

Rinossinusite Aguda

Acute Rhinosinusite

DOI:10.34119/bjhrv3n6-134

Recebimento dos originais: 23/10/2020

Aceitação para publicação: 28/11/2020

Alan Rodrigues de Almeida Paiva

Acadêmico do 12º período de medicina da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana
Instituição: Faculdade da Saúde e Ecologia Humana
Endereço: Rua São Paulo 958, Jardim Alterosa – Vespasiano, Minas Gerais, 33200-000
E-mail: alanrodrigues96@gmail.com

Henrique Cruz Baldanza

Acadêmico do 12º período de medicina da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana
Instituição: Faculdade da Saúde e Ecologia Humana
Endereço: Rua São Paulo 958, Jardim Alterosa – Vespasiano, Minas Gerais, 33200-000
E-mail: henriquebaldanza@hotmail.com

Ana Luiza Silva Pimenta Macedo

Acadêmica do 12º período de medicina da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana
Instituição: Faculdade da Saúde e Ecologia Humana
Endereço: Rua São Paulo 958, Jardim Alterosa – Vespasiano, Minas Gerais, 33200-000
E-mail: lulumacedo1@hotmail.com

Rafael Resende Pereira

Médico Generalista

Instituição: Faculdade da Saúde e Ecologia Humana
Endereço: Rua São Paulo 958, Jardim Alterosa – Vespasiano, Minas Gerais, 33200-000
E-mail: rrpereira93@hotmail.com

Júlia Wanderley Drumond

Médica Generalista

Instituição: Centro Universitário de Belo Horizonte
Endereço: Av. Professor Mário Werneck, 1685 - Buritis, Belo Horizonte - MG, 30575-180
E-mail: julia.wanderley6@gmail.com

Raphael Resende Dornelas

Acadêmico do 12º período de medicina da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana
Instituição: Faculdade da Saúde e Ecologia Humana
Endereço: Rua São Paulo 958, Jardim Alterosa – Vespasiano, Minas Gerais, 33200-000
E-mail: raphaeldornelasjp@hotmail.com

Renata Mendonça Lemos

Acadêmica do 12º período de medicina da Faculdade de Saúde e Ecologia Humana
Instituição: Faculdade de Saúde e Ecologia Humana
Endereço: Rua São Paulo 958, Jardim Alterosa - Vespasiano,
Minas Gerais, 33200-000

E-mail: remendonca95@gmail.com

Priscila Cypreste

Acadêmica do 12º período de medicina da Faculdade de Saúde e Ecologia Humana

Instituição: Faculdade de Saúde e Ecologia Humana

Endereço: Rua São Paulo 958, Jardim Alterosa - Vespasiano,

Minas Gerais, 33200-000

E-mail: pricyp_cte@hotmail.com

RESUMO

Rinossinusite (RS) é definida pela inflamação sintomática da mucosa dos seios paranasais e da cavidade nasal, sendo um dos processos infecciosos mais comuns da via área superior. Pode ser classificada pela duração dos sintomas, pela etiologia e pelas manifestações clínicas. O diagnóstico dessa patologia é essencialmente clínico, com características autolimitadas e resolução do quadro sem o uso de antibióticos. Assim, o manejo de sintomáticos é extremamente importante.

Palavras-chave: Rinossinusite, Etiologia, Tratamento, Antibioticoterapia.

ABSTRACT

Rhinosinusitis and nasal cavity, being one of the most common infectious processes of the upper airway. It can be classified by the duration of symptoms, etiology and clinical manifestations the diagnosis of this pathology is essentially clinical, with self-limited characteristics and resolution of the condition without the use of antibiotics. Thus, the management of symptomatic patients is extremely important.

Keywords: Rhinosinusitis, Etiology, Treatment, Antibiotic therapy.

1 INTRODUÇÃO

Segundo Orlandi et al (2016) rinossinusite (RS) é definida pela inflamação sintomática da mucosa dos seios paranasais e da cavidade nasal, sendo um dos processos infecciosos mais comuns da via área superior. É relatada como o quinto diagnóstico mais comum nas consultas de medicina da família. Além disso, em média, o adulto tem de um a três episódios no ano de RS (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE RINOSSINUSITES, 2008). Dessa forma, é uma afecção tratada por vários profissionais médicos, desde generalistas na atenção primária, assim como otorrinolaringologistas, pediatras, clínicos, pneumologistas e alergologistas (ARAÚJO, SAKANO, WEKCX, 1999).

