respiratório contra agentes externos. Embora a tonsilite seja caracterizada pela inflamação das tonsilas palatinas, geralmente o quadro clínico vem acompanhado da inflamação de todo o anel linfático e, por isso, o nome faringotonsilites é atualmente o mais utilizado^{4,5}.

As FTs infecciosas estão relacionadas a um espectro de respostas inflamatórias que vão desde a mínima hiperemia da mucosa até o enantema com exsudação e formação de edema^{2,3}. O quadro agudo de tonsilite palatina é também conhecido como angina, classificada como eritematosa, eritematopultácea, pseudomembranosa, vesiculosa e ulceronecrótica^{4,6}.

Como o exame clínico auxilia no diagnóstico diferencial das FTs na infância?

Os principais dados da história clínica que auxiliam no diagnóstico de uma causa específica de dor de garganta incluem desconforto respiratório (associado a síndromes obstrutivas, como os abscessos); febre, presente nas síndromes infecciosas e inflamatórias; fadiga, característica da mononucleose; e início abrupto dos sintomas, geralmente associados a infecções bacterianas^{2,3}.

Outros fatores na história que podem ser importantes incluem comorbidades, imunizações, viagens, atividade sexual e recorrências frequentes. O paciente imunossuprimido é suscetível a uma série de infecções atípicas, incluindo

Candida albicans. A difteria raramente merece consideração, exceto em crianças não imunizadas. Com história de atividade sexual oral, a gonorreia faríngea pode ser uma preocupação. Episódios recorrentes de faringite são geralmente secundários a infecções por vírus respiratórios e/ou por *Streptococo* β -hemolítico do grupo A (GABHS), mas podem indicar síndrome da febre periódica, estomatite aftosa, faringite e adenite (PFAPA)^{2,7-10}.

No exame físico, alguns achados podem fornecer valiosas pistas para o diagnóstico. Estridor e dispnéia estão presentes nas síndromes obstrutivas; a esplenomegalia ocorre em mais da metade dos casos de mononucleose; o exantema está usualmente associado a infecções virais. Achados singulares em cavidade oral também podem direcionar o diagnóstico. Vesículas anteriores aos pilares tonsilares sugerem estomatite herpética ou síndromes não infecciosas, como a doença de Behçet e a síndrome de Steven-Johnsons, enquanto as mesmas vesículas localizadas no ápice dos pilares indicam a possibilidade de coxsackiose. A inflamação generalizada da mucosa oral, em uma criança persistentemente febril, sugere doença de Kawasaki. Um corpo estranho, como um osso de peixe, pode se alojar nas dobras das mucosas das tonsilas ou da faringe. A assimetria significativa das tonsilas com projeção destas além da linha média e desvio da úvula indica abscesso^{2,10-12}.

Há necessidade de exames laboratoriais?

A história e o exame físico serão muitas vezes suficientes para o diagnóstico. Estudos auxiliares podem ser úteis, desde que guiados previamente pelo exame clínico do paciente, a fim de evitar gastos e incômodos desnecessários^{8,11,13}.

O teste para a doença estreptocócica por detecção ou cultura de antígenos pode reforçar a hipótese de amigdalite estreptocócica, se houver história e exames compatíveis prévios, pois a identificação isolada de um microrganismo particular, por cultura ou detecção rápida de antígenos, não define a causa da faringite, uma vez que muitos organismos colonizam o trato respiratório superior sem provocar doença¹⁴⁻¹⁶.

Na suspeita de mononucleose, o teste heterófilo para o vírus Epstein-Barr (EBV), a linfocitose com predominância de linfócitos atípicos e o aumento dos níveis de aminotransferase são ferramentas úteis. Lactentes e pré-escolares podem ter infecção sintomática primária de EBV sem a produção de anticorpos heterófilos e a sorologia específica pode ser necessária para determinar o diagnóstico¹⁷⁻¹⁹.

Uma radiografia cervical lateral pode auxiliar na identificação de anormalidades na epiglote ou de abscesso retrofaríngeo na criança que apresenta disfagia ou dificuldade em movimentar o pescoço. O aumento da profundidade do espaço pré-vertebral, em nível da segunda vértebra cervical, quando comparado à medição anteroposterior do corpo vertebral adjacente, é sugestivo dessas doenças. Se o diagnóstico permanece incerto apesar das radiografias adequadas, deve ser obtida tomografia computadorizada²⁰.

