



RINOSSINUSITE

Crônica



**HOSPITAL
PAULISTA**
OTORRINOLARINGOLOGIA

SUMÁRIO

ABREVIATURAS	3
AUTORES	4
INTRODUÇÃO	5
CLASSIFICAÇÃO	7
EPIDEMIOLOGIA	8
FISIOPATOLOGIA	8
FATORES PREDISPOONENTES	10
SINTOMAS E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	11
TRATAMENTO	13
REFERÊNCIAS	16

ABREVIATURAS

RSC

Rinossinusite crônica

RSA

Rinossinusite aguda

RSR

Rinossinusite recorrente

RSCcPN

Rinossinusite crônica com polipose nasal

RSCsPN

Rinossinusite crônica sem polipose nasal

AUTORES

Fabiano Haddad Brandão

Médico Otorrinolaringologista

Mestre em Otorrinolaringologia, Coordenador do Fellowship de Rinologia do Hospital Paulista

Gilberto Ulson Pizarro

Médico Otorrinolaringologista

Coordenador do Fellowship de Rinologia do Hospital Paulista

Isabella Cristina Ragazzi Quirino Cavalcante

Médica Otorrinolaringologista

Fellowship de Rinologia do Hospital Paulista

Yasmin Miglio Sabino

Médica Otorrinolaringologista

Fellowship de Rinologia Equipe Dr. Fabiano Haddad Brandão

INTRODUÇÃO

A rinossinusite crônica (RSC) é a ocorrência de um processo inflamatório que acomete a pele de revestimento do nariz e dos seios da face, constituindo-se em uma das doenças mais comuns das vias aéreas superiores, com um custo financeiro elevado para a sociedade.

Pode ser definida como a presença de dois ou mais sintomas, um dos quais deve ser bloqueio/obstrução/congestão nasal ou secreção nasal anterior/posterior; dor/pressão facial e redução ou perda de olfato, no período maior que 12 semanas.

