

# BMJ Best Practice

## Pólipos nasais

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>4</b>
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	5
<b>Diagnóstico</b>	<b>6</b>
Caso clínico	6
Abordagem passo a passo do diagnóstico	6
Fatores de risco	9
Anamnese e exame físico	10
Exames diagnóstico	11
Diagnóstico diferencial	13
Critérios de diagnóstico	13
<b>Tratamento</b>	<b>15</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	15
Visão geral do tratamento	16
Opções de tratamento	18
Novidades	24
<b>Acompanhamento</b>	<b>25</b>
Recomendações	25
Complicações	25
Prognóstico	27
<b>Diretrizes</b>	<b>28</b>
Diretrizes de diagnóstico	28
Diretrizes de tratamento	28
<b>Recursos online</b>	<b>29</b>
<b>Nível de evidência</b>	<b>30</b>
<b>Referências</b>	<b>31</b>
<b>Imagens</b>	<b>34</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>35</b>

## Resumo

- ◇ O tecido do pólipó é composto por uma mistura de tecido conjuntivo solto, edema, células inflamatórias (na maioria, eosinófilos), células glandulares e capilares. Geralmente, os pólipos são cobertos por epitélio pseudoestratificado respiratório com células ciliadas e caliciformes.
- ◇ A etiologia é desconhecida.
- ◇ Os sintomas são decorrentes do tamanho e da localização dos pólipos e inflamação da mucosa associada; eles incluem bloqueio e congestão nasais, rinorreia, gotejamento pós-nasal e diminuição do olfato.
- ◇ É importante distinguir pólipos nasais de lesões neoplásicas, particularmente se os sintomas forem unilaterais.
- ◇ A base do tratamento é composta por corticosteroides tópicos; além disso, a irrigação nasal com soro fisiológico pode ser benéfica; a cirurgia endoscópica dos seios paranasais é indicada para pacientes que não respondem à terapia medicamentosa.
- ◇ A rinossinusite crônica com pólipos nasais está fortemente associada à asma.

## Definição

Os pólipos nasais (PN) são tumefações benignas do revestimento mucoso dos seios paranasais. Invariavelmente, estão associados a rinossinusite crônica, com a apresentação sendo mais corretamente denominada de rinossinusite crônica com pólipos nasais (CRSwNP). Isso os distingue da apresentação de rinossinusite crônica sem pólipos nasais (CRSSNP), abordada em uma monografia separada. O tecido do pólipo é composto por uma mistura de tecido conjuntivo frouxo, edema, células inflamatórias (na maioria, eosinófilos), células glandulares e capilares. Os pólipos são cobertos por variados tipos de epitélio, principalmente por epitélio pseudoestratificado respiratório com células ciliadas e células caliciformes. As características clínicas da CRSwNP incluem bloqueio e congestão nasais, rinorreia, gotejamento pós-nasal e diminuição do olfato.[1]

[Fig-1]

## Epidemiologia

É provável que as taxas de prevalência na população adulta em geral fiquem entre 2% e 4%.[3] [4] aproximadamente 7% dos indivíduos com asma também apresentam rinossinusite crônica com pólipos nasais.[3] Acredita-se que os pólipos nasais estejam presentes em 19% a 36% dos pacientes com rinossinusite crônica, que, por sua vez, afeta, de 14% a 16% da população dos EUA em algum momento, de acordo com a National Health Interview Survey.[5]

Os pólipos nasais são mais comuns em homens que em mulheres. A média de idade do início é aproximadamente 42 anos.[1] A maior prevalência está em indivíduos com asma, com fibrose cística e com hipersensibilidade à aspirina ou a anti-inflamatórios não esteroidais, comparado à população em geral.[6]

## Etiologia

A etiologia dos pólipos nasais não é totalmente compreendida. Eles parecem surgir em decorrência de uma inflamação crônica na mucosa. A rinossinusite crônica com pólipos nasais (CRSwNP) está intimamente associada à asma eosinofílica com início na idade adulta. É provável que haja uma etiologia compartilhada nesses pacientes, bem como uma patologia compartilhada, mas os fatores desencadeantes são desconhecidos. Há um componente genético para a CRSwNP, com uma história familiar positiva em 15% a 52% dos pacientes,[7] embora os genes de risco específicos não estejam bem caracterizados. O papel dos fatores ambientais não está claro.[1]

Os indivíduos com doença respiratória exacerbada por aspirina e anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) apresentam alta incidência de pólipos nasais (estima-se que entre 36% e 96%). A combinação de CRSwNP, asma e hipersensibilidade à aspirina/AINEs é conhecida como tríade de Samter.

A rinossinusite fúngica alérgica (RSFA) apresenta pólipos nasais em 80% dos pacientes. Aqui, supõe-se que ocorra uma resposta inflamatória eosinofílica intensa desencadeada por IgE à hifa fúngica, capaz de colonizar os seios nasais, como a espécie *Aspergillus*.

## Fisiopatologia

Há uma diversidade nos níveis de citocina, padrões eosinofílicos /neutrofílicos e expressão de IgE entre pacientes com rinossinusite crônica com pólipos nasais (CRSwNP) na Europa, Ásia e Oceania.[2]

Histologicamente, os pólipos nasais de pacientes de origem europeia consistem em tecido conjuntivo solto, edema, células inflamatórias, glândulas mucosas e capilares. São cobertos, de forma predominante, por epitélio pseudoestratificado respiratório com células ciliadas e caliciformes. As células inflamatórias estromais de PN de pacientes europeus são caracterizadas principalmente por eosinófilos, embora também sejam observados neutrófilos, mastócitos, plasmócitos, linfócitos, monócitos e fibroblastos.[1] [8] [Fig-1]

A maioria dos PN de populações europeias está associada à inflamação local profunda das células Th2 e, geralmente, vem acompanhada de eosinofilia sérica periférica leve, sobretudo se o paciente tiver asma. O tecido dos PN de pacientes europeus é rico em interleucina-5, a principal citocina para o recrutamento e sobrevivência de eosinófilos (da medula óssea). Por outro lado, os PN de pacientes chineses são ricos em neutrófilos, mas pobres em eosinófilos, com um perfil inflamatório das células Th1/Th17.[2] O tecido do pólio de pacientes europeus também pode apresentar altos níveis de anticorpos IgE, enquanto alguns estudos mostraram que a expressão de IgE é baixa no PN de pacientes chineses.[2] [9]

Atopia - a presença de testes de punção cutânea positivos/anticorpos IgE séricos para aeroalérgenos comuns - não está claramente relacionada à CRSwNP; o IgE produzido no tecido do pólio pode ser relativamente não específico para alérgenos. A evidência da importância patológica da interleucina-5 e IgE na fisiopatologia da CRSwNP vem de estudos com medicamentos de anticorpos monoclonais que têm como alvo essas proteínas.[10] [11] [12] [13]

## Classificação

### Classificação anatômica e histológica

Os pólipos nasais podem ser classificados de acordo com a anatomia, histologia e, até certo ponto, em relação à doença subjacente. A maioria dos pólipos é etmoidal - surge no seio nasal etmoide e se estende para a cavidade nasal. Muitas vezes, os pólipos etmoidais são múltiplos, com uma aparência similar a um cacho de uvas. Geralmente são bilaterais. A minoria dos pólipos é antrocoanal - surge no seio maxilar e se estende em direção à faringe. Eles costumam ser maiores e únicos, e são mais comuns em crianças que em adultos.

