

# *Diagnóstico e Conduta na Tonsilite Crônica*

*Bernardo Ejzenberg*

## **Introdução**

A inflamação das tonsilas, pela frequência e possível repercussão clínica, é dos temas de maior interesse pediátrico. Desta forma, é surpreendente que ainda nos dias correntes a tonsilite crônica não tenha reconhecida a fisiopatogenia e exame comprobatório não invasivo. Isto torna difícil a análise do tema, mas, ainda assim, discutimos neste ensaio alguns aspectos que sugerem uma certa variabilidade clínica da tonsilite crônica. Não há dados conclusivos. O objetivo é o de estimular os estudos e a observação de outros colegas para a clínica da tonsilite crônica, a etiopatogenia, e a hereditariedade.

## **Definição e perfil clínico da tonsilite crônica.**

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<sup>1,2</sup>. Os textos médicos têm a tonsilite crônica como entidade clínica com perfil estabelecido: 1- obstrução da via aérea alta, decorrente do aumento do volume das tonsilas palatinas e faríngea (adenóide), e, 2- infecções repetidas. Há 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 física, aprendizado, apetite, humor, e até na palidez cutânea. Em grande parcela dos casos há agudizações frequentes, e por vezes intensas, quanto à dor local e febre. A obstrução de via aérea pode originar ronco, enurese, apnéia do sono, deformidade torácica, e, no extremo, sobrecarga e insuficiência cardíaca.

Um outro aspecto reconhecível é o da variabilidade de expressão clínica na tonsilite crônica. Há casos de infecções muito intensas e repetidas, com grave repercussão sistêmica, enquanto outros podem ter episódios com menos febre e dor, e até maior espaçamento entre as agudizações. O período de duração da tonsilite crônica também varia. Muitos casos são transitórios, decrescendo o número e intensidade dos episódios infecciosos ao longo do tempo, cessando após alguns anos: enquanto outros perduram por toda a vida. Além das características individuais, o ambiente pode, também, influenciar a maior ou menor expressão clínica, segundo o número de contactantes, poluição e insolação ambiental.

Nos antecedentes familiares, há muitas vezes um histórico semelhante, com infecções desde tenra idade, e até desde os primeiros meses de vida, intensas, com grande frequência de visitas médicas e uso de antibióticos, além de pais e tios operados.

No caso típico, ao exame físico verifica-se o abatimento da criança, com estatura e peso reduzidos para o padrão familiar. O fâcies é adenoideo, 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 pronunciadas. O pálate é elevado, e o aumento de secreção tonsilar confere um odor fétido e persistente à boca. Há enfartamento ganglionar submandibular, e por vezes cervical. A otite média serosa, decorrente de obstrução da tuba auditiva, pode estar presente.

### **Diagnóstico**

O histórico familiar e o perfil clínico do caso típico propicia o diagnóstico com facilidade, inclusive pelos pais e parentes. Porém, nem sempre o quadro clínico, base para o diagnóstico da tonsilite crônica, é tão característico. A hipertrofia tonsilar é, muitas vezes, questionável ao exame físico, tanto por variação individual e da idade, quanto pela posição na loja tonsilar. Mesmo quando presente, a hipertrofia crônica também não é patognomônica de infecção, pode ser decorrente de alergia. São reconhecidas infecções crônicas em tonsilas de pequena dimensão, inclusive ocultas atrás dos pilares. Também, os episódios infecciosos recorrentes, outra característica da infecção crônica, podem confundir-se com as rinfaringites virais repetidas, adquiridas em ambientes insalubres, escolas e creches.

A obstrução da via aérea alta é muito pouco específica, e pode ocorrer por alergia, alteração anatômica, ou infecção crônica no nariz e cavidades paranasais. A concomitância destes quadros é bastante freqüente, dificultando a avaliação da obstrução determinada pela adenóide. Também, a repercussão sistêmica decorrente da tonsilite crônica é, clinicamente, muito pouco específica: pouca disposição, mau resultado escolar, enurese e menor crescimento. Estas alterações podem ser meras características pessoais 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, do humor e do rendimento escolar é acentuada, constituindo uma contra-prova da resolução de um problema crônico, como é reconhecido freqüentemente pelas famílias de crianças operadas.

### **Exames diagnósticos auxiliares**

A dificuldade quanto ao diagnóstico da tonsilite crônica decorre da ausência de exame diagnóstico específico e não invasivo, até os dias correntes<sup>3-5</sup>. Para os casos floridos, típicos, os exames subsidiários têm importância reduzida. Os recursos de imagem - radiografia de cavum em perfil, tomografia computadorizada e a endoscopia nasal (nasofibrosopia), prestam-se menos a ratificar a evidência clínica de hipertrofia tonsilar, e mais a verificar a concomitância de outras doenças. Estas são as obstruções nasais por rinite, pólipos, desvio septal, hipertrofia de cornetos, estenose, sinusopatia, etc. A otite média com efusão pode ser avaliada por timpanometria.

