

# *Diagnóstico e Conduta na Tonsilite Crônica*

*Bernardo Ejzenberg*

A tonsilite crônica é uma doença que se caracteriza por infecção persistente das tonsilas. A simplicidade desta definição está distante da prática pediátrica e otorrinolaringológica, havendo muitas vezes dúvida quanto ao diagnóstico e tratamento. Os textos médicos têm a tonsilite crônica como **entidade clínica com perfil estabelecido** - obstrução da via aérea alta, decorrente do aumento do volume das tonsilas palatinas e adenóide, e infecções repetidas, havendo repercussões sistêmicas quanto ao bem estar e desenvolvimento. Isto é certamente verdadeiro para os casos mais intensos e floridos onde estão presentes a febre recorrente, odinofagia, dificuldade de deglutição, enfartamento ganglionar submandibular e cervical, halitose, respiração bucal, e alterações gerais na disposição, apetite, e na própria tonalidade da pele, pálida. O quadro pode ter agudizações freqüentes, e por vezes intensas, quanto à dor e febre. A obstrução de via aérea pode originar ronco, apnéia do sono, deformidade torácica, e, no extremo, sobrecarga cardíaca e insuficiência cardíaca. As manifestações sistêmicas são muito variadas em intensidade, incluindo desde cansaço, mau humor, pouca capacidade de aprendizado, e enurese noturna. Ao exame físico verifica-se o abatimento da criança, com estatura e peso reduzidos para o padrão familiar. O fâcies é adenoideano, a respiração bucal e a voz anasalada. Na cavidade oral, há hipertrofia das tonsilas, que por vezes estão pedunculadas ou mergulhantes, havendo cáseo nas criptas, que são pronunciadas. O palato é elevado, e o aumento de secreção tonsilar confere um odor fétido persistente à boca. Há enfartamento ganglionar submandibular, e por vezes cervical. Muitas vezes há um histórico familiar semelhante, que possibilita um **diagnóstico** fácil, pelos pais ou parentes. Os recursos de imagem e a endoscopia nasal prestam-se mais a avaliar outras doenças concomitantes, assim como a timpanometria para estimar a orelha média.

Os casos floridos acima descritos têm **tratamento** cirúrgico preconizado, que reduz o número de episódios infecciosos posteriores, em média, em 1,5 episódios/ano. Porém, nem sempre o quadro clínico é tão característico. Muitas vezes a hipertrofia tonsilar é questionável, tanto por variação associada à idade quanto à posição na loja tonsilar. A hipertrofia também não é patognomônica, pode ser própria daquele paciente ou ter por causa a alergia. Por outro lado, são reconhecidas infecções crônicas em tonsilas de pequena dimensão, inclusive atróficas e ocultas atrás dos pilares. Também, as infecções repetidas podem se assemelhar a rinofaringites virais, sem acometimento preferencial das tonsilas. A

obstrução de vias aéreas pode ocorrer por rinite alérgica, por vezes pouco diferenciável da hipertrofia de adenóide. A própria repercussão sistêmica da tonsilite crônica é muito pouco específica - pouca disposição, mau resultado escolar, enurese e menor crescimento, podem ser características individuais ou decorrer de causas psíquicas, familiares e conjunturais. Muitas vezes, a ação deletéria sistêmica da tonsilite crônica é observada apenas com a evolução pós-cirúrgica do caso. A melhora do apetite, da disposição, da tonalidade de pele, e, muitas vezes, do humor e do rendimento escolar é acentuada, e constitui a contra-prova da resolução de um problema crônico, como é reconhecido pelas famílias sistematicamente.

A dificuldade quanto ao diagnóstico da tonsilite crônica decorre da ausência de exame diagnóstico específico e não invasivo, até os dias correntes. Isto resulta em que a avaliação de casos suspeitos, e a própria decisão terapêutica de realizar a cirurgia sejam, freqüentemente, realizadas em base empírica. O conhecimento da real epidemiologia da doença também fica prejudicado.

**O diagnóstico histológico** da tonsilite crônica não é específico. **Tonsilas** retiradas de casos intensos mostram, de modo geral, grande hipertrofia da estrutura e alteração do epitélio com queratinização. Este aspecto está sempre presente, mas é impossível reconhecer se esta alteração seria a causa primária ou a conseqüência das infecções repetidas. O aspecto encontrado nas infecções tonsilares recorrentes e nas persistentes é semelhante, pressupondo uma única entidade clínica.

