

Faringotonsilites Recorrentes

Edigar Rezende de Almeida e Luiz Bellizia Neto

Introdução

Luiz Bellizia Neto

Um dilema muito freqüente para o pediatra é o atendimento de um paciente com história de tonsilites recorrentes, e quando indicar uma tonsilectomia. Em primeiro lugar, deve-se sempre que possível precisar o diagnóstico através de teste rápido para pesquisa do antígeno estreptocócico na garganta, dado que a grande maioria das infecções tem etiologia viral. Posto isto, na indicação da tonsilectomia, mais que o número de infecções bacterianas por ano ou semestre, devemos avaliar o impacto da enfermidade no estado nutricional da criança, no absentismo escolar e na vida da família, bem como avaliar os riscos e benefícios do tratamento cirúrgico para uma determinada criança.

Considerações gerais

Edigar Rezende de Almeida

A faringotonsilite (FT) recorrente é descrita quando episódios recorrentes ou freqüentes de infecções agudas atingem as tonsilas palatinas, faríngeas, bem como a mucosa faríngea. Alguns autores quantificam estes episódios agudos com relação ao tempo (sete episódios em um ano, cinco episódios por ano em dois anos seguidos ou três episódios em três anos consecutivos) para caracterizarem a FT recorrente e assim, como Paradise, indicarem ou não o procedimento cirúrgico. Por definição, a infecção de garganta deveria incluir uma das seguintes características: temperatura maior que 38,5°C, adenopatia cervical maior que 2cm, exsudação na tonsila palatina e cultura positiva para o *Streptococcus pyogenes* do grupo A (GAS) que é o teste padrão-ouro com aproximadamente 95% de especificidade na identificação deste microorganismo. Obviamente, a história clínica e o exame do paciente permitirão um diagnóstico que orientará a conduta a ser tomada. Existe também o exame diagnóstico de detecção rápida, para um grupo específico de hidratos de carbono, que incluem imunoenaios e aglutinação enzimática com látex. Habitualmente, apesar da especificidade do teste rápido para detecção do GAS (QuickVue +® Strep A Teste) * ser maior do que 90%, pode existir um índice de falsos positivos de 15%, e a sensibilidade pode variar entre 60 e 90% (dependendo do local onde o material para o exame foi obtido, como hospitais, clínicas, consultórios).

Deve ser feito o diagnóstico diferencial entre recaída da infecção ou recorrência. A recaída ocorre quando o processo infeccioso reagudiza-se, e é pelo mesmo agente

* Existe um kit comercial - QuickVue +® Strep A Teste (Quidel Corporation, San Diego, California, USA)
www.quidel.com

infeccioso original, que não foi totalmente debelado. Assim, uma FT tratada com antibiótico inadequado ou com dose insuficiente ou por um período de tempo incerto, pode possibilitar uma recaída do processo infeccioso.

No caso de recorrência o agente infeccioso é diferente daquele que causou a infecção precedente, independente do intervalo entre os episódios. Em se tratando de FT recorrente, é necessário conceituar a FT crônica que também é insuficientemente definida na literatura, mas muitos autores consideram que, dor de garganta, superior a três meses, associada à inflamação tonsilar seria a melhor definição de FT crônica. Esta condição pode estar associada à halitose, presença de caseum nas criptas tonsilares, eritema peritonsilar, e adenopatia cervical persistente. A FT crônica pode ocorrer tanto em tonsilas hiperplásicas, quanto em tonsilas de pequenas dimensões, inclusive nas atróficas e ocultas atrás dos pilares tonsilares. A própria repercussão sistêmica da FT crônica é muito pouco específica. Outras entidades clínicas como refluxo gastroesofágico, tonsilite lingual e rinite alérgica podem causar sintomas semelhantes e devem ser excluídas.

Vários fatores predis põem ou favorecem a ocorrência de FT recorrentes, como: uso abusivo e incorreto de antibióticos, alterações da microbiota loco-regional, mudanças estruturais no epitélio das criptas e algumas infecções virais.

