

# *Dilemas Diagnósticos entre Tonsilite Viral e Bacteriana*

---

*Mesa Redonda*

Moderador: ***Edigar R. de Almeida***  
Participantes ***Luiza Endo, Maria Helena Kiss,  
Renata di Francesco e Sílvio Luiz Zuquim***

**Edigar R. de Almeida** - *Ainda existem controvérsias a respeito da conduta frente a faringotonsilites, que são extremamente comuns, em nossos pacientes pediátricos.*

*Abordaremos algumas opiniões a respeito de determinados aspectos dessa afecção. Inicialmente perguntariamos à Maria Helena Kiss: se tivermos uma criança com quadro poliarticular, relacionado com história de faringotonsilites frequentes, qual seria a conduta com relação ao diagnóstico e tratamento dessas crianças?*

**Maria Helena Kiss** – Crianças com esta história devem ser cuidadosamente investigadas quanto à valorização adequada dos sintomas e sinais clínicos. Em primeiro lugar, é importante a caracterização do quadro poliarticular: poliartrite ou poliartralgia? Convém lembrar que para o diagnóstico de artrite é necessária a presença de dados objetivos ao exame físico articular (derrame, dor, limitação dos movimentos, etc.), enquanto que a artralgia é uma queixa clínica, relacionada a presença de dor, sem alterações ao exame clínico.

Em segundo lugar, é necessário caracterizar a história de faringotonsilites frequentes, que na grande maioria das crianças são de etiologia viral. Porém, frente a possibilidade do diagnóstico de febre reumática, torna-se importante pesquisar a etiologia estreptocócica, uma vez que a febre reumática é sempre conseqüente a uma faringotonsilite causada pelo *Streptococcus pyogenes* do Grupo A (GAS) . Neste caso, a realização do teste rápido (Quick View Strep A Test \*) e/ou da cultura de orofaringe são decisivos para documentar a infecção bacteriana recente.

Após a caracterização do quadro articular e da faringotonsilite, teríamos algumas possibilidades. A primeira delas, refere-se ao diagnóstico de febre reumática, possível na presença de poliartrite aguda, de caráter migratório, com comprometimento preferencial de grandes articulações, componente doloroso proeminente e duração média, do surto articular, de uma semana (sinal maior pelos critérios de Jones). As artralguas são consideradas sinais menores dentro

---

\* Existe à disposição um Kit comercial - QuickVue+® Influenza para antígenos virais tipo A e B (Quidel Corporation, San Diego, California, USA)

do diagnóstico da febre reumática e não deverão ser valorizadas como tal, na presença de artrite como sinal maior. A presença de pelo menos outro sinal maior dos critérios de Jones (cardite e/ou coréia e/ou eritema marginado e/ou nódulos subcutâneos) ou então, de pelo menos dois sinais menores, com exceção da artralgia (febre e/ou alteração das provas de fase aguda e/ou aumento do espaço P-R no eletrocardiograma), associados à infecção estreptocócica recente, permite o diagnóstico de febre reumática e a conduta terapêutica preve a instituição de antiinflamatórios e penicilina benzatina (profilaxia primária e secundária).

A segunda possibilidade refere-se à presença de poliartrite aguda, porém sem as características já descritas e associada a uma infecção estreptocócica recente. Neste caso, poderia tratar-se da artrite reativa pós-estreptocócica, caracterizada por um período de latência curto entre a infecção estreptocócica e a artrite, que com frequência é simétrica, compromete pequenas articulações e articulações axiais, apresenta duração prolongada (duas a três semanas) e presença de rigidez matinal. A artrite reativa pós-estreptocócica, em países como o Brasil, onde a febre reumática ainda é uma realidade, deve ser tratada como febre reumática, uma vez que o risco de cardite nos surtos subseqüentes é igual nas duas situações. Assim, o quadro articular típico ou atípico de febre reumática, desde que associado a uma infecção estreptocócica recente e acompanhado de outros sinais que permitam o preenchimento dos critérios de Jones, serão tratados como febre reumática.

Uma terceira possibilidade, mais freqüente, seria o quadro de poliartrite ou poliartralgia aguda, reativa, associado a faringotonsilites virais.

Eventualmente, na presença de comprometimento articular bastante sugestivo de febre reumática, associado a outros sinais maiores e/ou menores, não é possível evidenciar a presença de infecção estreptocócica recente pelos recursos atualmente disponíveis (cultura de orofaringe, ASLO) que, em conjunto, apresentam 80% de positividade. Esta possibilidade requer uma avaliação bastante cuidadosa quanto ao diagnóstico de febre reumática e aos possíveis fatores de risco dessa criança em relação a novos surtos da doença. Crianças em idade escolar, com baixo nível sócio-econômico, sujeitas a ambientes confinados (moradia, por exemplo) terão maiores riscos de adquirirem novas infecções estreptocócicas e portanto novos surtos de febre reumática (risco de cardite). Nestes casos, caberia a introdução de penicilina benzatina profilática que, na ausência de cardite, deve se estender até 18 anos de idade e, por um período mínimo de cinco anos.