**O diagnóstico microbiológico** da tonsilite crônica tem como principal característica a presença de flora bacteriana mista dentro da estrutura, freqüentemente composta por anaeróbios. Isto é observado nas peças cirúrgicas removidas, assim como em material aspirado por punção das tonsilas, com agulha fina. A flora bacteriana é bastante semelhante à verificada na superfície tonsilar, que normalmente é considerada comensal apenas. As infecções repetidas ou persistentes por *S. pyogenes* e outros estreptococos piogênicos também ocorrem nos casos crônicos, tornando estes casos também microbiologicamente assemelhados às tonsilites recorrentes.

**O diagnóstico imunológico** da tonsilite crônica não pode ser feito nos dias correntes. Porém, é forte a hipótese de imunodeficiência local congênita, visto que as crianças com tonsilite crônica têm uma clara hereditariedade, início precoce das infecções, que são causadas freqüentemente por oportunistas (anaeróbios). A ausência de outros sítios de infecção no organismo e a resolução do quadro após a adenotonsilectomia corroboram esta hipótese. Não foram reconhecidos, nestes casos, defeitos de imunidade humoral, celular, e mesmo de secreção local de imunoglobulina de superfície. Sob o aspecto fisiopatogênico, as dúvidas são maiores que as certezas.

É possível que o quadro de **tonsilite crônica seja mais freqüente do que se considera**, frente a algumas evidências. O contingente de casos que poderia ser reconhecido como de tonsilite crônica parece abranger uma parcela daqueles reconhecidos como recorrentes. Nas crianças operadas por tonsilite recorrente, não só a histologia é idêntica a das tonsilites crônicas, como há, quase uniformemente, uma melhora clínica diuturna, após a cirurgia: na tonalidade da

pele, disposição, humor, apetite, e nos resultados escolares. Esta melhora constatada junto aos familiares, refere-se ao dia-a-dia, e somente pode ser atribuída à remoção de um foco infeccioso mantido, crônico, em que os episódios febris constituem apenas instantes de agravamento. Portanto, muitos outros casos diagnosticados como recorrentes são, em verdade, tonsilites crônicas com episódios de exacerbação. Recorrente é a manifestação clínica, mas o substrato é a alteração tecidual crônica, como verificado nas peças cirúrgicas. Esta hipótese implica em que focos tonsilares crônicos, não diagnosticados, podem ter seus efeitos deletérios sistêmicos não atribuídos a sua ação. Outros casos crônicos menos acentuados quanto ao número de infecções e obstrução de via aérea poderiam ter ação deletéria sistêmica significativa?

Esta pergunta já teve uma resposta afirmativa no passado. A tonsilectomia era indicada não só para as tonsilites crônicas com infecção recorrente, obstrução respiratória e “falência do crescimento”. Durante décadas, em um período anterior aos anos 70 do século passado, a tonsilectomia era muito disseminada, realizada para crianças que apresentassem qualquer alteração geral do apetite ao desempenho escolar. Nas últimas três décadas a cirurgia caiu em desuso, e muitos casos de tonsilite crônica, mesmo com intensa repercussão clínica, deixaram de ser operados, com perda aos pacientes e suas famílias. Isto ocorreu porque a Medicina com base em evidências não encontrou comprovação para o diagnóstico e para a terapêutica destes casos menos intensos, frente à multiplicidade de fatores intervenientes ambientais e hereditários. **Alguns casos isolados constituem evidência ainda frágil de que estes casos podem ocorrer**, isto é, que certas tonsilites crônicas tenham efeito local pequeno, com significativa repercussão sistêmica. Isto pode ser considerado como uma das possibilidades frente ao grande contingente de crianças que apresenta pouco apetite e disposição, cor, e têm altura inferior a dos pais. Neste grupo, uma parcela das crianças têm infecções faríngeas restritas a dois-três episódios agudos anuais, e um exame físico que apresenta unicamente limitado aumento tonsilar, pequenos gânglios cervicais e alguma halitose. Não se pode deixar de conjecturar se a tonsilite crônica poderia ser a causa, ou uma parte das causas, que originam estas repercussões sistêmicas. A falta de exames comprobatórios mostra-se crucial, como exposto previamente. Lembro de uma dessas crianças, que acompanhei desde o nascimento. Desde um ano de idade até os 4 anos tinha altura persistentemente abaixo do percentil 2,5 da tabela do NCHS. Apresentava um ou dois episódios anuais de tonsilite, que eram um pouco maiores que o habitual, de coloração eritematosa forte todo o tempo, com discreta halitose. Após exploração laboratorial extensa e negativa, comentei sobre o único problema aparente da criança com a mãe, as tonsilas. Surpreendentemente, um mês depois a criança retornou ao consultório operada, sob ação da mãe junto a um profissional. Um ano após a altura alcançou o percentil 25 da tabela do NCHS, e aí se mantém até hoje, aos 10 anos. Vi alguns outros destes casos, duvidosos quanto à ocorrência de tonsilite crônica, e com presença reduzida de sinais e sintomas faríngeos, mas que foram operados e tiveram melhora das condições gerais e do crescimento. Esta pode ser **uma outra parcela dos casos de tonsilite crônica não reconhecida** - a dos

