

RINOSSINUSITE AGUDA

ACUTE RHINOSINUSITIS

Andressa Silva Eidt, Fernanda Chaves Amantéa, Filipe Valvassori do Nascimento, Gabriela Fogaça Schneider e Renata Guerreiro de Jesus¹

Viviane Feller Martha²

RESUMO

Objetivos: revisar a prevalência, a etiologia, o diagnóstico e o tratamento da rinossinusite aguda. A rinossinusite aguda é uma doença comum de prevalência mundial, caracterizada por uma inflamação da cavidade nasal e dos seios paranasais, podendo ter origem fúngica, viral ou bacteriana. Os sintomas são principalmente obstrução e secreção nasal, porém a sintomatologia pode ser ampla. Consequentemente, a correta identificação e manejo torna essa patologia um desafio na prática clínica. **Metodologia:** Foi realizado uma busca nas bases de dados Medline/Pubmed e LILACS no mês de maio de 2018, incluindo artigos publicados em inglês ou português nos últimos 5 anos. Foram utilizados os seguintes descritores: “acute rhinosinusitis”, “rhinitis” e “sinusitis”. Os artigos foram selecionados com busca direta, considerando relevância do tema à proposta e fator de impacto. **Resultados:** De 228 publicações, 10 foram selecionadas, demonstrando que a rinossinusite aguda é uma doença cuja

¹ Acadêmicos da Escola de Medicina da PUCRS

² Professora da Escola de Medicina da PUCRS

incidência ainda não está bem definida, mas é maior em indivíduos com idade entre 12 e 17 anos em relação à população geral, com prevalência de etiologia viral. **Conclusão:** A rinossinusite aguda é uma doença com alta incidência. O diagnóstico é predominantemente clínico, mas em casos restritos há exames de imagem, sendo o tratamento sempre sintomático.

Palavras-chave: acute rhinosinusitis, bacterial rhinosinusitis, viral rhinosinusitis.

ABSTRACT

Objectives: To review the prevalence, etiology, diagnosis and treatment of acute rhinosinusitis. Acute rhinosinusitis is a common global disease characterized by inflammation of the nasal cavity and paranasal sinuses, which may be of fungal, viral or bacterial origin. The symptoms are mainly obstruction and nasal secretion, but the symptomatology can be ample. **Methodology:** The search was performed in the Medline / Pubmed and LILACS databases in May 2018, including articles published in English or Portuguese in the last 5 years. The following descriptors were used: “acute rhinosinusitis”, “rhinitis” and “sinusitis”. The articles were selected with direct search, considering relevance of the theme to the proposal and impact factor. **Results:** Of 228 publications, 10 were selected, demonstrating that acute rhinosinusitis is a disease whose incidence is still not well defined, but is higher in individuals aged 12 to 17 years in relation to the general population, with a prevalence of viral etiology. **Conclusion:** Acute rhinosinusitis is a disease with a high incidence. The diagnosis is predominantly clinical, but in restricted cases there are imaging tests, and the treatment is always symptomatic.

Key words: acute rhinosinusitis, bacterial rhinosinusitis, viral rhinosinusitis.

INTRODUÇÃO

A grande maioria dos casos de rinossinusite aguda (RSA) é atribuída à infecção viral do trato respiratório superior, podendo evoluir para rinossinusite bacteriana (RSB), quando as bactérias infectam secundariamente a cavidade sinusal inflamada. Os quadros com até 10 dias de duração são considerados rinossinusite viral (RSV), passando esse período diz-se que a rinossinusite é pós-viral. A RSB pode ocorrer como complicação de ambos os quadros, embora ocorra em menor percentual.

