Rinossinusite Crônica

Débora B. Estevão
Roberto C. Meirelles

Resumo

Os autores abordam um panorama de atualização do tema rinossinusites, com destaque para a forma crônica. Descrevem o conceito, classificação, fatores predisponentes, diagnóstico, com exame físico e de imagens, além do tratamento clínico e cirúrgico. Finalizam com as particularidades da rinossinusite crônica no paciente idoso.

PALAVRAS-CHAVE: *Rinite; Sinusite.*

Introdução

A rinossinusite (RS) é caracterizada pela inflamação da mucosa do nariz e seios paranasais, constituindo-se em uma das afecções mais prevalentes das vias aéreas superiores, com um custo financeiro elevado para a sociedade. Por sua alta prevalência, a RS é reconhecida e tratada por um número grande de profissionais médicos, além dos

otorrinolaringologistas, desde generalistas que trabalham na atenção primária, bem como pediatras, pneumologistas e alergologistas.[1]

A RS viral é a mais prevalente. Estima-se que o adulto tenha, em média, de 2 a 5 resfriados por ano, e a criança, de 6 a 10. Desses episódios virais, cerca de 0,5% a 10% evoluem para infecções bacterianas. Em relação à rinossinusite crônica (RSC), estima-se que 14% da população dos Estados Unidos seja portadora desta doença. O Brasil ainda não tem um estudo sobre sua prevalência e incidência.

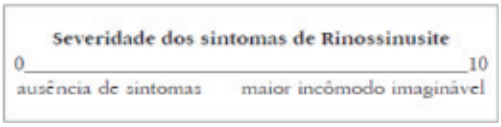
Definição

A RS é definida como um processo inflamatório da mucosa do nariz e dos seios paranasais, sendo caracterizada por:

- dois ou mais dos seguintes sintomas: obstrução nasal, rinorreia anterior ou posterior, dor ou pressão facial, redução ou perda do olfato;
- um ou mais achados endoscópicos: pólipos, secreção mucopurulenta drenando do meato médio, edema obstrutivo da mucosa no meato médio;
- e/ou alterações de mucosa do complexo ostiomeatal (COM) ou seios paranasais visualizadas na tomografia computadorizada (TC).[1,2]

Classificação

- Quanto à duração dos sintomas: mais do que 12 semanas;[1,2]
- Quanto à gravidade: leve, moderada e grave, com base na escala analógica visual de gravidade de 0 a 10. O paciente marca na linha o quanto aqueles sintomas o incomodam;[1,2]



Fatores Predisponentes e Associados

Alteração do transporte mucociliar (TMC)

A função ciliar apresenta um importante papel no clearance dos seios paranasais, prevenindo uma inflamação crônica. Discinesias ciliares secundárias são observadas em pacientes com RSC, sendo provavelmente reversíveis. Discinesias ciliares primárias, como a Síndrome de Kartagener ou pacientes com fibrose cística (FC), que apresentam a viscosidade do muco aumentada, causam quadros crônicos de RS.

Alergia

O papel da alergia na fisiopatogenia da RSC é incerto.[1,2] A rinite alérgica pode estar associada à RSC e pode exacerbar os sintomas dos portadores de RSC com polipose.[1,2]

Asma

Estudos sugerem que a inflamação nas vias aéreas superiores e inferiores coexistem (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma* - ARIA). Sabe-se que o tratamento da RSC melhora os sintomas da asma.[1-3]

Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE)

Existem poucos estudos sobre a influência do refluxo ácido na patogênese das RS. Devido ao seu potencial em causar diminuição da atividade ciliar, o refluxo deve ser considerado um fator predisponente potencial até novas pesquisas serem concluídas.

Estado imunológico

A presença de imunodeficiência congênita ou adquirida pode favorecer o aparecimento de RSC. Alguns autores observaram que a RS pode ser considerada uma das doenças mais prevalentes em indivíduos HIV positivos. Dessa forma, testes imunológicos devem fazer parte da pesquisa diagnóstica em pacientes com RSC.

Fatores genéticos

Alterações genéticas não foram associadas, até o momento, com RSC.