A maioria dos pólipos de populações europeias é rica em eosinófilos em espécimes histológicos, com marcadores de inflamação de células Th2, principalmente interleucina-5. Isso contrasta com as populações chinesas, que apresentam pólipos ricos em neutrófilos, mas pobres em eosinófilos, com um perfil inflamatório das células Th1/Th17.[2]

A minoria dos pólipos ocorre com histórico de doenças subjacentes além da rinossinusite crônica simples com pólipos nasais, incluindo poliangiite eosinofílica (GEPA, antiga síndrome de Churg-Strauss), fibrose cística e rinossinusite fúngica alérgica (RSFA).

## Caso clínico

### Caso clínico #1

Um homem de 35 anos de idade apresenta uma história de 1 ano de obstrução e congestão nasais bilaterais. Ele também relata secreção nasal, muco na garganta e ataques de tosse frequentes. Ele sofre de desconforto facial intermitente, caracterizado por uma sensação de pressão e preenchimento no nariz e nos seios paranasais. Ele se queixa de falta de olfato e capacidade reduzida de sentir o sabor dos alimentos.

### Outras apresentações

Podem ocorrer pólipos nasais em casos de sinusite fúngica alérgica, que normalmente se apresenta com sintomatologia alérgica, como espirros, olhos lacrimejantes e edema periorbital.

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico de rinosinusite crônica (RSC) com pólipos nasais (CRSwNP) baseia-se nos sintomas e em achados endoscópicos, bem como em exames de imagem do seio nasal (tomografia computadorizada [TC]), se necessário. Na apresentação inicial, todos os pacientes que apresentam pólipos devem ser examinados por um otorrinolaringologista. Um pólio unilateral, em particular, precisa ser diferenciado de um tumor nasal, e pode ser necessário fazer uma biópsia. Os PN em crianças são raros e, quando diagnosticados, devem ser encaminhados imediatamente para exames de fibrose cística.[7]

### História

Os sintomas mais comuns da CRSwNP são:[5]

- Obstrução nasal: ocorre em 81% a 95% dos pacientes
- Congestão/pressão/preenchimento facial: ocorre em 70% a 85% dos pacientes
- Secreção nasal descolorida (anterior/posterior ou ambas): ocorre em 51% a 83% dos pacientes
- Hiposmia (olfato reduzido): ocorre em 61% a 69% dos pacientes.

Outros sintomas podem incluir cefaleia, halitose, dor de dente, fadiga, tosse, disfonia, faringite e dificuldade para dormir.

Por definição, a RSC requer que os sintomas durem mais de 12 semanas. A RSC é dividida em CRSwNP e RSC sine/sem pólipos nasais (CRSsNP). A diferenciação entre CRSwNP e CRSsNP requer a identificação endoscópica ou por TC dos pólipos nasais. As diretrizes europeias para o diagnóstico de RSC[1] definem a RSC em adultos como:

- A presença de dois ou mais sintomas, sendo que um deles deve ser bloqueio/obstrução/congestão nasal ou secreção nasal (gotejamento pré/pós nasal):
  - com ou sem pressão/dor facial
  - com ou sem redução ou perda do olfato
- e também:

- sinais endoscópicos de pólipos nasal, e/ou secreção mucopurulenta principalmente do meato médio e/ou edema/obstrução da mucosa principalmente do meato médio
- ... e/ou:
  - alterações da TC: alterações na mucosa do complexo ostiomeatal e/ou seio nasal
- ... por pelo menos 12 semanas sem o desaparecimento dos sintomas por completo.

Nota: para a clínica geral e estudos epidemiológicos, a definição das diretrizes europeias omite os critérios endoscópico e TC.

É necessário realizar uma avaliação da gravidade e do impacto dos sintomas solicitando ao paciente para marcar, em uma escala visual analógica (EVA), o grau de incômodo causado pelos sintomas, sendo que 0 cm indica que o sintoma não causa qualquer incômodo e 10 cm que o sintoma causa o pior grau de incômodo imaginável. Em seguida, a doença poderá ser categorizada como leve, moderada ou grave com base no resultado:[1]

- Leve = escore 0-3 na EVA
- Moderada = escore >3-7 na EVA
- Grave = escore >7-10 na EVA.

## Visualização direta dos pólipos

O alargamento da ponte do nariz pode ser sugestivo de pólipos,[7] mas o exame clínico depende principalmente de uma combinação de rinoscopia anterior e endoscopia nasal. A endoscopia nasal pode ser realizada com um endoscópio flexível ou rígido, normalmente após a aplicação de um descongestionante e um anestésico local tópicos aplicados na mucosa nasal. Esses exames confirmam a inflamação, que é necessária para o diagnóstico de rinosinusite crônica, e, ao mesmo tempo, permitem a visualização direta do pólipo. No entanto, pólipos pequenos podem não ser detectados. É possível observar grandes pólipos por rinoscopia anterior, ou simplesmente usando o maior espéculo do otoscópio, e distingui-los do corneto inferior pela ausência de sensibilidade, cor cinza e ausência de conexão com a parede lateral do nariz.[7]

[Fig-1]

A aparência endoscópica dos pólipos é graduada da seguinte forma:[1]

- Grau 0: ausência de pólipos
- Grau 1: pólipos apenas no meato médio
- Grau 2: pólipos além do meato médio, mas que não obstruem completamente a cavidade nasal
- Grau 3: pólipos que obstruem completamente a cavidade nasal.

## Exames por imagem

As radiografias simples são insensíveis e de uso limitado na avaliação de PN e do seio nasal em geral. A tomografia computadorizada (TC) é a modalidade de primeira escolha para a confirmação da extensão da doença e avaliação da anatomia subjacente do nariz e dos seios paranasais. Os pólipos nasais aparecem como opacificações dos tecidos moles dos seios nasais e da cavidade nasal. A TC um exame importante na investigação diagnóstica da doença, especialmente se houver características preocupantes para neoplasia, como sintomas unilaterais, epistaxe/sangramento, crostas, cacosmia



(percepção de odor desagradável), edema periorbital, deslocamento do globo ocular, visão dupla ou reduzida, oftalmoplegia, cefaleias frontais intensas, edema frontal, sinais de meningite ou neurologia focal. A TC também é necessária antes da cirurgia endoscópica dos seios paranasais.

## Outras investigações

Geralmente, a CRSwNP pode ser diagnosticada com base na história associada ao exame endoscópico e/ou TC dos seios da face. Às vezes, investigações adicionais podem ser indicadas.

### Biópsia

- Indicada caso haja preocupações sobre diagnósticos alternativos, principalmente neoplasia.

### Cultura e esfregaço nasal

- Um esfregaço nasal que demonstra a presença de eosinófilo é típico na CRSwNP, mas também pode ser observado na rinite alérgica e na rinite não alérgica com síndrome de eosinofilia (RENA). A cultura de swabs nasais/muco nasal pode ser benéfica para revelar infecção bacteriana secundária, embora a presença de *Staphylococcus aureus* no nariz seja muito comum.<sup>[7]</sup>

### Hemograma completo com diferencial

- Geralmente, os pacientes com CRSwNP apresentam contagem de eosinófilos sanguíneos periféricos no limite máximo da faixa normal ou um pouco elevada. Podem ser observados níveis de  $0.4 \times 10^6$  células/L até  $1.5 \times 10^6$  células/L, com os níveis mais altos em pacientes com asma. Níveis mais altos que esse podem indicar a possibilidade de granulomatose eosinofílica com poliangiite (GEPA, também conhecida como síndrome de Churg-Strauss).<sup>[7]</sup>

### Teste de alergia<sup>[7]</sup>

- Os testes de punção cutânea e os testes de IgE sérica específica para alérgeno são úteis na investigação de pacientes que apresentam sintomas de rinite, pois podem ajudar a confirmar ou descartar o diagnóstico de rinite alérgica. Os resultados do teste cutâneo não contribuem para o diagnóstico de CRSwNP, que ocorre tanto em indivíduos atópicos como em indivíduos não atópicos.

