

recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

nº 67

Departamentos Científicos SPSP - gestão 2013-2016
Dezembro 2013



Departamento de
Otorrinolaringologia

**Rinossinusite
bacteriana aguda
em crianças**

Departamento de Reumatologia

**Púrpura de
Henoch-Schönlein**



Sociedade de Pediatria de São Paulo

Alameda Santos, 211, 5º andar
01419-000 São Paulo, SP
(11) 3284-9809

Rinossinusite bacteriana aguda em crianças

A rinossinusite bacteriana aguda (RSA) é uma complicação comum das infecções das vias aéreas superiores (IVAS) e acomete cerca de 6 a 7% dos casos.

O diagnóstico da RSA é presuntivo em crianças que apresentam os seguintes sintomas:

- secreção nasal persistente, de qualquer tipo, em qualquer período do dia, ou tosse com duração maior de 10 dias, sem sinais de melhora;
- piora da evolução da doença, ou seja, recidiva da secreção nasal ou piora da tosse com aparecimento de febre depois de certa melhora;
- instalação do quadro de forma mais grave, com febre elevada ($T > 39^\circ \text{C}$), secreção nasal purulenta por mais de três dias consecutivos.

O diagnóstico preciso faz-se muito importante na determinação adequada do tratamento, já o diagnóstico inadequado pode levar a um tratamento desnecessário ou mesmo deixar o paciente sem tratamento e levar a possíveis complicações.

As infecções das vias aéreas superiores diferem das rinossinusites. As IVAS são geralmente caracterizadas por sintomas nasais (coriza nasal hialina ou mucoide e/ou obstrução nasal), tosse ou ambos. Geralmente, a secreção nasal inicia-se clara/aquosa e pode-se alterar durante a evolução da doença. A secreção torna-se mais espessa e mucoide e pode se tornar purulenta (espessa, opaca e esverdeada) após alguns dias.

Na maioria das vezes, a situação reverte e a secreção torna-se hialina novamente, melhora por si só e, neste caso, não necessita de antibioticoterapia.

Autora:

Renata C. Di Francesco

DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Gestão 2013-2016

Presidente:

Renata C. Di Francesco

Vice-presidente:

Silvio Antonio M. Marone

Secretário:

Renata Dutra de Moricz

Membros:

Alfredo R. Dell'Aringa, Danilo

Sanches, Eulalia Sakano, Jair

Cortez Montovani, Luc Louis

M. Weckx, Luiza Hayashi

Endo, Manoel de Nóbrega, Ney

Penteado de Castro Junior,

Shirley Pignatari, Tania Maria Sih,

Wilma Terezinha Anselmo Lima.

expediente

**Diretoria da Sociedade de
Pediatria de São Paulo**
Triênio 2013 - 2016

Diretoria Executiva

Presidente:

Mário Roberto Hirschheimer

1º Vice-Presidente:

Clóvis Francisco Constantino

2º Vice-Presidente:

João Coriolano Rego Barros

Secretário Geral:

Maria Fernanda B. de Almeida

1º Secretário:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner

2º Secretário:

Tadeu Fernando Fernandes

1º Tesoureiro:

Renata Dejtiar Waksman

2º Tesoureiro:

Lucimar Aparecida Françoso

Diretoria de Publicações

Diretora: Cléa Rodrigues Leone

Revista Paulista Pediatria

Editora: Ruth Guinsburg

Editora associada: Sônia Regina

Testa da Silva Ramos

Editores executivos:

Amélia Miyashiro N. dos Santos

Antonio Carlos Pastorino

Antonio de Azevedo Barros Filho

Celso Moura Rebello

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck

Mário Cicero Falcão

Departamentos Científicos

Diretor:

Rubens Feferbaum

Membros:

Paulo Roberto Pachi

Regis Ricardo Assad

Maria Marluce dos Santos Vilela



Produção editorial:

L.F. Comunicações Ltda.

Editor:

Luiz Laerte Fontes

LLFontes@LFComunicacoes.com.br

Revisão:

Otaclia da Paz Pereira

Arte:

Lucia Fontes

Lucia@LFComunicacoes.com.br

A febre, quando presente na infecção das vias aéreas superiores não-complicada, aparece no quadro inicial e, geralmente, está associada a sintomas gerais, como cefaleia ou mialgia. A febre desaparece em 24 a 48 horas, quando os sintomas nasais ficam mais proeminentes (Figura 1).

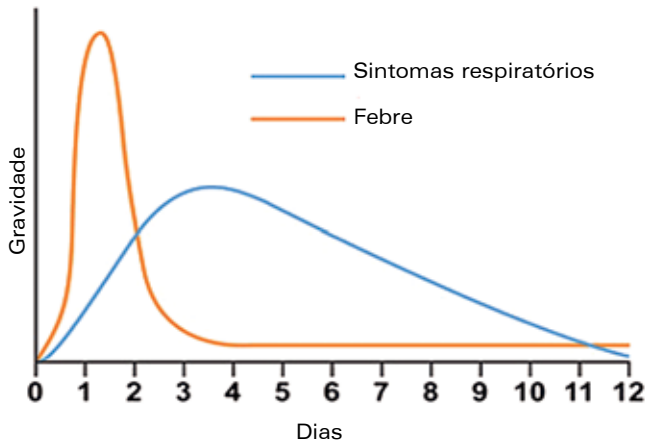
O quadro clínico dura de 5 a 7 dias, com o pico entre o terceiro e o sexto dias de doença, quando

começa a melhorar. Em alguns pacientes, o quadro pode durar mais de 10 dias.