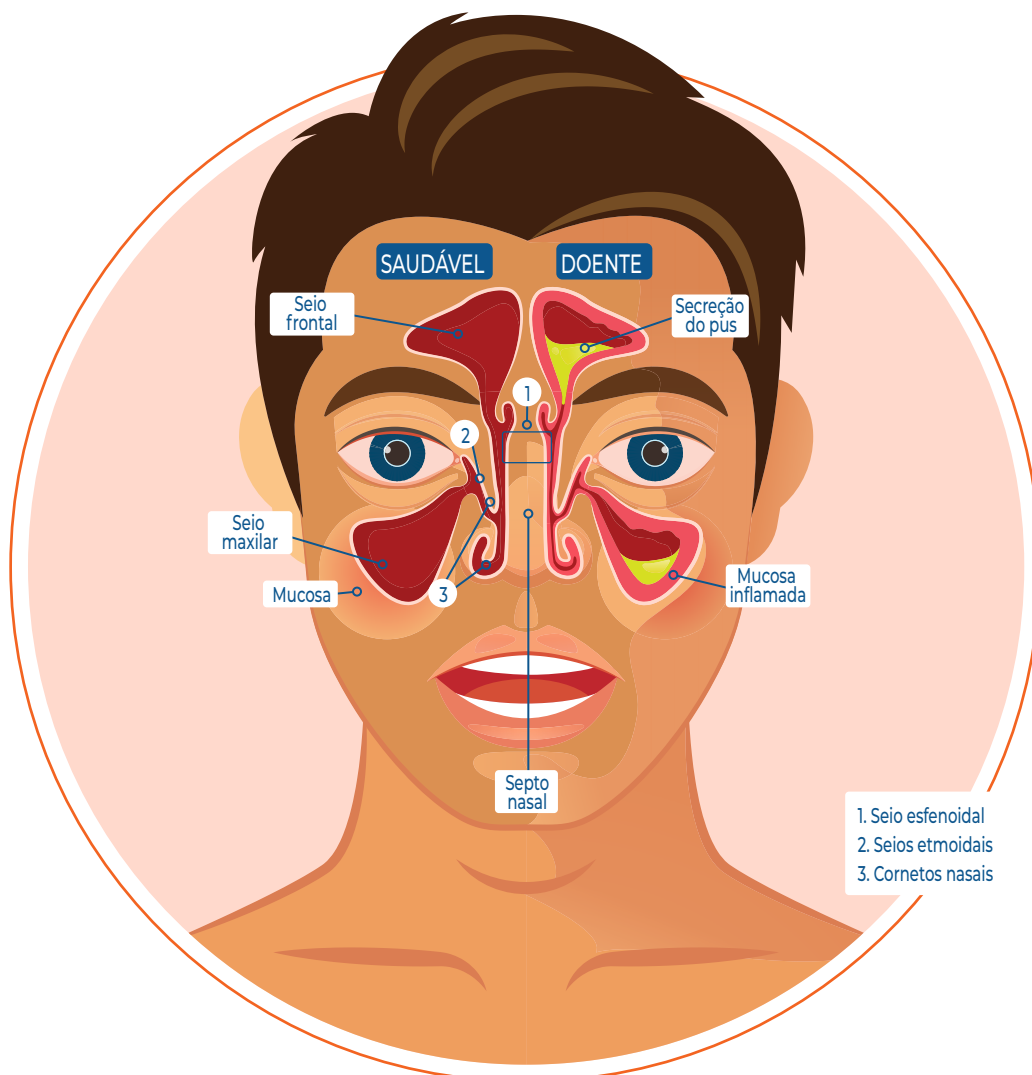


Imagem ilustrativa dos seios da face. Lado direito sem doença e lado esquerdo com sinusite aguda.

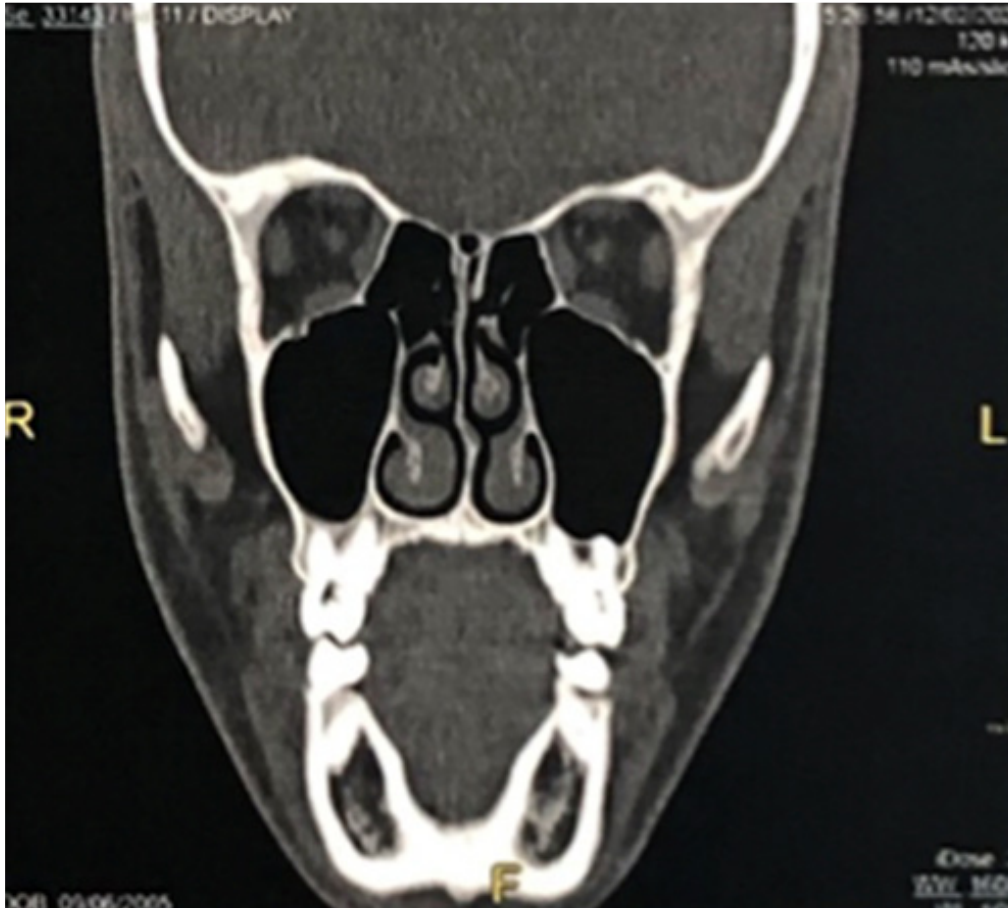


Imagem de tomografia dos seios da face demonstrando anatomia normal.

