

Tonsilectomia na Tonsilite Recorrente: Sim ou Não?

Francisco Giménez Sánchez
Ellen Deutsch

Francisco Giménez Sánchez (Pediatra)

Tentarei dar a vocês o ponto de vista do Pediatra sobre a faringotonsilite recorrente. A maioria das tonsilites tem uma etiologia viral e somente entre 15-30% das mesmas são devidas ao *Streptococcus pyogenes* ou estreptococo do Grupo A (GAS), também conhecido como estreptococo beta-hemolítico. O diagnóstico microbiológico é o padrão ouro, seja por meio da cultura ou dos testes antigênicos (teste rápido para o estreptococo, o Quick Vue +® Strep A Test^{*}). Estes testes têm uma boa especificidade e sensibilidade, dependendo bastante da técnica de coleta. É importante pensar na criança que é uma portadora crônica do GAS. Crianças nesta situação são freqüentes e, no meu país (Espanha), 8,3% das crianças, entre 5-7 anos de idade, são portadoras crônicas do GAS. Estas crianças não apresentam risco para a febre reumática, tampoco têm tendência a complicações supurativas, não contagiam outras pessoas. Sempre recomendamos aos pais evitar a “estrepto fobia”, ou seja, pais completamente neuróticos com a possibilidade de seu(s) filho(s) estar(em) desenvolvendo uma tonsilite estreptocócica (strep throat).

Tonsilectomias estão entre as intervenções cirúrgicas mais freqüentemente realizadas no mundo. Existem muitas diferenças geográficas, dependendo do país, podendo ser mais ou menos freqüentes. Acredito que estamos todos cientes da falta de consenso entre otorrinos, generalistas e pediatras, com relação às indicações para a intervenção cirúrgica na tonsilite crônica, bem como na hipertrofia tonsilar com obstrução das vias aéreas (*kissing tonsils*). Um dos problemas que nos defrontamos, muitas vezes, é não haver uma definição clara do episódio diagnosticado como tonsilite.

As indicações cirúrgicas admitidas atualmente e que constam da maioria dos livros e compêndios médicos, com os quais estamos familiarizados, são os conhecidos critérios de Paradise, com sete episódios em um ano, cinco por ano, nos últimos dois anos, ou três por ano, nos últimos três anos. Em outros textos há

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

referências feitas a três ou mais episódios em um período de 12 meses de observação, todos os episódios documentados pelo otorrino ou pelo pediatra. São apenas números, em minha opinião, e porque cinco e não seis episódios, por exemplo?

A definição de tonsilite que é aceita e publicada por Paradise é a dor de garganta associada a um dos seguintes sinais e sintomas: temperatura oral $>38.3^{\circ}\text{C}$, exudato tonsilar ou faríngeo, linfadenopatia cervical e um *swab* faringotonsilar positivo para o GAS. Para estarmos certos do diagnóstico da faringotonsilite, devemos reunir os achados clínicos e epidemiológicos, com os dados microbiológicos. É importante tratar corretamente cada episódio de faringotonsilite. Para o médico, o número de episódios é baseado na informação dos pais. Os pais identificam a doença como dor e inflamação, febre alta, dificuldade para dormir, problemas respiratórios, epigastralgia, perda de apetite e, algumas vezes vômitos. Este conjunto de sinais e sintomas é geralmente identificado pelos pais, como sendo um episódio de tonsilite aguda. Torna-se muito claro e evidente que os pais confundem a faringotonsilite com resfriado comum. Isto é o que encontramos diariamente na nossa prática médica.