Fatores locais

Apesar estudos mostrarem variações anatômicas em pacientes com RSC, nenhum deles correlacionou a alteração tomográfica como fator predisponente para a RS.

Micro-organismos

O papel das bactérias na RSC não é claro e, apesar de alguns patógenos serem descritos no meato médio e nos seios paranasais de alguns pacientes, não está comprovada a patogenicidade dos mesmos.

Fatores ambientais

Fumaça de cigarro e baixa renda podem associar-se à RSC. Não existem estudos convincentes que associam poluentes e toxinas como o ozônio à RSC.

Fatores iatrogênicos

No pós-operatório de cirurgias nasossinusais, como a realização inadvertida de um óstio acessório na tentativa de acessar o óstio natural do seio maxilar, promovendo o fenômeno da recirculação ou na produção de mucoceles.

Sensibilidade ao Ácido Acetilsalicílico

A sensibilidade ao ácido acetilsalicílico

(AAS) está associada à RSC com polipose nasal. Chama-se Tríade de Santer: asma, sensibilidade ao AAS e pólipos nasais.

- Edema periobitário, sem hiperemia ou sinais infecciosos, que neste caso levantariam suspeita de alguma complicação.
- Halitose, causada pela presença de secreções purulentas.
- Dor à palpação facial correspondente à região dos seios (maxilar, frontal e etmoidal).
- Secreção em região de meato médio ou nas fossas nasais.
- Drenagem posterior de secreção mucupurulenta.
- Hiperemia da parede posterior da orofaringe.

Diagnóstico Sinais e Sintomas

O principal diferencial entre os quadros de RSA e RSC é em relação à duração dos sintomas (>12 semanas). Apesar da maioria dos sintomas encontrados nos pacientes com RSC serem muito semelhantes aos encontrados na RSA, algumas características são distintas e devem ser salientadas. Entretanto, é importante lembrar que, nos quadros de agudização de quadros crônicos, podemos encontrar os mesmos sintomas dos quadros agudos.

Nas RSC, a presença de obstrução e congestão nasal é bem menos frequente, e quando presente está normalmente associada a outros fatores, como desvios septais, rinite alérgica e pólipos.

A rinorreia tende a se apresentar em menor quantidade nos casos crônicos, podendo ser de característica aquosa, mucoide ou mucopurulenta. Ela pode ser anterior ou posterior.

A tosse é um sintoma comum, especialmente em crianças. Apresenta períodos de exacerbação à noite, e tem associação com a secreção retronasal que provoca inflamação secundária da faringe.

A dor facial é um sintoma pouco frequente nos quadros crônicos sem pólipos, e – quando presente – sugere um episódio de reagudização.

Alterações olfatórias podem ocorrer, principalmente, pela presença de secreções patológicas, pela destruição do epitélio olfatório, pelo quadro inflamatório prolongado ou pela presença de pólipos, dificultando a passagem das substâncias odoríferas dissolvidas no ar até as regiões do epitélio olfatório.

Exame físico

O diagnóstico e o manejo da RS podem ser difíceis quando baseados exclusivamente na história clínica. Assim sendo, exames objetivos são cada vez mais necessários para determinar com precisão a presença ou não de RS. Os dois métodos objetivos de avaliação mais utilizados pelo otorrinolaringologista são a endoscopia nasal e a tomografia computadorizada de seios paranasais (TC SPN).

Rinoscopia

É um exame que deve ser realizado rotineiramente antes e após a aplicação de vasoconstritor tópico sobre a mucosa nasal. A rinoscopia anterior possibilita definir o aspecto da mucosa nasal, especialmente ao nível da concha inferior e do septo nasal, assim com a presença e o aspecto de secreções no interior da cavidade nasal.

O exame não é adequado para a avaliação minuciosa do meato médio e das regiões superiores e posteriores do nariz.

Endoscopia

Permite examinar porções mais posteriores da cavidade nasal, como meatos médios e superiores e identificar edema, pólipos, crostas, sinéquias, aspecto do muco nasal e a presença de mucopus ou secreção francamente purulenta em qualquer parte da cavidade nasal ou rinofaringe.

