

Tonsilite Viral ou Bacteriana?

Tania Sih

Quando falamos de tonsilite (antigamente amigdalite), o correto seria a denominação de faringotonsilite (FT), uma vez que na faringe existem os cordões laterais com o mesmo tipo de tecido que compõe o Anel Linfático de Waldeyer. Dificilmente o paciente terá uma tonsilite isolada, geralmente é o Anel Linfático como um todo que está comprometido, portanto o correto seria dizer faringotonsilite. A mesma analogia poderia ser feita com a sinusopatia, pois o tecido nasal também estaria comprometido num caso de alergia ou infecção, e o paciente seria portador de uma rinossinusopatia.

Faringotonsilites bacterianas

Existem várias etiologias para a FT aguda. Entre os microorganismos bacterianos, a principal bactéria mais comumente associada com a FT em crianças é o *Streptococcus pyogenes* do Grupo A (GAS ou Group A *Streptococcus*), também conhecido como GABHS (Group A beta-hemolytic *Streptococcus*). Sabemos que pela classificação de Lancefield existem 18 grupos de estreptococos, inclusive com possibilidade de faringites pelos Grupos C, G e B; entretanto estas são diferentes das FT causadas pelo GAS, que podem estar associadas a seqüelas supurativas enquanto que os outros grupos de *Streptococcus* não estão.

Em geral as FT causadas pelo GAS são benignas, autolimitadas, sem complicações. Entretanto, em um pequeno número de pacientes afetados pode existir a possibilidade do desenvolvimento de uma doença grave, a fasciíte necrosante e seqüelas como complicações renais e cardíacas, na seqüência de uma infecção pelo GAS. Como existem evidências que o tratamento precoce para infecções provocadas pelo GAS, com antibiótico, é eficaz, é imperativo um diagnóstico e terapêutica adequados.

O pico de incidência de infecções causadas pelo GAS ocorre no inverno e primavera, em crianças e adolescentes, em especial naquelas onde o contato é muito próximo, como nas escolas. A transmissão seria por meio de gotículas de saliva, com período de incubação entre 1-4 dias. No Brasil, estudos realizados com crianças entre 2-12 anos de idade, demonstram a positividade de cultura para o GAS em 24% das FT agudas

Os sinais e sintomas da FT causada pelo GAS variam de uma dor de garganta e mal estar moderados (30 a 50% dos casos), até febre alta, náusea, vômitos e desidratação (10% dos casos). O início é abrupto, agudo, caracterizado por

odinofagia, febre alta, cefaléia e dor abdominal. A mucosa faringotonsilar está tipicamente hiperemiada, ocasionalmente com edema, com exudato presente em 50-90% dos casos. A adenopatia cervical é muito comum (30-60% dos casos). O exantema escarlatiniforme, quando se apresenta na forma clássica é bastante indicativo de infecção bacteriana, porém é pouco frequente. De acordo com alguns estudos, as petéquias no palato, exudato tonsilar e gânglios dolorosos poderiam ser sinais e sintomas predominantes nas FT estreptocócicas, e em outras amostras, a odinofagia e o exantema escarlatiniforme têm significância estatística em casos de FT pelo GAS. Entretanto, mesmo em amostras semelhantes, os sinais e sintomas variam de estudo para estudo.

Recentemente, foi identificada uma alteração (PANDAS – pediatric autoimmune neuropsychiatric) associada com infecções pelo GAS, onde distúrbios compulsivos/obsessivos (como a preocupação de lavar muitas vezes as mãos, com medo de contaminação por microorganismos, ou a necessidade de urinar a toda hora, sem ter infecção urinária) são relevantes.

