

# RINOSSINUSITES: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Juliana Johnson Ferri  
Viviane Feller Martha  
Nédio Steffen

## UNITERMOS

SINUSITE; SINUSITE/fisiopatologia; SINUSITE/diagnóstico

## KEYWORDS

*SINUSITIS; SINUSITIS/physiopathology; SINUSITIS/diagnosis*

## SUMÁRIO

O diagnóstico de rinosinusite é essencialmente clínico e a classificação da patologia em viral e bacteriana permanece sendo um desafio no dia-a-dia dos médicos não otorrinolaringologistas. Desta forma, visando-se um diagnóstico preciso para orientar o tratamento adequado, este artigo apresenta uma revisão bibliográfica sobre o tema.

## SUMMARY

*The diagnosis of rhinosinusitis is basically clinical and the classification of this pathology in viral or bacterial remains a challenge in day-to-day for non ENT doctors. Thus, aiming an accurate diagnosis to guide appropriate treatment, this article presents a literature review on the topic.*

## INTRODUÇÃO

A rinosinusite (RS) é caracterizada por uma inflamação da mucosa nasal e dos seios paranasais, sendo uma das afecções mais prevalentes das vias aéreas superiores.<sup>1,2</sup> O termo rinosinusite é preferido ao sinusite, pois a inflamação dos seios raramente ocorre sem inflamação simultânea da mucosa nasal.<sup>1-3</sup> A RS é subdividida em aguda (viral, não-viral e bacteriana), subaguda e crônica.<sup>2,3</sup>

A rinosinusite aguda (RSA) tem como etiologia mais frequente uma infecção viral, sendo, assim, associada ao resfriado comum.<sup>3</sup> A RSA é definida como inflamação sintomática da cavidade nasal e dos seios paranasais com duração inferior a quatro semanas, sendo a viral, aquela associada ao resfriado comum e com duração de até 10 dias; a não-viral é definida por um aumento dos sintomas após 5 dias ou pela persistência de sintomas após 10 dias de

evolução e a bacteriana (após 10 dias de evolução), sugerida pela presença de, pelo menos, três sinais ou sintomas dentre os seguintes: rinorreia purulenta, dor intensa facial, febre alta (> 38 ° C), proteína C reativa elevada e piora dos sintomas após um período inicial de doença mais branda.<sup>2,3</sup>

As RSA virais se resolvem em 7 a 10 dias e são complicadas por uma infecção bacteriana aguda em apenas 0,5 a 2 por cento dos casos. A rinossinusite bacteriana aguda também é, geralmente, uma doença auto-limitada, em que 75 por cento dos casos se resolverão em 1 mês (sem tratamento). Raramente, os pacientes com doença bacteriana não tratada desenvolvem complicações sérias.<sup>2,4</sup>

A rinossinusite subaguda representa a continuação de uma rinossinusite aguda não curada, cujos sintomas são menos severos do que na fase aguda. Caracteriza-se por uma duração maior que 4 e menor que 12 semanas.<sup>1</sup>

A rinossinusite crônica (RSC) tem sido tradicionalmente considerada uma seqüela de rinossinusite bacteriana aguda mal ou não resolvida, apesar de pouca evidência científica. Fatores ambientais, comorbidades e história familiar, têm sido propostos como fatores de risco para RSC. Além de infecciosa, pode ter uma causa inflamatória. A tomografia computadorizada é padrão ouro para avaliação radiológica, permitindo determinar o grau de acometimento nasossinusal, suas alterações anatômicas e as relações com estruturas vizinhas.<sup>1,5</sup>

## **FISIOPATOLOGIA**

Os seios paranasais são cavidades aeradas revestidas por epitélio pseudoestratificado colunar ciliado com células caliciformes. A função de manter o seio livre de partículas e de bactérias é realizada por imunoglobulinas e pelo batimento ciliar, que as direciona para o óstio do seio, desembocando nas fossas nasais. A obstrução do óstio sinusal provoca aumento da pressão intranasal e posterior ocorrência de pressão negativa no interior do seio. O oxigênio é, então, rapidamente absorvido, tornando a pressão intranasal negativa. Em consequência da pobre ventilação do seio, ocorre queda do pH, o que acarreta em diminuição do movimento ciliar.

