

# O que dizem as revisões sistemáticas Cochrane sobre as intervenções para rinosinusite aguda?

Osmar Clayton Person<sup>I</sup>, Jaqueline Altoé<sup>II</sup>, Rubens Dantas da Silva Júnior<sup>III</sup>,  
Maria Eduarda dos Santos Puga<sup>IV</sup>, Álvaro Nagib Atallah<sup>V</sup>

Universidade Santo Amaro (UNISA), São Paulo (SP), Brasil

## RESUMO

**Contextualização:** A rinosinusite aguda corresponde a um processo inflamatório de elevada prevalência, podendo ter componente infeccioso ou não. A maioria é de causa viral, mas o quadro pode ser bacteriano, fúngico, alérgico, ou causado por irritantes ambientais, associando-se à obstrução das vias de drenagem dos seios paranasais. **Objetivos:** Este estudo avaliou a efetividade das intervenções para rinosinusite aguda, segundo as revisões sistemáticas da Colaboração Cochrane. **Métodos:** Trata-se de *overview* de revisões sistemáticas Cochrane. Procedeu-se à busca na Cochrane Library (2021), sendo utilizado o termo MeSH “acute sinusitis”. Todos os estudos relacionados à rinosinusite aguda foram incluídos. O desfecho primário de análise foi a melhora clínica. **Resultados:** Seis estudos foram incluídos, totalizando 27 ensaios clínicos randomizados (ECRs) (n = 6.443 participantes). Para a redução dos sintomas, a corticoterapia tópica parece ser efetiva (evidência é limitada); não há evidência para anti-histamínico, descongestionantes e lavagem nasal; corticoterapia sistêmica em monoterapia parece ser ineficaz (evidência limitada); extrato de *Cyclamen europaeum* não mostrou evidência; *Pelargonium sidoides* parece ser

<sup>I</sup>Doutor em Saúde Baseada em Evidências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brasil; Professor titular de Otorrinolaringologia da Universidade Santo Amaro (UNISA), São Paulo (SP), Brasil.

<sup>II</sup><https://orcid.org/0000-0002-2221-9535>

<sup>III</sup>Médica residente de Otorrinolaringologia da Universidade Santo Amaro (UNISA), São Paulo (SP), Brasil.

<sup>IV</sup><https://orcid.org/0000-0002-4060-6643>

<sup>V</sup>Médico residente de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André (SP), Brasil.

<sup>VI</sup><https://orcid.org/0000-0002-6800-2323>

<sup>VII</sup>Doutora em Saúde Baseada em Evidências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brasil; Especialista em Informação no Centro Cochrane do Brasil, São Paulo (SP), Brasil.

<sup>VIII</sup><https://orcid.org/0000-0001-8470-861X>

<sup>IX</sup>Professor titular e chefe da Disciplina de Medicina de Urgência e Medicina Baseada em Evidências da Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brasil; Diretor do Cochrane Brazil, São Paulo (SP), Brasil; Diretor Científico Adjunto da Associação Paulista de Medicina, São Paulo (SP), Brasil.

<sup>X</sup><https://orcid.org/0000-0003-0890-594X>

Contribuição dos autores: Person OC: mentor do estudo e o responsável pela síntese dos resultados e discussão; Altoé J: extração de dados; Silva Júnior RD: extração de dados; Puga MES: estratégia de busca e seleção de artigos; e Atallah NA: orientação e síntese de resultados.

Editor responsável por esta seção:

**Álvaro Nagib Atallah.** Professor titular e chefe da Disciplina de Medicina de Urgência e Medicina Baseada em Evidências da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brasil; Diretor do Cochrane Brazil, São Paulo (SP), Brasil; Diretor Científico Adjunto da Associação Paulista de Medicina, São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência:

Osmar Clayton Person

Serviço de Otorrinolaringologia da Universidade Santo Amaro (UNISA)

R. Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340 — Jardim das Imbuías — São Paulo (SP) — CEP 04829-300

Tel. (11) 21418555 — E-mail: [operson@prof.unisa.br](mailto:operson@prof.unisa.br)

Fonte de fomento: nenhuma declarada. Conflito de interesses: nenhum declarado.