Para o diagnóstico etiológico definitivo de uma FT causada pelo GAS a cultura da tonsila, das criptas tonsilares ou da faringe é o teste padrão-ouro, com aproximadamente 95% de acurácia na identificação do GAS. Existe também o teste diagnóstico de detecção rápida, para o grupo específico de carboidratos, que incluem imunoenaios enzimáticos e aglutinação com látex. Apesar da especificidade do teste rápido para a detecção do GAS (Quick Vue +® Strep A Test*) ser maior de 90%, existe um índice de falsos positivos de 15% e a sensibilidade varia entre 60-90% (dependendo do local onde foi colhido o material para o teste, como hospitais, clínicas, consultórios). Como resultado, muitos médicos advogam a idéia da cultura da garganta para uma criança com suspeita de FT estreptocócica, quando o teste rápido para o estreptococo for negativo. Testes sorológicos como a elevação de ASLO (anti-estreptolisina O) devem ser interpretados com cuidado, uma vez que a estreptolisina O também é elaborada pelos *Streptococcus* C e G, títulos que também variam com a idade e com o uso de alguns antibióticos.

A orientação da Academia Americana de Pediatria de 1994 é a de empregar métodos microbiológicos, de preferência cultura de orofaringe, para a detecção do GAS.

O tratamento é indicado para todos os pacientes com teste rápido positivo para o antígeno do Grupo A. Quando o teste rápido for negativo, enquanto espera-se o resultado da cultura, há quem advogue a introdução do antimicrobiano durante alguns dias (enquanto não chega o resultado da mesma) e descontinuar o tratamento, se o resultado for negativo. Outros admitem que se possa aguardar o resultado da cultura só com medicamentos sintomáticos (para febre, dor, eventual desidratação), sem antibiótico, e só administrá-lo, se e quando o resultado da mesma for positivo.

Outras bactérias menos comuns que causam a FT são os *Streptococcus pyogenes* do Grupo C e G que dão uma infecção semelhante à provocada pelo GAS, porém de evolução autolimitante e sem a seqüela da febre reumática. A faringotonsilite pela *Neisseria gonorrhoeae* é rara e ocorre tipicamente em adolescentes (no

* O kit comercial pode ser encontrado - QuickVue+® Strep A (Quidel Corporation, San Diego, California, USA)

exame há concomitância de infecção genital com a FT). O papel do *Mycoplasma pneumoniae* e da *Chlamydia pneumoniae* como causas de FT é incerto; estas infecções geralmente são acompanhadas por outros sinais de infecção respiratória, especialmente tosse. A difteria é causa rara de FT, em especial, devido à imunização, e pode ser reconhecida por uma membrana faríngea acinzentada e assimétrica, estendendo-se para os pilares tonsilares, palato mole e úvula. O *Arcanobacterium hemolyticum* é infreqüente, e, se ocorrer, seria em adolescentes, apresentando um exantema escarlatiniforme, associado à faringotonsilite.

Faringotonsilites virais

A predominância de infecções virais é especialmente grande, em crianças < 3 anos de idade, um grupo etário onde dificilmente ocorre a FT causada pelo GAS. A irritação da faringe/tonsilas ocorre freqüentemente em pessoas com Rhinovírus, Adenovírus, Influenza, Parainfluenza, Vírus Respiratório Sincicial e infecção pelo vírus Epstein-Barr.

Os sinais e sintomas das FT com as infecções virais se sobrepõem muito às FT pelo GAS, entretanto também podem existir diferenças no quadro clínico. Crianças com infecções virais muitas vezes têm sinais e sintomas extra-faríngeos, como secreção nasal, conjuntivite, tosse e rouquidão. A infecção pelo adenovírus, causa comum de faringotonsilite exudativa prolongada, por exemplo, pode ser acompanhada por conjuntivite (febre faringoconjuntival), enquanto que, em infecções pelo vírus Epstein Barr podem ocorrer, como na mononucleose, linfadenopatia generalizada e esplenomegalia. Os vírus Cocksackie e Herpes Simplex, com freqüência causam estomatite, bem como faringite; lesões vesiculares ou ulcerativas podem estar presentes.

