

## Diagnóstico e Tratamento da Rinossinusite

*Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia*

---

**Elaboração Final:** 21 de Junho de 2001

**Autoria:** Sakano E, Weckx LLM, Sennes LU

---

*O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.*

## **DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:**

Foram enviados 37 artigos incluindo os principais consensos e guidelines das sociedades americana de ORL, canadense de infectologia, européia de sinusite na criança, tendo como base o Consenso Brasileiro sobre Rinossinusite (1998) da Sociedade Brasileira de ORL e Sociedade Brasileira de Rinologia, para os presidentes das 16 Sociedades Latinoamericanas de Otorrinolaringologia pertencentes a IFOS (International Federation of Otorhinolaryngology Societies). Todos os itens a serem discutidos foram apresentados oralmente por membros da SBORL, colocados em discussão e posterior votação (eletrônica interativa) pelos presidente das sociedades.

## **GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:**

- A: Grandes ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises.
- B: Estudos clínicos e observacionais bem desenhados.
- C: Relatos e séries de casos clínicos.
- D: Publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas.

## **OBJETIVOS:**

Discutir pontos polêmicos, uniformizar nomenclatura e elaborar diretrizes sobre diagnóstico e conduta nas sinusites, principalmente do otorrinolaringologista para o clínico geral e pediatra.

## **PROCEDIMENTOS:**

1. Terminologia;
2. Classificação;
3. Critérios de diagnósticos para o clínico:
  - sintomas e manifestações;
  - diagnóstico por imagem;
  - particularidades na criança;
  - sinais de alerta para as complicações da sinusite.
4. Avaliação endoscópica pelo otorrinolaringologista;
5. Conduta:
  - Investigação dos fatores predisponentes das sinusites;
  - Tratamento clínico;
  - Tratamento cirúrgico.
6. Sinusite fúngica.

## TERMINOLOGIA

O termo rinossinusite é mais utilizado atualmente já que a rinite e a sinusite são, freqüentemente, uma doença em continuidade. A rinite existe isoladamente, mas a sinusite sem a rinite é de ocorrência rara. Entretanto, muitos autores sugerem manter o termo sinusite por ser uma terminologia amplamente reconhecida pelos clínicos<sup>1-4</sup>(D).

## CLASSIFICAÇÃO – ADULTO E CRIANÇA

A rinossinusite pode ser clinicamente definida como uma resposta inflamatória da membrana mucosa que reveste a cavidade nasal e os seios paranasais, podendo em ocasiões estender-se para o neuroepitélio e osso subjacente<sup>1</sup>(D).

Torna-se necessária uma classificação das rinossinusites para que haja melhor intercomunicação e uniformidade de conduta entre os otorrinolaringologistas e outros especialistas, como os clínicos gerais, pneumologistas e alergistas, que também atendem o paciente portador de rinossinusite.

A classificação é temporal, relacionada com a duração e freqüência do processo<sup>1</sup>(D).

### RINOSSINUSITE AGUDA

A rinossinusite aguda dura até 4 semanas. Na grande maioria dos casos, responde ao tratamento clínico adequado, raramente necessitando de outros tratamentos. É importante ressaltar que a suspeita de uma rinossinusite aguda bacteriana deve ocorrer quando os sintomas de uma IVAS viral pioram após o 5º dia ou persistem por mais de 10 dias<sup>5,6</sup>(B).

### RINOSSINUSITE SUBAGUDA

A rinossinusite subaguda representa a continuação de uma rinossinusite aguda em que não houve a cura da mesma. Os sintomas se mantêm após a quarta semana de instalação da rinossinusite aguda, podendo perdurar até 12 semanas. Os pacientes podem ou não ter sido tratados na fase aguda da doença. Entretanto, os sintomas na fase subaguda são menos severos do que na fase aguda<sup>5,6</sup>(B).

## RINOSSINUSITE RECORRENTE

A rinossinusite recorrente é definida por 3 ou mais episódios de rinossinusite aguda no ano, com ausência de sintomas entre eles<sup>5,6</sup>(B).

## RINOSSINUSITE CRÔNICA

A rinossinusite crônica caracteriza-se pela persistência dos sinais e sintomas por mais de 12 semanas. As alterações inflamatórias da mucosa tornam-se persistentes e quanto mais tempo estiver presente o processo infeccioso, maiores as possibilidades de que se tornem irreversíveis<sup>5,6</sup>(B).

## RINOSSINUSITE

### CRÔNICA AGUDIZADA

Consiste na exacerbação e/ou agudização dos sintomas de um paciente com rinossinusite crônica<sup>5,6</sup>(B).

## RINOSSINUSITE

### COMPLICADA

É aquela inflamação que se estende além dos limites dos seios paranasais, podendo ocorrer uma complicação local, orbitária, intracraniana ou sistêmica de qualquer uma das fases das rinossinusites<sup>4</sup>(D).