### Avaliação das vias aéreas nasais

- O pico do fluxo inspiratório nasal é rápido e fácil de usar. Ele é usado em algumas clínicas de rinologia especializadas. As taxas de fluxo não são padronizadas e calibradas por idade, altura e gênero da mesma forma que a taxa de pico do fluxo expiratório, mas as medidas repetidas podem ser úteis, principalmente antes e depois do tratamento. A rinomanometria e a rinometria acústica são mais complexas e, geralmente, limitadas a ambientes de pesquisa.<sup>[14] [15]</sup>

### Provocação de aspirina<sup>[7]</sup>

- O teste de provocação/desafio de aspirina pode ser realizado por via oral, inalatória ou nasal. É mais comum que seja realizado como teste de desafio oral, mas o teste de desafio nasal com aspirina lisina é uma alternativa mais segura.<sup>[16]</sup> Ele deve ser realizado somente por médicos com experiência adequada e com instalações e equipamentos de ressuscitação completos prontamente disponíveis.



- Cerca de 5% a 8% dos pacientes com pólipos nasais têm hipersensibilidade à aspirina/AINEs. Os pacientes nos quais for constatada sensibilidade à aspirina deverão ser alertados para evitar todos os medicamentos com atividade inibitória da COX-1. Os inibidores seletivos da COX-2 parecem ser seguros em pacientes com sensibilidade à aspirina, embora seja recomendado que a primeira dose seja administrada no hospital sob observação direta, com monitoramento por 2 horas após a conclusão.
- Um teste de desafio positivo informa a necessidade de evitar aspirina e AINEs no futuro; a dessensibilização à aspirina também pode ser considerada uma medida de tratamento em determinados pacientes.

Velocidade de hemossedimentação (VHS) e anticorpo anticitoplasma de neutrófilo (ANCA)

- Indicado quando há suspeita de GEPA, por exemplo em pacientes com asma grave e CRSwNP, eosinofilia sérica e sintomas constitucionais adicionais, erupções vasculíticas ou sintomas/sinais neurológicos. Cinquenta por cento dos pacientes com GEPA são positivos para ANCA e a VHS frequentemente está elevada. Se houver suspeita da doença, o encaminhamento para um especialista será indicado.

Exames de olfação

- Testes como o de identificação de olfato da Universidade de Pensilvânia (SIT) estão bem validados e podem ser usados para avaliar o impacto da CRSwNP na olfação.<sup>[17]</sup>

Medidas de qualidade de vida

- Avaliações baseadas em questionários, como o Sinonasal Outcome Test (SNOT-20 ou SNOT-22), permitem a avaliação da gravidade e do impacto da doença.

## Fatores de risco

### Fortes

#### asma

- A asma é relatada em 20% a 60% dos pacientes com rinossinusite crônica com pólipos nasais (CRSwNP). Aproximadamente 7% dos indivíduos com asma têm CRSwNP; esse número sobe para 15% a 26% entre indivíduos com asma eosinofílica que iniciou na fase adulta.<sup>[3]</sup>

#### **granulomatose eosinofílica com poliangiite (GEPA, também conhecida como síndrome de Churg-Strauss)**

- Essa síndrome envolve uma combinação de asma grave, rinossinusite crônica (normalmente com polipose nasal), eosinofilia e vasculite eosinofílica com granulomas.<sup>[7]</sup> Outras características podem incluir mononeurite e cardiomiopatia.

#### **rinossinusite fúngica alérgica (RSFA)**

- Normalmente, a RSFA apresenta-se com pólipos nasais e opacificação dos seios nasais, que podem ser assimétricos e levar à expansão do seio nasal e à erosão do tecido local. A rinossinusite fúngica alérgica é rara no Reino Unido, mas é mais comum em climas mais quentes, como o sul dos EUA.<sup>[7]</sup>

**sensibilidade à aspirina**

- Foi relatado que os pólipos nasais ocorrem em 36% a 96% dos pacientes com doença respiratória exacerbada por aspirina ou anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs).<sup>[3]</sup> <sup>[7]</sup>

**Fracos****predisposição genética**

- Não foram identificados fatores de risco genéticos claros; no entanto, há uma história familiar positiva em 15% a 52% dos pacientes.<sup>[7]</sup>

## Anamnese e exame físico

**Principais fatores de diagnóstico****obstrução nasal (comum)**

- Ocorre em 81% a 95% dos pacientes com rinossinusite crônica.<sup>[5]</sup>
- Na maioria das vezes, a obstrução é bilateral em pacientes com pólipos nasais. A obstrução nasal pode ser valvar, com obstrução na inspiração ou expiração, dependendo do tamanho e da localização dos pólipos.
- A obstrução unilateral deve ser considerada suspeita de neoplasia até que se prove o contrário.

**secreção nasal (comum)**

- Gotejamentos nasais anteriores e/ou posteriores são comuns em pacientes com pólipos nasais. Se houver infecção associada, poderá ser mucopurulento.

**pressão/dor facial (comum)**

- A congestão-pressão-preenchimento facial ocorre em 70% a 85% dos pacientes com rinossinusite crônica.<sup>[5]</sup>
- No entanto, a pressão/dor facial e os pólipos nasais estão muito pouco correlacionados; pressão/dor facial é mais comum em pacientes com rinossinusite crônica sem pólipos nasais.

**visualização direta (comum)**

- Para que o diagnóstico seja estabelecido, é necessário observar pólipos nasais na rinoscopia anterior ou na nasoendoscopia, ou indiretamente na TC.

**Outros fatores de diagnóstico****olfato reduzido/anosmia (comum)**

- Ocorre em 61% a 69% dos pacientes com rinossinusite crônica.<sup>[5]</sup>

**tosse (comum)**

- Ocorre como um sintoma secundário à irritação traqueal e laríngea causada pelo gotejamento pós-nasal, ou como resultado da asma.

## Exames diagnóstico

### Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
<b>rinoscopia anterior</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>A visualização é essencial para o estabelecimento do diagnóstico de pólipos nasais. Pólipos unilaterais são suspeitos de neoplasia e são investigados com tomografia computadorizada (TC) e biópsia. [Fig-1]</li> </ul>	<b>pólipos visualizados</b>
<b>endoscopia nasal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Poderá ser necessária se não forem observados pólipos na rinoscopia anterior. A visualização é essencial para o estabelecimento do diagnóstico de pólipos nasais. Pólipos unilaterais são suspeitos de neoplasia e são investigados com tomografia computadorizada (TC) e biópsia. [Fig-1]</li> </ul>	<b>pólipos visualizados</b>

### Exames a serem considerados

Exame	Resultado
<b>TC dos seios nasais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizada se houver sinais e sintomas unilaterais ou outras características sugestivas de neoplasia, como sangramento, crostas, cacosmia (percepção de odor desagradável), edema periorbital, deslocamento do globo ocular, comprometimento da visão, oftalmoplegia, cefaleias frontais intensas, edema frontal, sinais de meningite ou neurologia focal ou sintomas sistêmicos de neoplasias, como perda de peso.</li> <li>Realizada também se a intervenção cirúrgica estiver sendo considerada como parte da investigação pré-operatória.</li> </ul>	<b>pólipos observados e extensão definida</b>
<b>biópsia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicada caso haja preocupações sobre diagnósticos alternativos, principalmente neoplasia. Realizada se houver sinais e sintomas unilaterais ou outras características preocupantes, como sangramento, crostas, cacosmia (percepção de odor desagradável), edema periorbital, deslocamento do globo ocular, comprometimento da visão, oftalmoplegia, cefaleias frontais intensas, edema frontal, sinais de meningite ou neurologia focal ou sintomas sistêmicos de neoplasias, como perda de peso. A histologia pode alterar o diagnóstico em 1% dos pólipos nasais removidos cirurgicamente.[18]</li> </ul>	<b>confirma a histologia</b>
<b>cultura e esfregaço nasal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Um esfregaço nasal que demonstra a presença de eosinófilo é típico na rinossinusite crônica com pólipos nasais, mas também pode ser observado na rinite alérgica e na rinite não alérgica com síndrome de eosinofilia. A cultura de swabs nasais/muco nasal pode ser benéfica para revelar infecção bacteriana secundária, embora a presença de <i>Staphylococcus aureus</i> no nariz seja muito comum.[7]</li> </ul>	<b>presença de eosinofilia e cultura positiva de organismos</b>