CLASSIFICAÇÃO

A classificação se baseia no tempo de evolução dos sintomas e na frequência de seu aparecimento.

Na rinosinusite aguda (RSA), os sintomas teriam duração de até 4 semanas; é dividida em infecções virais (mais comum) e bacterianas.

Na rinosinusite recorrente (RSR), ocorrem quatro ou mais episódios de RSA no intervalo de um ano.

Na RSC, a duração dos sintomas é de mais de 12 semanas.

Na RSC, há uma divisão em RSC com polipose (RSCcPN) e sem polipose nasossinusal (RSCsPN).

A RSCsPN é caracterizada por reação inflamatória importante da estrutura da mucosa, porém sem a formação de pólipos.

A RSCcPN apresenta, além dessa inflamação, presença de pólipos, que são tumores benignos indolores, de estrutura gelatinosa e coloração amarelada ou bege.



Tomografia computadorizada com corte coronal com sinusite aguda à direita

EPIDEMIOLOGIA



A RSC é bastante significativa, atingindo aproximadamente 15% da população americana e 5,5% da população paulista com idade superior a 12 anos.

No Canadá, a prevalência é de 3,4% em homens e de 5,7% em mulheres; um estudo coreano identificou uma prevalência de 1%. Essas discrepâncias estão relacionadas aos diferentes métodos para o estudo epidemiológico.

FISIOPATOLOGIA

A mucosa nasal tem um importante papel na defesa dos seios da face, por ser uma barreira física, através do epitélio, e por possuir em suas células pequenos cílios que são capazes de remover partículas e patógenos inspirados no ar. Alguns agentes microbianos são capazes de gerar toxinas que atrapalham o funcionamento dessas funções protetoras. Bactérias comuns presentes em nosso corpo e no meio ambiente podem gerar uma reação exagerada da mucosa nasal para tentar se proteger, além de criar um biofilme (película) sobre a mucosa nasal. A sinusite crônica ocorre em razão dessa inflamação exacerbada da mucosa, que, associada à diminuição do batimento ciliar e a alterações anatômicas, leva a sintomas persistentes de obstrução, secreção nasal, dor de cabeça, tosse seca e diminuição do olfato.

A mucosa nasal, com o objetivo de tentar reparar o dano tecidual em razão do processo inflamatório persistente, gera uma remodelação nesse epitélio. Essa remodelação pode ser à custa de fibrose, processo mais comum na rinossinusite crônica sem pólipos, ou de edema, o que gera os característicos pólipos da RSC com polipose.



Tomografia computadorizada com corte coronal demonstrando pólipos nasais em seios da face.



Tomografia computadorizada com corte coronal apresentando pólipos nasais com sinusite fúngica em seios da face.