2 CLASSIFICAÇÃO

RS pode ser classificada pela duração dos sintomas, pela etiologia e pelas manifestações clínicas (ROSENFELD, et al, 2015).

Duração dos sintomas:

- Rinossinusite aguda (RSA) - Menos de 4 semanas

- Rinossinusite subaguda - 4 a 12 semanas
- Rinossinusite aguda recorrente - 4 ou mais episódios de RSA por ano sem sintomas persistentes entre os episódios.
- Rinossinusite crônica - Persistência dos sintomas por mais de 12 semanas

Etiologia e manifestações clínicas:

- Rinossinusite viral aguda (RVA) - RSA com etiologia viral
- Rinossinusite bacteriana aguda (RBA) não complicada - RSA com etiologia bacteriana sem extensão clinicamente evidente de inflamação fora dos seios paranasais e cavidade nasal (por exemplo, sem comprometimento neurológico, oftalmológico ou de tecidos moles)
- Rinossinusite bacteriana aguda complicada - RSA com etiologia bacteriana com evidência clínica de extensão fora dos seios paranasais e cavidade nasal

2.1 ETIOLOGIA E PATOGÊNESE

Conforme Bhattacharyya (2009) a etiologia mais comum de RSA é a infecção viral, cerca de 67%, sendo frequentemente causada pelos patógenos parainfluenza, rinovírus, influenza e adenovírus. Assim, os sintomas começam no primeiro dia após a inoculação viral por contato direto com a mucosa nasal e, posteriormente, se espalha pelos seios paranasais por vias sistêmicas ou diretas. A inflamação instalada resulta em aumento da secreção rinosinusal e aumento da permeabilidade vascular através de citocinas (IL-8, TNF-alpha e IL-6) (OSGUTHORPE, 2001). Além disso, o efeito tóxico direto nos cílios nasais provoca disfunção da depuração mucociliar, o que, junto à secreção exacerbada, provoca obstrução nasal e contribui para progressão da doença (MOGENSEN, 1977).

A RBA é geralmente precedida da RVA, visto que a diminuição da ventilação e da drenagem dos seios paranasais provocam um meio favorável para proliferação bacteriana. Entretanto, todos os fatores que comprometem a função imunológica local e sistêmica ou obstruem a via de saída do nariz favorecem as infecções bacterianas (DESROSIERS, et al, 2011). Essas predisposições incluem tabagismo, desvio de septo, pólipos, rinite alérgica, asma, edema de concha nasal na gravidez, infecções dentárias, discinesia mucociliar, fibrose cística (prejudica a depuração mucociliar), imunodeficiência, entre outros (FOKKEN, LUND, MULLOL, 2007).

Os patógenos mais comuns são *Streptococcus pneumoniae* (30%), *Haemophilus influenzae* (30%), *Moraxella catarrhalis* (10%, porém em casos pediátricos estima-se 25%) e anaeróbicos (frequentes em RS odontogênicas) (SCHEID, HAMM, 2004). A rinossinusite bacteriana é

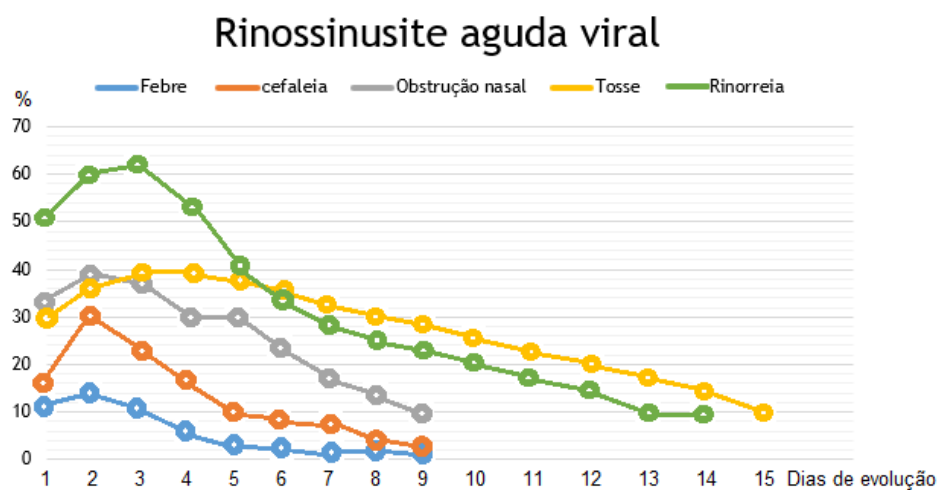
comumente causada por altas concentrações de apenas um patógeno, porém cerca de 25% dos pacientes encontra-se dois patógenos distintos (EVANS, et al, 1975).

