

# AULA: RINOSSINUSITE AGUDA

## PROFESSORA: WILMA ANSELMO LIMA

TRANSCRIÇÃO: Luís Felipe Visconde

EDIÇÃO: Sara Caixeta

### INTRODUÇÃO

- O diagnóstico e tratamento das rinosinusites agudas são competências necessárias a qualquer médico, independente de sua especialidade.

### CLASSIFICAÇÕES

- Rinosinusite é uma infecção e/ou inflamação da mucosa do nariz e de todos os seios paranasais.
- Pelas Diretrizes Brasileiras de Rinosinusites de 2008, as rinosinusites podem ser divididas, de acordo com a temporalidade dos sintomas, em:

CLASSIFICAÇÃO	DURAÇÃO DOS SINTOMAS
Rinosinusites agudas ou intermitentes	Sintomas têm até 12 semanas de duração
Rinosinusites crônicas ou persistentes (podem ser com ou sem pólipos nasais)	Sintomas têm mais de 12 semanas de Duração (>3m)
Rinosinusite recorrente	Quando o paciente tem 4 ou mais episódios anuais de rinosinusites agudas ao ano.

- Além dessa classificação temporal, as rinosinusites podem ser classificadas de acordo com a intensidade dos sintomas em:

a) **RINOSSINUSITE LEVE:** o escore de sintomas, numa escala visual analógica vai de 0 a 4;

b) **RINOSSINUSITE MODERADA ou ACENTUADA:** o escore de sintomas, numa escala visual analógica, vai de 5 a 10;

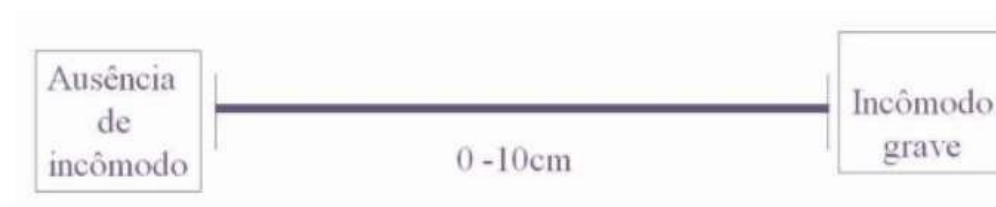
- Apesar de esta ser a classificação preconizada pelas Diretrizes Brasileiras, as diretrizes europeias, americanas e canadenses classificam as rinosinusites em:

a) **DISCRETA:** os sintomas, na escala analógico visual, recebem escore de 0 a 3;

b) **MODERADA:** escore maior que 3 até 7 na escala analógica visual

c) **GRAVE:** escore maior do que 7.

- A escala analógica visual é uma escala na qual o paciente, depois de perguntado sobre o quanto os sintomas da rinosinusite o incomodam e atrapalham sua qualidade de vida, marca a intensidade dos seus sintomas, onde 0 equivale à ausência de incômodo e 10 significa incômodo grave:



## RINOSSINUSITES AGUDAS

→ O consenso europeu de 2012 (EPOS), hoje adotado no mundo inteiro, divide as etiologias das rinosinusites agudas em 3 tipos:

- a) **VIRAL**: conseqüente de um resfriado comum
- b) **PÓS – VIRAL**: quando há piora ou persistência dos sintomas após 10 dias
- c) **BACTERIANA**

## ABORDAGEM CLÁSSICA

- A história natural das rinosinusites, para todo paciente (criança ou adulto) inicia com quadro de febre, dor, mal estar, muita secreção (tanto anterior quanto posterior). O que define, no entanto, sua etiologia, é o tempo de duração dos sintomas.
- Se os sintomas remitem entre 7 e 10 dias, consideramos que é uma rinosinusite aguda virótica.
- Se os sintomas pioram a partir de 5 dias ou persistem após 10 dias, podemos inferir que a rinosinusite aguda é de origem bacteriana (isso se explica por que, quando viral, o principal agente etiológico envolvido é o Rhinovírus. A infecção por esse vírus tende a ceder após 7 a 10 dias de modo que, se os sintomas persistem, provavelmente a infecção é de origem bacteriana).

## ABORDAGEM RECENTE

- Apesar de essa ser a abordagem clássica, o Consenso Europeu de 2012 adverte para o fato de que se os sintomas persistem por mais de 10 dias, pode ser que eles sejam causados por um status pós-infecção viral. Sendo assim, mesmo que o paciente continue com os sintomas típicos do resfriado comum (febre, rinorréia anterior e posterior, etc), só devemos considerar a hipótese de que a etiologia seja bacteriana e entrarmos com a antibióticoterapia para grupos selecionados de pacientes.
- Esse cuidado especial se justifica a fim de se evitar o uso indiscriminado de antibióticos.