Entrada: 12 de novembro de 2021. Última modificação: 24 de novembro de 2021. Aceite: 24 de novembro de 2021.

efetivo (baixa qualidade da evidência) e antibióticos sistêmicos não se mostrou justificar. **Discussão:** A amostragem nos estudos, em geral, foi baixa. Não pôde ser demonstrada a eficácia com alto nível de evidência em nenhuma das intervenções avaliadas. Sugere-se a realização de novos ECRs, de qualidade, seguindo-se as recomendações do CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) Statement para melhor elucidação da questão. **Conclusão:** Não há suporte com bom nível de evidência atualmente para qualquer intervenção terapêutica para o tratamento da rinossinusite aguda, à luz das revisões sistemáticas da Cochrane.

**PALAVRAS-CHAVE:** Prática clínica baseada em evidências, revisão sistemática, terapêutica, tratamento farmacológico, sinusite

## CONTEXTUALIZAÇÃO

A rinossinusite caracteriza-se por processo inflamatório da mucosa do nariz e seios paranasais. Trata-se de uma doença bastante prevalente, embora a obtenção de números absolutos seja de difícil quantificação, já que a maioria dos quadros é de origem viral e os pacientes não procuram atendimento médico. Entretanto, trata-se de doença de custo elevado para a sociedade, tratada por otorrinolaringologistas, pediatras, alergologistas, pneumologistas e generalistas.<sup>1</sup>

No Brasil, desde 1999, quando da publicação do I Consenso Brasileiro sobre Rinossinusites, tem-se dado preferência à nomenclatura “rinossinusite”, ao invés de “sinusite”, termo mais comumente utilizado até então. O termo “rinossinusite” é uma tendência mundial, devido à fisiopatologia da doença, mais frequentemente relacionada a processo inflamatório dos seios paranasais e da mucosa nasal e não apenas limitado às cavidades paranasais, como designado no termo “sinusite”.<sup>2</sup>

A rinossinusite aguda corresponde à doença com manifestação clínica não superior a quatro semanas de duração. Estima-se que 7,5% de todas as infecções de vias aéreas superiores em crianças correspondam à rinossinusite aguda e, embora a maioria seja de origem viral, o quadro pode ocorrer por infecção bacteriana secundária, infecção fúngica, alergias respiratórias e contato com produtos ambientais irritantes de mucosa nasal.<sup>1</sup>

A fisiopatologia da rinossinusite aguda envolve a ocorrência de edema de mucosa nasal com obstrução dos óstios de drenagem dos seios paranasais, mais frequentemente dos seios paranasais anteriores, quando o meato médio obstruído dificulta a drenagem das secreções do seio etmoidal anterior, seio maxilar e seio frontal. Por conseguinte, pode surgir obstrução nasal, drenagem anterior ou posterior de secreções, dor facial, redução ou perda do olfato.<sup>3</sup>

O diagnóstico da rinossinusite aguda é prioritariamente clínico e há muita controvérsia no que tange à utilização de exames de imagem, sobretudo a radiografia simples de seios paranasais. Embora a imagem possa demonstrar o comprometimento dos seios paranasais por meio de velamento, a maioria das infecções de vias aéreas superiores pode correlacionar-se

também a alterações radiológicas, que não contribuem na elucidação do fator causal, que pode, inclusive, ser alérgico.<sup>4</sup>

A rinossinusite aguda não tratada, ou tratada de forma inadequada pode resultar em rinossinusite subaguda, definida como aquela com duração até 12 semanas, ou rinossinusite crônica. A incidência de complicações é maior em pacientes com menor acesso aos serviços médicos. As complicações mais frequentes são provenientes de quadros no etmoide e seio frontal e envolvem celulites e abscessos periorbitários e orbitários. As complicações intracranianas, como meningites, encefalites e abscessos são mais raros, mas potencialmente mais graves.<sup>5</sup>

Muitas intervenções terapêuticas, medicamentosas e não medicamentosas, são descritas na literatura como possivelmente eficazes no controle dos sintomas relacionados à rinossinusite aguda.<sup>1</sup> As condutas médicas nas diversas especialidades envolvem um rol enorme de possibilidades terapêuticas. Nossa motivação na realização deste estudo foi pela busca das melhores evidências disponíveis na literatura acerca da efetividade das intervenções terapêuticas propostas para rinossinusite aguda.

## OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivo sumarizar as evidências de revisões sistemáticas da Cochrane, referentes à eficácia das intervenções para tratamento da rinossinusite aguda.

## METODOLOGIA

### Desenho de estudo

Trata-se de *overview* de revisões sistemáticas publicadas na Cochrane Library. Não houve restrições relativas ao local, data e idioma em que os estudos foram publicados.

### Crítérios de inclusão

#### *Tipos de participantes*

Foram incluídas todas as revisões sistemáticas que envolveram ensaios clínicos randomizados (ECRs) com

intervenções terapêuticas primárias em humanos, envolvendo rinosinusite aguda, e que constam no banco de dados Cochrane Library. Não houve restrição de idade para inclusão dos participantes.

### Tipos de intervenções

Foram consideradas todas as intervenções terapêuticas para rinosinusite aguda. As intervenções foram comparadas a placebo ou qualquer outro controle, medicamentoso ou não.

### Tipos de resultados

Foram considerados quaisquer resultados. Para o desfecho primário de análise foi avaliada a melhora clínica e, para desfechos secundários, foram avaliadas a melhora na qualidade de vida e a ocorrência de eventos adversos.

### Processo de busca e seleção de estudos

A busca por revisões sistemáticas foi realizada em 1 de novembro de 2021 na Cochrane Library, utilizando a terminologia oficial do MeSH (Medical Subject Headings) e da Cochrane Library (via Wiley). Foi utilizado o termo “acute sinusitis”. A estratégia de busca pode ser visualizada na **Tabela 1**.

As análises dos estudos, bem como a extração dos dados, foram realizadas respeitando os critérios de inclusão descritos.

Todas as revisões encontradas foram analisadas a partir do texto completo. A extração dos dados foi realizada a partir dos arquivos originais das revisões sistemáticas.

Utilizou-se uma folha de extração predeterminada, contendo os seguintes pontos principais: ano de publicação, nome dos autores e título da revisão, número de estudos primários, tipos e número de participantes, intervenções e resultados, análise de viés e suas justificativas, detalhes de grupos de intervenção, duração e parâmetros, período de acompanhamento e, quando presentes, valores estatísticos em metanálise, risco relativo, diferenças entre médias padronizadas ou não padronizadas, e intervalo de confiança.

As análises quantitativas utilizadas das variáveis contínuas foram agrupadas em diferença média (*mean difference*, MD) ou diferença média padronizada (*standardized mean difference*, SMD) com intervalos de confiança de 95% (95% IC).

**Tabela 1.** Estratégia de busca

#1	MeSH descriptor: [Acute sinusitis] this term only → 21
ID	Search → Hits
#1	MeSH descriptor: [Acute sinusitis] this term only → 21
Date Run:	→ 11/01/2021 14:33:17

## RESULTADOS

A estratégia de busca recuperou em novembro de 2021 um total de 21 revisões sistemáticas na Cochrane Library. Dessas, foram encontradas 6 revisões sistemáticas realizadas para avaliar estratégias terapêuticas para rinosinusite aguda. Todos esses estudos foram incluídos, totalizando 27 ECRs, que avaliaram 6.443 participantes.