A RSB é caracterizada pela inflamação da cavidade nasal e dos seios paranasais. Para o diagnóstico da doença são considerados dois ou mais sintomas que incluem obstrução e secreção nasal (gotejamento anterior e/ou posterior), podendo estar ou não associados à dor ou pressão facial além de alterações do olfato (hiposmia ou anosmia). Sintomas secundários podem também ocorrer, como por exemplo febre, mal estar, tosse, pressão nos ouvidos, halitose, entre outros. As incidências das rinossinusites ainda não são bem estabelecidas, embora alguns estudos europeus tenham relatado 5% a 6% dos casos, sem distinção entre adultos e crianças. Contudo, outros estudos afirmam que a incidência entre indivíduos de 12 a 17 anos é alta em comparação à população geral, enquanto que em crianças entre 0 a 4 anos é baixa [1]. A RSA é uma doença comum com prevalência mundial, com uma estimativa de 20 milhões de casos ocorrendo anualmente nos Estados Unidos [2]. Tem duração de até quatro semanas, sendo que entre quatro e 12 semanas é considerada subaguda, e acima de 12 semanas a rinossinusite é considerada crônica [3].

Etiologia

A RSA pode ser viral, bacteriana e por vezes fúngica. A maioria dos casos de RSA é atribuída à infecção viral. Mais de 90% dos pacientes com infecção do trato respiratório superior apresentam simultaneamente sinusite aguda, e menos de 2% evoluem para sinusite bacteriana [4]. Nos primeiros quatro dias é muito difícil definir a etiologia de acordo com os sintomas. Após esse

período, a doença pode cursar com uma melhora temporária dos sintomas seguida de uma piora, o que corrobora com etiologia bacteriana.

O contágio ocorre por contato direto com a conjuntiva ou com a mucosa nasal [5]. A replicação da carga viral permite que seja detectada em 8 a 10 horas nas secreções nasais, com o aparecimento dos sintomas no dia posterior à inoculação. Os vírus mais comuns são o *rinovírus*, *influenza* e *parainfluenza*.

Dentre os patógenos bacterianos mais encontrados estão o *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* e *Staphylococcus aureus*. A rinossinusite bacteriana aguda (RSBA) geralmente decorre de uma complicação da infecção viral. Outras causas estão associadas à rinite e a condições que obstruem o nariz e alteram a imunidade local ou prejudicam a drenagem sinusal, tais como componentes alérgicos, obstruções mecânicas, disseminação de infecções dentárias, defeitos no *clearance mucociliar* – como na fibrose cística – e imunodeficiência [6]. A RSB nosocomial pode ocorrer em pacientes expostos a tempo prolongado de intubação endotraqueal. A RSBA torna-se complicada quando a bactéria ultrapassa a extensão da cavidade nasal e dos seios paranasais, com envolvimento oftalmológico, neurológico ou de tecidos moles.

Diagnóstico

O diagnóstico da rinossinusite é clínico e se baseia nos sintomas apresentados pelo paciente como rinorreia purulenta, obstrução nasal, dor ou pressão na face, que persistem por pelo menos 10 dias sem melhora ou com piora após melhora inicial. Exames de imagem não são necessários para o diagnóstico de pacientes que já preenchem os critérios clínicos, devendo ser utilizados apenas na suspeita de complicações ou com indicações precisas [7]. A radiografia dos seios da face pode mostrar opacificação completa dos seios ou a presença de níveis hidro-aéreos na rinossinusite. Espessamento da mucosa não é indicativo de rinossinusite, pois pode estar presente em pacientes assintomáticos com infecções virais do trato respiratório superior. A radiografia dos seios da face tem uma taxa alta de diagnósticos errôneos,

devido a variação da sua sensibilidade e especificidade e só é recomendada quando os sintomas são unilaterais ou inconsistentes com a clínica [8]. A tomografia computadorizada dos seios da face é reservada para casos em que há suspeita de complicações como edema de face ou órbita, fornecendo detalhes dos ossos e de partes moles em todos os seios paranasais. A identificação de opacificação e níveis hidroaéreos se correlacionam com o diagnóstico de rinossinusite. Contudo, falsos positivos e achados incidentais ocorrem frequentemente em pacientes com resfriado, espessamento da mucosa ou com a presença de pólipos [9].