---

**RINOSSINUSITE AGUDA PÓS-VIRAL**: definida quando há piora dos sintomas após cinco dias de doença ou quando os sintomas persistem por mais de dez dias. No passado essa era a definição da rinosinusite aguda bacteriana. Hoje já não é mais! Apenas um grupo desses pacientes classificados, inicialmente, como rinosinusite aguda pós-viral, que permanecem com sintomas importantes, é que deve ser considerado como um caso de rinosinusite aguda bacteriana e se beneficiará da antibioticoterapia.

## RINOSSINUSITES AGUDAS BACTERIANAS:

- Os sinais e sintomas das rinosinusites agudas e bacterianas podem ser divididos em sinais maiores e menores:

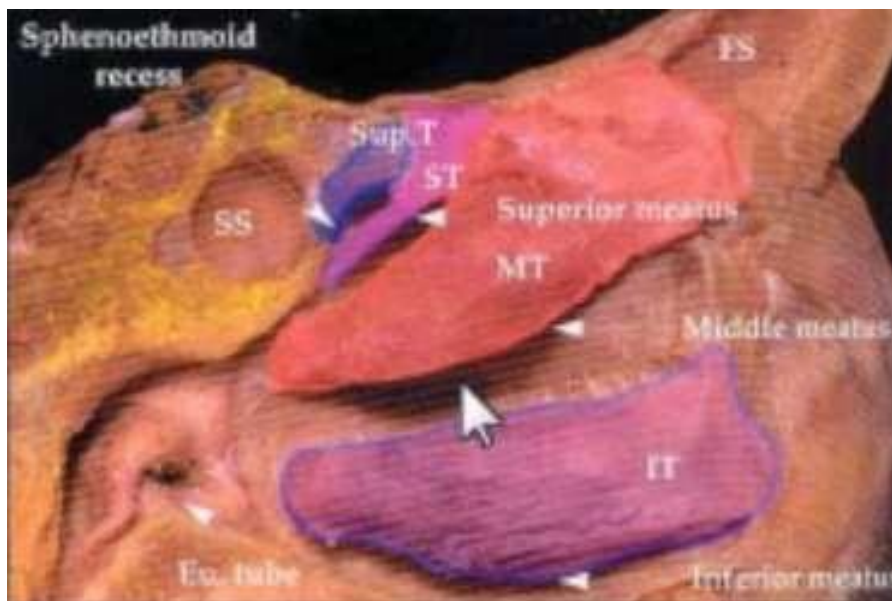
SINAIS MAIORES	SINAIS MENORES:
Descarga Purulenta Anterior	Cefaléia
Descarga Purulenta Posterior	Dor facial
Tosse (Um Dos Principais)	Edema periorbitário
	Otalgia
	Halitose

	Dor dentária
	Dor de garganta
	Febre

- ➔ O diagnóstico de rinossinusite aguda bacteriana será mais provável quando o paciente apresentar:
  - **2 ou mais sinais/sintomas maiores**
  - **ou 1 sinal/sintoma maior + 2 ou menores**
- ➔ Se essa condição for obedecida, provavelmente estamos diante de uma rinossinusite aguda bacteriana.

### FISIOPATOLOGIA DAS RINOSSINUSITES AGUDAS

- ➔ A parede lateral da cavidade nasal apresenta 3 projeções ósseas, recobertas por mucosas, denominadas conchas nasais superior, média e inferior.
- ➔ O espaço localizado abaixo da concha nasal média é denominado meato médio. A porção média desse espaço abriga os óstios de drenagem dos seios paranasais anteriores (seios maxilares, seios frontais e células etmoidais anteriores).



- ➔ Se há alguma obstrução nasal a nível do meato médio, estes óstios podem ser obstruídos, o que compromete a drenagem de secreções dos seios anteriores. Assim, há uma tendência de ocorrer acúmulo de secreções e patógenos nessas cavidades, facilitando a instalação de um processo infeccioso bacteriano.
- ➔ Se a obstrução acontece, também, a nível de meato superior, onde se abrem os óstios de drenagem dos seios paranasais posteriores (seio esfenoidal e células etmoidais posteriores), o mesmo acontecerá nessas cavidades, e o processo infeccioso acometerá todas as cavidades paranasais.
- ➔ Outras condições, somadas a essa obstrução dos seios paranasais, tais como disfunções no transporte muco-ciliar e/ou deficiência imunológica, propiciam o acúmulo de secreções e a instalação da infecção bacteriana.

