



TONSILECTOMIA: MEDIDA EFICAZ PARA REDUÇÃO DE INFECÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES NA PEDIATRIA?

ALVES, Gabriella B.¹

LIMA, Luíza L.²

RIOS, Luiza F.²

MARTINS, Lara C.²

SILVA, Kathiany S.R.²

HOSTT, Luísa P.O.³

RESUMO: A faringoamigdalite é uma inflamação da faringe e das amígdalas, causada principalmente por infecções virais, embora também possa ser provocada por infecções bacterianas, como as do estreptococo beta-hemolítico do grupo A (EBGA). Afeta especialmente crianças e adolescentes entre 5 e 18 anos. Apesar de 80% dos casos serem de origem viral, as infecções bacterianas, que acometem cerca de 10 milhões de pessoas por ano no Brasil, podem gerar complicações graves, como febre reumática, glomerulonefrite aguda e abscessos periamigdalianos. O tratamento ambulatorial da faringoamigdalite geralmente inclui analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos em casos bacterianos. Contudo, quando as infecções são recorrentes ou complicadas, a tonsilectomia – a remoção cirúrgica das amígdalas – pode ser necessária. Os critérios para indicar essa cirurgia incluem sete episódios de infecção em um ano, cinco infecções por ano durante dois anos consecutivos ou três infecções anuais ao longo de três anos consecutivos. Outras indicações para tonsilectomia incluem complicações como apneia do sono, convulsões febris e infecções estreptocócicas de repetição. A tonsilectomia tem se mostrado uma medida eficaz para reduzir a incidência de infecções recorrentes e melhorar a qualidade de vida de pacientes pediátricos. Além de diminuir a frequência das amigdalites, o procedimento também ajuda a prevenir complicações graves, aliviando os sintomas associados à obstrução das vias aéreas. Embora as amígdalas desempenhem um papel na defesa imunológica, a remoção cirúrgica não tem sido associada a impactos negativos significativos no sistema imunológico. Estudos indicam que a cirurgia proporciona benefícios clínicos, com melhora comprovada em crianças com amigdalites



recorrentes, reduzindo moderadamente a frequência de dores de garganta e outros sintomas associados.

Palavras-Chave: Faringoamigdalite, Estreptococo beta-hemolítico do grupo A, Tonsilectomia.

Área Temática: Saúde do adulto, da mulher, da criança e adolescente e do idoso.

E-mail do autor principal: gabi.bretas2501@gmail.com

¹Medicina, FAMINAS-BH, Belo Horizonte-MG, gabi.bretas2501@gmail.com

² Medicina, FAMINAS-BH, Belo Horizonte-MG, luizalacerdalima@icloud.com; luizariosf0@gmail.com; laracmartins0@gmail.com; Kathiany5@hotmail.com

³Médica, formada pela FAMINAS-BH, Belo Horizonte-MG, luisapettz@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A faringoamigdalite é definida como uma dor de garganta causada por infecção viral ou bacteriana da faringe, amígdalas palatinas ou ambas, comuns em pacientes da faixa etária entre 5 e 18 anos de idade. Apesar da causa viral ser mais frequente (80% dos casos), o modelo epidemiológico da Organização mundial de saúde (OMS) estimou que ocorram cerca de 10 milhões de faringoamigdalites estreptocócicas por ano no Brasil causadas pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A (EBGA). Isso inclui o termo faringite estreptocócica, amigdalite aguda, faringite, adenotonsilite ou amigdalofaringite (1,5).

O tratamento inicial da infecção é ambulatorial, através de sintomáticos, como analgésicos e anti-inflamatórios simples, ou antibióticos específicos. Porém, tendo em vista a alta incidência da infecção e suas possíveis complicações, em algumas situações indica-se a tonsilectomia: excisão cirúrgica das tonsilas palatinas (amígdalas). Dentre essas indicações, adota-se os seguintes critérios: 7 episódios em um ano, ou 5 em 2 anos consecutivos, ou 3 em 3 anos consecutivos e destaca-se a faringoamigdalite estreptocócica de repetição, entre outros fatores (2,4,6).

Nesse contexto, o presente artigo elaborou uma revisão de literatura que discute se a tonsilectomia é uma medida efetiva para evitar possíveis complicações advindas da infecção tonsilar e discute sobre as possibilidades de infecções diversas das vias aéreas superiores após a realização deste procedimento.