FATORES PREDISPOONENTES

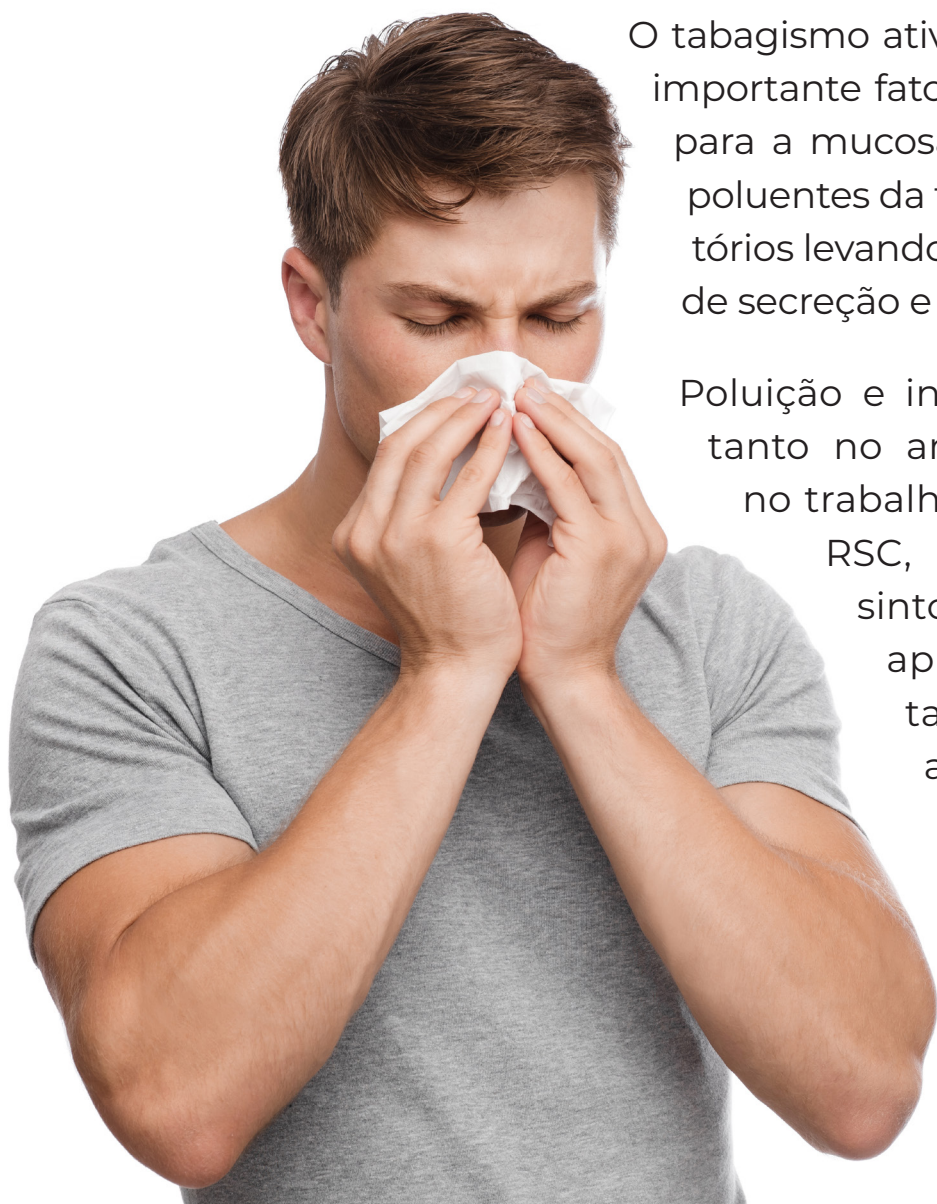
Apesar de muitos estudos, a relação entre RSC e alergia não é bem estabelecida. Mesmo que a relação de causa-consequência entre as duas não possa ser confirmada, os sintomas exacerbados de alergia pioram a sintomatologia da RSC; por isso, o tratamento da alergia é importante.

Ao contrário da alergia, a relação de asma com RSC é indiscutível, sendo que de quatro pacientes com sinusite, um tem asma.

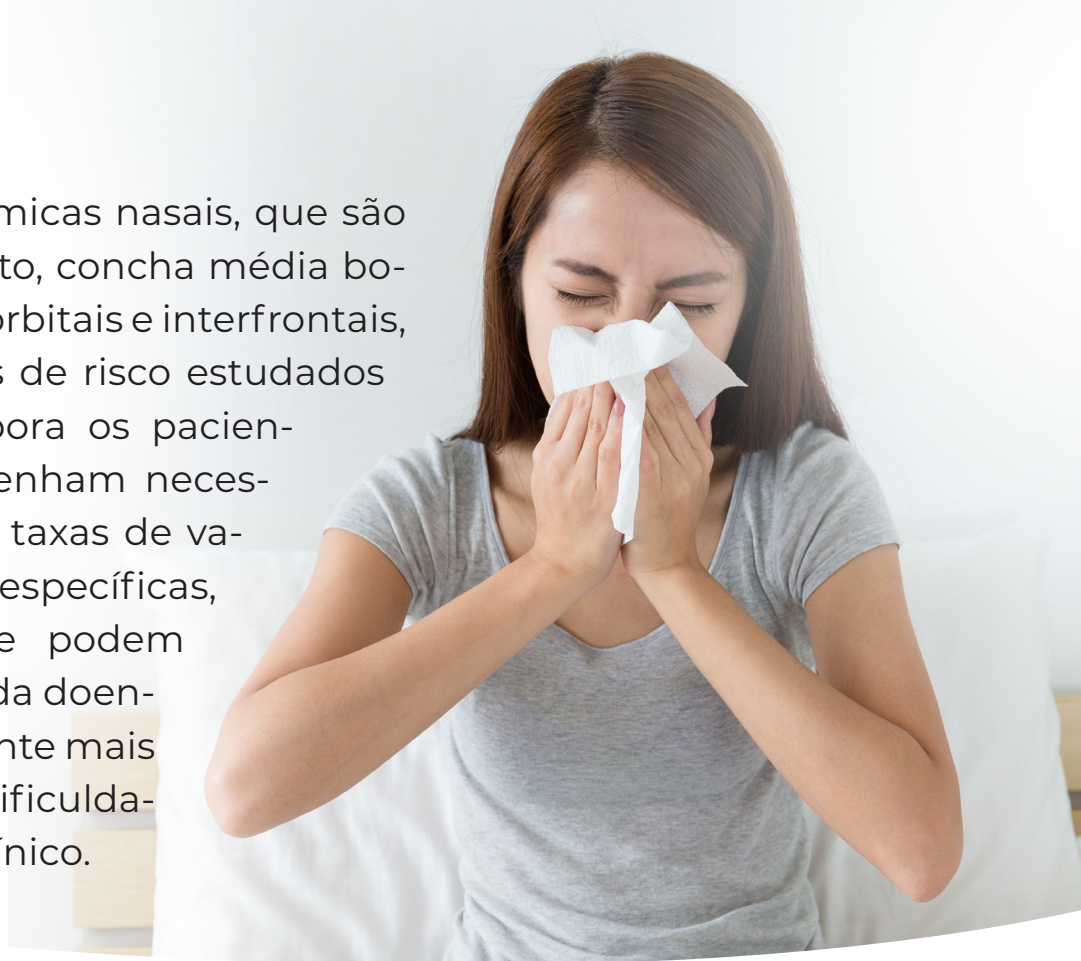
Imunodeficiências também aumentam a chance de RSC, principalmente aquelas que não respondem bem ao tratamento.