## RINOSSINUSITES AGUDAS BACTERIANAS EM CRIANÇAS

- A suspeita clínica de rinosinusite aguda em crianças deve ser encarada de forma diferente. As crianças nem sempre apresentarão uma sintomatologia tão rica nem sempre é observada na população pediátrica. Isso se justifica, pois, em crianças, os seios paranasais são pequenos e não totalmente desenvolvidos.
- A criança nasce apenas com os seios maxilares e as células etmoidais anteriores! Apesar de pequenas, essas cavidades podem infeccionar/inflamar e deflagrar um quadro de rinosinusite aguda bacteriana.
- O quadro clínico, nessas situações é marcado por:
  - **Resfriado que nunca vai embora, relatado pela mãe da criança;**
  - **Rinorréia**
  - **Tosse que piora ao deitar;**
- Diante dessas queixas podemos e devemos fazer o diagnóstico de uma rinosinusite aguda bacteriana na criança.
- O diagnóstico de rinosinusite aguda bacteriana é eminentemente clínico, para qualquer idade, mas, principalmente, para crianças maiores de 6 anos de idade. O uso de exames complementares não é necessário.

## SINAIS SUGESTIVOS DE RINOSSINUSITE BACTERIANA EM ADULTOS:

- 1) **EDEMA PERIORBITÁRIO** (sem hiperemia ou sinais infecciosos, que neste caso lentariam suspeita de alguma complicação);
- 2) **HALITOSE** (causada pela presença de secreção purulenta);
- 3) **DOR À PALPAÇÃO FACIAL CORRESPONDENTE AOS SEIOS** (maxilar, frontal, e etmoidal). A dor tende a se projetar na região de projeção do seio. Se a rinosinusite estiver instalada nos seios etmoidais, a dor é no canto interno dos olhos. Se instalada no seio esfenoidal, a dor é na região da nuca. Principalmente em adultos, a sintomatologia típica das rinosinusites é dor/cefaleia, marcada por uma sensação de peso local. Essa dor piora pela manhã, quando o paciente se levanta (pois os seios estão repletos de secreção), vai melhorando com o decorrer do dia, e volta a piorar à noite.
- 4) **SECREÇÃO EM REGIÃO DE MEATO MÉDIO OU NAS FOSSAS NASAIS;**
- 5) **DRENAGEM POSTERIOR DE SECREÇÃO MUCOPURULENTA;**
- 6) **HIPEREMIA DA PAREDE POSTERIOR DA OROFARINGE;**

## DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

- O diagnóstico de rinosinusites agudas bacterianas pode ser dificultado pela presença de doenças que cursam com o mesmo quadro clínico. Isso é verdade para algumas condições, tais como:
  - **RINITE AGUDA BACTERIANA**
  - **ADENOIDITE AGUDA BACTERIANA**
- Por sorte, o tratamento é o mesmo que o da rinosinusite bacteriana nessas situações.
- Porém, outras situações devem ser cuidadosamente avaliadas no diagnóstico diferencial, pois exigem tratamentos totalmente diferentes, tais como:
  - **CORPO ESTRANHO EM CAVIDADE NASAL** (o quadro clínico típico

é rinorreia fétida unilateral).

- **RINITE CRÔNICA** (o quadro clínico é provocado por uma obstrução nasal crônica)
- **RINITE AGUDA EPIDÊMICA**

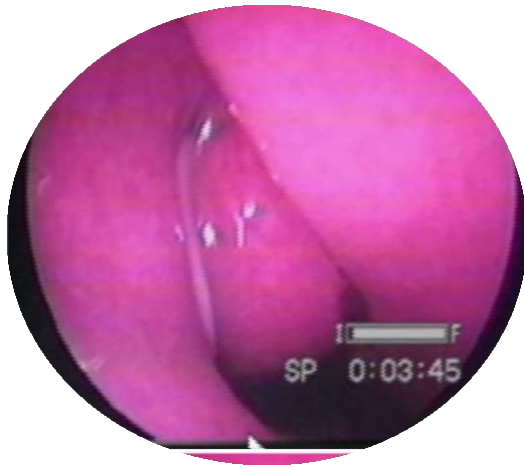
### CONSIDERAÇÃO IMPORTANTE:

- O termo “sinusite” é, muitas vezes, empregado inadequadamente. O termo correto é “rinossinusite”, pois diz respeito a uma infecção que acomete a mucosa do nariz e se estende para a mucosa dos seios paranasais.
- Existe, porém, uma exceção: A SINUSITE ODONTOGÊNICA;
- Esse quadro é marcado por uma infecção/inflamação isolada do seio maxilar secundariamente a uma infecção odontogênica.
- O quadro se inicia quando há uma infecção no canal dentário (situação que tem se tornado mais frequente, em função do maior número de implantes dentários) que gera um granuloma periapical e evolui para um abscesso submucoso (chamado de parúlea).
- Quando esse abscesso se rompe e drena seu conteúdo para dentro do seio maxilar (*como na imagem*), isso gera uma infecção dessa cavidade sem que haja infecção prévia da mucosa nasal. Assim, nessa situação, devemos falar em sinusite maxilar odontogênica aguda e não em rinossinusite!