Conclusão

Em virtude da maioria dos episódios de FT não serem devidos ao GAS, a terapêutica antimicrobiana empírica resultaria em um tratamento excessivo com antibióticos. A disponibilidade de testes microbiológicos acurados (teste rápido para o *Streptococcus* do Grupo A e/ou cultura) para o diagnóstico de infecções causadas pelo GAS, torna eficaz a estratégia diagnóstica, com boa relação custo-benefício, representando uma abordagem correta para evitar o uso excessivo de antimicrobianos.

Infelizmente muitos médicos usam razões que não justificam o uso do antimicrobiano, talvez até porque os pais queiram um antibiótico, mesmo quando o microorganismo não é o GAS. Esta abordagem com antibióticos nas faringotonsilites leva à situação seguinte: nos Estados Unidos, ao redor de 70% das FT são tratadas com antibióticos, apesar de somente 15-25% de todas as faringotonsilites serem causadas pelo GAS. Um menor uso de antimicrobianos reduz a seleção de bactérias resistentes aos mesmos, tanto para os agentes presentes na via aérea – o *Streptococcus pneumoniae* e o *Haemophilus influenzae* – como para os presentes na pele e no tubo digestivo.

Os princípios do uso racional de antibióticos nas faringotonsilites deverão:

- basear o diagnóstico em testes microbiológicos laboratoriais (cultura e/ou teste rápido), juntamente com achados epidemiológicos e clínicos;
- tratar apenas as infecções causadas pelo GAS ou outras etiologias bacterianas específicas;
- selecionar a penicilina, que continua sendo o antimicrobiano de eleição.

Os sintomas e/ou sinais que caracterizam as faringotonsilites não servem como diagnóstico diferencial entre casos virais e bacterianos. Mesmo a combinação de sinais e/ou sintomas não pode diferenciar com certeza as faringotonsilites virais das bacterianas. O diagnóstico da faringotonsilite estreptocócica, em pacientes suspeitos clínica e epidemiologicamente, deverá ser estabelecido por meio de testes microbiológicos. O atendimento à criança com faringotonsilite deverá ser otimizado. Na avaliação inicial, o teste rápido ou a cultura, se possível, deverão ser realizados. A vantagem, para a Saúde Pública, é nítida: menor utilização de antibióticos e redução na velocidade de desenvolvimento de resistência de diversas bactérias. Frente a todas as evidências, a obrigatoriedade / normatização da pesquisa do *Streptococcus pyogenes* do Grupo A nas faringotonsilites agudas, antes da prescrição antibiótica, parece ser apenas uma questão de tempo.

Leitura recomendada

1. Schwartz B. Tonsilite viral ou bacteriana? In: Sih T. Infectologia em Otorrinopediatria. Revinter, Rio de Janeiro, 2002.
2. Zuquim SL. Diagnóstico clínico e laboratorial das faringotonsilites estreptocócicas na infância [dissertação]. São Paulo (SP); Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 1997.
3. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM, Kaplan EL, Schwartz RH. Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 35:113-125. 2002.
4. American Academy of Pediatrics. Group A Streptococcal Infections. In: Pickering LK, ed. Red Book: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases. 26th ed. Elk Grove Village (IL): American Academy of Pediatrics; p. 573-584. 2003.
5. Spadetto CC, Camara SM, Ingles MJA, Escuriet JM, Barcelo IC, Sanchez FR. Rational use of antibiotics in pediatrics: impact of a rapid test for detection of beta-haemolytic group A streptococci in acute pharyngotonsillitis. Ann Esp Pediatr. 52: 212-219. 2000.
6. QUIDEL Corporation [homepage on the Internet]. San Diego: c2003 Quidel Corporation [cited Jan 17] Procedure manual QuickVue+Strep A test for use by health care professionals; [about 54 screens] Available from: <http://www.quidel.com/libraries/pkginserts/RD/QuickVuePlusStrepA.pdf>.
7. Schwartz B, Marcy SM, Phillips WR, Gerber MA, Dowell SF. Pharyngitis: principle of judicious use of antimicrobial agents. Pediatrics. 101:171-174. 1998.