**Edigar R. de Almeida** - *Seriam cinco anos de profilaxia?*

**Maria Helena Kiss** – Habitualmente, não. Uma duração total de cinco anos de profilaxia, independente da idade da criança, poderia excepcionalmente ser considerada para casos semelhantes aos descritos acima, em relação a dúvidas quanto ao diagnóstico, porém em crianças de baixo risco (em especial, alto nível sócio-econômico). O argumento favorável a esta conduta baseia-se no fato de 97% das recorrências de febre reumática ocorrerem nos primeiros cinco anos após o surto inicial.

**Edigar R. de Almeida** - *Silvio Luiz Zuquim em que circunstâncias clínicas devemos suspeitar de uma possível mononucleose ou uma eventual virose? Qual seria o procedimento diagnóstico e a eventual conduta para esses casos? Nós,*

*inclusive, deixamos de fazer muitos desses diagnósticos, às vezes por falta de pensar nesta possibilidade?*

**Sílvio Luiz Zuquim** - Os pediatras também deixam passar muitos casos de mononucleose de maneira que o diagnóstico diferencial da tonsilite simples aguda ou da tonsilite que acompanha a mononucleose, principalmente na faixa etária onde as duas são mais comuns, a partir dos cinco anos de idade, é realmente uma dúvida que todos nós temos. Clinicamente, fazendo o exame da orofaringe, você não consegue diferenciar o agente etiológico, de maneira que nós temos que associar o quadro clínico com um exame laboratorial que possa nos auxiliar. O que costumamos fazer na prática? Sabemos que a incidência do *Streptococcus pyogenes* do Grupo A (GAS), a partir de cinco anos até 15 anos é ao redor dos 25 a 30%, dependendo do país. Não temos exatamente a incidência de etiologia viral nessa faixa etária. Acreditamos que 70% das tonsilites são virais (adenovírus e eventualmente mononucleose também). Portanto, alguns dados clínicos são importantes, uma criança que tem uma tonsila com exsudato, mas tem associado, por exemplo, conjuntivite, tosse e coriza, fala a favor mais de um quadro viral do que um quadro bacteriano. Uma criança que apresenta vômitos, dor de barriga, cólicas abdominais, fala mais a favor de um quadro bacteriano. O que é importante num exame clínico, além daquele exame que todos nós fazemos na orofaringe, é a palpação de outras cadeias ganglionares que não só a submandibular, mas a cervical posterior, inferior, axilares e inguinal que, quando aumentadas, falam mais a favor de um quadro viral do tipo mononucleose do que uma estreptococcia. A palpação abdominal é importante. A presença de hepatoesplenomegalia fala mais a favor de uma mononucleose. Se partirmos para exames laboratoriais, hoje em dia você pode detectar um vírus em alguns dias, em alguns laboratórios, por PCR e até mesmo em quatro horas, desde que eles tenham o *kit* pronto para vírus Epstein-Barr, mas é uma coisa mais difícil. Em termos laboratoriais talvez um hemograma ajudasse, caso você encontrar uma leucocitose maior que 20%, porém, às vezes, nas primeiras 48 ou 72 horas ainda não há uma atipia tão intensa. Acredito que, com o teste rápido para a pesquisa do *Streptococcus pyogenes* do Grupo A, que hoje em dia muitos Pronto Socorros aqui em São Paulo estão disponibilizando, você consegue diagnosticar. Um teste rápido (Quick Vue Strep A Test\*) você poderá fazer no seu consultório com um *kit* simples, levando entre cinco ou 10 minutos. Tendo uma negatividade para *Streptococcus pyogenes* do Grupo A, mais hepatoesplenomegalia, gânglios cervicais infartados, vai a favor da mononucleose. Acredito que um exame físico completo, poliadenomegalia generalizada, um quadro associado a outros sinais tipo tosse, coriza, conjuntivite e, eventualmente um teste rápido para *Streptococcus pyogenes* do Grupo A negativo, penso que irá resultar em menor prescrição de antibióticos.

**Edigar R. de Almeida** – *Qual seria o percentual de incidência da mononucleose na faixa etária abaixo de 15 anos? Poderia nos comentar sobre esse dado?*

---

\*Existe à disposição um Kit comercial - QuickVue+® Influenza para antígenos virais tipo A e B (Quidel Corporation, San Diego, California, USA)

**Silvio Luiz Zuquim** - Na verdade esse dado é um dado difícil pois não existem grandes trabalhos feitos com só crianças com exudato purulento tonsilar e mononucleose. Nós fizemos vários trabalhos de *Streptococcus pyogenes* do Grupo A que é mundialmente feito e sabemos que 70, 75% são vírus. Desses vírus quantos são mononucleose? Infelizmente não dispomos destes dados.