## CLASSIFICAÇÃO DA RINOSSINUSITE DO ADULTO E DA CRIANÇA<sup>4, 5, 6</sup>(B)

Aguda	Duração dos sintomas até 4 semanas
Subaguda	Duração dos sintomas de 4 a 12 semanas
Recorrente	Mais de 3 episódios agudos por ano
Crônica	Duração dos sintomas por mais de 12 semanas
Crônica agudizada	Sintomas por mais de 12 semanas com episódios de agudização
Complicada	Complicação local ou sistêmica em qualquer fase

## PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES :

### ● DIAGNÓSTICO

➤ A suspeita de uma rinossinusite bacteriana deve ocorrer quando os sintomas de uma IVAS viral piorarem após o 5º dia ou persistirem por mais de 10 dias<sup>5,6</sup>(B).

➤ A presença de 2 ou mais sinais maiores de sinusite aguda (cefaléia, dor ou pressão facial, obstrução ou congestão nasal, secreção nasal ou pós nasal purulenta, hiposmia ou anosmia, secreção nasal purulenta

ao exame) ou de 1 sinal maior e 2 ou mais, menores (febre, halitose, dor dentária, otalgia ou pressão nos ouvidos, tosse) ou a presença de secreção purulenta nasal no exame físico, são altamente sugestivos de sinusite aguda<sup>1,3</sup>(D).

➤ A presença de 2 ou mais sintomas maiores da sinusite crônica (dor ou pressão facial, congestão nasal, obstrução nasal, secreção nasal ou pós nasal mucopurulenta, hiposmia ou anosmia, secreção nasal purulenta ao exame) ou 1 maior e 2 menores (cefaléia, halitose, fadiga, dor em arcada dentária, tosse,

otalgia ou pressão nos ouvidos) são fortemente sugestivos de sinusite crônica<sup>1,3</sup>(D).

> Nas crianças, a frequência dos sintomas da sinusite aguda (tosse, rinorréia purulenta, halitose, cefaléia, dor facial, febre) ou da crônica (rinorréia purulenta, congestão nasal, tosse, secreção posterior, halitose, dor de garganta) varia com a faixa etária e intensidade do quadro<sup>1,3,7,8</sup>(D).

> O valor diagnóstico do RX simples é controverso e discutível. Pode ser solicitado na sinusite aguda quando existe dúvida diagnóstica. Deve ser solicitado em posição ortostática. Não indicado no controle evolutivo de uma sinusite<sup>3,4</sup>(D).

> A ultra-sonografia é pouco sensível e recomendada apenas em grávidas quando há dúvida diagnóstica<sup>9</sup>(D).

> A tomografia computadorizada está indicada nas sinusites crônicas ou recorrentes, nas complicações de sinusites agudas ou quando de indicação cirúrgica, devendo ser realizada de preferência após tratamento clínico<sup>10</sup>(D).

> A endoscopia nasal é recomendada para todos os pacientes com qualquer tipo de queixa nasal. Não dispensa a rinoscopia anterior. Na falta do equipamento endoscópico, poderá ser dispensada, sempre que o quadro clínico, a rinoscopia anterior e outros exames complementares, forem suficientes para o diagnóstico correto da doença<sup>4,11</sup>(D).

#### ● SINAIS DE ALERTA PARA AS COMPLICAÇÕES DA SINUSITE

> Piora importante dos sintomas e sinais de um quadro agudo após 72h de

antibioticoterapia adequada, surgimento de edema e/ou eritema palpebral, cefaléia intensa com irritabilidade, alterações visuais, sinais de toxemia ou irritação meníngea<sup>4</sup>(D).

#### ● FATORES PREDISPONENTES DAS RINOSINUSITES

> São fatores predisponentes mais frequentes da rinosinusite: IVAS (resfriado, gripe), rinite alérgica ou não-alérgica, alterações estruturais do nariz, hipertrofia de adenóides<sup>12-14</sup>(D).

#### ● TRATAMENTO CLÍNICO

##### Rinosinusite aguda

Não tratar a rinosinusite viral que apresenta sintomas leves e resolução espontânea<sup>3,10,15,16</sup>(D)<sup>17</sup>(A).

> Em rinosinusites leves ou moderadas, preconiza-se a amoxicilina com duração de tratamento de 7 a 10d. Apesar de níveis crescentes de resistência bacteriana, a associação sulfametoxazol-trimetoprim pode ser utilizada em casos leves ou moderados<sup>1,2</sup>(D).

> A amoxicilina pode ser substituída na dependência da evolução clínica por amoxicilina em associação com o ácido clavulânico ou por uma cefalosporina de segunda (cefaclor, cefprozil, axetil-cefuroxima) ou terceira geração (cefpodoxima proxetil) por 7 a 14 dias. Novos macrolídeos (azitromicina e claritromicina) e quinolonas mais recentes (levofloxacino, gatifloxacino, moxifloxacino) em adultos podem também ser utilizados<sup>1,2,4,6,8</sup>(D).