As características desses estudos incluídos foram resumidas e apresentadas na **Tabela 2**.<sup>6-11</sup>

## DISCUSSÃO

A rinosinusite aguda, muitas vezes denominada “sinusite” aguda, representa condição de destaque nos consultórios médicos e prontos-socorros adulto e pediátrico. Entende-se que se trata de doença bem estabelecida, de diagnóstico clínico, mas com diagnóstico diferencial principalmente no resfriado comum e nas alergias. A febre é rara e as manifestações mais comuns envolvem rinorreia anterior, gotejamento posterior, tosse, obstrução nasal e dor facial. Nem sempre todos os sintomas estão presentes e o profissional deve estar preparado para o diagnóstico e tratamento.<sup>2</sup>

A maioria dos casos de rinosinusite aguda é de origem viral e o tratamento envolve o uso de sintomáticos e orientações ao paciente, ou familiares em casos pediátricos. A cultura popular estigmatizou o tratamento das sinusites com antibióticos, o que se sabe atualmente ser dispensável na maioria dos casos.<sup>1</sup>

A proposta deste estudo envolve sumarizar apenas as evidências de revisões sistemáticas realizadas pela Colaboração Cochrane, sendo que seis estudos atenderam os critérios de inclusão. Os estudos incluídos nessa revisão avaliaram participantes com rinosinusite aguda diagnosticada clinicamente e/ou radiologicamente, sem distinção de quadro de origem viral, ou bacteriano, embora seja conhecida a maior prevalência associada a vírus.<sup>1</sup>

Venekamp e cols.<sup>6</sup> avaliaram a efetividade da corticoterapia sistêmica em adultos e crianças com rinosinusite aguda. Cinco ECRs foram incluídos (n = 1.193 participantes). Quatro estudos apresentaram qualidade moderada e um estudo alta qualidade. Em quatro ECRs, a terapia envolveu a associação de corticoide e antibiótico e em um estudo foi utilizado apenas corticoide. Os autores encontraram redução no tempo dos sintomas e redução no tempo total de doença nos pacientes tratados com corticoide sistêmico e antibiótico concomitantemente, mas não na monoterapia com corticoide. Os estudos primários, em geral, foram muito heterogêneos, o que não contribuiu para a obtenção de maior nível de evidência. Houve eventos adversos leves em alguns pacientes, sendo náusea, vômitos e sintomas gástricos. Um novo

