

Dilemas Diagnósticos entre Tonsilite Viral e Bacteriana

Mesa Redonda

Moderador: **Jayme Murahovshi**

Participantes: **Edigar R. de Almeida, Luiza H. Endo
e Sílvio Luiz Zuquim**

Prof. Dr. Jayme Murahovshi (Pediatria)

Em 1950, foi comprovada a associação entre as infecções estreptocócicas das tonsilas e a febre reumática. Em 1960, foi demonstrado que o tratamento adequado das tonsilites estreptocócicas, com a erradicação dos estreptococos, podia prevenir a febre reumática. Existe um número grande de infecções das tonsilas que podem ser virais ou bacterianas, e nem sempre é fácil distinguir umas das outras. Portanto, surge o dilema: ou tratar muitas tonsilites e faringites para não correr o risco de deixar de tratar algumas poucas tonsilites estreptocócicas, caindo assim no abuso de antibiótico ou, ao se tentar restringir o uso de antibióticos, eventualmente deixar passar alguns casos de tonsilites estreptocócicas com suas conseqüências temíveis. Por isso a questão: o diagnóstico foi de tonsilite; como diferenciar a viral da bacteriana?

Dr. Sílvio Luiz Zuquim (Pediatria)

Realmente esse é o grande problema do dia-a-dia que se enfrenta no consultório ou no Pronto Socorro. É difícil clinicamente concluir se a infecção é bacteriana ou viral. Partindo do princípio de que talvez não se tenha o teste rápido (QuickVue +® StrepA Test) ou de que não se tenha a cultura do exsudato (padrão ouro) e, sabendo que algumas tonsilites virais têm o mesmo aspecto clínico das tonsilites bacterianas, deve-se valorizar a idade. A incidência que varia de 10, 15 até 30% de tonsilite estreptocócica, associa-se a crianças entre 2-15 anos. Mas na faixa etária dos <5 anos, principalmente <3 anos, essa incidência é de apenas 2%-2,5% . Portanto, a criança pequena, muito provavelmente tem uma tonsilite viral, presumivelmente causada pelo adenovírus, mesmo com exsudato, com hiperemia e com adenomegalia. Uma criança mais velha, muito provavelmente, teria uma tonsilite bacteriana. Outros dados importantes que apontam para uma infecção bacteriana são cólica abdominal, vômito e cefaléia. O quadro clínico sugestivo de infecção viral envolve associação com tosse, conjuntivite, coriza e diarréia. Associando a idade da criança aos dados clínicos mencionados, mesmo que o aspecto da orofaringe seja semelhante, pode-se ter mais segurança para o diagnóstico etiológico.

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

Prof. Dr. Edigar Rezende de Almeida (Otorrino)

Quando o quadro é duvidoso, convém tratar essa criança sintomaticamente durante dois dias, e no retorno existem mais condições de esclarecer o diagnóstico. É óbvio que quando se pode fazer o diagnóstico, por meio de um teste antigênico rápido ou de cultura, isso deve ser feito. Na prática, em nosso meio, nem sempre é o que ocorre. Daí a importância desse curto acompanhamento com tratamento sintomático e posterior revisão. Se a dúvida persistir, convém tratar como se fosse estreptocócica, prescrevendo-se penicilina. A condição socioeconômica e cultural da família influencia tanto na conduta (a qual pode ser mais agressiva desde o início) quanto na escolha do antibiótico, que pode ser uma dose única de penicilina benzatina via intramuscular, ou amoxicilina oral por 10 dias.

A espera de dois ou três dias não acarreta grandes inconvenientes, porque sabemos que apenas 1% das faringotonsilites não tratadas podem levar à ocorrência de febre reumática e também que o adiamento de até 8 dias não aumenta o risco dessa grave complicação.

Prof. Dr. Jayme Murahovschi

O pediatra tem uma relação de amor e ódio com telefonemas e com retorno, mas não há outra maneira, na maioria das doenças, como nas tonsilites, de se fazer uma clínica eficiente. O acompanhamento freqüentemente é essencial para estabelecer o diagnóstico e a conduta adequada. *Pergunta*: “Uma criança de três anos, cuja mãe procura o médico relatando inflamações na garganta de repetição: — “Doutora, o meu filho vive com dor e inflamação de garganta, já não agüento mais. Toma antibiótico a cada 30 ou 45 dias, será que não seria melhor operar?”