É um exame obrigatório na avaliação e tratamento de pacientes com sintomas persistentes, recorrentes ou crônicos. Além de auxiliar no diagnóstico, a técnica permite a obtenção de material para exames bacteriológicos de forma não invasiva. Contudo, é importante salientar que um exame endoscópico normal não exclui RS.

Exames de imagem

Apesar da RS poder ser diagnosticada na maioria dos pacientes apenas pela história clínica e pelo exame físico, pacientes com doença persistente ou recorrente têm indicação de realização de exames de imagem.

Radiografia Simples

É uma técnica cada vez menos valorizada pelos otorrinolaringologistas. Nos casos agudos, é dispensável visto que a história clínica e o exame físico otorrinolaringológico são suficientes. Ao interpretar o exame, observar qualidade da imagem, verificar se o desenvolvimento do seio paranasal é compatível com a idade e não utilizá-lo como parâmetro de melhora ou cura.

Nos casos recorrentes ou crônicos, não avalia adequadamente o meato médio, o complexo ostiomeatal, o recesso frontal, o recesso esfenoetmoidal e os 2/3 superiores da cavidade nasal.

Tomografia Computadorizada (TC)

É considerada, hoje, a técnica de imagem de escolha para a avaliação da RS. Na RSC, podem ser observados: velamentos parciais ou totais dos seios paranasais, espessamentos ósseos das paredes dos seios, presença de massas em fossas nasais e material com aspecto metálico dentro dos seios.

Está indicada nos casos de falha do tratamento clínico, nos casos recorrentes ou crônicos, na presença de complicações e no planejamento cirúrgico.

Apesar de sua alta sensibilidade, a especificidade das alterações observadas na TC deve ser interpretada com cautela.

Ressonância Magnética (RM)

A RM fornece importantes informações sobre a mucosa e demais tecidos moles. É superior à TC em demonstrar o comprometimento dos processos nasossinusais para além dos limites dos seios paranasais, como as órbitas e intracraniano.

A técnica é sempre utilizada para o diagnóstico e estadiamento de tumores e tem a capacidade de diferenciar doença inflamatória infecciosa por bactérias ou vírus de doença de origem fúngica.

Outros

Bacteriologia e cultura de secreção nasal

A bacteriologia e cultura estão indicadas nos casos recorrentes ou crônicos e para pacientes que não responderam ao tratamento convencional. As duas técnicas mais utilizadas para coletar secreção são a punção do seio maxilar e a endoscópica.

Citologia nasal e biópsia

A presença de eosinófilos na secreção nasal pode indicar a presença de alergia enquanto que a de neutrófilos, processo infeccioso.

A citologia nasal não é, usualmente, indicada para o diagnóstico de RS e, isoladamente, não pode diagnosticar rinite alérgica.

O exame anatomopatológico pode ser indicado para excluir a presença de neoplasias, vasculites ou doenças autoimunes (granulomatose de Wegener, poliarterite nodosa, policondrite recidivante) e para o estudo de pólipos nasais.

Tratamento clínico

Antimicrobianos

Na terapêutica antimicrobiana da RSC, deve-se pensar, além dos agentes habituais da RSA, em Staphylococcus aureus e Staphylococcus coagulase negativos, associados a bactérias anaeróbias.

O tempo de tratamento recomendado varia de três a seis semanas.

Coadjuvantes

O tratamento da RS inclui medidas terapêuticas para diminuir a intensidade e morbidade dos sintomas, que devem ser indicadas segundo as necessidades e as limitações de cada paciente.

Classicamente, em paralelo à antibioticoterapia, são utilizados corticosteroides e/ou descongestionantes por curto prazo, além da lavagem nasal. Outros medicamentos e con-

dutas, que hoje têm menor nível de evidência científica e grau de recomendação, continuam sendo investigados.

