RINOSSINUSITE AGUDA

* **Introdução:**

Os seios paranasais constituem-se de cavidades que pertencem a quatro estruturas ósseas: etmoidal, maxilar, esfenoidal e frontal. Apenas os seios etmoidais estão pneumotizados ao nascimento; os maxilares pneumatizam-se após os 4meses, e os esfenoidais por volta de 3 a 5anos e os frontais, entre 7 e 10anos.

* **Definição:**

Trata-se de uma doença que resulta da infecção de um ou mais seios paranasais, causada por agentes virais ou bacterianos.

* **Epidemiologia:**

Vários fatores sistêmicos e locais referentes às crianças devem ser considerados na patogênese da sinusite, dentre elas: infecções de vias aéreas superiores de repetição, permanência em creche, rinite (não) alérgica, exposição a agentes irritantes (tabaco, poluição, ar seco), discinesia ciliar primária.

Adenoides, desvio de septo, concha bolhosa, pólipo nasal ou até mesmo, corpo estranho, muito frequente na faixa etária pediátrica, podem predispor à rinossinusite bacteriana. As crianças que apresentam suspeita de fatores predisponentes anatômicos devem realizar endoscopia nasal.

* **Etiologia:**

A maioria das rinossinusites é de etiologia viral (rinovírus, adenovírus, vírus sincicial respiratório, parainfluenza), consequência direta das rinofaringites virais.

Nas rinossinusites bacterianas agudas (RBA), os principais agentes envolvidos são os microorganismos aeróbios que habitualmente colonizam a cavidade nasal: *Streptococcus pneumoniae* (30%), *Haemophilus influenzae* não tipável (20%) e *Moraxella catarrhalis* (10% a 20%).

Aproximadamente 50% dos casos de *H. influenzae* e 100% dos casos de *M. catarrhalis* são produtores de B-lactamase.

Nos casos de obstrução ostial prolongada, levando a sinusite crônica, outros micro-organismos, como o *Staphylococcus aureus* e diversas bactérias anaeróbias, podem desenvolver-se.

* **Quadro Clínico:**

As manifestações clinicas da rinosinusite aguda podem ser inespecíficas: congestação/secreção nasal, febre, tosse, halitose, diminuição do olfato, edema periorbital.

A tosse e o corrimento nasal, embora não sejam específicos, podem estar presentes e se acentuar ao decúbito dorsal.

Durante todo o episódio infeccioso, a mucosa está hiperemiada. A secreção inicialmente é hialina, tornando-se mucoide e depois francamente purulenta (verde e espessa), e isso não significa que a infecção seja bacteriana.

Queixas de cefaleia e dor facial (no seio da face afetado ou nos dentes) são mais comuns em adolescentes e incomuns em crianças.

* **Diagnóstico:**

É eminentemente clínico, dispensando exames de imagem.

Segundo o *guideline* de 2013 da Associação Americana de Pediatria (AAP), o diagnóstico de RBA deve ser realizado quando a criança apresentar infecção aguda das vias aéreas superiores nas seguintes situações:

Persistência dos sintomas – secreção nasal de qualquer quantidade ou tosse diurna e noturna ou ambas com duração superior a 10dias sem melhora;

Início com sintomas respiratórios graves – febre superior a 39C e secreção nasal purulenta por 3 a 4dias consecutivos;

Piora do curso da doença – piora ou início de secreção nasal, tosse diurna ou febre após melhora inicial.

O exame da cavidade nasal pode ser realizado com o próprio otoscópio, utilizando um espéculo com maior diâmetro. O exame da cavidade nasal visa verificar a coloração da mucosa e o aspecto da secreção. Ao exame físico, podem-se encontrar mucosa nasal eritematosa e/ou edemaciada e, também, a secreção mucopurulenta em nasofaringe posterior, "sinal da vela”/“sinal da gota pós-nasal”.