Tabela 2. Característica dos estudos incluídos

Autores/ ano	Amostra	Intervenção	Viés	Resultados	Conclusão
Venekamp e cols./2014 <sup>6</sup>	5 ECR n = 1.193	Corticoide sistêmico versus placebo ou suporte de base para sinusite aguda em adultos e crianças	baixo a incerto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 estudos de moderada qualidade e 1 estudo de alta qualidade</li> <li>- grupo tratado: prednisona – 24 mg a 80 mg/dia, ou betametasona 1 mg/dia</li> <li>- grupo controle: placebo (3 estudos) e anti-inflamatório não esteroideal ( estudo)</li> <li>- em 4 estudos o corticoide foi administrado junto com antibiótico e em 1 estudo o corticoide foi utilizado como monoterapia</li> <li>- redução do tempo dos sintomas e resolução da doença em: 3<sup>o</sup>-7<sup>o</sup> dia: (RR = 1,3; IC 95% 1,1-1,6; DR = 17%; IC 95% 6%-29%). 4<sup>o</sup>-14<sup>o</sup> dia: RR = 1,2; IC 95% 1,0-1,5; DR = 14%, IC 95% 1%-27%.</li> <li>- análise de sensibilidade: 3<sup>o</sup>-7<sup>o</sup> dia: (RR = 1,2; IC 95% 1,1-1,3; DR = 11%; IC 95% 4%-17%). 4<sup>o</sup>-14<sup>o</sup> dia: (RR = 1,1; IC 95% 1,0-1,2; DR = 8%; IC 95% 2%-13%)</li> <li>- elevada heterogeneidade em muitas análises</li> <li>- houve eventos adversos leves em alguns pacientes tratados com corticoide: náusea, vômitos e sintomas gástricos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corticoide sistêmico em monoterapia parece ser ineficaz para sinusite aguda</li> <li>- os dados disponíveis são insuficientes para concluir sobre a efetividade da associação de corticoide sistêmico e antibióticos para sinusite aguda</li> <li>- novo ensaio clínico com robustez de dados é necessário para responder à questão</li> </ul>
Zamlanovici Trestioreanu & Yaphe/2013 <sup>7</sup>	4 ECR n = 1.943	Corticoide tópico nasal em adultos e crianças versus placebo, ou nenhuma intervenção	baixo a incerto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- os estudos incluídos foram bem delineados em cegamento</li> <li>- tempo de tratamento: 15 a 21 dias</li> <li>- perdas de seguimento nos 4 estudos foram: 7%, 11%, 41% e 10%</li> <li>- metanálise de 3 ECR para melhora clínica ou resolatividade: 73% no grupo tratado versus 66,4% no placebo (RR = 1,11; IC9 5% 1,04-1,18</li> <li>- furoato de mometasona: 400 µg e 200 µg (RR = 1,10; IC 95% 1,02-1,18) e (RR = 1,04; IC 95% 0,98-1,11)</li> <li>- nenhum efeito adverso significativo foi reportado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a evidência atual é limitada, mas suporta o uso de corticoide tópico nasal em monoterapia, ou terapia combinada com antibióticos</li> <li>- os clínicos devem considerar os benefícios clínicos do tratamento frente a eventos adversos menores</li> </ul>
Zamlanovici Trestioreanu e cols./2018 <sup>8</sup>	2 ECR n = 147	Extrato de <i>Cyclamen europaeum</i> intranasal para sinusite aguda de adultos e crianças versus qualquer outra intervenção	baixo a incerto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- grupo tratado com spray nasal de <i>Cyclamen europaeum</i> por 15 dias</li> <li>- ambos os estudos não descreveram a proporção de melhora ou resolatividade dos sintomas associados à sinusite aguda</li> <li>- relato de efeitos adversos leves: irritação na garganta e nariz, epistaxe discreta e espirros em 50% do grupo tratado contra 24% do grupo controle (RR = 2,11; IC 95% 1,35-3,29; qualidade moderada da evidência)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a efetividade do <i>Cyclamen europaeum</i> não pode ser estabelecida nesse momento</li> <li>- não houve eventos adversos sérios, mas 50% dos pacientes tratados relataram efeitos colaterais, contra 24% daqueles tratados com placebo</li> </ul>

Continua...

Tabela 2. Continuação

Autores/ano	Amostra	Intervenção	Viés	Resultados	Conclusão
Shaikh & Wald/2014 <sup>9</sup>	0 ECR n = 0	Intervenção com descongestionantes, anti-histamínicos e lavagem nasal versus outras intervenções em crianças (menores de 18 anos) com sinusite aguda	-	- não foram encontrados ensaios clínicos randomizados, considerando o escopo dessa proposta de revisão sistemática	- evidência insuficiente - não há evidência na literatura de que descongestionantes, anti-histamínicos e lavagem nasal sejam efetivos para sinusite aguda em crianças
Lemiengre e cols./2018 <sup>10</sup>	15 ECR n = 3.057	Intervenção com antibióticos sistêmicos ou nenhum tratamento para rinosinusite aguda	baixo	- sem antibióticos, 46% dos pacientes foram curados após uma semana e 64% após 14 dias - antibióticos podem reduzir o tempo para a cura, mas apenas de 5 a 11 pessoas a cada 100 (OR = 1,25; IC 95% 1,02-1,54) - a taxa de cura com antibióticos foi maior quando havia opacidade de ao menos um seio paranasal na tomografia computadorizada (OR = 4,89; IC 95% 1,75-13,72); qualidade moderada - secreção purulenta resolveu mais rapidamente no grupo tratado com antibióticos (OR = 1,58; IC 95% 1,13-2,22) – alto nível de evidência - 5 a cada 100 pessoas tiveram falha clínica quando do uso de antibióticos (Peto OR = 0,48; IC 95% 0,36-0,63) - 1 participante (n = 3.057) do grupo controle teve abscesso cerebral, mesmo após uso de antibióticos por uma semana	- o benefício de antibióticos para pacientes adultos imunocompetentes com rinosinusite aguda não complicada não se justifica pela baixa taxa de complicações sérias e ocorrência de resistência bacteriana aos antimicrobianos
Timmer e cols./2013 <sup>11</sup>	1 ECR n = 103	<i>Pelargonium sidoides</i> versus placebo, ou qualquer outro tratamento para infecções agudas do trato respiratório	baixo a alto	- resolução completa dos sintomas de adultos até o 21º dia de tratamento com <i>Pelargonium sidoides</i> em comparação com placebo (RR = 0,43; IC 95% 0,30-0,62); muito baixa qualidade da evidência	- <i>Pelargonium sidoides</i> pode ser benéfico no alívio dos sintomas da rinosinusite aguda em adultos, mas dúvidas persistem, diante da qualidade muito baixa da evidência