Os sintomas da rinosinusite bacteriana aguda e da infecção das vias aéreas superiores não complicada podem-se sobrepor, uma vez que a persistência dos sintomas pode sugerir o início da rinosinusite e inclui os seguintes achados:

- secreção nasal (qualquer tipo: espessa ou fina, serosa ou

Figura 1. Infecção viral das vias aéreas superiores não complicada



Adaptado de: CLINICAL PRACTICE GUIDELINE Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Acute Bacterial Sinusitis in Children Aged 1 to 18 Years Pediatrics 2013;132:e262-e280.

mucosa ou purulenta), tosse diurna (pode piorar à noite) ou ambos;

- respiração difícil, fadiga, cefaleia, inapetência são comuns, apesar de não específicos.

O exame físico não é particularmente patognomônico: eritema e edema da mucosa das conchas nasais aparecem em outras doenças, assim como a percussão dolorosa da face e mesmo a transilu-

minação, que não é confiável em crianças, devido ao pouco desenvolvimento dos seios paranasais. A cultura também não é confiável, uma vez que a coleta da secreção dos seios paranasais pode apresentar contaminação.

Algumas crianças com rinossinusite apresentam febre alta logo na instalação do quadro e diferenciam-se daqueles com infecções das vias aéreas superiores, pois apresentam maior toxemia, pros-

Deve-se solicitar exames de imagem?

Os exames de imagem, como radiografias simples, tomografia computadorizada com ou sem contraste, ressonância magnética ou ultrassonografia não devem ser solicitados para distinguir infecções das vias aéreas superiores de rinossinusite bacteriana aguda.

As mucosas que recobrem o nariz são contínuas com as dos seios paranasais, nasofaringe e orelha média e orofaringe. Durante a infecção das vias aéreas superiores, assim como nas rinossinusites, há inflamação das mucosas, que se mostrarão alteradas nestes exames, sendo muito difícil diferenciar os dois quadros.

Os exames de imagem tornam-se obrigatórios na investigação das sinusopatias com complicações orbitárias ou do sistema nervoso central.

tração e geralmente não apresentam sintomas gerais, como mialgia.

A rinite alérgica e não alérgica são predisponentes a rinossinusites em crianças; seus sintomas dificilmente são confundidos com aqueles das rinossinusites.

As crianças com rinite apresentam história familiar de atopia após exposição a alérgenos e ainda podem apresentar outras condições, como dermatite, eczema ou asma/broncoespasmo. Na crise atópica, apresentam coriza hialina, edema da conjuntiva, hiperemia da parede posterior da faringe, com aumento de grânulos linfóides.

Complicações das rinossinusites bacterianas agudas

As complicações mais comuns das sinusites agudas envolvem a órbita em crianças com sinusite esfenoidal e menores de cinco anos.

As complicações orbitárias devem ser suspeitadas quando a criança apresentar palpebral(s)

edemaciada(s), especialmente se acompanhadas de proptose ou redução na função da musculatura ocular extrínseca.

As complicações das rinossinusites bacterianas agudas podem ser divididas em cinco categorias:

- celulite periorbitária/flegmão;
- abscesso subperiosteal;
- celulite orbitária;
- abscesso orbitário;
- trombose do seio cavernoso.

Apesar da celulite periorbitária ser classificada como uma complicação orbitária, o processo infeccioso é confinado à cavidade sinusal. O edema palpebral é atribuído à impedância da drenagem venosa secundária à congestão do seio etmoide.

As complicações intracranianas são muito menos comuns e mais graves, com alta morbidade e mortalidade, se comparadas às orbitárias. Deve-se suspeitar das complicações intracranianas quando os pacientes apresentarem cefaleia muito intensa, fotofobia, convulsões ou outros sinais neurológicos focais. Tais complicações

são: empiema subdural, empiema epidural, trombose venosa, abscesso cerebral ou meningite. São mais comuns em adolescentes do sexo masculino.

Quando introduzir antibioticoterapia

A antibioticoterapia está indicada principalmente nas seguintes situações: instalação rápida e grave da sinusopatia e piora do quadro durante a evolução da doença, além das rinossinusites bacterianas agudas complicadas.

A terapia com antimicrobianos aumenta o índice de cura clínica na rinossinusite bacteriana, diminui a duração da doença e previne complicações em populações de alto risco.

As diretrizes de 2001 da Academia Americana de Pediatria recomendavam antibioticoterapia para todas as crianças, entretanto, as novas diretrizes recomendam o início imediato da antibioticoterapia se o quadro for grave, ou se mantiver por mais de três dias de observação em crianças com doença persistente (secreção nasal de qualquer tipo, tosse

diurna ou ambas por mais de 10 dias, sem melhora), e também introduzir o tratamento se a criança apresentar piora do quadro clínico (Quadro 1, página 8).