A rinite viral geralmente é o fator desencadeante da RSA e se propaga aos seios paranasais por via sistêmica ou direta. A inflamação da rinite resulta, então, em hipersecreção nasossinusal e aumento da permeabilidade vascular, seguido de transudação de fluido para dentro da cavidade nasal e para os seios. Os vírus também podem exercer um efeito tóxico direto sobre cílios nasais, prejudicando o transporte mucociliar. Uma combinação entre edema da mucosa, secreções espessas e discinesia ciliar resulta em obstrução do óstio de drenagem do seio e perpetua a doença. Além do edema de mucosa, fatores como hipertrofia de cornetos e de adenoides, mudanças de temperatura

(grandes baixas podem anular a atividade ciliar), dentre outros, colaboram para ocorrência de rinosinusites.<sup>2,5,6</sup>

### **Etiologia:**

Os vírus envolvidos nas RS geralmente são rinovírus, influenza A e parainfluenza. A maioria das RS bacterianas são causadas por *S. pneumoniae*, *H. influenzae* e *M. catarrhalis*. Uma minoria de infecções agudas, cerca de 7%, é causada por bactérias anaeróbias, dentre as quais, apresentam-se os *Peptostreptococcus*, *Bacterioides* e *Fusobacterium* e podem estar associadas a infecções dentárias.<sup>6,7</sup>

### **DIAGNÓSTICO**

O diagnóstico de rinosinusite é clínico, baseado em sinais e sintomas. Um exame físico otorrinolaringológico completo, incluindo cabeça e pescoço, com ênfase na cavidade nasal, deve ser realizado. A endoscopia nasal, rígida ou flexível, deve ser realizada em todos os pacientes com queixas nasais, visando a procurar alterações anatômicas, mudança de coloração de mucosas, deformidades septais, tumorações e outras doenças da rinofaringe.<sup>1</sup> Vale ressaltar que a ocorrência de uma cavidade nasal aparentemente normal ao exame físico não exclui o diagnóstico de RS. Na anamnese, os sintomas apresentados pelos pacientes distribuem-se em:

Sintomas maiores: febre, cefaleia, tosse, dor/pressão facial, obstrução ou congestão nasal, secreção nasal/retronasal purulenta, hipo/anosmia, secreção nasal ao exame físico.

Sintomas menores: halitose, dor em arcada dentária, tosse, otalgia/pressão em ouvidos.<sup>5,6</sup>

Sinusite complicada: alterações oculares (edema palpebral, paralisia do nervo oculomotor, ausência de reflexo pupilar), edema jugal e dor intensa unilateral decorrente do bloqueio ostial.

A presença de 2 ou mais sinais maiores de rinosinusite aguda ou de 1 sinal maior e 2 ou mais, menores ou a presença de secreção purulenta nasal no exame físico, são altamente sugestivos de sinusite aguda.<sup>2,5</sup>

Embora seja considerada padrão ouro no diagnóstico microbiológico, a punção do seio não está indicada em RS agudas, deve ser realizada apenas em pacientes não responsivos à terapia empírica.<sup>5</sup> Os exames de imagem também não são indicados na avaliação inicial de RSA, apenas nos pacientes que apresentam complicações ou sintomas recorrentes e resistentes ao tratamento e, quando indicado, o exame de escolha é a tomografia computadorizada.<sup>2,5</sup>

Os principais diagnósticos diferenciais das RS são: rinite alérgica ou vasomotora, dor de dente (particularmente em casos de dor facial unilateral), dor facial nevralgia (atípica), dor nas articulações temporomandibulares, enxaqueca, nevralgia do trigêmeo, arterite temporal, condições neoplásicas.<sup>1,3</sup>

## TRATAMENTO

Os objetivos do tratamento da RSA incluem controle de infecção, diminuição do tempo de evolução da doença e prevenção de complicações.<sup>5</sup> Como a RS viral é autolimitada, a terapia visa, principalmente, ao alívio sintomático. Já a RS bacteriana, deve ser tratada com sintomáticos e com antibióticos.<sup>3,7</sup>