Exame	Resultado
<b>Hemograma completo com diferencial</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Um hemograma completo é indicado em pacientes com rinossinusite. Geralmente, os pacientes com rinossinusite crônica com pólipos nasais apresentam contagem de eosinófilos sanguíneos periféricos no limite máximo da faixa normal ou um pouco elevada. Podem ser observados níveis de <math>0.4 \times 10^6</math> células/L até <math>1.5 \times 10^6</math> células/L, com os níveis mais altos em pacientes com asma. Níveis mais altos que esse podem indicar a possibilidade de granulomatose eosinofílica com poliangiite (também conhecida como síndrome de Churg-Strauss).[7]</li> </ul>	<b>eosinofilia</b>
<b>anticorpo anticitoplasma de neutrófilo (ANCA)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicado quando há suspeita de granulomatose eosinofílica com poliangiite (por exemplo, em pacientes com asma grave e rinossinusite crônica com pólipos nasais, eosinofilia sérica e sintomas constitucionais adicionais, erupções vasculíticas ou sintomas/sinais neurológicos).</li> </ul>	<b>positivo em 50% dos pacientes com granulomatose eosinofílica com poliangiite</b>
<b>velocidade de hemossedimentação (VHS)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Marcador inespecífico de inflamação.</li> </ul>	<b>pode ser elevada caso haja infecção secundária ativa, doença torácica ou granulomatose eosinofílica com poliangiite</b>
<b>testes de punção cutânea/testes de IgE sérica específica para alérgeno</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Usado em clínicas de rinologia para o diagnóstico de rinite alérgica.</li> </ul>	<b>positivos em pacientes com rinite alérgica; não é uma característica obrigatória da rinossinusite crônica com pólipos nasais</b>
<b>avaliação das vias aéreas nasais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Usada para avaliar as respostas terapêuticas na rinossinusite crônica com pólipos nasais, principalmente no contexto de estudos de pesquisa clínica.[14]</li> <li>As técnicas incluem pico do fluxo inspiratório nasal (portátil, fácil e barato) e rinomanometria e rinometria acústica (mais complexas e custosas).[15]</li> </ul>	<b>avaliação objetiva do fluxo das vias aéreas nasais, resistência e volume</b>
<b>teste de desafio de aspirina</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para confirmar a presença de doença respiratória exacerbada por aspirina ou anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). É mais comum que seja realizado como teste de desafio oral, mas o teste de desafio nasal com aspirina lisina é uma alternativa mais segura.[16] Limitado a centros especializados; apresenta risco de exacerbar a doença das vias aéreas e anafilaxia. Deve-se suspeitar de sensibilidade à aspirina em indivíduos com história de reações adversas e naqueles com pólipos graves e recorrentes e asma.[7]</li> </ul>	<b>um teste de desafio positivo informa a necessidade de evitar aspirina e AINEs no futuro; a dessensibilização à aspirina também pode ser considerada uma medida de tratamento em determinados pacientes</b>
<b>exames de olfação</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Testes como o de identificação de olfato da Universidade de Pensilvânia (SIT) estão bem validados e podem ser usados para avaliar o impacto da rinossinusite crônica com pólipos nasais na olfação.[17]</li> </ul>	<b>pontuação de 40 comparado ao banco de dados normativo</b>

Exame	Resultado
<b>medidas de qualidade de vida</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliações baseadas em questionários, como o Sinonasal Outcome Test (SNOT-20 ou SNOT-22), permitem a avaliação da gravidade e do impacto da doença.</li> </ul>	<b>pontuação de 0-100 (SNOT-20) ou de 0-110 (SNOT-22)</b>

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Neoplasia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Características que podem sugerir neoplasia são sintomas unilaterais, epistaxe/sangramento, crostas, cacosmia (percepção de odor desagradável), edema periorbital, deslocamento do globo ocular, visão dupla ou reduzida, oftalmoplegia, cefaleias frontais intensas, edema frontal, sinais de meningite ou neurologia focal e sintomas sistêmicos, como perda de peso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A tomografia computadorizada (TC) do crânio define a extensão e as características da(s) lesão(ões). A ressonância nuclear magnética (RNM) pode ser realizada em conjunto com uma TC para avaliação adicional.</li> <li>A biópsia confirma a histologia, que, normalmente, é um papiloma invertido.</li> </ul>
<b>Lesões congênicas (por exemplo, encefalococo, concha bolhosa)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geralmente, a concha bolhosa é assintomática, mas pode causar obstrução do seio nasal. Os sintomas de encefalococo dependem do tamanho e da localização.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A TC e a RNM do crânio definem a extensão e as características da(s) lesão(ões).</li> </ul>
<b>Corpo estranho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geralmente, início súbito de sintomas unilaterais. Pode haver epistaxe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A nasoendoscopia pode permitir a identificação e a possível recuperação do corpo estranho.</li> <li>A TC pode identificar a posição, o formato e a natureza do corpo estranho.</li> </ul>

## Critérios de diagnóstico

### Rinossinusite crônica em adultos: definição de um artigo de opinião europeu<sup>[1]</sup>

A rinossinusite crônica em adultos é definida como:

- A presença de dois ou mais sintomas, sendo que um deles deve ser bloqueio/obstrução/congestão nasal ou secreção nasal (gotejamento pré/pós nasal):

- com ou sem pressão/dor facial
- com ou sem redução ou perda do olfato
- e também:
  - sinais endoscópicos de pólipos nasal, e/ou secreção mucopurulenta principalmente do meato médio e/ou edema/obstrução da mucosa principalmente do meato médio
- ... e/ou:
  - alterações da TC: alterações na mucosa do complexo ostiomeatal e/ou seio nasal
- ... por pelo menos 12 semanas sem o desaparecimento dos sintomas por completo.

Nota: para a clínica geral e estudos epidemiológicos, a definição das diretrizes europeias omite os critérios endoscópico e TC.

## Escala visual analógica (EVA)[1]

É possível realizar uma avaliação da gravidade da doença usando uma EVA, que mede o grau de incômodo causado pelos sintomas aos pacientes. A EVA apresenta pontuações de 0 cm para sintomas que não causam qualquer incômodo a 10 cm para o pior grau de incômodo imaginável.

Em seguida, a doença poderá ser categorizada como leve, moderada ou grave com base no resultado:

- Leve = escore 0-3 na EVA
- Moderada = escore >3-7 na EVA
- Grave = escore >7-10 na EVA.

## Escores de aparência endoscópica[1]

A aparência endoscópica dos pólipos é graduada da seguinte forma:[1]

- Grau 0: ausência de pólipos
- Grau 1: pólipos apenas no meato médio
- Grau 2: pólipos além do meato médio, mas que não obstruem completamente a cavidade nasal
- Grau 3: pólipos que obstruem completamente a cavidade nasal.