Tratamento

A escolha correta do tratamento, além de melhor para o paciente, também auxilia no controle do uso indiscriminado de antibióticos. Nos Estados Unidos, para 50 milhões de casos de RSV é prescrito antibióticos equivocadamente. Abaixo, é apresentado uma tabela com as principais linhas de tratamento e suas particularidades [10].

Tabela 1: Principais linhas de tratamento para rinossinusites agudas.

Classe	Indicação	Duração do tratamento	Drogas de escolha
Antibióticos	RSAB moderada ou grave ou imunodeprimidos	7 a 14 dias	Amoxicilina Macrolídeos
Corticoide tópico intranasal	RSAB leve ou RSAV para alívio dos sintomas	Ao menos 14 dias	Budesonida Furoato de mometasona Propionato de fluticasona
Corticoides orais	RSAB com dor facial intensa	3 a 5 dias	Metilprednisolona Prednisona
Lavagem nasal	RSAB e RSAV, para alívio dos sintomas	Até resolução dos sintomas	Soro fisiológico

Descongestionantes orais	Não indicados	-	-
Descongestionantes tópicos	RSAV e RSAB, para alívio dos sintomas	Até resolução dos sintomas	Xilometazolina 0,1%
Anti-inflamatórios não-hormonais	Não indicados	-	-
Mucolíticos	Não indicados	-	-
Fitoterápicos	RSAV e RSAB, para alívio dos sintomas	Até resolução dos sintomas	Perlagonium sídoides Myrtol
Probióticos	Indicados para prevenção	Contínuo	-
Imunomoduladores	Indicados para prevenção	Contínuo	OM-85 BV

RSAV: Rinossinusite aguda viral; RSAB: Rinossinusite aguda bacteriana.

CONCLUSÃO

A RSA é classificada como uma doença comum com alta incidência e prevalência mundial. Levando em consideração a relevância acerca dessa etiologia, o atual estudo realizou uma breve revisão. Na grande maioria dos casos a etiologia é viral, o diagnóstico é clínico, porém pode ser auxiliado por exames de imagem quando identifica-se complicações e o tratamento adequado deve ser instituído, tomando cuidado de não usar indiscriminadamente antibioticoterapia.

REFERÊNCIAS

Roffmans, Ruth, et al. Acute and Chronic Rhinosinusitis and Allergic Rhinitis in Relation to Comorbidity, Ethnicity and Environment. *PLoS ONE*. 2018. 13(2):e:0192330.

Bergmark, Regan W., et al. Insurance Status and Quality of Outpatient Care for Uncomplicated Acute Rhinosinusitis. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015. 141(6):505–511.

Leo G, C Incorvaia, et al. Could seasonal allergy be a risk factor for acute rhinosinusitis in children?. *The Journal of Laryngology & Otology* (2018). 132(2):150-153. Epub 2018 Jan 18.

Rosenfeld RM. CLINICAL PRACTICE. Acute Sinusitis in Adults. *N Engl J Med*. 2016;375(10):962.

Rosenfeld RM, Piccirillo JF, Chandrasekhar SS, et al. Clinical practice guideline (update): adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2015; 152:S1.

van den Broek MF, et al. No evidence for distinguishing bacterial from viral acute rhinosinusitis using symptom duration and purulent rhinorrhea: a systematic review of the evidence base. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014;150(4):533. Epub 2014 Feb 10.

DeCastro A, Mims L, Hueston WJ. Rhinosinusitis. *Prim Care Clin Office Pract* 41 (2014) 47–61

Kaplan A. Canadian guidelines for acute bacterial rhinosinusitis: clinical summary. *Can Fam Physician*, 60 (2014), pp. 227–234

Hsu CC, Sheng C, Ho CY. Efficacy of sinus ultrasound in diagnosis of acute and subacute maxillary sinusitis. *Journal of the Chinese Medical Association* (2018) 1-7

ANSELMO-LIMA, Wilma T.; SAKANO, Eulalia. Rhinosinusitis: evidence and experience. *Braz. j. otorhinolaryngol.*, São Paulo, v. 81, n. 1, supl. 1, p. 1-49, 2015.