2. MÉTODO OU METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura por meio de busca na plataforma PubMed com os descritores “tonsillectomy”, “infections”, “pediatric”, “children” e “risks”. Foi adicionado filtro para artigos publicados nos últimos 12 anos, dos quais foram obtidos 64 resultados no total. Destes foram selecionados 7 artigos que fazem parte desta revisão. Além disso, foram revisados e selecionados 3 artigos de Sociedade de Especialidade Médica e Associação Médica Brasileira.

3. RESULTADOS E DISCUSÕES

Infecções agudas

O quadro clínico da infecção aguda da faringoamigdalite é caracterizado por odinofagia, febre, prostração, adenomegalia cervical, exsudato tonsilar ou teste positivo para estreptococos beta-hemolíticos do grupo A além de média incapacidade funcional. A maioria das amigdalites são de etiologia viral, e apenas 20-40% são bacterianas, sendo o agente infeccioso *Streptococcus B-hemolítico* do grupo A, o mais prevalente. Cerca de 1-3% dos doentes não tratados com esta última condição, podem desenvolver complicações como a Febre Reumática, Glomerulonefrite aguda e Coreia de Sydenham. Ademais, pode ocorrer abscesso periamigdaliano, sendo considerado caso de urgência pediátrica a depender da gravidade. O tratamento mais indicado para casos de EBGa é o uso de antibióticos como Clindamicina e Cefalosporinas de segunda geração (2,6).

Infecções crônicas

A amigdalite crônica caracteriza-se por odinofagia persistente, ausência de febre, rubor das amígdalas e presença de caseum. Em casos de suspeita, realiza-se o exame anatomopatológico, no qual mostra existência de criptas infectadas, fibrose e hiperplasia linfóide. O tratamento consiste em medidas de desinfecção local, remoção do caseum e analgesia (1,2).

Indicações cirúrgicas

O diagnóstico de faringoamigdalite crônica consiste em indicação para tonsilectomia quando redução da qualidade de vida e quando o suporte se mostra insuficiente. Além disso, pacientes com hipertrofia de amígdalas, frequentemente associada a hipertrofia de adenoide, também possuem indicação cirúrgica, uma vez que pode levar a complicações como apneia do sono, respiração bucal, fácies adenoideana, roncopatia. A presença de abscesso periamigdaliano em doentes com amigdalite frequente, distúrbios neuropsiquiátricos autoimunes pediátricos associados a infecções estreptocócicas, convulsões febris, halitose, má oclusão dentária, amígdalas crípticas ou amigdalite hemorrágica, também são quadros em que se considera indicação para tonsilectomia (2,3,4,6).

Para classificar as infecções recorrentes, utiliza-se alguns critérios, sendo esses: 7 ou mais infecções num ano, 5 infecções por ano em 2 anos consecutivos, 3 infecções por ano em

3 ou mais anos consecutivos. Essas infecções devem estar documentadas por médico e deve preencher 2 dos seguintes critérios: Exsudato amigdaliano purulento, Temperatura superior a 38°C, adenomegalia dolorosa, exsudato positivo para EBGA (6).

Tonsilectomia

A amigdalite recorrente acarreta linfócitos tonsilares sobrecarregados com a estimulação antigênica persistente, podendo perder a capacidade de responder a outros antígenos. Uma vez que ocorre esse comprometimento imunológico, a amígdala não funciona mais adequadamente na proteção local ou no reforço do sistema imunológico secretor do trato respiratório superior. Portanto, a tonsilectomia pediátrica, com ou sem adenoidectomia, é uma operação eficaz para diminuir a incidência em crianças com infecções de garganta recorrentes (5,6).

As amígdalas e adenoides possuem papel na defesa contra microrganismos transportados pelo ar e alimentos, uma vez que estão localizadas na porta de entrada do trato respiratório, por onde podem entrar vários antígenos estranhos, como micróbios e alérgenos inalados e alimentares, o que leva à especulação se a remoção cirúrgica das tonsilas resulta em alteração da resposta imune em crianças. No entanto, não houve associação significativa entre a remoção de tecido imunologicamente competente através da intervenção otorrinolaringológica com redução da estimulação do sistema de defesa (7,10).