Abordagem algorítmica

A tendência da maioria dos médicos é supor que a etiologia infecciosa é a causa da faringite na criança com dor de garganta. Entretanto, é necessário estar atento, inicialmente, aos sinais e sintomas que sugerem doenças mais graves, a fim de possibilitar diagnóstico e terapêutica precoces para esses casos (algoritmo 1)^{2, 21-23}.

Condições que têm potencial imediato de gravidade incluem epiglotite, abscessos retrofaríngeo e periamigdaliano e hipertrofia tonsilar intensa, esta geralmente como manifestação de mononucleose infecciosa. Deve-se pensar nesses diagnósticos sempre que a gravidade da dor de garganta for desproporcional aos achados no exame orofaríngeo¹¹. A apresentação clínica mais comum da epiglotite é a dor de garganta ou odinofagia associada a febre, disfonia, sialorreia, estridor ou dispnéia. Nos abscessos coexistem dor de garganta intensa (geralmente unilateral), febre, sialorreia e voz abafada; pode ocorrer trismo em quase dois terços dos casos. Os pacientes frequentemente têm edema e dor cervical e podem ter dor ipsilateral na orelha^{3,10,12}. Nas crianças e adolescentes que não apresentem uma das condições de risco de morte discutidas anteriormente e que não têm outra causa facilmente identificável de dor de garganta (por exemplo, corpo estranho), a causa mais provável de faringite é a infecção.

Algoritmo 1 - Abordagem inicial da FT na infância

As três causas infecciosas mais comuns das FTs são estreptococos, vírus respiratórios e infecção pelo EBV¹⁻³. A etiologia viral é responsável pela maioria dos casos. Entre as crianças de todas as idades que manifestam dor de garganta, a prevalência de GABHS é de 37%; se forem considerados apenas pacientes com menos de cinco anos de idade, a prevalência é ainda menor²⁴. As características clínicas sugestivas de etiologia viral incluem conjuntivite concomitante, coriza, tosse, rouquidão, estomatite anterior, lesões ulcerativas discretas, exantemas virais e/ou diarreia^{1,6,13,25}. Coinfecções com estreptococos e vírus podem ocorrer²⁴.

QUADRO 2. Causas infecciosas mais comuns de FT aguda em crianças e adolescent.

Etiologia	Quadro clínico sugestivo
Bacteriana	
GABHS	Início súbito, febre, cefaleia, dor abdominal, hiperemia e exsudato em tonsilas, petéquias em palato, linfadenomegalia cervical anterior. Agente bacteriano mais comum de amigdalite em Pediatria.
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Faringite não responsiva à terapêutica habitual, contato sexual orogenital (adolescentes sexualmente ativos e violência sexual).
<i>Fusobacterium necrophorum</i>	Febre alta, sintomas respiratórios importantes, dor ou edema cervical unilateral. Acomete prioritariamente adolescentes e adultos jovens.
<i>Arcanobacterium haemolyticum</i>	Predileção por adolescentes e adultos jovens; em 50% dos casos ocorre erupção generalizada escarlatiniforme não descamativa.
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Faringite e tosse persistente em adolescentes.
Virais	
Epstein-Barr	Febre, faringite intensa com exsudato proeminente, persistente e não responsiva à terapêutica habitual. Linfadenomegalia cervical volumosa, fadiga, esplenomegalia. Sintomas pouco proeminentes em pré-escolares. Rash após tratamento com amoxicilina.
Influenza A e B	Febre, tosse, cefaleia, mialgia, dor (que pode ser intensa) e hiperemia em faringe; exsudato tonsilar é incomum. Ocorrência epidêmica.
Enterovírus	Herpangina e doença mão-pé-boca: febre alta, prostração, vesículas em faringe posterior que podem estar acompanhadas de lesões em mãos e pés.
Adenovírus	Febre faringoconjuntival: febre, conjuntivite e hiperemia em tonsilas e faringe posterior. Exsudato pode estar presente.
Vírus respiratórios (Rhinovírus, Coronavírus, Parainfluenza)	Resfriado comum: sintomas nasais proeminentes, ocorrência sazonal.

Fonte: adaptado de Wald, 2016² e Shulman et al., 2012²⁵.

