

Tonsilitis Recurrente

Edigar Rezende de Almeida y Luiz Bellizia Neto

Introducción

Luiz Bellizia Neto

Un dilema frecuente para los pediatras cuando están viendo a un paciente con tonsilitis aguda recurrente es “cuando la tonsilectomía es un beneficio” Primero que todo, para realizar un diagnóstico más exacto es obligatorio realizar Quick Vue+® Strep A Test* en las tonsilas para encontrar si las tonsilitis tienen un *Streptococcus pyogenes* del Grupo A como base etiológica ó no, sobre todo pensando que la mayoría de las infecciones de las tonsilas son de origen viral. Después de eso, más que solo una indicación para tonsilectomía basado en el número de episodios bacterianos (GAS) por años, nosotros necesitamos evaluar el impacto de la enfermedad en el estado nutricional del niño, ausencias escolares y el impacto sobre la vida familiar y calidad de vida, además de también individualizar los riesgos y beneficios del abordaje quirúrgico para ese niño.

Consideraciones Generales

Edigar Rezende de Almeida

El término tonsilitis recurrente (TR) describe una condición con frecuentes episodios de infecciones agudas en las tonsilas, adenoides y mucosa faríngea. Algunos reportes publicados tienen en cuenta el número de episodios durante un período de tiempo (7 episodios en un año, 5 episodios cada años por dos años consecutivos ó 3 episodios en 3 años consecutivos) para caracterizar la TR (como es reconocido por Paradise) y usar este criterio para indicar cirugía o nó. Por definición una infección de la garganta debe incluir unos de los siguientes síntomas; temperatura mayor de 38.5° C, linfadenopatía en el cuello >2 cms, exudado en las tonsilas palatinas ó un cultivo positivo para *Streptococcus pyogenes* del Grupo A (GAS). La historia médica y el examen físico deben suministrar el diagnóstico y sugerir el tratamiento.

Es importante diferenciar entre recurrencia y recidiva. Esta última ocurre cuando la infección no ha sido tratada efectivamente porque el antibiótico prescrito no fue el apropiado o este fue usado en una dosis impropia o un tiempo inadecuado y entonces la misma bacteria causa la nueva infección. En la recurrencia, las bacterias son diferentes que las que causaron la infección anterior y no hay relación por el tiempo entre los episodios. El término tonsilitis crónica no está bien definido, pero muchos reportes consideran este diagnóstico cuando hay dolor en la garganta por más de 3 meses asociado con una inflamación de las tonsilas.

* Hay un kit commercial - Quick Vue+® Strep A Test (Quidel Corporation, San Diego, California, USA)

Esto podría estar asociado también con halitosis, restos caseosos blanco-amari-llentos en los orificios tonsilares de las criptas, eritema peritonsilar, y persistente linfadenopatía en el cuello. Esta infección puede estar presente en tonsilas hipertróficas o aún en tonsilas atróficas. Otras situaciones clínicas que podrían causar estos síntomas y que deben ser consideradas en la evaluación de estos infantes, incluyen el reflujo gastroesofágico, la tonsilitis lingual y la rinitis alérgica. Como factores predisponentes en esta entidad se incluyen los abusos en la prescripción de antibióticos, cambios en la microflora del área, cambios en las estructuras de las criptas y algunas infecciones virales. En la mayoría de los casos la etiología básica es viral, en casos agudos o recurrentes y más frecuentemente en niños. El virus Epstein Barr es frecuente en la infancia y este podría permanecer en los linfocitos de las tonsilas y causar más infección. Este virus ha sido aislado en cuadros de tonsilitis aguda recurrente y además en tonsilas hipertróficas.

El más importante agente bacteriano es el *Streptococcus pyogenes* del Grupo A (GAS) debido a que este tiene una alta morbilidad y prevalencia en niños entre los 5 y 15 años de edad. La diferencia en niños pre-escolares y escolares depende de los anticuerpos IgG transmitidos por la madre y en el pequeño número de receptores para *Streptococcus* sp en la faringe de los niños que han recibido lactancia materna. A veces la recurrencia es debida a otras bacterias tales como el *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* o la *Moraxella catarrhalis*. Las últimas dos bacterias son grandes productoras de beta-lactamasas, enzimas estas que inactivan la penicilina y la amoxicilina, las cuáles pueden producir la erradicación del GAS (pero no de microorganismos productores de beta-lactamasa). Esto dificulta, por lo tanto, el tratamiento con antibióticos tipo penicilina/amoxicilina. Es importante recordar que las bacterias anaeróbicas que son parte de la flora normal pueden interferir con el crecimiento *in vitro* del GAS lo mismo que otros patógenos.

Las tonsilas en niños pequeños con frecuentes episodios de infección por GAS tienen menos bacterias aeróbicas y anaeróbicas que pueden interferir con el GAS que los niños sin esta condición. Esto sugiere que estas bacterias (aeróbicas y anaeróbicas) pueden tener un rol en la prevención de las infecciones por GAS. Brook y Foote hallaron similar flora bacteriana en el centro de una tonsila normal que de una tonsila inflamada recurrentemente pero la concentración de **algunas cepas era mayor en niños** con tonsilitis recurrente debido al GAS. La microbiología es diferente **en casos adultos donde son hallados más diferentes cepas. El GAS es más frecuente en la población pediátrica y las bacterias productoras de beta-lactamasa son más frecuentes en los pacientes adultos.** Las bacterias anaeróbicas están predominantemente en el punto medio de las tonsilas en los niños y adultos con tonsilitis recurrente causada por GAS, y en la mayoría de los casos sin otras bacterias aeróbicas.