## Abordagem passo a passo do tratamento

As opções de tratamento para rinossinusite crônica com pólipos nasais (CRSwNP) incluem medicamentos tópicos, principalmente corticosteroides intranasais, bem como medicamentos sistêmicos e cirurgia. O esquema de tratamento sugerido aqui segue o proposto pelo artigo de opiniões europeu sobre rinossinusite e pólipos nasais de 2012.[1]

A polipose nasal em crianças é rara (incidência de 0.1%) e deve suscitar investigações adicionais imediatas para descartar fibrose cística.[7] Os pólipos nasais também podem ser uma característica da inflamação do seio nasal, observada na discinesia ciliar primária. O manejo da polipose nasal em crianças é similar ao de adultos; a cirurgia é realizada apenas em casos de CRSwNP grave resistente ao tratamento clínico.

### Terapia inicial

Para pacientes com sintomas leves a moderados (escore de 0-7 na escala visual analógica [EVA]), o tratamento de primeira linha é um ciclo de 3 meses de corticosteroides intranasais em spray, como fluticasona ou mometasona. Não há evidências suficientes para sugerir um tipo de corticosteroide em vez de outro. O paciente é avaliado após 3 meses e, se houver melhora satisfatória, ele pode continuar a usar o corticosteroide intranasal em spray, na menor dose eficaz, com revisão a cada 6 meses. Corticosteroides intranasais melhoram os sintomas, reduzem o tamanho dos pólipos e previnem a sua recorrência após a cirurgia.[19] [20]

Para pacientes com sintomas graves (escore de >7-10 na EVA), o tratamento de primeira linha é um corticosteroide intranasal em spray, além de considerar um ciclo curto de corticosteroide oral.[7] As evidências de estudos para o uso de corticosteroides orais são relativamente fracas e não confirmaram um efeito sustentado.[21] [22] No entanto, na prática, os pacientes costumam observar uma melhora clara em poucos dias, principalmente no início da evolução da doença. Após o término do ciclo corticosteroides orais, o paciente continua o tratamento com um corticosteroide intranasal. O paciente é avaliado após 1 mês e, se houver melhora satisfatória, ele deve continuar com o corticosteroide intranasal, com revisão após 3 meses.

Às vezes, doses mais altas do spray, ou mudança para gotas intranasais (se disponíveis) são usadas na prática, principalmente se o tratamento padrão não funcionar, e são consideradas uma opção nas diretrizes europeias,[1] embora não haja evidências de ensaios clínicos sobre a maior eficácia de doses mais altas ou de gotas, comparado a doses padrão.

### Terapias adjuvantes

A doxiciclina pode ter um efeito modesto em associação com corticosteroides intranasais quando usada por 3-12 semanas.[1] [23] [24] A irrigação nasal com soro fisiológico também pode ser benéfica.[25]

Às vezes, antagonistas do receptor de leucotrieno (por exemplo, montelucaste) são usados como adjuvante aos corticosteroides intranasais, principalmente em pacientes com hipersensibilidade à aspirina/anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs); no entanto, não há evidências de ensaios clínicos de sua eficácia, e eles não costumam ser recomendados.[1]

### Pacientes refratários à terapia medicamentosa

Se não houver qualquer melhora ou uma melhora mínima dos sintomas no acompanhamento inicial de 3 meses, a maioria dos médicos sugerirá cirurgia para remoção dos pólipos. Nesse caso, será



necessário realizar uma tomografia computadorizada (TC) pré-operatória para examinar a anatomia local e a extensão e localização dos pólipos, para traçar um plano cirúrgico preciso.

Seja qual for a técnica cirúrgica utilizada, os pacientes geralmente recebem duchas de soro fisiológico de acompanhamento e corticosteroides intranasais.[26] 1[C]Evidence As evidências com relação à eficácia de diferentes tipos de cirurgia versus tratamento não cirúrgico para adultos com rinossinusite crônica e pólipos nasais é de qualidade muito baixa. As evidências até o momento não mostram que um tratamento seja melhor que outro em termos de escores de sintoma relatados por pacientes e medidas de qualidade de vida.[27]

A doxiciclina pós-operatória por 3 semanas[23] ou 12 semanas[24] pode ter um efeito benéfico. Os médicos também podem usar um antibiótico macrolídeo.

## Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo ( resumo )	
<b>polipose leve a moderada (escala visual analógica [EVA] 0-7)</b>	
1a	corticosteroide intranasal
adjunto	irrigação nasal com soro fisiológico
adjunto	doxiciclina
2a	polipectomia cirúrgica
mais	irrigação nasal pós-operatória com soro fisiológico
mais	antibiótico oral pós-operatório
mais	corticosteroides intranasais contínuos
<b>polipose grave (escala visual analógica [EVA] &gt;7)</b>	
1a	corticosteroide intranasal
mais	considerar o ciclo curto de corticosteroides orais
adjunto	irrigação nasal com soro fisiológico
adjunto	doxiciclina
2a	polipectomia cirúrgica
mais	irrigação nasal pós-operatória com soro fisiológico
mais	antibiótico oral pós-operatório

Agudo		( resumo )
	mais	corticosteroides intranasais contínuos

## Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

### Agudo

polipose leve a moderada (escala visual analógica [EVA] 0-7)

#### 1a corticosteroide intranasal

##### Opções primárias

» **propionato de fluticasona nasal**: (50 microgramas/aplicação) 100 microgramas (2 aplicações) em cada narina duas vezes ao dia; (93 microgramas/aplicação) 93-186 microgramas (1-2 aplicações) em cada narina duas vezes ao dia

##### OU

» **mometasona nasal**: (50 microgramas/aplicação) 100 microgramas (2 aplicações) em cada narina uma ou duas vezes ao dia

» Para pacientes com sintomas leves a moderados (escore de 0-7 na EVA), o tratamento inicial é um ciclo de 3 meses de corticosteroides intranasais em spray, como fluticasona ou mometasona.[7] Não há evidências suficientes para sugerir um tipo de corticosteroide em vez de outro.

» O paciente é avaliado após 3 meses e, se houver melhora satisfatória, ele pode continuar a usar o corticosteroide intranasal em spray, na menor dose eficaz, com revisão a cada 6 meses.

» Corticosteroides intranasais melhoram os sintomas, reduzem o tamanho dos pólipos e previnem a sua recorrência após a cirurgia.[19][20]

» Às vezes, doses mais altas do spray, ou mudança para gotas intranasais (se disponíveis) são usadas na prática, principalmente se o tratamento padrão não funcionar, e são consideradas uma opção nas diretrizes europeias,[1] embora não haja evidências de ensaios clínicos sobre a maior eficácia de doses mais altas ou de gotas, comparado a doses padrão.

#### adjunto irrigação nasal com soro fisiológico

## Agudo

	<p>Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado</p> <p>» A irrigação nasal com soro fisiológico pode ser benéfica.[25]</p>
<b>adjunto</b>	<p><b>doxiciclina</b></p> <p>Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado</p> <p><b>Opções primárias</b></p> <p>» <b>doxiciclina</b>: 200 mg por via oral no primeiro dia, seguidos por 100 mg uma vez ao dia</p> <p>» Pode ter um efeito modesto em associação com corticosteroides intranasais quando usada por 3-12 semanas.[1] [23] [24]</p>
<b>2a</b>	<p><b>polipectomia cirúrgica</b></p> <p>» Se não houver qualquer melhora ou uma melhora mínima dos sintomas após os 3 meses iniciais de tratamento clínico, muitos médicos sugerirão cirurgia para remoção dos pólipos.</p> <p>» As evidências com relação à eficácia de diferentes tipos de cirurgia versus tratamento não cirúrgico para adultos com rinossinusite crônica e pólipos nasais é de qualidade muito baixa. As evidências até o momento não mostram que um tratamento seja melhor que outro em termos de escores de sintoma relatados por pacientes e medidas de qualidade de vida.[27]</p>
<b>mais</b>	<p><b>irrigação nasal pós-operatória com soro fisiológico</b></p> <p>Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado</p> <p>» Seja qual for a técnica cirúrgica utilizada, os pacientes geralmente fazem duchas de soro fisiológico diárias por 1 mês após a cirurgia.</p>
<b>mais</b>	<p><b>antibiótico oral pós-operatório</b></p> <p>Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado</p> <p><b>Opções primárias</b></p> <p>» <b>doxiciclina</b>: 200 mg por via oral no primeiro dia, seguidos por 100 mg uma vez ao dia por 3-12 semanas</p> <p><b>OU</b></p> <p>» <b>claritromicina</b>: 250 mg por via oral duas vezes ao dia por 8-12 semanas</p>

## Agudo

OU

» **azitromicina**: 500 mg por via oral três vezes por semana por até 12 semanas

» A doxiciclina por 3 semanas[23] ou 12 semanas[24] pode ter um efeito benéfico.