##### Rinosinusite crônica

> Na rinosinusite crônica, preconiza-se a utilização da amoxicilina com ác.

clavulânico, a clindamicina ou a associação metronidazol com cefalosporinas de primeira ou segunda geração, ativos contra *S. aureus* e, aneróbios. O tempo de tratamento dependerá das outras medidas terapêuticas, incluindo o tratamento cirúrgico, podendo ser recomendada uma duração de 3 a 5 semanas<sup>6,8,10</sup>(D).

### Tratamento coadjuvante

➤ Solução salina isotônica ou hipertônica podem ser utilizadas no tratamento da rinossinusite aguda ou crônica<sup>18,19</sup>(D).

➤ Não existem estudos comprovando a eficácia dos mucocinéticos no tratamento coadjuvante da rinossinusite. Podem ser utilizados, embora seus efeitos benéficos não cheguem a superar as vantagens da ingestão de água ou do uso de vapor de água que apresentem comprovado efeito mucolítico<sup>2,8,10</sup>(D).

➤ Os vasoconstrictores tópicos podem ser utilizados com tempo restrito de até 7 dias. A utilização de vasoconstrictores sistêmicos é controversa. Se utilizados, devem ser prescritos por no máximo 6 a 7 dias<sup>2,8,10,19</sup>(D).

➤ Os corticóides sistêmicos são utilizados quando existe edema importante da mucosa nasal importante, cefaléia intensa, polipos ou quadro de sinusite alérgica ou eosinofílica não-alérgica. Devem ser prescritos por via oral e por no máximo 7 dias. No caso em que o uso prolongado for indicado (alergia, poliposes, pós cirúrgico), preconiza-se o uso dos tópicos<sup>2,8,10</sup>(D).

### TRATAMENTO CIRÚRGICO

O principal objetivo do tratamento cirúrgico é restaurar a aeração e drenagem dos seios paranasais e do complexo óstio-meatal com o mínimo trauma possível e conseqüente restabelecimento da função mucociliar da mucosa acometida<sup>12</sup>(D).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lanza D, Kennedy D. Adult rhinosinusitis defined. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 117:S1-7.
2. Kaliner MA, Osguthorpe JD, Fireman P, et al. Sinusitis: bench to bedside. Current findings, future directions. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 116:S1-20.
3. Clement PA, Bluestone CD, Gordts F, et al. Management of rhinosinusitis in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; 124:31-4.
4. Araújo E, Sakano E, Weckx LLM. I Consenso Brasileiro sobre rinossinusite. *Rev Bras Otorrinolaryngol (supl)* 1999; 65:6-30.
5. Wald ER, Guerra N, Byers C. Upper respiratory tract infections in young children: duration and frequency of complications. *Pediatrics* 1991; 87:129-33.
6. Lusk RP, Stankiewicz J. Pediatric rhinosinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 117:S53-7.
7. Hadley JA, Schaefer SD. Clinical evaluation of rhinosinusitis: history and physical examination. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 117:S8-11.
8. Noyek A, Brodovsky D, Coyle S, et al. Classification, diagnosis and treatment of sinusitis: evidence-based clinical practice

- guidelines. *Can J Infect Dis* 1998 ; 9:3B-24B.
9. Zinreich SJ. Rhinosinusitis-radiological diagnosis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 117:S27-34.
10. Gwaltney JM, Jones JG, Kennedy DW. Medical management of sinusitis:educational goals and management guidelines. The international conference on sinus disease. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1995; 104:22-30.
11. Stammberger H. Nasal and paranasal sinus endoscopy. A diagnostic and surgical approach to recurrent sinusitis. *Endoscopy* 1986; 18:213-8.
12. Stammberger H. Endoscopic endonasal surgery-concepts in treatment of recurring rhinosinusitis. Part I:anatomic and pathophysiologic considerations. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1986; 94:143-7.
13. Wigand ME. Endoscopic surgery of the paranasal sinuses and anterior skull base. New York: Thieme; 1990. p. 57-65.
14. Voegels RL. Cirurgia endoscópica dos seios paranasais. *Arqu Fund Otorrinolaringol* 1997; 1:15-8.
15. Gwaltney JM Jr. Acute community-acquired sinusitis. *Clin Infect Dis* 1996; 23:1209-23.
16. Cauwenberg PV. Pathophysiology of viral and bacterial rhinosinusitis. In: Stamm A, editor. *Rhinology*. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p. 124-5.
17. Van Buchem FL, Knottnerus JA, Schrijnemaekers VJ, et al. Primary-care-based randomised placebo-controlled trial of antibiotic treatment in acute maxillary sinusitis. *Lancet* 1997; 349:683-7.
18. Parsons DS. Chronic sinusitis:a medical or surgical disease? *Otolaryngol Clin North Am* 1996; 29:1-9.
19. Benninger MS, Anon J, Mabry RL. The medical management of rhinosinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 117:41-9.