2.2 ETIOLOGIA - VIRAL X BACTERIANA

A parte mais importante do diagnóstico de RSA é definir qual sua provável etiologia. Assim, é necessário saber que apenas 0,5% a 2% são episódios de infecção bacteriana e a maioria delas são precedidos da infecção viral, visto que a RVA pode promover um ambiente adequado para proliferação bacteriana (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE RINOSSINUSITES, 2008).

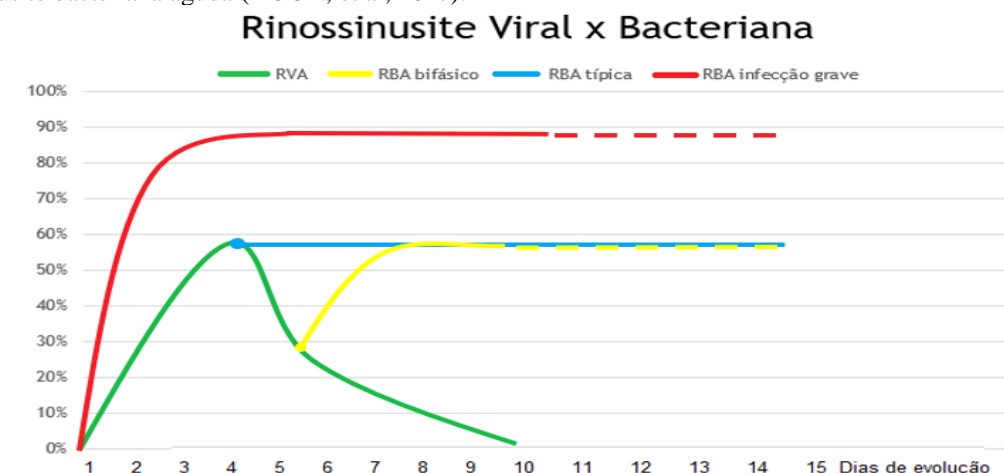
O comportamento da patologia nos primeiros 3 a 4 dias é incapaz de diferenciar entre RVA e RBA, exceto em pacientes com sintomas graves (febre ≥ 39 graus, corrimento nasal purulento ou dor facial com duração de $\geq 3-4$ dias consecutivos) que sugere etiologia bacteriana. Entre o 5º e 10º dia, a RVA apresenta diminuição dos sintomas e após o décimo dia a resolução da doença, sendo que alguns sintomas podem persistir até 14 dias, porém diminuem gradativamente a sua intensidade (Gráfico 1) (ARAUJO, SAKANO, WEKCX, 1999; YOON, et al, 2017).

Gráfico 1: Sintomas da RSA causada pelo rinovírus em relação ao tempo de início e duração (YOON, et al, 2017).



A RBA possui padrões característicos, como a “piora dupla” (bifásico) ou persistência dos sintomas após 10 dias sem evidência de melhora clínica. O tipo bifásico é caracterizado pelo início da melhora dos sintomas no 4º e 5ª dia, porém no quinto a sexto dia ocorre o agravamento sintomatológico com febre, cefaleia ou aumento da secreção nasal (Gráfico 2) (YOON, et al, 2017).

Gráfico 2: Padrões da rinossinusite aguda em relação a sua etiologia. Legenda: RVA – rinossinusite viral aguda; RBA – rinossinusite bacteriana aguda (YOON, et al, 2017).



3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da rinossinusite aguda é essencialmente clínico, independente da etiologia, isto é, com base nos sinais e sintomas sem a necessidade de culturas, exames de imagem ou otorrinolaringológico (YOON, et al, 2017).