**O diagnóstico histológico** da tonsilite crônica não é específico<sup>6</sup>. 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 é consequência das repetidas infecções. O aspecto encontrado nas infecções tonsilares recorrentes e nas persistentes é semelhante, indicando 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<sup>3</sup>. 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 por *Streptococcus pyogenes* do Grupo A (GAS) e outros estreptococos piogênicos também ocorrem nos casos crônicos, tornando estes casos microbiologicamente assemelhados às tonsilites recorrentes.

**O déficit imunológico** na tonsilite crônica não pode ser comprovado 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. As alterações presentes no epitélio tonsilar podem constituir causa ou consequência das infecções crônicas. Sob aspecto fisiopatogênico, as dúvidas são maiores que as certezas<sup>4,5</sup>.

### **Prevalência e variação clínica dos quadros de tonsilite crônica**

A falta de exame comprovatório acurado e não invasivo resulta em avaliação empírica e subjetiva dos casos suspeitos<sup>6</sup>. O conhecimento sobre a epidemiologia da tonsilite crônica fica prejudicado, e é provável que o quadro seja mais freqüente do que se considera, frente a algumas evidências.

O contingente de casos que poderia ser reconhecido como acometido por tonsilite crônica parece abranger uma parcela daqueles diagnosticados como tonsilite/faringite recorrente. É interessante observar que a literatura médica referente à faringite recorrente, de fácil reconhecimento clínico, é extensa, enquanto os artigos que enfocam a tonsilite crônica são muito escassos. Quando refletimos a respeito do substrato tecidual das faringites recorrentes, é muito provável a necessidade de haver uma alteração local que propicie as infecções repetidas, especialmente quando a proposta de tratamento para muitos casos é a tonsilectomia. A fisiopatogenia de infecções recorrentes que acometem somente este sítio anatômico deve ter ali um substrato estrutural e/ou funcional alterado. De fato, as crianças operadas por tonsilite recorrente têm a histologia tonsilar alterada na superfície e bactérias presentes dentro da estrutura, ressaltando que as crianças são operadas durante uma fase sem infecção clínica aparente (cirurgia a frio)<sup>6</sup>. Os aspectos histopatológicos das tonsilites recorrentes são os mesmos dos casos operados por tonsilite crônica. Sob aspecto clínico, as crianças com faringotonsilite recorrente apresentam, quase uniformemente, uma melhora diuturna após a cirurgia, abrangendo vários dos

seguintes aspectos: tonalidade da pele, disposição, humor, apetite, e 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 – isto é, crônico. Os episódios febris repetidos possivelmente constituam um desequilíbrio momentâneo do processo infecção/imunidade local e/ou infecções repetidas em local estrutural e cronicamente alterado. Portanto, aparentemente, uma parcela dos casos diagnosticados como tonsilites 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.

Uma outra parcela dos casos de tonsilite crônica pode não estar sendo reconhecida - a dos quadros com expressão clínica reduzida ou com manifestações de difícil comprovação causal. Nas mesmas famílias em que há casos intensos, com toda a expressão clínica descrita e comprovação histológica após a cirurgia, há pais e irmãos que afirmam ter ou ter tido dor local e/ou febre recorrentes, porém de menor intensidade. É bastante razoável inferir que parte desses parentes têm, ou tiveram, uma tonsilite crônica. A ocorrência destes casos carece de avaliação, por falta de exame não invasivo.

Um outro aspecto com grande variação entre os pacientes com tonsilite crônica é a interferência no crescimento e bem-estar. Há casos muito afetados, que perdem crescimento, e têm piora progressiva do canal de crescimento nas tabelas, outros não. A partir desta observação fica a indagação de qual seria o motivo da variabilidade. É possível, também, conjecturar se a ação deletéria à distância da tonsilite crônica não poderia ocorrer em alguns pacientes com pequena expressão das manifestações locais, quanto à febre e à hipertrofia tonsilar. Tendemos a considerar que a ação à distância seria igualmente reduzida, mas será?

Desconhecemos o mecanismo íntimo pelo qual as doenças crônicas interferem em outros órgãos, e o motivo de prejudicar o crescimento, por exemplo. A tonsilite crônica de pequena expressão local foi considerada no século passado como causa de alterações sistêmicas. Durante décadas, em período anterior aos anos 70 do século passado, a tonsilectomia era muito disseminada, realizada para crianças que apresentassem qualquer alteração geral – do crescimento ao apetite e mau desempenho escolar. Nas últimas três décadas, o risco cirúrgico e a dificuldade de comprovar estas associações de causa-efeito eliminaram esta indicação terapêutica de tonsilectomia. Isto ocorreu porque a Medicina com base em evidências não encontrou exame comprobatório não invasivo para o diagnóstico de tonsilite crônica, e, tampouco, pode avaliar a repercussão sistêmica da tonsilite crônica. A variação biológica e a multiplicidade de fatores intervenientes ambientais e hereditários ajudaram a dificultar esta avaliação.