Com relação à indicação da tonsilectomia, está claro e todas as publicações médicas aceitam, que existe uma influência dos pais no momento que é feita a indicação da cirurgia. Neste sentido, como mencionamos anteriormente, os pais não diferenciam com clareza uma dor de garganta de um episódio de tonsilite. Existe um excesso de estimativa, uma tendência para superestimar o número de episódios de faringotonsilite que a criança apresentou dentro de um espaço de tempo, uma preocupação significativa do número de dias que a criança perdeu de escola, ausência do trabalho para os pais que a levaram ao médico, etc. Pertencemos a um tipo de sociedade na qual ambos, dias de trabalho perdidos e ausência da escola, representam perda econômica. Ainda estamos à procura de uma solução definitiva.

Finalmente, a recomendação que eu daria como pediatra sobre a tonsilectomia, seria no sentido de um exaustivo seguimento do pequeno-paciente, oferecer o tratamento adequado para o episódio agudo da tonsilite. Sempre “trabalhar” com a indicação cirúrgica individualizada para cada paciente, com base no que vemos. Sempre reexaminar o paciente antes da intervenção, pois algumas vezes pode existir uma remissão espontânea destes episódios agudos de tonsilite. O que vemos na literatura é a conveniência de tentar fazer um seguimento ou *follow-up* de estudos epidemiológicos nos pacientes que tiveram suas tonsilas removidas.

Ellen Deutsch (Otorrinolaringologista)

Existem complicações potenciais da tonsilectomia, como dor no período pós-operatório ou risco de sangramento após a cirurgia. Mas também temos que pensar que existem complicações potenciais de doenças de base bem como complicações potenciais da abordagem medicamentosa. Portanto, as decisões para o tratamento, sejam clínicas ou cirúrgicas, envolvem um balanço dos riscos.

Qual é o problema que há com a tonsilectomia? Qual é o problema de ter crises de tonsilite?

Existem complicações potenciais da tonsilite aguda: desconforto, desidratação e,

caso a infecção decorrer do *Streptococcus pyogenes* do Grupo A, podem ocorrer complicações potenciais, anteriormente mencionadas: escarlatina, febre reumática, doença cardíaca reumática, glomerulonefrite pós-estreptococo e coréia de Sydenham.

Episódios agudos de tonsilite podem causar alteração no sono, absenteísmo da escola. Este fato pode afetar o desempenho acadêmico da criança, sendo que, muitas vezes, neste sentido, várias ausências da escola, por curto período, podem ser mais nefastas que em um período mais longo. Também há um impacto na família, pois os pais se preocupam com a duração e gravidade de cada episódio individualizado, se preocupam com a frequência de episódios nos quais a criança adoeece, faltando a escola e os pais ao trabalho. Estas são preocupações legítimas. Episódios de tonsilites podem também ter repercussão financeira para a família, despesas incidentais com transporte, remédios e assistência médica, etc. E sobre o uso de antibióticos? Antibióticos são excelentes e melhoraram muito nossa qualidade de vida de forma fenomenal e têm sido responsáveis pela diminuição da morbidade decorrente da tonsilite. Eles desempenham um papel importante para tratar episódios ocasionais de tonsilite, particularmente as causadas pelo GAS. Porém eles também têm suas complicações potenciais. Podem causar diarreia, vômitos – algumas destas complicações são muito comuns e nós não pensamos nas mesmas como complicações: podem causar erupções cutâneas, as quais podem levar a criança a ser rotulada de alérgica àquele antibiótico. A criança pode desenvolver realmente uma alergia a um antibiótico, e raramente a doença do soro, eritema multiforme ou Stevens-Johnson como complicação da terapêutica antibiótica. Além disto, a antibioticoterapia pode levar ao desenvolvimento de microorganismos resistentes.

Antibióticos preventivos são ocasionalmente discutidos. Entretanto, parece ter pouca evidência, que os mesmos sejam eficazes no sentido de prevenir episódios recorrentes de tonsilite. Seu uso pode causar pressão seletiva, encorajando a resistência a antibióticos beta-lactâmicos.