O sintoma cardinal que deve estar presente para o diagnóstico da RSA, seja de etiologia viral ou bacteriana, é a descarga nasal purulenta (anterior, posterior ou ambos) (VAN DEN BROEK, et al, 2014). Além disso, deve ser acompanhada de obstrução nasal, dor/pressão facial ou ambos (AXELSSON, 1976). Essa definição é devido ao fato da secreção purulenta, junto aos sintomas citados, aumentar a especificidade do diagnóstico e quando esses sintomas não acompanham a descarga nasal, a gama de diagnósticos diferenciais se torna mais ampla e mais provável (WILLIAMS, et al, 1992). Um exemplo disso é que a dor/pressão facial sem a rinorreia purulenta está muito mais associada às enxaquecas, além de serem responsivas à terapia de enxaqueca nesses casos (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE RINOSSINUSITES, 2008). Entretanto, algumas diretrizes permitem o diagnóstico sem a presença de drenagem nasal purulenta. Portanto, a confirmação diagnóstica pode ser apoiada por sintomas secundários (CASS, CANTOR, CLOVER, 1993):

- Tosse - Sensibilidade (Sen) de 70% e especificidade (Esp) de 44%
- Hiposmia (Sen: 56% Esp: 64%)
- Cefaleia (Sen: 68% Esp: 30%)
- Dor dentária maxilar (Sen: 18% Esp: 93%)
- Obstrução com baixa resposta aos descongestionantes nasais ou antihistamínicos (Sen: 41% Esp: 80%)

- Pressão auricular
- Febre.

Um estudo demonstrou que a impressão clínica geral, as quais levam em consideração os sintomas mais comuns associados, apresentou uma razão de verossimilhança de 4,7 (IC: 95% 2.8-7.8) para pacientes caracterizados em alta probabilidade e razão de verossimilhança de 0,4 (IC: 95% 0.3-0.6) para pacientes caracterizados em baixa probabilidade (CASS, CANTOR, CLOVER, 1993). Portanto, a definição diagnóstica tem alta acurácia quando são analisados os aspectos clínicos em conjunto da RSA. Dessa forma, é importante, também, conhecer os critérios maiores de diagnóstico proposto pela Infectious Diseases Society of America (IDSA) e, para isso, propomos um método mnemônico para facilitar a memorização (CHOW, et al, 20012).

R inorreia: relatada pelo paciente ser turva, descolorida ou colorida (verde e amarela são as mais comuns)

O bstrução: relatada como nariz obstruído ou congesto.

D or/pressão facial: pode ser na face anterior, região periorbital ou cefaleia localizada ou difusa. Pode ser predominantemente unilateral. Piora da dor ao inclinar para frente.

O lfato: Hiposmia ou anosmia

Ademais, podemos colher informações importantes no exame físico como sinais vitais eritema ou edema sobre os ossos maxilares e periorbitais (devido a congestão dos capilares), fala anasalada, hipertrofia de cornetos inferiores, estreitamento de meato médio, secreção purulenta, exacerbação da dor após percussão/pressão dos seios (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE RINOSSINUSITES, 2008).

4 TRATAMENTO

A maioria das RSA se resolve entre 7 a 10 dias pelo fato de ser frequente a etiologia viral. Ademais, a RBA também possui característica autolimitada, sendo mais comum a resolução dos sintomas entre 7 a 14 dias sem antibioticoterapia. Portanto, o manejo sintomático é extremamente importante nas rinossinusites agudas (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE RINOSSINUSITES, 2008).

Dor e febre:

- Analgésicos e antipiréticos, como AINE, paracetamol e dipirona.

Congestão nasal e rinorreia:

- Lavagem mecânica com solução salina fisiológica ou hipertônica pode melhorar a obstrução e a dor facial. As evidências são limitadas, porém é indicada pelos baixos efeitos

adversos (o preparo deve ser com água estéril, visto que já houve relatos de encefalite amebiana (PHILLIPS, 2011).