Exames de imagem confirmam apenas a presença de inflamação dos seios, não possibilitando a distinção das causas virais, bacterianas ou alérgicas. É indicado realização de exame de imagem apenas quando houver suspeita de complicações orbitárias ou intracranianas.

* **Tratamento:**

**1) Soluções salinas hipertônicas:** A irrigação da mucosa nasal com soluções salinas hipertônicas aumenta a frequência do batimento ciliar e reduz o edema da mucosa, diminuindo a obstrução nasal. Podem ser usadas como terapêutica adjuvante, sem os riscos potenciais e as inconveniências das drogas, além da comodidade e do baixo custo. As irrigações podem ser realizadas 2 vezes ao dia, inicialmente com soluções isotônicas e, após 2semanas, com soluções hipertônicas.

**2) Antibióticos**

RECOMENDAÇÕES DO GUIDELINE DA AAP (2013) SOBRE TRATAMENTO DE RBA

|  |  |
| --- | --- |
| **SITUAÇÃO** | **MANEJO** |
| Início grave (febre superior a 39C e secreção nasal purulenta por 3-4 dias consecutivos) ou piora do curso (piora ou início de secreção nasal, tosse diurna ou febre após melhora inicial da RBA | Prescrever antibioticoterapia |
| Doença persistente (secreção nasal de qualquer quantidade ou tosse diurna ou ambas com duração superior a 10dias sem melhora | Prescrever antibioticoterapia ou oferecer observação durante 3dias |
| Relato de piora (progressão dos sinais e sintomas iniciais ou aparecimento de novos sinais e sintomas) ou falha em melhorar (ausência de redução em todos os sinais e sintomas) dentro de 72horas do tratamento inicial | Reavaliar o tratamento inicial |
| Diagnóstico de RBA confirmado em uma criança com piora dos sintomas ou sem melhora em 72horas | É possível modificar o antibiótico para a criança inicialmente tratada com antibiótico ou iniciar o tratamento antibiótico da criança inicialmente trada apenas em observação |

A Amoxicilina é o agente antimicrobiano de escolha para tratamento de primeira linha de RBA não complicada em situações em que não há suspeita de resistência antimicrobiana.

Dose: 50mg/kg/dia, dividido em 2 doses, por 10-14dias.

Deve-se aumentar a dose de amoxicilina para 80-90mg/kg/dia, dividido em duas doses (máximo 2g por dose), se houver fatores de risco: uso de amoxicilina nos últimos três meses, rotina de frequentar creche, idade inferior a 2anos, frequência alta de pneumococo resistente na comunidade.

Amoxicilina com Clavulanato de potássio é indicado quando paciente com doença moderada, idade inferior a 2 anos ou que tenham sido tratados recentemente com antibiótico, febre maior que 39C, paciente que frequenta creche, cefaleia intensa.

Dose: 90mg/kg/dia de amoxicilina com 6,4mg/kg/dia de Clavulanato de potássio, dividido em 2 doses, por 10-14dias.

**Ceftriaxona:** utilizada em crianças com vômitos, incapazes de tolerar medicação oral ou com pouca probabilidade de aderir às doses iniciais de antibiótico.

Dose: 50mg/kg, dose única diária, por 3 dias.

Ao suspeitar de *H. influenzae* ou *M catarrhalis*, deve-se optar por Amoxicilina com Clavulanato de potássio, Azitromicina, Claritromicina ou cefuroxima. Tais opções também devem ser realizadas nos casos em que houve falha terapêutica com amoxicilina.

Paciente alérgicos à penicilina podem ser tratados com:

Azitromicina – 10mg/kg/dia de 24 em 24 horas, por 5 dias;

Cefuroxima – 30mg/kg/dia de 12 em 12horas, por 10dias;

Claritromicina – 15mg/kg/dia de 12 em 12 horas, por 10 dias;

Clindamicina – 15mg/kg/dia de 8 em 8 horas, por 7 dias.