» Os médicos também podem usar um antibiótico macrolídeo.

mais

### **corticosteroides intranasais contínuos**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### **Opções primárias**

» **propionato de fluticasona nasal**: (50 microgramas/aplicação) 100 microgramas (2 aplicações) em cada narina duas vezes ao dia; (93 microgramas/aplicação) 93-186 microgramas (1-2 aplicações) em cada narina duas vezes ao dia

OU

» **mometasona nasal**: (50 microgramas/aplicação) 100 microgramas (2 aplicações) em cada narina uma ou duas vezes ao dia

» No período pós-operatório, os pacientes continuam com as aplicações de corticosteroide intranasal para ajudar a reduzir o reaparecimento dos pólipos.[26]

» Às vezes, doses mais altas do spray, ou mudança para gotas intranasais (se disponíveis) são usadas na prática, principalmente se o tratamento padrão não funcionar, e são consideradas uma opção nas diretrizes europeias,[1] embora não haja evidências de ensaios clínicos sobre a maior eficácia de doses mais altas ou de gotas, comparado a doses padrão.

**polipose grave (escala visual analógica [EVA] >7)**

1a

### **corticosteroide intranasal**

#### **Opções primárias**

» **propionato de fluticasona nasal**: (50 microgramas/aplicação) 100 microgramas (2 aplicações) em cada narina duas vezes ao dia; (93 microgramas/aplicação) 93-186 microgramas (1-2 aplicações) em cada narina duas vezes ao dia

## Agudo

OU

» **mometasona nasal**: (50 microgramas/aplicação) 100 microgramas (2 aplicações) em cada narina uma ou duas vezes ao dia

» Para pacientes com sintomas graves (escore de >7-10 na EVA), o tratamento de primeira linha é um corticosteroide intranasal em spray, além de considerar um ciclo curto de corticosteroide oral.[7]

» Não há evidências suficientes para sugerir um tipo de corticosteroide intranasal em vez de outro.

» O paciente é avaliado após 1 mês e, se houver melhora satisfatória, ele deve continuar com o corticosteroide intranasal em spray, com revisão após 3 meses.

» Às vezes, doses mais altas do spray, ou mudança para gotas intranasais (se disponíveis) são usadas na prática, principalmente se o tratamento padrão não funcionar, e são consideradas uma opção nas diretrizes europeias,[1] embora não haja evidências de ensaios clínicos sobre a maior eficácia de doses mais altas ou de gotas, comparado a doses padrão.

mais

**considerar o ciclo curto de corticosteroides orais**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

### Opções primárias

» **prednisolona**: 0.5 mg/kg por via oral uma vez ao dia pela manhã por 7-14 dias, máximo de 40 mg/dia

» Para pacientes com sintomas graves (escore de >7-10 na EVA), o tratamento de primeira linha é um corticosteroide intranasal, além de considerar um ciclo curto de corticosteroide oral.[7]

» As evidências de estudos para o uso de corticosteroides orais são relativamente fracas e não confirmaram um efeito sustentado.[21] [22] No entanto, na prática, os pacientes costumam observar uma melhora clara em poucos dias, principalmente no início ou durante a evolução da doença.

» Após o término do ciclo corticosteroides orais, o paciente continua o tratamento com um

## Agudo

	corticosteroide intranasal. O paciente é avaliado após 1 mês e, se houver melhora satisfatória, ele deve continuar com o corticosteroide intranasal, com revisão após 3 meses.
<b>adjunto</b>	<b>irrigação nasal com soro fisiológico</b> Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado » A irrigação nasal com soro fisiológico pode ser benéfica.[25]
<b>adjunto</b>	<b>doxiciclina</b> Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado <b>Opções primárias</b> » <b>doxiciclina</b> : 200 mg por via oral no primeiro dia, seguidos por 100 mg uma vez ao dia » Pode ter um efeito modesto em associação com corticosteroides intranasais quando usada por 3-12 semanas.[1] [23] [24]
<b>2a</b>	<b>polipectomia cirúrgica</b> » Se não houver qualquer melhora ou uma melhora mínima dos sintomas após o 1º mês de tratamento clínico, muitos médicos sugerirão cirurgia para remoção dos pólipos. » As evidências com relação à eficácia de diferentes tipos de cirurgia versus tratamento não cirúrgico para adultos com rinossinusite crônica e pólipos nasais é de qualidade muito baixa. As evidências até o momento não mostram que um tratamento seja melhor que outro em termos de escores de sintoma relatados por pacientes e medidas de qualidade de vida.[27]
<b>mais</b>	<b>irrigação nasal pós-operatória com soro fisiológico</b> Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado » Seja qual for a técnica cirúrgica utilizada, os pacientes geralmente fazem duchas de soro fisiológico diárias por 1 mês após a cirurgia.
<b>mais</b>	<b>antibiótico oral pós-operatório</b> Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado <b>Opções primárias</b> » <b>doxiciclina</b> : 200 mg por via oral no primeiro dia, seguidos por 100 mg uma vez ao dia por 3-12 semanas



## Agudo

OU

» **claritromicina**: 250 mg por via oral duas vezes ao dia por 8-12 semanas

OU

» **azitromicina**: 500 mg por via oral três vezes por semana por até 12 semanas

» A doxiciclina por 3 semanas[23] ou 12 semanas[24] pode ter um efeito benéfico.

» Os médicos também podem usar um antibiótico macrolídeo.

mais

### **corticosteroides intranasais contínuos**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### **Opções primárias**

» **propionato de fluticasona nasal**: (50 microgramas/aplicação) 100 microgramas (2 aplicações) em cada narina duas vezes ao dia; (93 microgramas/aplicação) 93-186 microgramas (1-2 aplicações) em cada narina duas vezes ao dia

OU

» **mometasona nasal**: (50 microgramas/aplicação) 100 microgramas (2 aplicações) em cada narina uma ou duas vezes ao dia

» No período pós-operatório, os pacientes continuam com as aplicações de corticosteroides tópicos intranasais para ajudar a reduzir o reaparecimento dos pólipos.[26]

» Às vezes, doses mais altas do spray, ou mudança para gotas intranasais (se disponíveis) são usadas na prática, principalmente se o tratamento padrão não funcionar, e são consideradas uma opção nas diretrizes europeias,[1] embora não haja evidências de ensaios clínicos sobre a maior eficácia de doses mais altas ou de gotas, comparado a doses padrão.