O tabagismo ativo ou passivo também é um importante fator de risco. O tabaco é tóxico para a mucosa nasal, pois as toxinas e os poluentes da fumaça são agentes inflamatórios levando a obstrução nasal, aumento de secreção e mucosa ressecada.

Poluição e inalação de agentes tóxicos, tanto no ambiente domiciliar quanto no trabalho, propiciam o aumento de RSC, assim como pioram os sintomas daqueles que já apresentam a doença. O álcool também se mostrou um agravante de sintomas, já que aumenta a inflamação da mucosa nasal.



As alterações anatômicas nasais, que são como desvio de septo, concha média bôlhosa e células infraorbitais e interfrontais, também são fatores de risco estudados nessa doença. Embora os pacientes com RSC não tenham necessariamente maiores taxas de variações anatômicas específicas, elas aparentemente podem afetar a progressão da doença, tornando o paciente mais sintomático e com dificuldade no tratamento clínico.



SINTOMAS E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Os sinais clínicos e sintomas mais prevalentes em paciente com RSC, os quais são chamados de “sintomas maiores”, são: obstrução ou congestão nasal, presença de rinorreia (secreção nasal) anterior ou posterior – geralmente de aspecto mucopurulento – pressão ou dor facial ou cefaleia e redução ou perda completa do olfato. Outros sintomas menores e menos prevalentes são: irritação na garganta, dor ou desconforto ao engolir, rouquidão, tosse, mal-estar e mau hálito.

A secreção nasal pode tanto ser em grande quantidade, exteriorizando-se pelas narinas, ou sentida apenas em região posterior nasal. A tosse, que é um sintoma muito comum em crianças, geralmente é seca, piorando durante a noite, ao deitar. A dor de cabeça da rinosinusite crônica é



geralmente leve, porém persistente. Sua intensidade está diretamente relacionada à intensidade dos sintomas nasais, mas a localização da dor não se relaciona ao seio da face acometido. Para diagnóstico da dor de cabeça relacionada à sinusite, a endoscopia nasal se mostra mais elucidativa do que a tomografia, que muitas vezes pode vir sem alterações.

O diagnóstico da rinosinusite crônica baseia-se na presença de pelo menos dois sintomas maiores (sendo um deles obstrução nasal ou secreção nasal), associada a achados endoscópicos – nasofibroscopia – e/ou tomográficos. Na nasofibroscopia, sinais sugestivos de RSC são a presença de pólipos ou secreção purulenta. Já na tomografia computadorizada de seios da face, podemos encontrar espessamento da mucosa ou secreção nos seios paranasais e alterações anatômicas estruturais, além de servir de guias anatômicos imprescindíveis para a cirurgia nasal.