Causas infecciosas menos comuns em Pediatria

Vírus

Vírus da imunodeficiência humana (HIV) - a infecção primária pelo HIV pode causar uma síndrome retroviral aguda (semelhante à mononucleose infecciosa) em adolescentes sexualmente ativos ou raramente em crianças que foram vítimas de abuso sexual. O aparecimento dos sintomas ocorre em dias a semanas após a exposição inicial. As características clínicas incluem adenopatia cervical ou generalizada proeminente, queixas constitucionais persistentes (por exemplo, febre, perda de peso), linfopenia e níveis aumentados de aminotransferases. A dor de garganta acompanhada de ulceração mucocutânea dolorosa é uma manifestação frequente em adolescentes^{8,26}.

Herpes simplex vírus (HSV) - a faringite por HSV deve ser considerada em crianças e adolescentes com a lesão característica de enantema ou lábio ulcerativo. A

estomatite causada pelo HSV geralmente está confinada à mucosa bucal anterior, mas pode estender-se aos pilares amigdalianos, ocasionando dor intensa².

Outras bactérias

Estreptococos não pertencentes ao grupo A - os estreptococos dos grupos C e G podem causar faringite epidêmica e esporádica, clinicamente indistinguível da faringite por GABHS. No entanto, a infecção por esses grupos não está associada à febre reumática. O estreptococo do grupo C é considerado uma causa comum de faringite em estudantes universitários enquanto o do grupo G foi associado a surtos de faringite em crianças mais velhas²⁷.

Causas não infecciosas

Alergias - são as causas não infecciosas mais comuns da inflamação da faringe. Pacientes com alergias sazonais ou ambientais, adolescentes fumantes e crianças expostas

ao fumo passivo podem ter episódios intermitentes de faringite não infecciosa. O ar mal umidificado em casa ou no local de trabalho, particularmente no inverno, também pode ser associado à FT, com aspecto inflamatório pouco pronunciado. O quadro é geralmente transitório, com duração inferior a 24 horas^{21,28}.

Corpo estranho - ocasionalmente, um objeto estranho, como um osso de peixe, pode ficar embutido na faringe. Acidentes com álcalis podem causar lesão química e dor na cavidade oral. Usualmente esses achados ocorrem no contexto de uma ingestão conhecida e são acompanhados por lesões típicas ao exame físico²¹.

Dor referida - ocorre na inflamação das estruturas extrafaríngeas, como abscessos dentários, adenite cervical e otite média. Após história completa, exame físico e cultura de garganta, algumas crianças que se queixam de dor de garganta podem não ter explicação orgânica para a sua queixa. Nesses casos, o médico deve considerar a possibilidade de ansiedade, às vezes associada à deglutição frequente ou difícil (*globus hystericus*)^{21,29}.

Doença de Kawasaki - caracteriza-se por febre alta de causa indeterminada por mais de cinco dias, associada a pelo menos quatro dos cinco seguintes achados: congestão ocular bilateral; alterações de boca e cavidade oral sem lesões aftosas; eritema palmar ou plantar, edema endurecido ou descamação em extremidades; exantema polimorfo de corpo e tronco, sem vesículas ou crostas e adenopatia cervical. Em caso de febre associada a menos de quatro critérios, o achado de alteração coronariana é suficiente para o diagnóstico da doença. Acomete principalmente crianças menores de cinco anos, com pico de incidência dos seis aos 18 meses e é mais comum em meninos e em descendentes de asiáticos³⁰.

Febre periódica com estomatite aftosa, faringite e adenite (síndrome PFAPA) - doença benigna e autolimitada de etiologia desconhecida. Caracteriza-se por episódios cíclicos de febre, estomatite, faringite e adenite, que ocorrem por período menor que sete dias, a cada quatro semanas aproximadamente. Os ciclos de manifestações podem durar quatro a oito anos. No período intercrise a criança é assintomática e não apresenta repercussões clínicas em seu crescimento e desenvolvimento. Acomete mais meninos que meninas e casos familiares são raros³¹.