## Novidades

### Anticorpos monoclonais

Estudos de prova de conceito comprovaram a eficácia de vários anticorpos monoclonais no tratamento da rinossinusite crônica com pólipos nasais (CRSwNP).[28] Estudos de fase 3 estão em andamento ou planejados. Dupilumabe é direcionado à subunidade alfa do receptor de interleucina-4, bloqueando a atividade da interleucina-4 e interleucina-13. Ficou comprovado que isso reduz o tamanho do pólipos e melhora os sintomas, a aparência em tomografia computadorizada e o olfato em pacientes que já usam corticosteroide intranasal.[13] Mepolizumabe bloqueia a atividade da citocina pró-eosinofílica interleucina-5.[11] Ficou comprovado que reduz a necessidade de nova cirurgia em pacientes que já usam corticosteroide intranasal.[12] Em um estudo de pequeno porte, omalizumabe (que bloqueia a ação de IgE) reduziu o tamanho do pólipos nasal em pacientes atópicos e não atópicos, ressaltando a importância da IgE local na patologia da CRSwNP.[10] Nenhum desses medicamentos tem licença para o tratamento da CRSwNP até o momento, mas podem ser usados em pacientes com asma grave, e alguns deles também terão CRSwNP. No momento, não se sabe quais pacientes com CRSwNP responderão melhor (e se responderão) a qual anticorpo monoclonal. A duração dos efeitos também não está clara, embora esses medicamentos não pareçam ter um efeito permanente sobre a doença.

## Recomendações

### Monitoramento

O objetivo do manejo dos pólipos nasais é controlar os sintomas limitando a extensão da doença. Não existe cura. O monitoramento dos sintomas do paciente e da adesão ao tratamento clínico é essencial. Uma vez controlados os sintomas, os pacientes normalmente são acompanhados em intervalos de 6-12 meses ou quando necessário, se os sintomas se agravarem.

### Instruções ao paciente

É essencial instruir o paciente quanto à natureza da condição, aos objetivos do tratamento e à importância da adesão à medicação a fim de manter os sintomas sob controle. [\[American Academy of Allergy Asthma and Immunology\]](#)

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>celulite orbitária e periorbitária</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
Embora rara, a infecção relacionada à rinosinusite pode se disseminar para o olho, o que causa celulite periorbitária/edema pré-septal, celulite orbitária, abscesso subperiosteal ou orbital. O médico deve ter um baixo limiar de suspeita em relação a essas possíveis complicações. <sup>[1]</sup>		
<b>trombose do seio cavernoso</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
Embora rara, pode ocorrer a trombose do seio cavernoso, particularmente no contexto de infecção disseminada para a órbita. O médico deve permanecer alerta para essa possibilidade.		
<b>osteomielite</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
Em casos raros, a infecção associada à rinosinusite pode penetrar o osso circundante e causar osteomielite.		
<b>tumor de Potts (potts puffy tumour)</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
Consiste em um abscesso subperiosteal associado a osteomielite necrótica do osso frontal. Manifesta-se na testa como um edema dos tecidos moles, com textura semelhante à massa de pão e sensível à palpação.		
<b>infecção intracraniana</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
Em casos raros, a infecção associada à rinosinusite pode se disseminar intracranianamente, podendo causar um abscesso epidural, empiema subdural, meningite, abscesso cerebral ou tromboflebite de veia dural.		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>abscesso da glândula lacrimal</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
Uma complicação rara da rinossinusite.		
<b>perfuração septal nasal</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
Uma complicação rara da rinossinusite.		
<b>septicemia</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
Em casos raros, a infecção relacionada à rinossinusite e a pólipos pode causar septicemia.		
<b>deslocamento do globo ocular</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
Se os pólipos se tornarem grandes o suficiente, poderá ocorrer o deslocamento do globo ocular o que, por sua vez, poderá causar distúrbios visuais.		
<b>sangramento nasal relacionado a corticosteroides tópicos</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
Em uma pequena proporção dos pacientes, corticosteroides tópicos estão associados a sangramento nasal menor. Os estudos não mostram qualquer efeito estrutural prejudicial na mucosa nasal com a administração em longo prazo. A biodisponibilidade sistêmica é baixa e a dose administrada é pequena, mas recomenda-se escolha criteriosa da formulação, principalmente se outra medicação contendo corticosteroides for administrada simultaneamente.[1]		
<b>complicações relacionadas a corticosteroides orais</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
Deve-se considerar os efeitos adversos sistêmicos dos corticosteroides orais. Ciclos curtos são preferenciais, mas, se for necessário um tratamento em longo prazo, deverá ser realizado um monitoramento.[1]		
<b>complicações orbitais relacionadas à cirurgia dos seios nasais</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
Incluem enfisema orbital, equimose da pálpebra, hematoma orbital, perda da acuidade visual/cegueira, diplopia, enoftalmia e danos no duto nasolacrimal.		
<b>complicações intracranianas relacionadas à cirurgia dos seios nasais</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
Vazamento de líquido cefalorraquidiano (LCR), pneumocefalia por tensão, encefalocoele, abscesso cerebral, meningite, sangramento intracraniano e trauma cerebral direto são complicações potenciais raras da cirurgia dos seios nasais.		
<b>sangramento relacionado à cirurgia dos seios nasais</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
Em casos raros, a cirurgia dos seios nasais pode causar danos ao suprimento arterial do nariz.		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>complicações relacionadas à cirurgia dos seios nasais</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
Incluem sinéquias, hiposmia, osteíte, rinite atrófica, síndrome do choque tóxico, anosmia e morte.[1]		

## Prognóstico

O objetivo do manejo da rinossinusite crônica com pólipos nasais (CRSwNP) é a redução dos pólipos e o controle dos sintomas. Até o momento, os tratamentos não revertem a fisiopatologia subjacente, e o manejo frequentemente é de longa duração. Os pacientes precisam ser orientados quanto a isso e entender a natureza crônica da condição.

## Diretrizes de diagnóstico

### Europa

#### European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012

**Publicado por:** European Academy of Allergology and Clinical Immunology

**Última publicação em:** 2012

#### BSACI guidelines for the management of rhinosinusitis and nasal polyposis

**Publicado por:** British Society for Allergy and Clinical Immunology

**Última publicação em:** 2008

## Diretrizes de tratamento

### Europa

#### European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012

**Publicado por:** European Academy of Allergology and Clinical Immunology

**Última publicação em:** 2012

#### BSACI guidelines for the management of rhinosinusitis and nasal polyposis

**Publicado por:** British Society for Allergy and Clinical Immunology

**Última publicação em:** 2008

### América do Norte

#### Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis

**Publicado por:** Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada; Canadian Society of Allergy and Clinical Immunology; Canadian Society of Otolaryngology - Head and Neck Surgery; Canadian Association of Emergency Physicians; The Family Physicians Airways Group of Canada

**Última publicação em:** 2011

## Recursos online

---

1. [American Academy of Allergy Asthma and Immunology](#) (*external link*)
-



## Nível de evidência

1. Postergando ou prevenindo a recorrência: há evidências de baixa qualidade provenientes de um estudo de coorte envolvendo 576 pacientes que receberam corticosteroides intranasais após polipectomia e 1099 pacientes pós-polipectomia que não usaram esteroides de que corticosteroides intranasais são eficazes para postergar a repetição da polipectomia; a média de tempo para a repetição da polipectomia foi de 812 dias nos usuários de corticosteroides e 736 dias entre os não usuários. Uma proporção mais elevada de usuários não precisou da repetição da cirurgia em comparação com os não usuários.[\[26\]](#)

**Nível de evidência C:** Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

## Artigos principais

- Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists. *Rhinology*. 2012 Mar;50(1):1-12. [Resumo](#)
- Scadding GK, Durham SR, Mirakian R, et al. British Society for Allergy and Clinical Immunology. BSACI guidelines for the management of rhinosinusitis and nasal polyposis. *Clin Exp Allergy*. 2008 Feb;38(2):260-75. [Resumo](#)
- Rimmer J, Fokkens W, Chong LY, et al. Surgical versus medical interventions for chronic rhinosinusitis with nasal polyps. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(12):CD006991. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Bachert C, Zhang L, Gevaert P. Current and future treatment options for adult chronic rhinosinusitis: focus on nasal polyposis. *J Allergy Clin Immunol*. 2015 Dec;136(6):1431-40. [Resumo](#)