TRATAMENTO

Os tratamentos para a rinossinusite crônica variam bastante, pois se trata de uma doença com diversos gatilhos e níveis de agressividade.

O tratamento comum a todas as classificações envolve controlar o processo inflamatório/infeccioso e os consequentes sintomas nasossinusais.

A rinossinusite crônica é tratada inicialmente de forma clínica, sendo a cirurgia reservada para situações refratárias.

O denominador comum no tratamento da RSC com ou sem polipose é a lavagem nasal com solução salina (soro fisiológico 0,9%) e os corticosteroides tópicos, ao passo que as agudizações (períodos em que há piora dos sintomas), de ambos os subtipos, são geralmente tratadas



com antibióticos sistêmicos. Os corticoides sistêmicos atuam de forma positiva em curto prazo, melhorando os sintomas. Como tratamento associado, ao corticoide oral ou tópico, os anti-histamínicos mostram melhora do olfato, secreção e obstrução nasal.

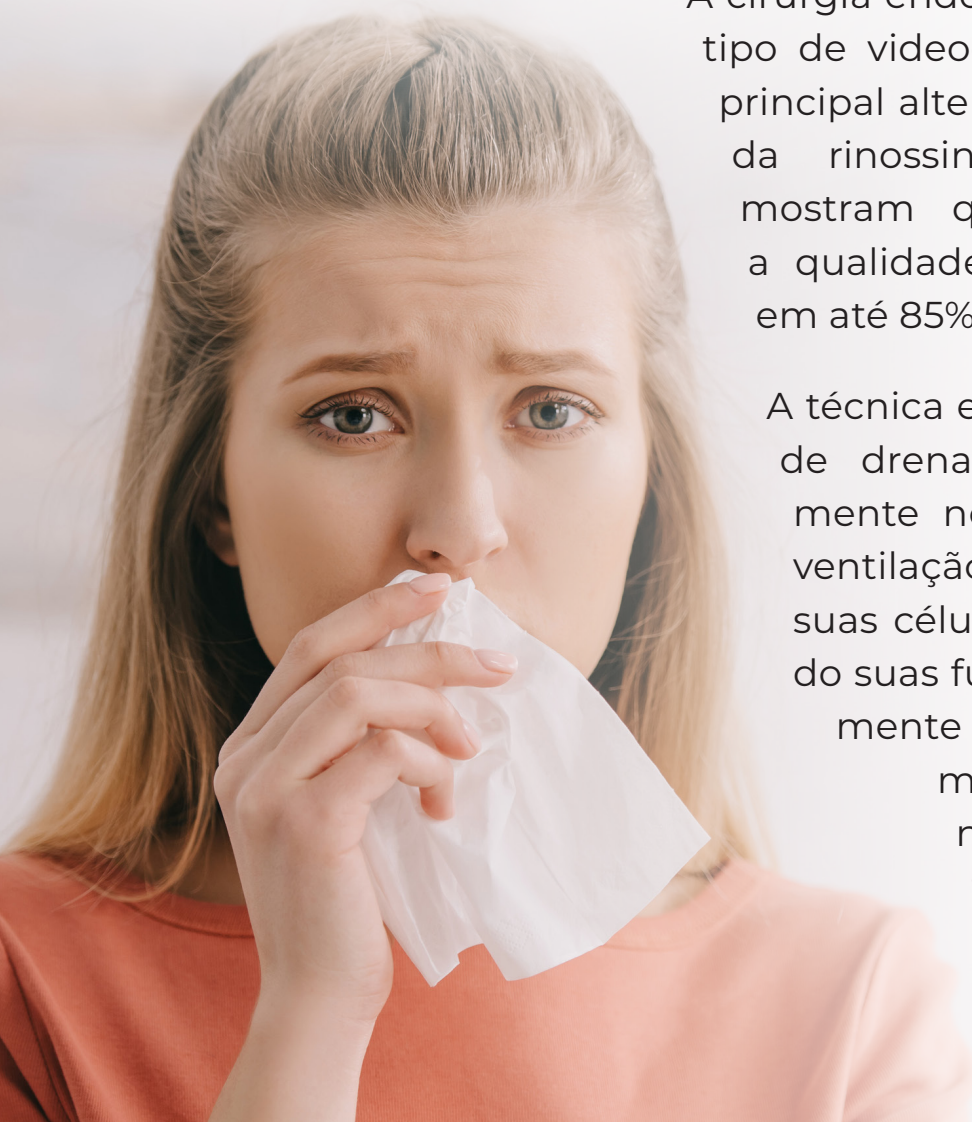
Diferentemente dos quadros agudos, a eficácia dos antibióticos no tratamento da RSC é bem mais difícil de ser observada. A principal indicação nos casos crônicos é na agudização, sendo ministrados por 10 a 21 dias.