A etiologia de maior parte dos episódios de FT é viral, seja nos pacientes com número restrito de episódios agudos, seja nas FT recorrentes. Os agentes virais são largamente preponderantes nos primeiros anos de vida. O vírus Epstein-Barr (EBV) causa infecção freqüente em crianças, e pode persistir em linfócitos da tonsila palatina e induzir a tonsilites posteriores, pois podemos encontrar EBV tanto em FT recorrentes quanto em casos de hiperplasia tonsilar. A principal etiologia bacteriana da FT é o *Streptococcus pyogenes* do grupo A (GAS) que, devido à sua morbidade, confere importância a esta afecção da via aérea superior, com papel significativo e com prevalência maior entre os cinco e 15 anos de idade.

A razão da diferença etiológica nas crianças menores e nas escolares parece decorrer da passagem transplacentária de anticorpos (IgG) da mãe para os recém-nascidos e principalmente pelo número reduzido de sítios receptores de *Streptococcus* spp na faringe dos lactentes. As recaídas de infecções estreptocócicas são por vezes devido à presença de outras bactérias como: *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella cararrhalis* que atuam produzindo beta-lactamase, enzimas inativadoras da penicilina e, cefalosporinas, podendo dificultar a erradicação do GAS durante a terapêutica com antibióticos beta-lactâmicos. Seria oportuno lembrar que as bactérias anaeróbias fazem parte da flora normal da faringe e são capazes de interferir com o crescimento “*in vitro*” do GAS, bem como de qualquer outro patógeno microbiano potencial.

As tonsilas de crianças com história de infecções recorrentes pelo GAS contêm menos bactérias aeróbias e anaeróbias, em seu interior, **com capacidade de interferência com o GAS**, do que nas crianças sem essa história clínica. Este fato sugere que a presença destas bactérias (aeróbias e anaeróbias) possa desempenhar um papel na prevenção das infecções pelo GAS.

Brook e Foote encontraram flora polimicrobiana aeróbia e anaeróbia no *core* de

tonsilas normais e tonsilas recorrentemente inflamadas. Entretanto, o número de várias espécies e a concentração de bactérias foi maior em crianças com FT recorrentes causadas pelo GAS. A microbiologia da tonsilite de crianças é diferente dos adultos, mais cepas bacterianas por tonsila são identificadas em adultos do que em crianças. O GAS é mais encontrado em crianças. Entretanto, bactérias produtoras de beta-lactamases são mais isoladas em adultos. As bactérias anaeróbias predominam no *core* das tonsilas de crianças e adultos com tonsilite recorrente causada pelo GAS, em muitos casos sem a presença de outra bactéria aeróbia.

Uma concentração maior de *Staphylococcus aureus* e *Haemophilus influenzae* é encontrada em tonsilas hipertróficas (tanto puramente obstrutivas, quanto nas tonsilites recorrentes obstrutivas) quando comparadas com a tonsilite recorrente sem hipertrofia. Estes achados sugerem a presença de uma concentração bacteriana maior em tonsilas hipertróficas puras e tonsilas hipertróficas com infecções recorrentes. Há estudos que indicam a presença de bactérias anaeróbias, predominantes no *core* tonsilar de pacientes com tonsilite recorrente, não causada pelo GAS, e nos que apresentam hipertrofia tonsilar.

A resposta clínica a antibióticos eficazes contra anaeróbios em pacientes com mononucleose infecciosa (MI) e tonsilite **não causada** pelo GAS dá suporte ao papel dos anaeróbios nas tonsilites. O metronidazol alivia os sintomas clínicos da hipertrofia tonsilar e diminui a duração da febre na MI, e o mesmo não possui atividade antiviral ou contra aeróbios, sendo somente eficaz contra anaeróbios. O aspecto histológico encontrado nas infecções tonsilares recorrentes e nas persistentes é semelhante, pressupondo uma única entidade clínica. Microbiologicamente há uma semelhança entre as FT crônicas e as FT recorrentes. É possível que o quadro de FT crônica seja mais freqüente do que se pense e, certas FT crônicas, com pequena repercussão local, apresentem repercussão sistêmica relativa. Sob o ponto de vista imunológico, os linfócitos tonsilares de pacientes com FT recorrentes mostram produção significativa de IgG, tanto a nível basal quanto em consequência de estimulação antigênica. Entretanto, têm uma viabilidade linfocitária relativamente baixa, embora conservem uma resposta ativa para bactéria predominante em seu interior, mostrando primeiramente uma resposta de anticorpo por memória (anamnésica), e produzem IgA em resposta a patógenos bacterianos.