Una gran concentración de *Staphylococcus aureus* y *Haemophilus influenzae* ha sido hallada en las tonsilas hipertróficas cuando son comparadas con la tonsilitis aguda recurrente sin hipertrofia; esto sugiere que existen más bacterias en las tonsilas hipertróficas con ó sin infección recurrente. Algunos estudios muestran la **presencia de bacterias anaeróbicas en la mayoría de los casos, en el centro de las tonsilas en pacientes con tonsilitis recurrente no causada por GAS** y en

esos a su vez **con hipertrofia de las mismas. La respuesta efectiva a los antibióticos en las infecciones anaeróbicas**, en la mononucleosis infecciosa y en la tonsilitis no causada por GAS apoya el **rol de los anaerobios en la tonsilitis**. El metronidazol mejora los síntomas de la hipertrofia tonsilar, atenúa la fiebre en la mononucleosis infecciosa y no tiene actividad contra los virus ni contra las bacterias aeróbicas. Este solo actúa contra las bacterias anaeróbicas.

Indicios patológicos en estas infecciones recurrentes y persistentes son muy similares. Hay una presentación equivalente en la microbiología en la tonsilitis aguda y la crónica. Esto es posible ya que el estado crónico podría ser mas frecuente que lo que nosotros pensamos y algunas tonsilitis crónicas podrían tener efectos más generales en la totalidad del organismo humano. En términos de inmunología, los linfocitos de las tonsilas en pacientes con tonsilitis recurrente muestran una significativa producción de IgG al principio y debajo de la estimulación antigénica. A pesar que ellos tienen una normal reacción a las bacterias, la duración es más corta y ello produce la IgA.

Tratamiento

La penicilina es el mejor antibiótico para tratar la tonsilitis aguda recurrente. Nosotros tenemos que considerar que las bacterias involucradas son: *Streptococcus pyogenes* Grupo A ó no Grupo A, *Corynebacterium diphtheriae*, *Corynebacterium haemolyticum*, *Neisseria* sp, *Chlamydia* sp. Adicionalmente los co-patógenos que producen beta-lactamasa podrían disminuir la normal actividad de la penicilina asegurando la persistencia del GAS. En estos casos nosotros debemos prescribir antibióticos que puedan atacar estas bacterias por un tiempo adecuado.

En la tonsilitis crónica, nosotros podemos prescribir antibióticos como clindamicina ó amoxicilina/ clavunato por 3 semanas.

Cuando el tratamiento médico no es suficiente para curar o evitar mas infecciones, podemos indicar una tonsilectomía en base a los principios enunciados por Paradise:

- 1) 7 episodios agudos en 1 año
- 2) 5 episodios agudos en 2 años consecutivos.
- 3) 3 episodios agudos en 3 años consecutivos.

Debemos tener presente siempre las características de estas infecciones: fiebre mayor de 38,5 °C, exudado en las tonsilas, nódulos cervicales sensibles mayores de 2 cm y cultivos positivos para GAS.

La valoración clínica es el más importante factor en la preconización del tratamiento. La cirugía ha probado ser efectiva en el tratamiento de la tonsilitis recurrente, mejorando la calidad de vida de estos niños.

Lecturas recomendadas

1. Brook I. O papel das bactérias anaeróbias nas tonsilites. In: Sih T, Chinski A, Eavey R, Godinho R (Eds) IV Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO, Ed. Lis Gráfica & Editora Ltda, Guarulhos, SP, Brasil p. 60-73, 2006.
2. Casselbrant M. Atualização nas Indicações e Contra Indicações das Adenotonsilectomias. In: Sih T (Ed.) Infectologia em Otorrinopediatria. Ed Revinter Ltda, Rio de Janeiro, Brasil, p. 63-7, 2004.
3. Discolo CM, Darrow DH, Koltai PJ. Indicações de tonsilectomia decorrentes de causas infecciosas. In: Sih T, Chinski A, Eavey R (Eds) II Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO. Ed Guebecor World, São Paulo, Brasil, p. 114-28, 2003.
4. Ejzemberg B. Diagnóstico e conduta na tonsilite crônica. In: Sih T, Chinski A, Eavey R, Godinho R (Eds) V Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO. Ed. Lis Gráfica & Editora Ltda, Guarulhos, SP, Brasil, p. 102-7, 2000.
5. Endo LH, Ferreira D, Montenegro MCS, Pinto GA, Altemani A, Bortoleto AE, Vassalo J. Detection of Epstein-Barr Virus in tonsillar tissue of children and the relationship with recurrent tonsillitis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 58(1): 9-15, 2001.
6. Goldstein NA, Stewart MG, Witsell DL, Hannley MT, Weaver EM, Yueh B, Smith TL, Orvidas LJ. Quality of life after tonsillectomy in children with recurrent tonsillitis. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery.* 138:59-516, 2008.
7. Gul M, Okur E, Ciragil P, Yildirim I, Aral M, Kilie MA. The comparison of tonsillar surface and core cultures in recurrent tonsillitis. *American Journal of Otolaryngology – Head and Neck Medicine and Surgery.* 28:173-6, 2007.
8. Sanchez FG, Deutsch E. Tonsilectomia na Tonsilite Recorrente: Sim ou Não? In: Sih T, Chinski A, Eavey R, Godinho R (Eds) IV Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO, Ed Lis Gráfica & Editora, Guarulhos, SP, Brasil, p 75-8, 2006.