

COMO EU TRATO: Rinossinusites agudas

Dra. Eliana Rodrigues Biamino



Dra. Eliana Rodrigues Biamino

COMO EU TRATO

COMO EU TRATO

INTRODUÇÃO

Rinossinusite aguda (RSA) é definida por processo inflamatório agudo das cavidades nasais e sinusais, com incidência e prevalência variáveis de acordo com a região. Os vírus de gripes e resfriados são os agentes etiológicos mais prevalentes das RSAs: predominam os rinovírus influenza e parainfluenza. Somente 0,5% a 2% dos casos evoluem para infecções bacterianas (RSABs), com predomínio do *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Moraxella catarrhalis*. Bactérias anaeróbicas ocorrem na infecção sinusal secundária à doença odontogênica.

A chance de RSAB se eleva nos pacientes internados em UTI, vítimas de queimadura, em uso de sonda nasointestinal ou entubação nasotraqueal prolongada. Nesse grupo, a doença pode se manifestar como febre de origem indeterminada, e predominam *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter species*, *Proteus mirabilis*, *Serratia marcescens* e *S. aureus*.

As RSAs progridem nos pacientes imunodeprimidos ou com diabetes não controlado, com risco de infecção fúngica invasiva por *Mucor*, *Rhizopus*, *Aspergillus*, *Absidia* e *Basidiobolus*.

O principal desafio é diferenciar as rinossinusites agudas virais das bacterianas. Em geral, as virais regredem em 7 a 10 dias, sem necessidade de tratamento. Por sua vez, as bacterianas também são autolimitadas e 75% dos casos se resolvem em um mês. Antibióticos são indicados nas RSABs com evolução desfavorável, sendo ineficazes e não recomendados nas RSAs virais.

FISIOPATOLOGIA

A homeostase nasossinusal depende da patência do complexo ostiomeatal, do batimento ciliar e da qualidade do muco nasal. A alteração destes fatores resulta em inflamação com aumento da permeabilidade vascular, hipersecreção nasossinusal, diminuição do

clearance ciliar, edema da mucosa e obstrução dos óstios, perpetuando o quadro.

A infecção viral se inicia com inoculação na mucosa nasal e replicação viral observada em 8 a 10 horas, seguida pela disseminação direta ou sistêmica aos seios da face. Os sintomas surgem após 24 horas. A RSAB ocorre pela infecção bacteriana secundária na cavidade sinusal inflamada, em geral como complicação de infecções virais, descompensação alérgica, obstrução mecânica do nariz, infecção odontogênica, natação, uso nasal de cocaína e diminuição da função ciliar.

QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

Os sintomas das RSA incluem congestão e obstrução nasal, secreção nasal purulenta, dor e pressão na face e dentes, especialmente unilaterais, associados a febre, fadiga, tosse, hiposmia, cefaleia, ouvido tampado e halitose. Pacientes com febre alta, dor facial aguda, abaulamento e eritema devem receber tratamento para rinossinusite aguda e ser avaliados por imagem. Os achados de diplopia e cegueira, edema periorbitário e confusão mental indicam possíveis complicações extrassinusais das RSABs.

O exame revela edema difuso das mucosas, estreitamento do meato médio, hipertrofia de cornetos e rinorreia purulenta. Pólipos e desvio septal demonstram fatores de risco no desenvolvimento da RSAB. A escolha do antibiótico nas RSABs se baseia nos patógenos habituais e suscetibilidade do indivíduo. A cultura de secreções do meato médio, realizada pelo otorrinolaringologista com uso do endoscópio, é indicada em pacientes sem resposta adequada ao tratamento inicial, ou na suspeita de complicações. Também é útil em pacientes imunocomprometidos, na mucoviscidose ou fibrose cística e após recente hospitalização.

Em geral, o estudo por imagem não é obrigatório na avaliação inicial de RSA: o nível líquido pode ocorrer tanto nas RSABs como nas RSAsVs. No entanto, a to-

mografia computadorizada sem contraste é o exame de escolha no diagnóstico diferencial de dores atípicas faciais, em processos alérgicos, em sintomas que indiquem complicações das RSABs, em sinusites recorrentes ou resistentes a tratamentos habituais. Nas rinossinusites agudas fúngicas invasivas (RSAFIs), o diagnóstico é realizado com exame endoscópico e biópsia. À histopatologia observa-se invasão intravascular dos fungos.

TRATAMENTO

Nas RSA virais e bacterianas não complicadas, o tratamento consiste em analgésicos, descongestionantes tópicos e sistêmicos de curta duração, irrigação com solução salina e corticosteroides intranasais.

Nos casos de RSAB com sintomas moderados a severos ou piora durante o tratamento inicial, indica-se antibióticos: amoxicilina é a primeira opção. As alternativas são macrolídeos e trimetoprim-sulfametoxazole. A terapia combinada de amoxicilina-clavulanato, cefuroxima ou quinolonas são opções nas situações de resistência antimicrobiana.

As RSAFIs requerem cirurgia para debridamento aliada à terapia antifúngica. A mortalidade alcança mais de 50% dos casos.

O corticosteroide tópico diminui o edema da mucosa nasal, porém sua eficácia se reduz nas RSA com secreção espessa ou bloqueio ostiomeatal. Irrigações nasais com soluções salinas favorecem a limpeza das secreções.

Os corticoides sistêmicos têm efeitos colaterais como hiperglicemia, hipertensão, insônia, alteração de humor e de apetite. Além disso, não há ensaio clínico controlado relacionado ao seu uso na RSA, o que restringe sua indicação nos casos de complicações extrassinusais, em pacientes de UTI ou falhas no tratamento inicial, devendo ser evitados nos pacientes imunocomprometidos que requerem cultura guiada por endoscópio, cirurgia e ampliação do espectro de tratamento antimicrobiano.

REFERÊNCIAS

1. Meltzer EO, Hamilos DL, Hadley JA, ET al. Rhinosinusitis: Establishing definitions for clinical research and patient care. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 131: S1.
2. Rosenfeld RM, Andes D, Bhattacharyya N, et al. Clinical practice guideline: adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck surg* 2007; 137:S1.
3. Young J, De Sutter A, Merenstein D, et al. Antibiotics for adults with clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a metaanalysis of individual patient data. *Lancet* 2008; 371:908.