Tratamento

Em geral, a penicilina/amoxicilina é o antimicrobiano de eleição no tratamento da FT recorrente, todavia deve ser considerado que a microbiologia, nos casos de recorrência, deverá incluir além do *Streptococcus pyogenes* do Grupo A (GAS), o *Streptococcus* não do Grupo A, *Corynebacterium diptheria*, *Corynebacterium haemolyticum*, *Neisseria* spp, e *Chlamydia* spp. Ainda devemos lembrar que os co-patógenos produtores de beta-lactamase podem diminuir a atividade terapêutica da penicilina, levando à persistência do GAS. Nestes casos, os antimicrobianos que tenham ação contra produtores de beta-lactamase deverão ser administrados na dose e tempo adequado para um tratamento eficaz. Na FT crônica a antibioticoterapia para os microorganismos anaeróbios e

produtores de beta-lactamase, como a clindamicina ou a amoxicilina/clavulanato poderá ser indicada por um período de até três semanas.

Nos casos em que o tratamento clínico se mostrar ineficaz pode-se adotar os **critérios de Paradise para indicar a tonsilectomia:**

- 1 – sete episódios agudos em um ano;
- 2 – cinco episódios agudos por ano, em dois anos consecutivos, ou
- 3 – três episódios de infecção aguda por ano, em três anos consecutivos.

Lembrar que cada episódio deverá apresentar as características clínicas seguintes: febre maior de 38,5°C, exsudato tonsilar, aumento dos linfonodos cervicais maior que 2cm e/ou linfonodos cervicais sensíveis e positividade para o GAS.

Obviamente, como nada em Medicina é absoluto, o bom senso e a avaliação clínica de cada paciente são fundamentais para orientar a conduta a ser tomada tanto clínica quanto cirúrgica. A tonsilectomia em crianças com FT recorrentes tem se mostrado eficaz e melhorado a qualidade geral de vida destas crianças operadas.

Leituras recomendadas

1. Brook I. O papel das bactérias anaeróbias nas tonsilites. In: Sih T, Chinski A, Eavey R, Godinho R (Eds) IV Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO, Ed. Lis Gráfica & Editora Ltda, Guarulhos, SP, Brasil p. 60-73, 2006.
2. Casselbrant M. Atualização nas Indicações e Contra Indicações das Adenotonsilectomias. In: Sih T (Ed.) Infecção em Otorrinopediatria. Ed Revinter Ltda, Rio de Janeiro, Brasil, p. 63-7, 2004.
3. Discolo CM, Darrow DH, Koltai PJ. Indicações de tonsilectomia decorrentes de causas infecciosas. In: Sih T, Chinski A, Eavey R (Eds) II Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO. Ed Guebecor World, São Paulo, Brasil, p. 114-28, 2003.
4. Ejzemberg B. Diagnóstico e conduta na tonsilite crônica. In: Sih T, Chinski A, Eavey R, Godinho R (Eds) V Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO. Ed. Lis Gráfica & Editora Ltda, Guarulhos, SP, Brasil, p. 102-7, 2000.
5. Endo LH, Ferreira D, Montenegro MCS, Pinto GA, Altemani A, Bortoleto AE, Vassalo J. Detection of Epstein-Barr Virus in tonsillar tissue of children and the relationship with recurrent tonsillitis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 58(1): 9-15, 2001.
6. Goldstein NA, Stewart MG, Witsell DL, Hannley MT, Weaver EM, Yueh B, Smith TL, Orvidas LJ. Quality of life after tonsillectomy in children with recurrent tonsillitis. Otolaryngology – Head and Neck Surgery. 138:59-516, 2008.
7. Gul M, Okur E, Ciragil P, Yildirim I, Aral M, Kilie MA. The comparison of tonsillar surface and core cultures in recurrent tonsillitis. American Journal of Otolaryngology – Head and Neck Medicine and Surgery. 28:173-6, 2007.
8. Sanchez FG, Deutsch E. Tonsilectomia na Tonsilite Recorrente: Sim ou Não? In: Sih T, Chinski A, Eavey R, Godinho R (Eds) IV Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO, Ed Lis Gráfica & Editora, Guarulhos, SP, Brasil, p 75-8, 2006.