Corticosteroides

A ação anti-inflamatória hormonal dos corticosteroides promove a redução do edema, a facilitação da drenagem e a manutenção da permeabilidade dos óstios, e assim facilita a cura clínica das RS. Corticosteroides tópicos ou sistêmicos inibem a ação de quimiocinas, que são produzidas pelas células da mucosa nasal e epitélio do pólipo. Eles reduzem tanto a viabilidade quanto a ativação de eosinófilos, dentre outros efeitos antagônicos à reação inflamatória.

Orais: controlam o processo inflamatório que leva à sintomatologia mais intensa como dor e congestão. Recomendados por períodos curtos (cerca de uma semana), dados os efeitos colaterais inerentes ao uso prolongado.

Tópicos: melhoram o prognóstico e facilitam o tratamento das doenças inflamatórias das vias aéreas superiores (rinite, RSC com polipose). Indicados quando se prioriza a atuação local e baixa absorção sistêmica. Mometasona e fluticasona, budesonida, triancinolona e beclometasona são os que apresentam menor biodisponibilidade, por ordem crescente.

Anti-histamínicos

São recomendados para pacientes alérgicos com RSC e polipose nasal.

Descongestionantes Tópicos e Sistêmicos

Não existe embasamento científico na literatura sobre o uso de descongestionantes em pacientes com RSC.

Lavagem Nasal

A irrigação da mucosa nasal com solução salina isotônica (0,9%) é uma medida clássica e segura, bastante útil na mobilização das secreções e hidratação da mucosa, como tratamento coadjuvante e preventivo das doenças inflamatórias e infecciosas nasossinusais. Já as soluções salinas hipertônicas (até 3%) aumentam a frequência do batimento ciliar e reduzem o edema da mucosa nasal, com melhora do transporte mucociliar e diminuição da obstrução nasal.

É indicada como terapia coadjuvante das rinopatias alérgicas, RSA, RSC e no pós-operatório das cirurgias nasossinusais.

Mucolíticos

A literatura cita trabalhos com resultados pontuais e inconsistentes com relação a alguns mucolíticos, agindo na redução do período de tratamento da RSA e RSC.

A ingestão hídrica adequada, inalação de vapor e a lavagem nasal com solução salina isotônica são satisfatórias como tratamento auxiliar das doenças das vias aéreas, sem os riscos potenciais e inconveniências do uso de drogas, além da comodidade e do baixo custo.

Fitomedicamentos

Faltam estudos direcionados à RS.

Lisados bacterianos / imunoestimulantes

A literatura apresenta alguns estudos referindo redução do número de cursos e duração da antibioticoterapia em RSA. Estes medicamentos se mostram eficazes na redução do escore e na severidade dos sintomas, incluindo-se a tosse, na RSC.

Antileucotrienos

Os leucotrienos são mediadores inflamatórios presentes em várias doenças do trato respiratório. Estudos mostram bons resultados na RSC com polipose.

Estão disponíveis, no Brasil, o montelucaste e o zafirlucaste.

Tratamento cirúrgico

Está indicado quando há:

- Falha do tratamento clínico, administrado por, no mínimo, três meses;
- Efeitos adversos do tratamento medica-

mentoso;

• Baixa adesão do paciente ao tratamento clínico;

• Queixa primária de obstrução nasal, hipersecreção e/ou alterações de olfato sem melhora com tratamento clínico;

• Presença de sintomas persistentes em vias aéreas inferiores, sem melhora com tratamento medicamentoso;

• Complicações das rinossinusites (sinais de alerta que indicam necessidade de cirurgia):

  • Sintomas unilaterais: sangramentos, crostas, cacosmia;

  • Sintomas orbitários: diplopia, proptose, redução da visão;

  • Meningites ou sintomas neurológicos;

  • Edema e dor frontal unilateral severa.