A febre tem início abrupto, mas pode vir acompanhada de pródromos como mal-estar, irritabilidade, dor de garganta e úlceras aftosas, seguidos de exsudato tonsilar e adenopatia cervical. Antes do reconhecimento da periodicidade, os episódios são geralmente atribuídos a FTs infecciosas. Leucocitose moderada, aumento da

velocidade de hemossedimentação (VHS) e da proteína C reativa (PCR) estão normalmente presentes durante os episódios, normalizando-se entre os ataques^{32,33}. Prednisona, em doses de 1 a 2 mg/kg por via oral em dose única, no início da febre, tem efeito dramático no alívio dos sintomas, mas são pouco eficazes em reduzir o intervalo entre as crises³³.

CONCLUSÃO

As FTs são doenças frequentes da infância e fazem parte da rotina do atendimento pediátrico. Entretanto, as medidas diagnósticas e terapêuticas para esse quadro são, muitas vezes, empíricas e não padronizadas. Em um cenário abrangente de etiologias, o exame clínico bem feito e o conhecimento dos diagnósticos diferenciais possíveis devem ser valorizados como ferramentas úteis e imprescindíveis, que auxiliarão a tomada de decisão em relação à melhor opção terapêutica, resultando em redução de exames complementares e tratamentos desnecessários. Tais medidas beneficiam as crianças com infecções respiratórias comuns, por resultarem em menos intervenções e baixos custos, permitindo o diagnóstico e a intervenção precoces nos quadros graves e o seguimento para elucidação diagnóstica de causas menos comuns, em casos selecionados.

REFERÊNCIAS

1. Vincent MT, Celestin N, Hussain AN. Pharyngitis. Am Fam Physician. 2004; 69(6):1465-70.
2. Wald ER. Group A streptococcal tonsillopharyngitis in children and adolescents: clinical features and diagnosis. Waltham, MA: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/group-a-streptococcal-tonsillo-pharyngitis-in-children-and-adolescents-clinical-features-and-diagnosis?Source=search_result&search=tonsillitis&selectedTitle=5~106.
3. Ebell MH, Smith MA, Barry HC, Ives K, Carey M. The rational clinical examination. Does this patient have strep throat? JAMA. 2000; 284:2912-8.
4. Zamboni LGC, Freire C. Faringotonsilites. Seminários ORL HCFMUSP; 2014. Disponível em: www.otorrinousp.org.br/imageBank/aulas/aula_77.doc.
5. Almeida ER, Rezende VA, Butugan O. Anel linfático de Waldeyer: aspectos imunológicos. Rev Bras Otorrinolaringol. 1998; 64:507-12.