Medidas gerais: hidratação adequada, umidificação do ambiente e evitar exposição a alérgenos. A terapia sintomática apresenta-se com divergências na literatura, mas em geral inclui: Solução salina (fisiológica ou hipertônica) para lavagem nasal, analgésicos (anti-inflamatórios não-esteróides e paracetamol) para alívio da dor, glicocorticóides tópicos (diminuem a inflamação da mucosa, permitindo melhor drenagem do seio, são mais benéficos àqueles pacientes com rinite alérgica subjacente), descongestionantes tópicos (facilitam a permeabilidade nasal, entretanto podem provocar inflamação da mucosa, devendo ser usados por até 3 dias consecutivos), descongestionantes orais (reduzem o edema e facilitam a aeração e a drenagem), anti-histamínicos (apesar de serem frequentemente prescritos para facilitar a drenagem do seio, há estudos que contraindicam seu uso por provocar uma drenagem excessiva, causando desconforto, além de apresentarem diversos efeitos colaterais, como sonolência e xerostomia), mucolíticos (tornam as secreções menos espessas e podem facilitar a drenagem de muco e sua liberação, no entanto, não existem estudos publicados para apoiar definitivamente a sua utilização).<sup>2,5,8</sup>

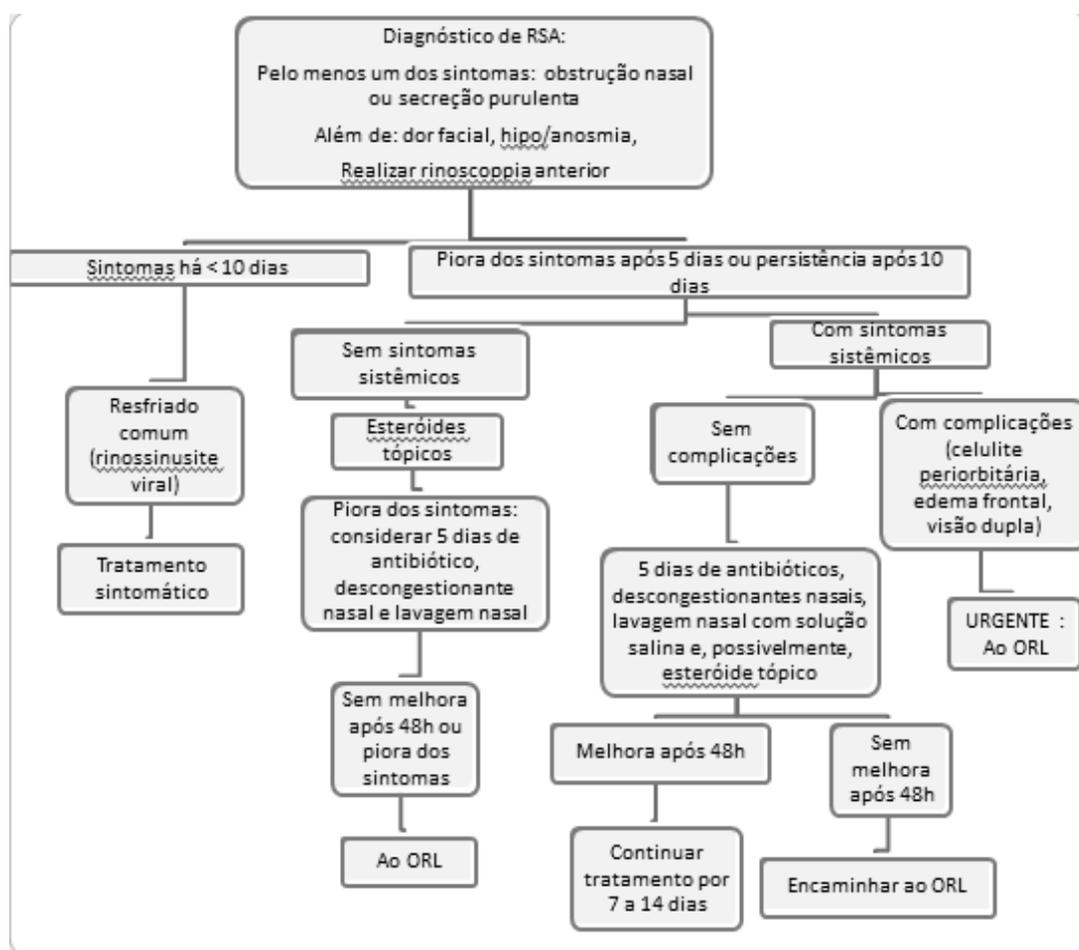
### ***Antibioticoterapia***

Após o diagnóstico de rinosinusite bacteriana aguda, deve ser feita a escolha empírica do antibiótico. Segundo as diretrizes brasileiras, Amoxicilina é a escolha no Brasil, além de Sulfametoxazol e Trimetropim em casos leves ou moderados, ambos por 7 a 10 dias. Caso não haja melhora dos sintomas em 4 a 5 dias, recomenda-se a troca por antibióticos de segunda opção, como Amoxicilina com Clavulanato ou Cefuroxime por 7 a 14 dias. Em pacientes com uso recente de antibiótico ou naqueles que apresentem complicações da RS ou que tenham RS frontal ou esfenoidal, a primeira escolha são os antibióticos de segunda opção. Em pacientes alérgicos à penicilina e/ou cefalosporinas, pode-se utilizar Claritromicina, Clindamicina, Gatifloxacina ou Moxifloxacina. Já as rinosinusites crônicas devem ser tratadas por um período prolongado, de 3 a 5 semanas e com uma atenção maior para anaeróbios, sendo a primeira escolha amoxicilina com à clavulânico, Clindamicina ou Metronidazol associado a cefalosporina de primeira ou de segunda geração. Ver tabela abaixo:

**Tabela 1 - Antibióticos nas rinosinusites bacterianas**

Rinossinusite aguda	Amoxicilina/ SMT+TMP
Rinossinusite aguda (segunda opção)	Amoxicilina + Clavulanato, Cefuroxime
Rinossinusite aguda, paciente alérgico a penicilina e/ou cefalosporina	Claritromicina, Clindamicina
Rinossinusite crônica	Amoxicilina + Clavulanato Cefuroxime, Cefprozil, Clindamicina

Modificado de: [www.forl.org.br](http://www.forl.org.br) (sinusite.org.br)



**Figura 1 - Algoritmo diagnóstico e tratamento das Rinosinusites. Modificado de BIRD<sup>3</sup>**

## REFERÊNCIAS

1. Diretrizes Brasileiras de Rinosinusites. Rev Bras Otorrinolaringol 2008; 74(2, supl.): 6-59.
2. Hwang PH, Getz A. Acute sinusitis and rhinosinusitis in adults: clinical manifestations and diagnosis. [Database on internet]. 2012 Mai 4 [updated 2013 jul; cited 2013 maio 17]. In: UptoDate. Disponível

em: <http://www.uptodate.com/contents/acute-sinusitis-and-rhinosinusitis-in-adults-clinical-manifestations-and-diagnosis>.

3. Bird J, Biggs TC, Thomas M, Salib RJ. Adult acute rhinosinusitis. *BMJ* 2013;346:f2687.
4. Chow AW. et al. IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults. *Clin Infect Dis* 2012;54(8):e72-e112.
5. Ferguson BJ. et al. Prospective Observational Study of Chronic Rhinosinusitis: environmental triggers and antibiotic implications. *CID* 2012;54 , Downloaded from <http://cid.oxfordjournals.org/>
6. Campos CAH, Costa HOO. Rinossinusites. In: *Tratado de otorrinolaringologia*. São Paulo: Roca, 2002. vol. 3.
7. Hungria H. Rinossinusite aguda. In: *Otorrinolaringologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
8. Voegels RL, Pinna FR, Abdo TRT. Sinusite. *Fundação Otorrinolaringologia*. [acesso 2013 maio]. Disponível em: <http://sinusite.org.br/>.
9. Hwang PH, Getz A. Acute sinusitis and rhinosinusitis in adults: treatment. In: *Up To Date*. [Database on internet]. [uptodated 2013 jan; cited 2013 maio 17]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/acute-sinusitis-and-rhinosinusitis-in-adults-treatment>. Release: 21.8 - C21.103.