Em controvérsia, tem um papel potencialmente benéfico na diminuição da incidência de faringite recorrente, na resistência das vias aéreas superiores, na prevenção de recorrências de febre reumática e no controle do transporte faríngeo crônico de estreptococos beta-hemolíticos do grupo A, além de melhorar ou até curar distúrbios respiratórios do sono através de efeito positivo na obstrução. Evidencia melhora no estado de saúde e qualidade de vida geral de pacientes pediátricos, com efeito moderado em crianças com amigdalite aguda recorrente, pois leva a uma redução leve, mas significativa, da frequência de dores de garganta. Eficácia confirmada através de estudos prospectivos e randomizados (6,8,9).

4. CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Resultados evidenciam que a tonsilectomia é uma medida eficaz para reduzir a incidência de faringoamigdalites recorrentes e melhorar a qualidade de vida de pacientes pediátricos, especialmente em casos de amigdalite aguda recorrente. O procedimento pode diminuir a frequência de amigdalites e complicações graves, como febre reumática e distúrbios respiratórios do sono. A remoção das tonsilas não demonstrou impacto negativo significativo no sistema imunológico, o que reforça seu benefício clínico. A cirurgia é particularmente indicada para pacientes que se enquadram nos critérios de infecções recorrentes documentadas.

REFERÊNCIAS

1. Diretrizes brasileiras para o diagnóstico, tratamento e prevenção da febre reumática. Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2009. doi.org/10.1590/S0066-782X2009002100001
2. MARINHO, António Ferreira. Amígdalas e adenóides-da infecção à obstrução. Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, v. 48, n. 1, p. 25-32, 2010.
3. PIRANA, Sulene; BENTO, Ricardo Ferreira; CAMARA, José. Consensos e controvérsias nas indicações de adenoamigdalectomia entre pediatras e otorrinolaringologistas (indicações de adenoamigdalectomia). Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v. 65, n. 4, p. 308-315, 1999.
4. Smith SL, Pereira KD. Tonsillectomy in children: indications, diagnosis and complications. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec. 2007;69(6):336-9. doi: 10.1159/000108364. Epub 2007 Nov 23. PMID: 18033969.
5. Mitchell RB, Archer SM, Ishman SL, Rosenfeld RM, Coles S, Finestone SA, Friedman NR, Giordano T, Hildrew DM, Kim TW, Lloyd RM, Parikh SR, Shulman ST, Walner DL, Walsh SA, Nnacheta LC. Clinical Practice Guideline: Tonsillectomy in Children

- (Update)-Executive Summary. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019 Feb;160(2):187-205. doi: 10.1177/0194599818807917. PMID: 30921525.
6. Isaacson G. Pediatric tonsillectomy: an evidence-based approach. *Otolaryngol Clin North Am.* 2014 Oct;47(5):673-90. doi: 10.1016/j.otc.2014.06.011. Epub 2014 Aug 7. PMID: 25213277.
 7. Funakoshi U, Yonekura S, Iinuma T, Arimoto Y, Nakano A, Yamaide A, Tomiita M, Hoshioka A, Sakurai D, Okamoto Y. The influence of tonsillectomy on allergic diseases in pediatric patients. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2021 Jan;140:110503. doi: 10.1016/j.ijporl.2020.110503. Epub 2020 Nov 17. PMID: 33223275.
 8. Torretta S, Rosazza C, Pace ME, Iofrida E, Marchisio P. Impact of adenotonsillectomy on pediatric quality of life: review of the literature. *Ital J Pediatr.* 2017 Nov 25;43(1):107. doi: 10.1186/s13052-017-0424-2. PMID: 29178907; PMCID: PMC5702149.
 9. Brietzke SE, Andreoli SM. Systematic Review and Meta-analysis of the Change in Pharyngeal Bacterial Cultures After Pediatric Tonsillectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2021 Feb;164(2):264-270. doi: 10.1177/0194599820944907. Epub 2020 Jul 21. PMID: 32689869.
 10. Van Hattum ES, Balemans WA, Rovers MM, Zielhuis GA, Schilder AG, Van der Ent CK. Adenoidectomy and/or tonsillectomy in childhood is not associated with atopic disease later in life. *Clin Exp Allergy.* 2006 Jan;36(1):40-3. doi: 10.1111/j.1365-2222.2005.02416.x. PMID: 16393264.