Quando a rinossinusite não responde ao tratamento medicamentoso ou está associada a alguma complicação (pólipos, infecção ou das estruturas do olho, meningite, abscesso cerebral), há indicação de realizar cirurgia.

Antigamente, as cirurgias eram feitas por via aberta (cortes externos). Em alguns casos, ainda é realizada, mas nos dias atuais está em desuso.

A cirurgia endoscópica nasossinusal, um tipo de videocirurgia, é considerada a principal alternativa para o tratamento da rinossinusite crônica. Estudos mostram que ela pode melhorar a qualidade de vida dos pacientes em até 85%.

A técnica endoscópica alarga as vias de drenagem presentes naturalmente no nariz, melhorando sua ventilação e o funcionamento de suas células ciliadas, restabelecendo suas funções. E por ser minimamente invasiva, ela preserva ao máximo a mucosa nasossinusal. O paciente apresenta uma melhora significativa da obstrução nasal,



olfato, secreção nasal e dor/ pressão facial, melhorando a qualidade de vida.

Inúmeros fatores influenciam o resultado cirúrgico. Entre os fatores dependentes do paciente estão idade, extensão e duração da doença, cirurgia prévia e polipose nasal.

Na maioria dos pacientes com RSC, a resposta ao tratamento clínico pode ser semelhante à resposta ao cirúrgico; desse modo, sugerimos que a cirurgia seja indicada somente aos pacientes com RSC sem resposta ao tratamento medicamentoso.

Na rinossinusite com polipose, o tratamento cirúrgico tem o objetivo de restaurar a função do nariz, retirar os pólipos, restabelecer a drenagem dos seios paranasais e remover o foco infeccioso.

Devemos ressaltar que o tratamento cirúrgico não exclui a manutenção do tratamento clínico posterior.



REFERÊNCIAS

1. *Tratado de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervicofacial* – ABORL-CCF. 3ª. ed. Editora Elsevier. 2017.
2. Anselmo-Lima, WT.; Sakano, E.; Tamashiro, E., et al. *Rhinosinusitis: evidence and experience. A summary.* Braz J Otorhinolaryngol 2015; 81:8-18.
3. Bachert, C.; Van Bruaene; Toskala, et al. *Important research questions in allergy and related diseases: chronic rhinosinusitis and nasal polyposis – a Galen study.* Allergy. 2009; 64(4), 520-533.
4. DeConde, A.S.; Soler, Z.M. *Chronic rhinosinusitis: epidemiology and burden of disease.* Am J Rhinolallergy. 2016; 30(2): 134-139.
5. Derrick, T.T.; Kubala, K.S.; Toskala, T.E. *Risk Factors and Comorbidities in Chronic Rhinosinusitis.* Curr Allergy Asthma Rep. 2016; 16: 16.
6. Fokkens, W.J.; Lund, V.J.; Mullol, J., et al. *European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps.* Rhinology. 2012; (23): 1-298.
7. Orlandi, R.R.; Kingdom, T.T.; Hwang, P.H., et al. *Internacional Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Rhinosinusitis.* Int Forum Allergy Rhinol. 2016; 6: s22-s209.
8. Valera, F.C.P.; Tamashiro, E.; Anselmo-Lima, W.T. *Atualizações sobre a fisiopatologia da rinossinusite crônica com e sem pólipos nasais.* In: Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial; Lessa, M.M.; Pinna, F.R.; Abrahão, M.; Stevens, WW; Lee, RJ; Schleimer, RP; Cohen. NA. *Chronic Rhinosinusitis Pathogenesis.* J Allergy Clin Immunol. 2015; 136: 1442-1453.

Hospital Paulista.
Completo. Moderno.
Humano & Próximo.



**HOSPITAL
PAULISTA**

OTORRINOLARINGOLOGIA

11 5087-8700

www.hospitalpaulista.com.br



Siga o HP:
@hospitalpaulista

Rua Dr. Diogo de Faria, 780 - Vila Mariana - CEP 04037-002 - São Paulo - SP