- Os corticoides tópicos intranasais possuem estudos que demonstram seus benefícios sintomáticos e pequenos efeitos colaterais com o uso a curto prazo. Uma metanálise de 3 estudos de pacientes com RSA estabelecida pelo diagnóstico clínico e confirmada por estudos endoscópicos ou radiológicos evidenciou que o uso de esteroides intranasais aumentou a taxa de resposta aos sintomas em comparação com placebo (razão de risco 1,11, IC 95% 1,04-1,18) (TRESTIOREANU, YAPHE, 2013). Além disso, doses maiores tiveram maior efeito sobre os sintomas e pacientes com rinite alérgica foram mais beneficiados pela terapia (PATEU, HWANG, 2018).

- Corticoide oral demonstrou pouca melhora dos sintomas em adultos com RSA comparado com placebo em um estudo randomizado. Porém há autores que defendem que em alguns subgrupos, atópicos por exemplo, que podem apresentar uma melhora considerável (VENEKAMP, et al,2014). Outros estudos demonstram que a adição dos corticosteroides aos antibióticos na RBA diminui o tempo para resolução dos sintomas (VENEKAMP, et al, 2012).

- Anti-histamínicos são interessantes pelo efeito de diminuição da rinorreia, porém não há dados que demonstre sua eficácia para RSA. Além disso, há efeitos colaterais para o paciente, como sonolência, ressecamento de mucosas. Portanto, é reservado para pacientes que contém componente alérgico (PATEU, HWANG, 2018).

- Mucolíticos (Guaifenesina, por exemplo) podem proporcionar uma drenagem melhor do muco, porém a eficácia não foi comprovada e pode haver efeitos colaterais em altas doses (PATEU, HWANG, 2018).

5 ANTIBIOTICOTERAPIA

Pelo curso da RBA ser, na maioria dos casos, limitado e com raras complicações, o início do tratamento antimicrobiano será baseado na gravidade dos sintomas, nas preferências do paciente e na capacidade de vigilância da doença. Dessa forma, duas medidas são respaldadas na literatura: espera vigilante após o diagnóstico de RBA por até 7 dias para acompanhar a melhora sintomatológica ou o início do antibiótico no momento do diagnóstico de RBA, visto que estudos demonstram a diminuição do tempo de curso da doença com antimicrobianos (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE RINOSINUSITES, 2008). Essa medida expectante é explicada pela RBA ser frequentemente autolimitada e, após o resultado dos estudos, demonstrarem o NNT (número necessário para tratar) de 7 a 18, isto é, a cada 18 pacientes tratados com antibiótico, 1 mudará o

curso da doença pela terapia. Além disso, o NNH (número necessário para causar danos ao paciente que recebe antibiótico comparado ao placebo) é de 8 a 12 (FOKKEN, LUND, MULLOL, 2007). Dessa forma, os efeitos adversos do antibiótico (resistência bacteriana, náuseas, vômitos, diarreia, entre outros) podem ser mais prováveis que os benefícios da terapia. Portanto, é sugerido a antibioticoterapia quando não é possível a espera vigilante ou há uma piora dos sintomas durante os 7 dias de observação ou o paciente apresenta sintomas severos (febre \geq 39 graus, corrimento nasal purulento ou dor facial com duração de \geq 3-4 dias consecutivos) (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE RINOSSINUSITES, 2008).

- Antibióticos (KING, et al, 20015):

Primeira linha para pacientes não alérgicos a penicilica	
Amoxicilina via oral (VO)	500mg 3x ao dia ou 875mg 2x/dia por 5 a 10 dias
Amoxicilina com Clavulanato (VO)- pacientes que provavelmente possuem bactérias resistentes (tabagistas, uso de antibióticos recente, trabalhadores da área da saúde, idade > 65 anos, falha da terapia com amoxicilina, diabetes, infecção grave e imunocomprometidos)	500mg de amoxicilina e 125mg clavulanato 3x/dia ou 875mg de amoxicilina e 125mg clavulanato 2x/dia por 5 a 10 dias
Segunda linha para pacientes alérgicos às penicilinas ou falha da terapia inicial	
Doxiciclina (VO)	100mg 2x/dia ou 200 mg 1x/dia por 5 a 10 dias
Clindamicina (VO)	150mg ou 300mg de 6/6h por 10 dias
Levofloxacina (VO)	500mg ou 750mg 1x/dia por 5 a 10 dias
Moxifloxacina (VO)	400mg 1x/dia por 5 a 10 dias

- Macrolídeos não são recomendados como terapia empírica pela alta resistência relatada do *Streptococcus pneumoniae*, segundo referências norte-americanas (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE RINOSSINUSITES, 2008).