Portanto, para quem a cirurgia estará indicada? Para crianças gravemente afetadas, o famoso estudo de Paradise et al de Pittsburgh, demonstrando que em cada grupo do estudo – seja do grupo randomizado ou não-randomizado – o resultado no grupo de crianças tonsilectomizadas foi consistentemente mais favorável que no grupo controle, dentro de um período de seguimento ou *follow-up* de três anos. Existem muitos mitos sobre a abordagem cirúrgica; a tonsilectomia não necessariamente envolve perda sangüínea, e também **NÃO AUMENTA O RISCO PARA A ASMA**. Também existe o mito que após a tonsilectomia a criança tem um risco maior para contrair infecções, bem como uma diminuição da síntese de IgA. O que se vê é o contrário: o número de episódios de infecção de garganta diminui após a tonsilectomia, e o nível de outras infecções não aumenta. **A TONSILECTOMIA NÃO ALTERA O SISTEMA IMUNE HUMORAL**, e não há um aparente aumento na frequência de infecções no período pós-operatório, quando comparados com controles pareados pela idade. No mesmo estudo, embora haja uma resolução espontânea da tonsilite recorrente, enquanto a criança aguarda a cirurgia, mais de 81% das

crianças neste grupo tiveram persistência dos seus sintomas, sugerindo que a cirurgia ainda estava indicada.

Portanto, para quem a tonsilectomia parece razoável? De acordo com a Academia Americana de Pediatria, crianças que têm muitos episódios de dores de garganta, com muita prostração, grau importante de gravidade, em especial se são causadas pelo GAS. Em minha opinião a palavra “muitas” é intencionalmente definida sem muita precisão. É muito vago. Também linfonodos cervicais edemaciados, presentes por pelo menos alguns meses, como resultado de tonsilite crônica. A tonsilectomia poderia também ser benéfica para crianças com doenças não habituais: poliarterite nodosa com tonsilite crônica, síndrome de PFAPA e psoríase. Em adultos, não esquecer a relação estreita da tonsilite com a pustulose palmo-plantar. Um outro grupo não habitual de pacientes são crianças oncológicas que tiveram transplante de medula óssea e que podem desenvolver uma doença linfoproliferativa da tonsila, algumas vezes com aspecto de tonsilite, fato este também encontrado, muitas vezes, em crianças pós-transplante de fígado. A tonsilectomia também pode ser considerada, caso existirem outras condições, como diabetes pobremente controlada, problemas de válvula cardíaca e *shunts* ventriculoperitoneais.

Resumindo, os riscos e benefícios da cirurgia, bem como os riscos de doença de base, e o impacto na criança e na família devem ser considerados. A tonsilectomia também pode ser benéfica para crianças com tonsilite recorrente.

Leitura recomendada

1. Gigante J. Tonsillectomy and adenoidectomy. *Pediatr Rev.* 2005 Jun;26(6):199-202.
2. McKerrow W. Tonsillitis. *Clin Evid.* 2004 Jun;(11):729-34. Review.
3. van Staaik BK, van den Akker EH, van der Heijden GJ, Schilder AG, Hoes AW. Adenotonsillectomy for upper respiratory infections: evidence based? *Arch Dis Child.* 2005 Jan;90(1):19-25. Review.
4. Fujihara K, Goto H, Hiraoka M, Hayashi M, Hotomi M, Tamura S, Kuki K, Yamanaka N, Koltai PJ. Tonsillitis index: An objective tool for quantifying the indications for tonsillectomy for recurrent acute tonsillitis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2005 Jun 23.
5. Erdag TK, Ecevit MC, Guneri EA, Dogan E, Ikiz AO, Sutay S. Pathologic evaluation of routine tonsillectomy and adenoidectomy specimens in the pediatric population: Is it really necessary? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2005 Jun 14.
6. Yammine NV, Alherabi A, Gerin-Lajoie J. Post-tonsillectomy subcutaneous emphysema and pneumomediastinum. *J Otolaryngol.* 2004 Dec;33(6):403-4.