ECR = ensaios clínicos randomizado; DR = diferença de risco; IC = intervalo de confiança; RR = risco relativo; OR = odds ratio (razão de chances).

ECR com boa amostragem é necessário para maior robustez de dados, favorecendo responder a questão.

O estudo de Zamlanovici Trestioreanu e Yaphe<sup>7</sup> avaliou a efetividade da corticoterapia tópica para a rinosinusite aguda. Foram incluídos quatro ECRs (n = 1.943 participantes) e os autores consideraram que, embora a evidência atual seja limitada, há suporte para o uso de corticoide tópico nasal em monoterapia, ou terapia combinada com antibióticos na rinosinusite aguda em crianças e adultos. Não houve eventos adversos sérios advindos da terapêutica. Assim como nos achados do estudo com corticoterapia sistêmica, não é

possível conclusão definitiva, sendo também recomendada a realização de novos ECRs de qualidade.

O estudo realizado por Zamlanovici Trestioreanu e cols.<sup>8</sup> avaliou o extrato de *Cyclamen europaeum* (uma planta originária da Europa Central) intranasal em adultos e crianças. Foram incluídos dois ECRs e um total de 147 participantes. Ambos os estudos não demonstraram melhora ou resoluções dos sintomas associados à sinusite aguda e houve relato de efeitos adversos leves, como irritação na garganta e nariz, epistaxe discreta e espirros, em proporção de 50% no grupo tratado ante 24% no grupo controle (placebo).

Não foi possível concluir, portanto, efetividade do extrato de *Cyclamen europaeum*.

A utilização de descongestionantes, anti-histamínicos e solução salina tópica isotônica é uma constante no meio médico para tratamento da rinossinusite aguda. Entretanto, a revisão sistemática realizada por Shaikh e Wald<sup>9</sup> não encontrou ECRs que permitissem aferir a efetividade dessas intervenções, o que projeta não haver nível de evidência suficiente. Nesse caso, é necessária a devida cautela dos prescritores diante da escassez de informações de qualidade publicadas na literatura.

A intervenção com antibiótico sistêmico é muito frequente na prática médica. Lemiengre e cols.<sup>10</sup> avaliaram a efetividade dessa intervenção. Embora os achados sejam de redução no número de dias em pacientes com rinossinusite aguda tratados com antibióticos, a resposta é muito tênue e os autores concluíram que o benefício para adultos imunocompetentes com rinossinusite aguda não complicada não justifica a utilização, porque a ocorrência de complicações sérias é baixa e a possibilidade de resistência bacteriana aos antimicrobianos é uma realidade. Não foi analisada a eficácia em pacientes imunossuprimidos.

A revisão sistemática realizada por Timmer e cols.<sup>11</sup> avaliou a efetividade do *Pelargonium sidoides*, uma planta de origem africana, cujo extrato das raízes tem ação antibacteriana, expectorante e estimulante imunológica. Na mucosa nasal também age aumentando o batimento ciliar, o que favorece o *clearance* de secreções. No estudo, apenas um ECR pôde ser incluído (n = 103 participantes), mas os resultados foram promissores, ainda que o nível de evidência seja muito baixo e limitado.