Particularidades da RSC no paciente idoso

A RSC no idoso pode apresentar potencial perigoso, uma vez que vimos, pelo exposto, que a maior parte dos casos passa despercebida, existindo apenas pigarro ocasional ou drenagem de secreção rinofaríngea, achados comuns na população idosa. Algumas vezes, a tosse noturna pode ser erroneamente tratada como alergia ou refluxo gastroesofágico e mascarar um quadro de infecção sinusal. Frequentemente, a primeira exteriorização clínica de uma RSC é uma pneumonia ou uma complicação orbitária ou até neurológica. Outras vezes, surge a hipótese diagnóstica na investigação de halitose, de roncopatia ou síndrome de apneia e hipopneia obstrutiva do sono, secundária à obstrução nasal, esta causada pelo aumento do parênquima mucoso dos cornetos nasais. Alguns casos de pacientes com exacerbação aguda de RSC são tratados com antimicrobianos e cedendo os sintomas, dados como curados, sem investigar a possibilidade de infecção crônica.

Dá-se importância atualmente para a vitamina D, cujos níveis baixos poderiam predispor às RSC. Quanto à imagem, deve-se alertar sempre para a total falta de confiança na radiografia simples das cavidades paranasais para o diagnóstico de RS, tanto aguda como, principalmente, crônica, pela pobreza de detalhes na imagem. Seu uso hoje está totalmente abandonado. O diagnóstico mais preciso consiste no binômio endoscopia nasal – tomografia computadorizada das cavidades paranasais.

Existe grande controvérsia no tratamento das rinossinusites crônicas gerando, por isso, os consensos europeu e latino-americano como forma de tentar uniformizar um tema por demais abrangente e complexo. Os tratamentos tópicos com drogas diversas ganham cada vez mais importância no cenário mundial, ocupando um lugar de destaque neste assunto. A indicação cirúrgica é sempre discutível, em especial nos casos de RSC simples, sem polipose. Isto porque o resultado nem sempre é satisfatório. Existe um capítulo que é o da cirurgia preparatória para posterior tratamento tópico. Nos casos de RSC com polipose nasal, a indicação cirúrgica é consenso, complementada pelo tratamento posterior do fator alérgico

Referências

1. European Academy of Allergology and Clinical Immunology. European position paper on rhinossinusitis and nasal polyps. Rhinol Suppl. 2007;20(Suppl 1):1-137.
2. Diretrizes Brasileiras de Rinossinusites. Rev Bras Otorrinolaringol. 2008;10 (Suppl 74-2):1-54.
3. Voegels R, Lessa M. Rinologia e cirurgia endoscópica dos seios paranasais. Rio de Janeiro: Revinter; 2006.

Abstract

The authors discuss an updated overview of the subject rhinosinusitis, especially the chronic form. They describe the concept, classification, risk factors, diagnosis, physical examination and imaging, besides medical and surgical treatment. The article ends with the characteristics of chronic rhinosinusitis in the elderly.

KEY WORDS: *Rhinitis; Sinusitis.*

TITULAÇÃO DOS AUTORES

Editorial

Roberto Campos Meirelles

Professor Associado - FMC-UERJ;

Doutor em Otorrinolaringologia - USP.

Endereço para correspondência:
Rua Sorocaba, 706, Botafogo.
Rio de Janeiro - RJ. CEP: 22271-110.
E-mail: rcmeirelles@gmail.com

Artigo 1: Novas Terapias para Surdez.

Shiro Tomita

Professor Titular de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina - UFRJ;

Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia - HUCFF- UFRJ.

Endereço para correspondência:
Av. Professor Paulo Rocco 255, sala 11E24,
Ilha do Fundão.
Rio de Janeiro - RJ
E-mail: shiro@openlink.com.br

Felippe Felix

Médico do Serviço de Otorrinolaringologia - HUCFF-UFRJ;

Mestre em Otorrinolaringologia - Faculdade de Medicina-UFRJ.

E-mail: felfelix@gmail.com

Artigo 2: Zumbidos.

Aída Regina Monteiro Assunção

Professora Assistente - FCM-UERJ;

Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia HUPE-UERJ.

Endereço para correspondência:
Secretaria da Otorrinolaringologia - HUPE-UERJ
Av. 28 de setembro 77, 5°andar - Vila Isabel
Rio de Janeiro-RJ. CEP 20551-030
Telefone: 21 2868-8120
E-mail: aidarma@uerj.br

Sergio Albertino

Professor Adjunto IV - UFF;
Doutor em Neurologia - UFF.