6. Fontes MJF, Andrade CR, Pedrosa BF, Affonso AGA, Rodrigues MESM. Infecções respiratórias agudas. In: Leão E, Correa EJ, Mota JAC, Viana MB (eds.). *Pediatria ambulatorial*. 5 ed. Belo Horizonte: COOPMED. 2013; 632-6.
7. Shaikh N, Swaminathan N, Hooper EG. Accuracy and precision of the signs and symptoms of streptococcal pharyngitis in children: a systematic review. *J Pediatr*. 2012; 160:487-93.
8. Cohen JF, Cohen R, Levy C, Thollot F, Benani M, Bidet P, Chalumeau M. Selective testing strategies for diagnosing group A streptococcal infection in children with pharyngitis: a systematic review and prospective multicentre external validation study. *CMAJ*. 2015; 187:23-32.
9. Lin MH, Fong WK, Chang PF, Yen CW, Hung KL, Lin SJ. Predictive value of clinical features in differentiating group A beta-hemolytic streptococcal pharyngitis in children. *J Microbiol Immunol Infect*. 2003; 36:21-5.
10. Bisno AL. Acute pharyngitis. *N Engl J Med*. 2001; 344:205-11.
11. Dagnelie CF, Bartelink ML, van der Graaf Y, Goessens W, de Melker RA. Towards a better diagnosis of throat infections (with group A beta-haemolytic streptococcus) in general practice. *Br J Gen Pract*. 1998; 48:959-62.
12. Autores???. Amigdalites agudas. In: Costa SS (coord.). *Guideline IVAS Infecções de Vias Aéreas Superiores*. São Paulo: Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervico Facial, 2007. Disponível em: http://www.aborlccf.org.br/imageBank/guidelines_completo_07.pdf.
13. Sih T. Tonsilite viral ou bacteriana? In: Sih T, Chinski A, Eavey R, Godinho R (eds.). *IV Manual de otorrinolaringologia pediátrica da IAPO*. Guarulhos: Lis. 2006; 57-60.
14. Araujo BC, Imamura R, Sennes LU, Sakae FA. Papel do teste de detecção rápida do antígeno do estreptococcus beta-hemolítico do grupo A em pacientes com faringoamigdalites. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2006; 72(1):12-6.
15. Baron EJ, Miller JM, Weinstein MP, Richter SS, Gilligan PH, Thomson RB, et al. A guide to utilization of the microbiology laboratory for diagnosis of infectious diseases: 2013 recommendations by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society for Microbiology (ASM). *Clin Infect Dis*. 2013; 57:22-121.
16. Lean WL, Arnup S, Danchin M, Steer AC. Rapid diagnostic tests for group A streptococcal pharyngitis: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2014; 134(4):771-81.
17. Ebell MH, Call M, Shinholser J, Gardner J. Does this patient have infectious mononucleosis?: The rational clinical examination systematic review. *JAMA*. 2016; 315:1502-9.
18. Rush MC, Simon MW. Occurrence of Epstein-Barr virus illness in children diagnosed with group A streptococcal pharyngitis. *Philadelphia: Clin Pediatr*. 2003; 42:417-20.
19. Freire LMS, Vasconcellos MC, Andrade GMQ, Fernandes RAF. Diagnóstico diferencial das adenomegalias. In: Leão E, Correa EJ, Mota JAC, Viana MB (eds.). *Pediatria Ambulatorial*. 5 ed., Belo Horizonte: COOPMED. 2013; 381-82.
20. Durazzo MD, Pinto FR, Loures MSR, Volpi EM, Nishio S, Brandão LG, et al. Deep neck spaces and their interest in cervical infections. *Rev Assoc Med Bras*. 1997; 43(2):119-26.
21. Renner B, Mueller AC, Shephard A. Environment and non-infectious factors in the aetiology of pharyngitis: sore throat. *Inflam Res*. 2012; 61:1041-52.
22. Balbani APS, Montovani JC, Carvalho LR. Faringotonsilites em crianças: visão de uma amostra de pediatras e otorrinolaringologistas. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2009; 75(22):139-46.
23. Sih TM, Bricks LF. Otimizando o diagnóstico para o tratamento adequado das principais infecções agudas em otorrinopediatria: tonsilite, sinusite e otite média. *Rev Bras Otorrinol*. 2008; 74(18):755-62.
24. Shaikh N, Leonard E, Martin JM. Prevalence of streptococcal pharyngitis and streptococcal carriage in children: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2010; 126:557-64.
25. 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. *Infect Dis Soc Am Clin Infect Dis*. 2012; 55(10):86-102.
26. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Belo Horizonte. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Superintendência de Atenção Primária. *Infecção pelo HIV e AIDS: prevenção, diagnóstico e tratamento na atenção Primária*. Rio de Janeiro: SMS. 2016; 83 p.

27. Zaoutis T, Attia M, Gross R, Klein J. The role of group C and group G streptococci in acute pharyngitis in children. *Clin Microbiol Infect.* 2004; 10:37-40.
28. Mackinen TM, Juvonen R, Jokelainen J, Harju TH, Peitso A, Bloigu A, et al. Cold temperature and low humidity are associated with increased occurrence of respiratory tract infections. *Respir Med.* 2009; 103(3):456-62.
29. Gerber MA. Diagnosis and treatment of pharyngitis in children. *Pediatr Clin North Am.* 2005; 52:729-47.
30. Castro PA, Urbano LMF, Costa IMC. Doença de Kawasaki. *An Bras Dermatol.* 2009; 84(4):317-31.
31. Tasher D, Somekh E, Dalal I. PFAPA syndrome: new clinical aspects disclosed. *Arch Dis Child.* 2006; 91(12):981-4.
32. Padeh S. Periodic fever with aphthous stomatitis, pharyngitis, and adenitis (PFAPA syndrome). Waltham, MA: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/periodic-fever-with-aphthous-stomatitis-pharyngitis-and-adenitis-pfapa-syndrome?Source=search_result&search=diagnostico%20diferencial%20de%20amigdalite&selectedTitle=6~106.
33. Rigante D, Vitale A, Natale MF, Lopalco G, Andreozzi L, Frediani B, et al. A comprehensive comparison between pediatric and adult patients with periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and cervical adenopathy (PFAPA) syndrome. *Clin Rheumatol.* 2017; 36(2):463-8.