### DIAGNÓSTICO

- ➔ Como já mencionado, o diagnóstico das rinossinusites agudas bacterianas é eminentemente clínico.
- ➔ A nasofibrosopia deve ser reservada para casos difíceis como: pacientes imunodeprimidos, com febre persistente ou neutropênicos. Nessas situações, o exame endoscópico mostrará presença de secreção purulenta sendo drenada pelo meato médio, entre a concha nasal média e a concha inferior:



- A radiografia simples não fecha o diagnóstico de rinossinute aguda bacteriana e não ajuda no diagnóstico. É um exame de baixa sensibilidade e baixa especificidade para essa situação e seu uso indiscriminado em ambientes de pronto atendimento deve ser combatido.
- O velamento de um seio paranasal na radiografia pode ser desde uma infecção bacteriana, até um tumor, cistos ou outras condições. De modo que a radiografia tem baixa especificidade para o diagnóstico de rinossinusites agudas.
- O único sinal de certeza que nos indica uma rinossinusite bacteriana aguda na radiografia é a observação de um nível hidroaéreo no seio paranasal, porém, para o paciente chegar nesse nível, certamente ele estará com uma clínica bastante exuberante.
- Além disso, a radiografia de perfil pode ter seu valor quando usada para ajudar no diagnóstico diferencial, para se visualizar a adenoide:



*Imagem: a seta mostra a adenoide do paciente.*

## TRATAMENTO:

**1) TRATAMENTO DAS RINOSSINUSITES VIRÓTICAS ou PÓS-VIRÓTICAS:** esse tipo de sinusite não deve ser tratada com antibióticos. O tratamento é feito visando-se reduzir os sintomas, e não existe uma receita padrão. Ele é baseado na prescrição de:

- Descongestionantes nasais (para aliviar a obstrução nasal)
- Lavagem/Irrigação nasal (para ajudar no escoamento das secreções)
- Analgésicos ou Anti-inflamatórios para combate da dor.
- Apesar de existirem recomendações formais para o tratamento, não existem evidências científicas que o justifiquem.

### - IRRIGAÇÃO NASAL

→ A lavagem nasal com solução salina isotônica deve sempre ser recomendada, pois ela:

- Reduz o edema da mucosa
- Melhora o fluxo muco-ciliar
- Promove remoção mecânica do muco espesso
- Promove regressão de mediadores inflamatórios

→ A lavagem com solução salina hipertônica não é recomendada na fase aguda, pois não existem evidências comprovadas do seu benefício. Ela é mais indicada em casos de rinossinusite crônica, pois atua melhorando o fluxo muco-ciliar.

### - DESAFIOS NO TRATAMENTO DAS RINOSSINUSITES AGUDAS VIRÓTICAS

- O principal desafio é não usar o antibiótico para tratar as rinossinusites agudas virais.
- Apenas 0,5 a 2% das rinossinusites agudas são, de fato, de origem bacteriana.
- Muitas vezes, o paciente chega ao consultório querendo receber um antibiótico. Cabe ao médico ter o cuidado e paciência de explicar-lhe sobre a doença e a importância do medicamento até que ele compreenda por que não se deve recomendar o tratamento.

### - USO DE CORTICÓIDE NO TRATAMENTO DAS RINOSSINUSITES AGUDAS

- O uso de corticoide tem sido recentemente, recomendado para o tratamento de pacientes que têm dor facial importante, pois esse medicamento ajuda no alívio do desconforto facial.
- O esquema de tratamento é via oral, 3 a 5 dias, quando o paciente tem dor facial intensa.
- Trabalhos de 2005 mostraram benefício no uso de corticoides nasais tópicos. Eles são recomendados em casos de rinossinusite aguda não complicada, com sintomas discretos a moderados, sem febre ou dor.
- O corticoide tópico, em casos de rinossinusite aguda pós-viral (ou mesmo casos mais leves/moderados de rinossinusite bacteriana), auxilia a reduzir o edema do meato médio, e pode ser indicado em monoterapia.
- O esquema de tratamento mais eficiente é a “dose dobrada”, em que o paciente faz a lavagem do nariz e dos seios com soro fisiológico e, posteriormente, faz a aplicação em ambas narinas (uma vez de manhã e uma à noite).