MANEJO DO AGRAVAMENTO OU DA FALTA DE MELHORA EM ATÉ 72 HORAS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MANEJO INICIAL** | **PIORA EM 72 HORAS** | **FALTA DE MELHORA EM ATE 72 HORAS** |
| Observação | Iniciar Amoxicilina com ou sem Clavulanato de potássio | Observação adicional ou altas doses de Amoxicilina com Clavulanato de potássio |
| Amoxicilina | Altas doses de Amoxicilina ou associação com Clavulanato de potássio | Observação adicional ou início de antibióticos |
| Altas doses de Amoxicilina  com Clavulanato de potássio | Clindamicina | Continuação de altas doses de Amoxicilina com Clavulanato de potássio ou Clindamicina |

3) **Corticoides tópicos nasais:** podem ser utilizados para diminuir o edema da mucosa nasal e especialmente do óstio do seio paranasal, facilitando a drenagem.

Dose recomendada: um jato em cada cavidade nasal, 2 vezes ao dia.

4) **Anti-Histamínicos e Descongestionantes:** não estão indicados para o tratamento.

**5) Cirurgia:** eventualmente o tratamento cirúrgico é necessário, principalmente quando a sinusite é secundária a fatores obstrutivos ou malformação dos seios paranasais.

* **Diagnóstico Diferencial:**

Corpo estranho, Infecção das vias aéreas superiores, Rinite (não) alérgica,

* **Complicações:**

As complicações secundárias à rinossinusite, como abscessos, celulite periorbital, meningite, osteomielite e trombose de seio cavernoso, são sempre graves.

Se a criança apresentar edema de órbita ou prostração intensa é indicada a realização de tomografia computadoriza ou ressonância magnética de seios paranasais.

* **Referências:**

Araujo JM. *Infecções das vias aéreas superiores*. IN: Rotinas ambulatoriais em infectologia para o pediatra; Cruz MLS, Cardoso CAA, Gaspar MCS, organizadores. São Paulo: Editora Atheneu. 2012. p.159-81.

Berezin EN. *Infecções de vias aéreas superiores*. IN: Sociedade Brasileira de Pediatria; Campos Junior D, Burns DAR, Lopez FA, organizadores. TRATADO DE PEDIATRIA. Barueri: Manole; 2014. p.1478-81.

Godinho RN, Ibianpina CC, Ganem CA. Infecções das vias aéreas superiores, rinites e rinossinusites. IN: Sociedade Brasileira de Pediatria; Leone C, Cabral SA, organizadores. PROPED Programa de Atualização em Terapêutica Pediátrica: Ciclo 5. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018. p.51-71. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v.1).

Oliveira RG. *Otite*. Blacbook Pediatria. 5ed. Belo Horizonte: Black Book Editora. 2014. p. 354-8.

Pechebea MD, Vita WP. *Otite média, Sinusite e Tonsilite Agudas*. IN: Sociedade Brasileira de Pediatria; Simon Junior H, Pascolat G, organizadores. PROEMPED Programa de Atualização em Emergência Pediátrica: Ciclo 2. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018. p.55-103. Sistema de Educação Continuada a Distância, v.2).

Pignatari SSN, Piganatari ACC. Antibióticos no tratamento das rinossinusites aguda: up-to-date. IN: Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial; Lessa MM, FR, Abrahão M, Caldas Neto SS, organizadors. PRO-ORL Programa de Atualização em Otorrinolaringologia: Ciclo 12. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018. p.141-55. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v.2).

Ramos BD. Rinossinusites recorrentes. IN: Sociedade Brasileira de Pediatria; Leone C, Cabral SA, organizadores. PROPED Programa de Atualização em Terapêutica Pediátrica: Ciclo 3. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016. p.113-36. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v.3).

Ramos BD, Pereira MBR. *Otite Média Aguda Recorrente*. IN: Sociedade Brasileira de Pediatria; Ramos BD, organizador. PRONAP Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria: Ciclo 18. São Paulo: 2015. p.18-29. Sistema de Educação Continuada a Distância, n.1.

Responsável pela elaboração da rotina: Dr. Renato Resende Mundim