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E.; SAKANO, E.; WEKCX, L. L. M. I Consenso Brasileiro sobre Rinossinusite. *Rev Bras Otorrinolaringol*, v. 65, p. 3-30, 1999.

AXELSSON, A.; RUNZE, U. Symptoms and signs of acute maxillary sinusitis. *ORL J Otorhinolaryngol Rel Spec.*, v. 38, n. 5, 1976.

AXELSSON, A.; RUNZE, U. Comparison of subjective and radiological findings during the course of acute maxillary sinusitis. *Ann Oto Rhinol Laryngol.*, v. 92, n. 1, 1983.

BHATTACHARYYA, N. Contemporary assessment of the disease burden of sinusitis. *Am J Rhinol Allergy*. v. 23, n. 4, 2009.

CASS, A. R.; CANTOR, S. B.; CLOVER, R. D. Diagnosing Sinusitis. *Ann Intern Med.*, v. 119, p. 92, 1993.

CHOW, A. W.; et al. Infectious Diseases Society of America (IDSA) clinical practice guideline on acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. *Clin Infect Dis.*, v. 54, n. 8, p. 72-112, abr. 2012.

DESROSIERS, M.; et al. Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis. *Allergy Asthma Clin Immunol*. v. 10, n. 1, fev. 2011.

Diretrizes Brasileiras de Rinossinusites. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.*, São Paulo, v. 74, n. 2, p. 6-59, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003472992008000700002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 out. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0034-72992008000700002>.

EVANS, F. O.; et al. Sinusitis of the maxillary antrum. *N Engl J Med*, 1975.

FOKKENS, W.; LUND, V.; MULLOL, J. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007: A summary for otorhinolaryngologists. *Rhinology*, v. 45, n. 2, 2007.

KING, D.; et al. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev.*, v. 4, abr. 2015.

MOGENSEN, C.; TOS, M. Quantitative histology of the maxillary sinus. *Rhinology* v. 15, n. 4, 1977.

ORLANDI, R. R.; et al. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Rhinosinusitis. *International Forum of Allergy & Rhinology*. v. 6, n. S1, fev. 2016.

OSGUTHORPE, J. D. Adult rhinosinusitis: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. v. 63, n. 1, Jan. 2001.

PATEL, Z. M.; HWANG, P. H. Uncomplicated acute sinusitis and rhinosinusitis in adults: Treatment. *Post TW*, ed. UpToDate. Acessado em: outubro 09, 2018. Disponível em <http://www.uptodate.com>

PHILLIPS, C. N. DHH warns residents about improper neti pot use. Louisiana Department of Health and Hospitals, dez. 2011. Acessado em: outubro, 2018. Disponível em: <http://new.dhh.louisiana.gov/index.cfm/newsroom/detail/2332>

ROSENFELD, R. M.; et al. Diretriz de prática clínica (atualização): sinusite em adultos. *Otolaryngol Head Neck Surg.* Abril, 2015.

ROSENFELD, R. M. Acute sinusitis in adults. *New England Journal of Medicine.*, v. 375, p. 962-970, 2016.

SCHEID, D. C.; HAMM, R. M. Acute bacterial rhinosinusitis in adults: part I. Evaluation. *A Fam Physician.* v. 70, n. 9, nov. 2004.

TRESTIOREANU, A. Z.; YAPHE, J. Intranasal steroids for acute sinusitis. *Cochrane Database Syst Rev*, v. 12, dez. 2013.

VAN DEN BROEK, M. F.; 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.*, v. 150, p. 533-537, 2014.

VENEKAMP, R. P.; et al. Systemic corticosteroid monotherapy for clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a randomized controlled trial. *CMAJ.*, v. 184, n. 14, p. 751-757, out 2012.

VENEKAMP, R. P.; et al. Systemic corticosteroids for acute sinusitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 3, mar. 2014.

WILLIAMS, J.; et al. Clinical evaluation for sinusitis: making the diagnosis by history and physical examination. *Ann Intern Med.*, v.117, p. 705-710, 1992.

YOON, Y. K.; et al. Guidelines for the antibiotic use in adults with acute upper respiratory tract infections. *Infect Chemother*, v. 49, n. 4, dez. 2017.