## Referências

1. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists. *Rhinology*. 2012 Mar;50(1):1-12. [Resumo](#)
2. Wang X, Zhang N, Bo M, et al. Diversity of TH cytokine profiles in patients with chronic rhinosinusitis: a multicenter study in Europe, Asia, and Oceania. *J Allergy Clin Immunol*. 2016 Nov;138(5):1344-53. [Texto completo](#) [Resumo](#)
3. Langdon C, Mullol J. Nasal polyps in patients with asthma: prevalence, impact, and management challenges. *J Asthma Allergy*. 2016 Mar 14;9:45-53. [Texto completo](#) [Resumo](#)
4. Johansson L, Akerlund A, Holmberg K, et al. Prevalence of nasal polyps in adults: the Skovde population-based study. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2003 Jul;112(7):625-9. [Resumo](#)
5. Rosenfeld RM, Andes D, Bhattacharyya N, et al. Clinical practice guideline: adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007 Sep;137(suppl 3):S1-31. [Resumo](#)
6. Yung MW, Gould J, Upton GJ. Nasal polyposis in children with cystic fibrosis: a long-term follow-up study. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2002 Dec;111(12 Pt 1):1081-6. [Resumo](#)
7. Scadding GK, Durham SR, Mirakian R, et al. British Society for Allergy and Clinical Immunology. BSACI guidelines for the management of rhinosinusitis and nasal polyposis. *Clin Exp Allergy*. 2008 Feb;38(2):260-75. [Resumo](#)
8. Lund VJ. Diagnosis and treatment of nasal polyps. *BMJ*. 1995 Nov 25;311(7017):1411-4. [Resumo](#)
9. Bachert C, Zhang N, Holtappels G, et al. Presence of IL-5 protein and IgE antibodies to staphylococcal enterotoxins in nasal polyps is associated with comorbid asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2010 Nov;126(5):962-8. [Resumo](#)

10. Gevaert P, Calus L, Van Zele T, et al. Omalizumab is effective in allergic and nonallergic patients with nasal polyps and asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2013 Jan;131(1):110-6.e1. [Resumo](#)
11. Gevaert P, Van Bruaene N, Cattaert T, et al. Mepolizumab, a humanized anti-IL-5 mAb, as a treatment option for severe nasal polyposis. *J Allergy Clin Immunol*. 2011 Nov;128(5):989-95.e1-8. [Resumo](#)
12. Bachert C, Sousa AR, Lund VJ, et al. Reduced need for surgery in severe nasal polyposis with mepolizumab: randomized trial. *J Allergy Clin Immunol*. 2017 Oct;140(4):1024-31.e14. [Resumo](#)
13. Bachert C, Mannent L, Naclerio RM, et al. Effect of subcutaneous dupilumab on nasal polyp burden in patients with chronic sinusitis and nasal polyposis: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2016 Feb 2;315(5):469-79. [Texto completo](#) [Resumo](#)
14. Uzzaman A, Metcalfe DD, Komarow HD. Acoustic rhinometry in the practice of allergy. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2006 Dec;97(6):745-51. [Resumo](#)
15. Ellegård E. Practical aspects on rhinostereometry. *Rhinology*. 2002 Sep;40(3):115-7. [Resumo](#)
16. Miller B, Mirakian R, Gane S, et al. Nasal lysine aspirin challenge in the diagnosis of aspirin - exacerbated respiratory disease: asthma and rhinitis. *Clin Exp Allergy*. 2013 Aug;43(8):874-80. [Texto completo](#) [Resumo](#)
17. Doty RL, Shaman P, Kimmelman CP, et al. University of Pennsylvania smell identification test: a rapid quantitative olfactory function test for the clinic. *Laryngoscope*. 1984 Feb;94(2 Pt 1):176-8. [Resumo](#)
18. Diamantopoulos II, Jones NS, Lowe J. All nasal polyps need histological examination: an audit-based appraisal of clinical practice. *J Laryngol Otol*. 2000 Oct;114(10):755-9. [Resumo](#)
19. Rudmik L, Schlosser RJ, Smith TL, et al. Impact of topical nasal steroid therapy on symptoms of nasal polyposis: a meta-analysis. *Laryngoscope*. 2012 Jul;122(7):1431-7. [Resumo](#)
20. Alobid I, Benitez P, Valero A, et al. Oral and intranasal steroid treatments improve nasal patency and paradoxically increase nasal nitric oxide in patients with severe nasal polyposis. *Rhinology*. 2012 Jun;50(2):171-7. [Resumo](#)
21. Head K, Chong LY, Hopkins C, et al. Short-course oral steroids as an adjunct therapy for chronic rhinosinusitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Apr 26;4:CD011992. [Texto completo](#) [Resumo](#)
22. Head K, Chong LY, Hopkins C, et al. Short-course oral steroids alone for chronic rhinosinusitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Apr 26;4:CD011991. [Texto completo](#) [Resumo](#)
23. Van Zele T, Gevaert P, Holtappels G, et al. Oral steroids and doxycycline: two different approaches to treat nasal polyps. *J Allergy Clin Immunol*. 2010 May;125(5):1069-76.e4. [Resumo](#)
24. Pinto Bezerra Soter AC, Bezerra TF, Pezato R, et al. Prospective open-label evaluation of long-term low-dose doxycycline for difficult-to-treat chronic rhinosinusitis with nasal polyps. *Rhinology*. 2017 Jun 1;55(2):175-80. [Resumo](#)

25. Chong LY, Head K, Hopkins C, et al. Saline irrigation for chronic rhinosinusitis. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(4):CD011995. [Texto completo](#) [Resumo](#)
26. Punekar YS, Ahmad A, Saleh HA. Estimating the effect of nasal steroid treatment on repeat polypectomies: survival time analysis using the General Practice Research Database. Rhinology. 2011 Jun;49(2):190-4. [Resumo](#)
27. Rimmer J, Fokkens W, Chong LY, et al. Surgical versus medical interventions for chronic rhinosinusitis with nasal polyps. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(12):CD006991. [Texto completo](#) [Resumo](#)
28. Bachert C, Zhang L, Gevaert P. Current and future treatment options for adult chronic rhinosinusitis: focus on nasal polyposis. J Allergy Clin Immunol. 2015 Dec;136(6):1431-40. [Resumo](#)

## Imagens



*Figura 1: Pólipos nasais de grau 3*

*Do acervo do Dr Richard Hewitt*

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Mar 13, 2019.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK



# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

---

**Hesham A. Saleh, MBBCh, FRCS, FRCS (ORL-HNS)**

Consultant Rhinologist

Charing Cross Hospital, Honorary Senior Lecturer, Imperial College, London, UK

DIVULGAÇÕES: HAS declares that he has no competing interests.

---

**Guy Scadding, MBBS, PhD**

Consultant Allergist

Royal Brompton and Harefield NHS Trust, London, UK

DIVULGAÇÕES: GS declares that he has no competing interests.

### // Reconhecimentos:

Dr Hesham A. Saleh and Dr Guy Scadding would like to gratefully acknowledge Dr Richard J. D. Hewitt and Dr Romana Kuchai, previous contributors to this topic. RJDH and RK declare that they have no competing interests.

### // Colegas revisores:

---

**Sietze Reitsma, MD, PhD**

Rhinologist

Amsterdam University Medical Centers, Amsterdam, Netherlands

DIVULGAÇÕES: SR declares that he has no competing interests.