No momento, há alguns poucos indícios, coletados de casos isolados, de que pode haver repercussão sistêmica em tonsilite crônica de limitada expressão local. São evidências muito frágeis. Vi há dez anos uma dessas crianças, que acompanhei desde o nascimento, com gestação e parto normais. Desde um ano de idade a altura situou-se persistentemente abaixo do percentil 2,5 na tabela do NCHS, até os quatro anos. Não havia justificativa aparente. A criança apresentava um ou dois episódios anuais de tonsilite, e estas eram um pouco maiores que o habitual, de coloração

eritematosa forte todo o tempo, com discreta halitose. Não havia obstrução respiratória. 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 instrução da mãe junto a um otorrinolaringologista. Imediatamente após, a criança teve melhora de humor, apetite e movimentação; e um ano, após a altura alcançou o percentil 25 da tabela do NCHS, e aí se mantém até hoje. Vi, depois, alguns outros destes casos, duvidosos quanto à ocorrência de tonsilite crônica, se considerada a frequência e intensidade de sinais e sintomas faríngeos, mas que foram operados e tiveram melhora das condições gerais e do crescimento.

Somente estudos prospectivos controlados poderão responder se a tonsilite crônica de pequena expressão local poderá ser considerada como uma das causas de pouco apetite, disposição, bem estar e, especialmente, de crescimento inferior ao dos pais. Não se pode deixar de refletir sobre isto, apesar das dificuldades momentâneas, pois uma parcela das crianças nesta situação clínica recebe hormônio de crescimento, sem estar com falta deste, e com imprevisíveis efeitos a longo prazo.

### **Tratamento**

A adenotonsilectomia tem indicação precisa, quando ocorre um ou mais dos seguintes aspectos clínicos: infecções recorrentes, obstrução respiratória e falência do crescimento. A adenoidectomia isolada pode ser proposta para a obstrução dos óstios tubários, e nos casos de otite recorrente ou persistente.

Nos pacientes com infecções recorrentes, a cirurgia reduz o número de episódios infecciosos posteriores, em média, para o habitual - cerca de uma a duas faringites por ano, melhora a respiração nasal e recupera o crescimento<sup>7</sup>. Geralmente há, também, melhora das condições gerais quanto ao bem estar, atividades e sono. Casos de menor intensidade podem oferecer dúvida quanto ao diagnóstico e conduta. Há fatores ambientais que devem ser avaliados, em especial a escolarização precoce, a poluição ambiental e a salubridade domiciliar. Em muitas crianças, a retirada da escola, a mudança de casa e quarto, podem melhorar parte do quadro. As possibilidades e opiniões dos familiares em relação a estes aspectos e à própria importância do quadro clínico possibilita estabelecer o plano terapêutico de cada paciente. A expectativa e o histórico familiar, assim como seu padrão cultural - contra ou a favor da tonsilectomia, são muito importantes nas decisões. A conduta expectante geralmente prevalece, na esperança de equilíbrio/melhora da competência imunológica da criança ao longo do tempo.

A avaliação difícil do efeito sistêmico das tonsilites crônicas pode levar, também, à diferença de conduta, especialmente entre pediatras e otorrinolaringologistas<sup>8</sup>.

A família do paciente com alterações gerais de disposição, bem estar, apetite, desempenho escolar e crescimento, busca o pediatra. Porém, estes aspectos são menos valorizados pelo otorrinolaringologista, que tende a priorizar a verificação de alterações objetivas do local. Desta forma, é importante que a decisão terapêutica seja tomada em conjunto, e que os casos duvidosos sejam observados por períodos longos, antes de adotar uma conduta cirúrgica. Todas estas possíveis avaliações de familiares, pediatras e otorrinolaringologistas fazem com que haja variação nas taxas de tonsilectomia entre diferentes países, e em diferentes períodos<sup>8</sup>.

A precaução antes de indicar a tonsilectomia recomenda que sejam avaliadas outras causas de obstrução nasal - rinite, pólipos, desvio septal, hipertrofia de cornetos, estenose, sinusopatia, etc. Isto explica a frustração com o resultado de algumas adenotonsilectomias, em que há manutenção de outras causas de obstrução aérea e secreção nasal. A avaliação de doenças sistêmicas também é recomendável, pois a afecção local pode ser apenas parte do problema.

### **Conclusões**

A falta de exame comprovatório e não invasivo de tonsilite crônica impede o conhecimento da prevalência até a determinação de conduta individual<sup>9</sup>. A doença parece ser mais freqüente do que se reconhece, sendo muitas vezes diagnosticada como tonsilite recorrente. O perfil clínico variado da tonsilite crônica, quanto à intensidade da repercussão local e sistêmica, dificulta o diagnóstico. Os casos intensos são de fácil reconhecimento e têm indicação cirúrgica, porém, o contingente com menor repercussão local traz importante problema de diagnóstico e conduta aos pediatras e otorrinolaringologistas. A fisiopatogenia e hereditariedade das tonsilites recorrentes/crônicas deveriam ser mais estudadas.

### **Referências bibliográficas**

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 Otorhyngol* 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. Ikinciogullari A, Dogu F, Ikinciogullari A, Egin Y, Babacan E. Is immune system influenced by adenotonsillectomy in children? *Int J Pediatr Otorhyngol* 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
9. Ejzenberg B. Diagnóstico e Conduta na Tonsilite crônica. *Revista de Pediatria (São Paulo)*, 2005;27(4): 267-273.