## 2) ANTIBIÓTICOTERAPIA NAS RINOSSINUSITES AGUDAS BACTERIANAS

O principal patógeno causador das rinossinusites agudas bacterianas é o pneumococo (*S. pneumoniae*), seguindo do *H. influenzae* e da *Moraxella catarrhalis*.

- A escolha do antibiótico deve ser feita levando-se em consideração alguns critérios, tais como:
- A gravidade dos sintomas;
  - Se o paciente já fez uso prévio de antibióticos;
  - Presença de quadros sinusais e rinossinusites bacterianas agudas prévias;
  - Presença de doenças graves associadas;
  - Histórico de reações alérgicas prévias;

### ANTIBIÓTICOS

**1ª ESCOLHA: AMOXACILINA:** apresenta boa resposta na maioria dos casos (80%), principalmente para pacientes que não tem fator de risco associado e sem uso prévio de antibiótico nas últimas quatro semanas. Por isso, se não houver contraindicação, deve ser a primeira escolha.

- Para pacientes com hipersensibilidade, as alternativas são: azitromicina, claritromicina e sulfametoxazol (trimetropin);

**2ª ESCOLHA:** para pacientes que já utilizaram antibiótico nas últimas 4 semanas, ou que apresentam alguma doença de base associada ou sem resposta à amoxicilina dentro de 24 a 48h sem resposta, outras opções incluem:

- a) Amoxicilina por 10 a 14 dias
- b) Amoxicilina + Ác. Clavulânico
- c) Sulfametaxol - Trimetropin
- d) Cefalosporinas de 1ª ou 2ª geração.

OBS: o pneumococo, principal agente etiológico das rinossinusites agudas bacterianas, é muito resistente à sulfametaxol. Porém, muitas vezes, nos postinhos de saúde, ele é a única opção disponível para tratamento e, por isso, aparece como opções.

### CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES:

- Antibióticos não previnem complicações das rinossinusites;
- A grande maioria dos pacientes tem resolução espontânea dos quadros de rinossinusites agudas;
- Os antibióticos devem ser usados de forma racional;
- Os antibióticos têm efeitos colaterais significativos;
- Hoje, em função do uso indiscriminado de antibióticos, tem sido discutido a possibilidade de fazermos prescrição adiada, isto é, prescrevemos a receita do antibiótico, mas orientamos para o paciente esperar entre 24 a 48h depois da consulta para ver se os sintomas da rinossinusite evoluem. Se os sintomas evoluírem, o paciente liga para o médico e, só então, compra e usa o antibiótico. Essa tática reduz em até 1/3 o uso indiscriminado de antibióticos.

### - USO DE DESCONGESTIONANTES NASAIS TÓPICOS (VASOCONSTRICTORES):

- Não existe nenhum dado que justifique seu emprego único, nem dados que sugiram sua relevância para o tratamento.



- ➔ Seu uso deve ser criterioso, reservado às crises agudas, por 3 a 7 dias. (2 gotas em cada narina, 3 vezes ao dia). Ele pode ser útil para ajudar na redução do edema e facilitar a drenagem das secreções.
- ➔ Devemos orientar o paciente a fazer o uso somente durante a crise de rinite. Se o paciente permanece em uso dessa substância, pode haver rebote dos sintomas e evolução para rinite medicamentosa/química;

#### **- USO DE MISTURAS DE AMPOLAS TÓPICAS:**

➔ Muitos pacientes fazem uso de ampolas de corticoide tópico (hidrocortisona + dexametazona). Esse uso deve ser evitado e desencorajado, pois esses corticoides são inadequados pela alta biodisponibilidade e efeitos sistêmicos.

#### **- INDICAÇÃO DA COLETA DE SECREÇÃO PARA ANÁLISE MICROBIOLÓGICA:**

➔ Algumas situações exigem que se faça coleta das secreções (por meio da nasofibroscopia) para cultura e análise microbiológica do agente etiológico a fim de se direcionar a terapia antibiótica mais adequada para o caso. Exemplos disso são:

- Rinossinusites graves
- Rinossinusites hospitalares, em paciente internados;
- Pacientes imunodeprimidos;
- Complicações loco-regionais;
- Má resposta ao tratamento com antibiótico;
- Para realização de ensaios clínicos ou estudos epidemiológicos.