Houve resolução completa dos sintomas de adultos até o vigésimo primeiro dia de tratamento com *Pelargonium sidoides* em comparação com placebo, não sendo descritos eventos adversos graves. Evidentemente, novos estudos são necessários, mas se destaca aqui um fitoterápico com possível potencial de tornar-se adjuvante no tratamento das rinossinusites (agudas).

Os achados da análise geral das revisões sistemáticas realizadas pela Cochrane para o tratamento da rinossinusite aguda, até o momento, não permitem concluir bom nível de evidência para qualquer intervenção analisada. Recomenda-se a realização de novos ensaios clínicos de qualidade metodológica e atenção dos pesquisadores quanto ao relato de resultados desses estudos primários, sugerindo-se a utilização do CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) Statement para as devidas descrições dos achados desses estudos.

## CONCLUSÃO

As intervenções propostas para o tratamento da rinossinusite aguda não encontram respaldo com alto nível de evidência nas revisões sistemáticas conduzidas pela Colaboração Cochrane, até o momento. Os estudos primários realizados apresentam limitações metodológicas, são heterogêneos e, em geral, com baixa amostragem, o que limita muito a busca por evidência de qualidade. A análise de muitos desfechos de interesse depende ainda da realização de novos ensaios clínicos de qualidade, sugerindo-se que os pesquisadores sigam as recomendações do CONSORT Statement para relato desses ensaios clínicos.

## REFERÊNCIAS

1. DeMuri GP, Eickhoft JC, Gern JC, Wald ER. Clinical and virological characteristics of acute sinusitis in children. *Clin Infect Dis*. 2019;69(10):1764-70. PMID: 30649261; <https://doi.org/10.1093/cid/ciz023>.
2. Diretrizes Brasileiras de Rinossinusites. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2008;74(2 suppl). <https://doi.org/10.1590/S0034-72992008000700002>.
3. DeMuri G, Wald ER. Acute bacterial sinusitis in children. *Pediatr Rev*. 2013;34(10):429-37; quiz 437. PMID: 24085791; <https://doi.org/10.1542/pir.34-10-429>.
4. Leung AK, Hon KL, Chu WC. Acute bacterial sinusitis in children: an updated review. *Drugs Context*. 2020;9:2020-9-3. PMID: 33281908; <https://doi.org/10.7573/dic.2020-9-3>.
5. Leung AKC. Acute sinusitis. In: Leung AKC, editor. *Common Problems on Ambulatory Pediatrics: Specific Clinical Problems*. Vol. 1. New York: Nova Science Publishers, Inc.; 2011. p. 207-14.
6. Venekamp RP, Thompson MJ, Hayward G, et al. Systemic corticosteroids for acute sinusitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(3):CD008115. PMID: 24664368; <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008115.pub3>.
7. Zalmanovici Trestioreanu A, Yaphe J. Intranasal Steroids for acute sinusitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(12):CD005149. PMID: 24293353; <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005149.pub4>.
8. Zalmanovici Trestioreanu A, Barua A, Pertzov B. *Cyclamen europaeum* extract for acute sinusitis (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5(5):CD011341. PMID: 29750825; <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011341.pub2>.
9. Shaikh N, Wald ER. Decongestants, antihistamines and nasal irrigation for acute sinusitis in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(10):CD007909. PMID: 25347280; <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007909.pub4>.
10. Lemiengre MB, van Driel ML, Merenstein D, et al. Antibiotics for acute rhinosinusitis in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;9(9):CD006089. PMID: 30198548; <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006089.pub5>.
11. Timmer A, Günther J, Motschall E, et al. *Pelargonium sidoides* extract for treating acute respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(10):CD006323. PMID: 24146345; <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006323.pub3>.