quadros com intensidade moderada quanto à sintomatologia local, porém com repercussões sistêmicas.

A conceituação diferente que pediatras e otorrinolaringologistas ainda hoje têm em relação à ocorrência e repercussão da tonsilite crônica explicam as taxas diferentes de tonsilectomia de diferentes países. Ainda assim, o pêndulo da história parece retornar, com algumas indicações de tonsilectomia para distúrbios sistêmicos, inclusive neurológicos. Deve ser destacado que a família do paciente com alterações gerais – de disposição, bem estar, apetite, desempenho escolar e crescimento, busca o pediatra. Portanto, parte da decisão cirúrgica quanto à necessidade de tonsilectomia está nas mãos dos pediatras, que devem agir em consonância com os otorrinolaringologistas.

Em resumo, a tonsilite crônica tem perfil clínico variado quanto à repercussão local e sistêmica, quanto à intensidade. A doença parece ser mais freqüente do que se reconhece, muitas vezes diagnosticada como tonsilite recorrente. Os casos intensos são de fácil diagnóstico, porém, o contingente com menor repercussão local traz problema importante de conduta aos pediatras e otorrinolaringologistas. A falta de exames diagnósticos não invasivos e a pouca especificidade dos efeitos deletérios sistêmicos dificultam a proposição da conduta cirúrgica, a única reconhecida como resolução efetiva para a doença, nos casos em que se busca a resolução de alterações sistêmicas.

### **Leitura recomendada**

1. Passàli D, Damiani V, Passàli GC, Passàli FM, Bocazzi A, Bellussi L. Structural and immunological characteristics of chronic adenotonsillar tissue in childhood. *Clin Diagn Lab Immunol* 2004;11:1154-7.
2. Darrow DH, Siemens C. Indications for tonsillectomy and adenoidectomy. *Laryngoscope* 2002;112 (Suppl 2):6-10.
3. Kurien M, Sheelan S, Jeyasan L, Brahadathan TK. Fine needle aspiration in chronic tonsillitis: reliable and valid diagnostic test. *J Laryngol Otol* 2003;117:973-5.
4. Rudack C, Jorg S, Sachse F. Biologically active neutrophil chemokine pattern in tonsillitis. *Clin Exp Immunol* 2004;135:511-8.
5. Yilmaz T, Kocan EG, Besler HT. The role of oxidants and antioxidants in chronic tonsillitis and adenoid hypertrophy in children. *Int J Pediatr Otorrhynol* 2004;68:1053-8.
6. Williams MD, Brown HM. The adequacy of gross pathological examination of routine tonsils and adenoids in patients 21 years old and younger. *Hum Pathol* 2003;34:1053-7.
7. Ikinçiogullari A, Dogu F, Ikinçiogullari A, Egin Y, Babacan E. Is immune system influenced by adenotonsillectomy in children? *Int J Pediatr Otorrhynol* 2002;66:251-7.
8. Capper R, Canter RJ. Is there agreement among general practitioners, paediatricians and otolaryngologists about the management of children with recurrent tonsillitis? *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2001;26:371-8.