Prof. Dra. Luíza H. Endo (Otorrino)

Em caso de uma criança de três anos com uma história de dores de garganta repetidas, devemos avaliar com cuidado o caso, antes de se indicar a cirurgia das tonsilas. Nesta faixa etária, as dores de garganta são, na maior parte das vezes, de etiologia viral, porém, não podemos afirmar isso, sem o acompanhamento das crises de dor de garganta. Lembrar que, crianças freqüentadoras de creches ou escolas, podem ter um número muito grande de infecções das vias aéreas superiores (IVAS) virais, acompanhadas de dor de garganta. O exame da cavidade oral, com uma boa anamnese, podem nos ajudar na confirmação diagnóstica e, em casos duvidosos, colher o material das tonsilas e faringe para realizar cultura para detecção do estreptococo. Se o acompanhamento confirmar que as infecções de repetição são de etiologia bacteriana, pode-se optar pela cirurgia.

Prof. Dr. Jayme Murahovschi

É comum a ocorrência de tonsilites bacterianas nos três primeiros anos de vida?

Prof. Dra. Luíza H. Endo

Não, não é comum. Devemos prestar atenção para este fato, pois a faringotonsilite na criança menor pode-se apresentar com exsudato, aliás, é por esse motivo que é denominada faringotonsilite exsudativa viral. O adenovírus é o responsável pelo maior número deste tipo de infecção. O exsudato com hiperemia das tonsilas sugere etiologia bacteriana nas crianças maiores. Quero lembrar que este mesmo aspecto pode ser visto também na faringotonsilite devido à mononucleose

(infecção pelo vírus Epstein Barr-EBV). Sempre que uma faringotonsilite se apresentar com sintomas tais como coriza, tosse, rouquidão e diarreia, lembrar que o quadro sugere fortemente ser uma etiologia viral.

Prof. Dr. Jayme Murahosvchi

Um ponto muito importante é saber a idade da criança. Não existe tonsilite estreptocócica antes dos 18 meses de idade. É muito rara entre um ano e meio e três anos. A partir dos cinco anos, o aumento da incidência é bastante evidente. Quando ocorre infecção, nessa criança com <2 anos de idade, quase certamente não tem tonsilite bacteriana sendo bem provável que ela tenha começado freqüentar a escolinha ou creche, onde as infecções respiratórias são muito freqüentes, principalmente nos primeiros anos de vida, quase sempre de origem viral. Nessa idade, aquele exsudato das tonsilas que é confundido com pús, pelo paciente e até pelo médico, realmente é um exsudato muito freqüentemente provocado pelo adenovírus.

Prof. Dr. Jayme Murahosvchi

Pergunta: “A espera de dois ou três dias para se iniciar o tratamento da tonsilite aumenta o risco de complicações?”

Prof. Dr. Silvio Luiz Zuquim

Foi feito um trabalho na Santa Casa de São Paulo, com uma população bastante carente da cidade. No grupo estudado, com 450 crianças, todas com o quadro clássico de tonsilite, a incidência de *Streptococcus pyogenes* do Grupo A foi de 27%. Desses 27%, as crianças <3 anos representaram apenas 2,5%, ou seja, é muito rara esta infecção nesta faixa etária, mesmo tendo exsudato e um quadro clínico suspeito. A cultura da garganta feita na Santa Casa é colhida hoje, por exemplo, e 24 horas depois o resultado já está disponível. Essa demora não acarreta maior incidência nem de glomerulonefrite (GNDA), nem de febre reumática já que diversos trabalhos mostram que pode-se esperar até 7 ou 8 dias, sem risco. Por outro lado, o benefício para o paciente e para a comunidade é evidente.

Adendo – recentemente, nova pesquisa efetuada no Pronto Socorro da Santa Casa de São Paulo, comparou o diagnóstico clínico, o teste rápido e a cultura. Os médicos tiveram a tendência de superestimar a indicação de antibiótico (recomendaram-no em 47% de culturas negativas) e também deixariam de tratar 21% dos casos positivos. O teste rápido deu 3% de falsos negativos e 6% de falsos positivos. Os autores recomendam o uso generoso do exame laboratorial para se evitar uma conduta inadequada em relação à antibioticoterapia. *Observação:* O custo individual do teste rápido é aproximadamente R\$ 5,00 em instituições, R\$ 9,00 em consultório (kits apropriados) e R\$ 71,00 em laboratório particular de alto nível.