Artigo 3: Avaliação Diagnóstica das Síndromes Vertiginosas.

Marcelo Miguel Hueb

Professor Adjunto e Chefe da Disciplina e do Serviço de Otorrinolaringologia - UFTM;

Presidente da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial-ABORL-CCF.

Endereço para correspondência:
Av. Santos Dumont, 409;
Uberaba - MG. CEP 38060-600
Telefone: 34 3332-3033
E-mail: mmhueb@terra.com.br

Camila Pazian Feliciano

Médica Voluntária do Serviço de Otorrinolaringologia - UFTM.

Artigo 4: Terapêutica Farmacológica da Vertigem Ciriaco.

Cristóvão T. Atherino.

Professor Adjunto Doutor da Disciplina de Otorrinolaringologia - FCM-UERJ.

Endereço para correspondência:
Rua Rodolfo Dantas 106 / 201
Rio de Janeiro - RJ. CEP 22020-040
Telefone: 21 2541-9098
E-mail: crisatherino@gmail.com.

Artigo 5: Reabilitação Vestibular.

Sergio Albertino

(Vide Capítulo 2)

Rafael S. Albertino

Pós-graduando em Otorrinolaringologia - UFF.

Artigo 6: Abordagem Atual das Hemorragias Nasais.

Roberto Campos Meirelles

(Vide Editorial)

Leonardo C. B. de Sá

Mestre em Medicina - Cirurgia Geral / Otorrinolaringologia - Faculdade de Medicina-UFRJ;

Fellowship em Cirurgia Nasossinusal pela Universidade de Graz - Áustria.

Guilherme Almeida

Médico do Serviço de Otorrinolaringologia - HUPE-UERJ.

Artigo 7: Rinossinusite Crônica.

Débora Braga Estevão

Professora Colaboradora - FMC-UERJ.

Roberto Campos Meirelles

(Vide Editorial)

Artigo 8: Rinossinusite Nosocomial.

Roberto Campos Meirelles

(Vide Editorial)

Fabiana Rocha Ferraz

Professora Colaboradora - FCM-UERJ.

Artigo 9: Síndrome da boca seca.

Ivan Dieb Miziara

Professor Livre Docente - Faculdade de Medicina-USP;

Médico Chefe do Grupo de Estomatologia da Divisão de Clínica ORL do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina-USP.

Ali Mahmoud

Pós-graduando do Departamento de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina-USP.

Artigo 10: Distúrbios da Deglutição.

Geraldo Pereira Jotz

Professor Associado do Departamento de Ciências Morfológicas - UFRS;

Professor Adjunto do Departamento de Ciências Básicas da Saúde - UFCSPA;

Pós Doutorado no Swallowing Center - Universidade de Pittsburgh.

Silvia Dornelles

Fonoaudióloga Clínica;

Professora Adjunta do Curso de Fonoaudiologia - UFRS.

Artigo 11: Presbifonia.

Roberto Campos Meirelles

(Vide Editorial)

Roberta Bak

Médica Otorrinolaringologista;

Residência Médica em Otorrinolaringologia - HUCFF-UFRJ;

Primeira Tenente Médica Otorrinolaringologista - PMERJ.

Fabiana Chagas da Cruz

Médica Residente do Terceiro Ano do Serviço de Otorrinolaringologia - HUCFF-UFRJ.

Artigo 12: Afecções Otorrinolaringológicas no Idoso: O impacto da Polifarmácia.

Mônica Aidar Menon Miyake

Otorrinolaringologista e Alergologista;

Hospital Sírio Libanês, Hospital Israelita Albert Einstein e Hospital Prof. Edmundo Vasconcelos;

Doutora em Ciências pela Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina - USP;

Especialização em Pesquisa Clínica - FCM Santa Casa-SP.

Endereço para Correspondência:
Clínica Menon
Rua Afonso Brás 525 cj. 21
São Paulo - SP. CEP 04511-011
Telefone: 11 3842-4288
E-mail: clinica@clinicamenon.com.br