A observação, como abordagem inicial em crianças com rinossinusite bacteriana persistente, deve-se ao fato de que várias crianças melhoram por si só, além do baixo risco de complicações supurativas.

O benefício da antibioticoterapia deve ser sempre avaliado em relação aos riscos de possíveis efeitos colaterais da medicação, geralmente diarreia autolimitada e exantema.

A escolha inicial de antibioticoterapia deve ser ou amoxicilina ou amoxicilina com ácido clavulânico (clavulanato).

A microbiologia da rinossinusite bacteriana aguda foi definida há cerca de 30 anos, através da aspiração do seio maxilar. Os principais patógenos encontrados foram:

- *Streptococcus pneumoniae* em aproximadamente 30% das crianças,
- *Haemophilus influenzae* não tipável e *Moraxella catarrhalis* 20% cada,

- e os restantes 25 a 30% dos aspirados foram estéreis.

Na rotina, a aspiração do seio maxilar não é feita, exceto em casos de doença grave ou muito prolongada, e em crianças com imunodeficiências.

A amoxicilina continua o antibiótico de primeira escolha, quando a resis-

tência microbiana for uma suspeita. Esta recomendação baseia-se na efetividade, segurança, aceitação por via oral, baixo custo e seu espectro relativamente estreito. A dose recomendada é a habitual de 45 mg/kg/dia divididos em 2 doses diárias. Em comunidades com suspeita de resistência, o tratamento

Quadro 1. Recomendações para início de antibioticoterapia

Apresentação clínica	Rinossinusite bacteriana aguda grave	Piora de rinossinusite bacteriana aguda	Rinossinusite bacteriana persistente
Sem complicações	Antibioticoterapia	Antibioticoterapia	Antibioticoterapia ou observação por mais 3 dias
Complicação orbitária ou intracraniana	Antibioticoterapia (com ou sem drenagem cirúrgica)	Antibioticoterapia (com ou sem drenagem cirúrgica)	Antibioticoterapia (com ou sem drenagem cirúrgica)
Sinusite bactéria aguda coexistente com otite média aguda, pneumonia, adenite ou faringite estreptocócica	Antibioticoterapia	Antibioticoterapia	Antibioticoterapia

pode ser iniciado com 80 a 90 mg/kg/dia, dividido em duas doses diárias.

Crianças com doença moderada a grave ou com idade inferior a dois anos, que frequentam creche ou que foram tratadas recentemente com amoxicilina, devem receber dose mais elevada de amoxicilina com ácido clavulânico 80–90 mg/kg por dia de ou amoxicilina com 6.4 mg/kg por dia de clavulato, divididos em 2 doses, no máximo de 2 g por dose. O clavulanato de potássio é adequado para o tratamento da doença causada

pelo *H. influenzae* e *M. catarrhalis* produtores de beta-lactamases.

Dose única de ceftriaxona (50mg/kg/dose), administrada de forma intravenosa, pode ser utilizada em crianças com vômitos ou intolerância à medicação ou que não aderem às primeiras doses.

Os três principais agentes envolvidos nas rinosinusites são suscetíveis ao ceftriaxona em 95 a 100% dos casos. Se a melhora for obtida em 24 horas, pode-se completar o tratamento com antibioticoterapia oral.

Terapêutica adjuvante

Há poucas evidências da eficácia do uso de terapêutica adjuvante na rinosinusite aguda bacteriana, tais como uso de irrigação com solução salina, descongestionantes tópicos ou sistêmicos, mucolíticos e anti-histamínicos tópicos ou sistêmicos.

Há alguns estudos clínicos que mostram alguma eficácia do uso do corticosteroide tópico intranasal. A razão para o uso desta classe de medicamentos é a redução do edema em torno do óstio dos seios paranasais e a promoção da drenagem, tornando a recuperação mais rápida.

Referências bibliográficas

- Wald ER, Nash D, Eickhoff J. Effectiveness of amoxicillin/clavulanate potassium in the treatment of acute bacterial sinusitis in children. *Pediatrics*. 2009;124(1):9-15.
- Wald ER, Applegate KE, Bordley C et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Acute Bacterial Sinusitis in Children Aged 1 to 18 Years *Pediatrics* 2013;132:e262–e280).
- Fokkens WJ, Lund VC, Mullol J, Bachert C et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyposis 2012. *Rhinology*. 50: S23.
- Wald ER, Milmo GJ, Bowen A, Ledesma-Medina J, Salamon N, Bluestone CD. Acute maxillary sinusitis in children. *N Engl J Med*. 1981;304(13):749-754.
- Meltzer EO, Hamilos DL, Hadley JA, et al. Rhinosinusitis: establishing definitions for clinical research and patient care. *J Allergy Clin Immunol*. 2004;114(6 suppl): 155-212.
- Wald ER. Periorbital and orbital infections. *Infect Dis Clin North Am*. 2007;21(2):393- 408.
- American Academy of Pediatrics, Sub-committee on Management of Sinusitis and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: management of sinusitis. *Pediatrics*. 2001;108(3):798- 808.