**Edigar R. de Almeida** - *Obrigado. Luiza Endo, qual a prevalência atual no Brasil do Streptococcus pyogenes do Grupo A nas faringotonsilites?*

**Luíza H. Endo** - Reunindo os dados de estudos realizados sobre a bacterioscopia das faringotonsilites realizados na UNIFESP, com os que nós obtivemos entre 2002 a 2003 na UNICAMP e em uma clínica privada, percebemos que houve um aumento da prevalência do *S. pyogenes* do Grupo A. Em 2002, a taxa de identificação desta bactéria estava ao redor de 20%. No estudo realizado em 2003, decidimos colher o material das tonsilas através de *swab*, pessoalmente, sem depender da colheita de material das tonsilas nos laboratórios. Desta forma, vimos que houve um aumento da incidência do *S. pyogenes* do Grupo A para 43,7%. Considerando que há 5-10% de portadores saudáveis, estaríamos, atualmente, com prevalência desta bactéria em torno de 30 a 33%. Estes dados são semelhantes aos encontrados na literatura internacional. Este fato é importante pois percebemos que o modo de colher o material das tonsilas para a detecção deste estreptococo faz diferença.

**Edigar R. de Almeida** - *Podemos confiar nos valores preditivos para o diagnóstico das infecções bacterianas?*

**Luíza H. Endo** - Como a realização do teste rápido, assim como a cultura, nem sempre é viável em nosso meio, dependemos dos sinais clínicos, ditos preditivos para o diagnóstico da faringotonsilite estreptocócica. Os sinais e sintomas preditivos de infecção bacteriana para nortear o tratamento das faringotonsilites são: dor de garganta, com adenomegalia cervical com ou sem dor, febre maior de 38.5°C, eritema com exsudato nas tonsilas e ausência de sinais de infecções virais tais como a tosse, coriza, rouquidão, diarreia. Para se avaliar o valor efetivo dos sinais preditivos, realizamos um estudo em que a cultura do material das tonsilas foi realizada em todos os pacientes que apresentaram dor de garganta e eritema com exsudato esbranquiçado ou purulento. Levantamos todos os dados sobre a sintomatologia destes pacientes. Pudemos perceber que os sinais preditivos tinham maior coincidência com a cultura (crescimento de *S. pyogenes* do Grupo A) na criança menor de 15 anos, sendo que em adultos jovens, já não aconteceu o mesmo. Houve casos de pacientes, com sintomas de infecção viral, com o crescimento de *S. pyogenes* do Grupo A na cultura do material das tonsilas. Também casos com sinais preditivos de infecção bacteriana evidente, sem o crescimento do *S. pyogenes* do Grupo A. Cabe salientar que, muitas vezes, em processos virais como a mononucleose encontramos o crescimento de *S. pyogenes* do Grupo A na cultura do material colhido das tonsilas.

**Edigar R. de Almeida** - *Uma última pergunta: as faringotonsilites de repetição poderiam sinalizar uma imunodeficiência?*

**Luíza H. Endo** - Uma imunodeficiência geral pode cursar com faringotonsilites de repetição, porém, conceitos atuais falam a favor da predisposição genética. Uma

imunodeficiência local pode ser responsável pela repetição de crises agudas.

**Edigar R. de Almeida** – *Em crianças respiradoras bucais que possivelmente levaria a uma alteração no crescimento dos ossos da face, qual seria a época oportuna para indicar uma cirurgia nessas crianças com hiperplasia adenotonsilar? Qual seria o momento oportuno e quando essa indicação existe?*

**Renata di Francesco** – O momento oportuno, como regra, uma idade limite, nós não podemos precisar. Sabemos que o desenvolvimento crânio-facial pós natal, em cerca de 60% das crianças, está formado aos quatro anos de idade, coincidindo com o pico de maior hiperplasia dos tecidos linfóides, das tonsilas e adenóides, que é por volta de três a cinco anos de idade. Portanto, é importante salientar, que nos casos de obstrução grave, a indicação cirúrgica é pela repercussão da obstrução. Mas fica aqui a critério do estudo de cada paciente, nos casos limítrofes. É muito importante que se avalie, não só o grau de obstrução, tanto da tonsila faríngea quanto das palatinas, mas também o tipo crânio-facial que essas crianças apresentam. Sabemos que são mais predispostas a alterações crânio faciais, aquelas crianças com rosto mais longo, com uma maxila mais estreita. Essas seriam as que deveríamos fazer a indicação cirúrgica mais precocemente.

Deve-se lembrar, ainda, que existe um segundo pico de desenvolvimento crânio facial na faixa pré-puberal, sendo nessa faixa etária que os ortodontistas investem mais no tratamento ortodôntico. Nessa fase, muitas vezes, vamos perceber crianças que não foram encaminhadas numa faixa etária mais precoce, mas que essa obstrução respiratória foi percebida pelo dentista, na ocasião da avaliação de alterações dento-cranio-faciais. Nesse momento, é muito importante que nós saibamos que as meninas têm um desenvolvimento mais precoce e, portanto, o tratamento deve ser mais precoce nelas que nos meninos. Portanto, cada caso, cada tipo de paciente mereceria uma avaliação individual.

**Edigar R. de Almeida** - *Observamos hoje que o uso de aparelhos ortodônticos aumentou muitíssimo, em comparação com o passado, talvez em decorrência de menor indicação das cirurgias adenotonsilares e o maior cuidado com a estética facial*