Prof. Dr. Jayme Murahosvchi

O acompanhamento clínico por período curto além de não representar risco pode até ser benéfico. Algumas pesquisas demonstram que, ao esperar pelo menos 24-48 horas para começar o tratamento pode-se evitar recaídas ou recidivas, pois oferece chance ao organismo de ativar o seu sistema imunológico. Quando o tratamento é imediato esse sistema não é ativado e o risco de haver uma recidiva a curto prazo é maior.

Pergunta: “Pode-se pensar em tonsilite-adenoidite viral/bacteriana em uma criança que apresenta obstrução grave das vias aéreas superiores? Somente a tonsila inflamada pode ser responsável por isso? Será que pode ser adenoidite? Será que é viral ou é bacteriana?”

Prof. Dra. Luiza H. Endo

Existem algumas faringotonsilites virais tais como aquela provocada pelo vírus Epstein-Barr (EBV), que podem cursar com uma hipertrofia intensa de tonsilas e/ou adenóides. Este vírus, por ser de caráter linfoproliferativo, tem a tendência de provocar obstruções importantes de vias aéreas superiores (VAS), podendo até levar a criança a ser submetida à adenotonsilectomia de urgência. Em algumas tonsilites bacterianas podemos encontrar um aumento importante de volume, causando obstrução de VAS, porém, não é tão freqüente como encontramos nas faringotonsilites causadas pelo EBV. Só para lembrar que, antes de se indicar o procedimento de urgência nestes casos de obstrução, o uso de corticosteróide pode evitar o ato cirúrgico. Uma adenoidite (rinofaringite) bacteriana ou viral, isolada, pode também provocar obstrução das VAS. Neste caso, o exame que nos dará o diagnóstico, deverá ser realizado através de rinoscopia posterior (na criança maior) ou através de nasofibrosopia.

Prof. Dr Jayme Murahosvchi

Pergunta: “Às vezes a criança não quer abrir a boca e precisamos colher o material. Como é que se faz para abrir a boca para colher o material?”

Prof. Dr. Edigar Rezende de Almeida

Em uma eventualidade como essa, se não colhermos adequadamente o material, em quantidade suficiente e de maneira correta, os testes antigênicos rápidos têm uma sensibilidade extremamente baixa, podendo chegar a 30%. Em casos realizados no Hospital das Clínicas, SP, a positividade variou de 30 a 70-80% devido a diferenças entre examinadores. Então, num caso em que as dificuldades são grandes, se o quadro clínico e epidemiológico não puder excluir a possibilidade de infecção estreptocócica, indica-se o tratamento antibiótico.

Prof. Dr Jayme Murahosvchi

Como **conclusão**, dor de garganta com sinais de resfriado não é infecção estreptocócica. Inflamação da garganta em crianças <18 meses e, quase certamente, em criança <3 anos de idade, também não é estreptocócica. Por outro lado, temos os casos típicos de tonsilite estreptocócica do pré-escolar e do escolar. O acompanhamento por 2-3 dias é uma atitude valiosa para definir o diagnóstico etiológico. Para os casos em que persistir a dúvida, estão firmemente indicados os testes rápidos (QuickVue+® Strep A Test) e, eventualmente, a cultura para pesquisa do estreptococo na secreção das tonsilas.

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

Leitura recomendada

1. Santos AG, Berezin EN. Comparação entre métodos clínicos e laboratoriais no diagnóstico das faringotonsilites estreptocócicas. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81: 23-8.
2. Ejzemberg B. A conduta frente ao paciente com faringite aguda. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81:1-2.
3. Merrill B, Kalsberg G, Jankovski TA, Danis T. What is the most effective diagnostic evaluation of streptococcal pharyngitis? *J Fam Pract* 2004;53:737-8.
4. Darrow DH, Buescher ES – Group A streptococcal pharyngitis *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 10:449-54.
5. Schwartz B – Tonsilite viral ou bacteriana? In Sih T. *Infectologia pediátrica – Revinter*, 2001, p 47-51.