

# *Sinusite: Dificuldades Diagnósticas e Diagnóstico Diferencial*

*Mesa Redonda*

Moderador: **Washington Almeida**

Participantes: **Bernardo Kiertsman, Elisabeth Araújo, Júlio Heinichen e Rainer Haetinger**

**Prof. Dr. Washington Almeida (Otorrino)**

Sabemos das dificuldades em diagnosticar uma rinossinusite na criança. A criança, dependendo da idade, não relata bem os sintomas e, a mãe, muitas vezes, subestima ou superestima estes sintomas. Outras vezes, deparamos com quadros mais difíceis.

Dra. Elizabeth, quais os critérios para diagnosticar e classificar as rinossinusites?

**Prof. Dra. Elisabeth Araújo (Otorrino)**

A criança apresenta mais infecções virais do que bacterianas. Das quase 10 infecções virais que ela pode ter durante o ano, apenas 0,5-5% vão evoluir para uma rinossinusite bacteriana.

Para classificar a rinossinusite levamos em consideração principalmente o tempo de duração dos sintomas. Ela é classificada como aguda, quando os sintomas duram <10 dias, uma vez que a maioria das infecções virais vão melhorar espontaneamente neste período. Rinossinusite aguda recorrente, quando o paciente tem mais de três episódios por seis meses ou quatro episódios por ano, ficando assintomático entre as crises. A rinossinusite crônica se caracteriza por sintomas mais leves e mais contínuos que perduram por >12 semanas, como por exemplo, crianças que apresentam tosse noturna recorrente.

Classifica-se como rinossinusite aguda complicada, quando independentemente do tempo de evolução, a criança apresenta sinais de toxemia, febre, ou celulite peri-orbitária, ou cefaléia importante.

**Prof. Dr. Washington Almeida**

Dr. Bernardo, uma criança que apresentou tosse persistente durante a noite, acordou com febre, secreção e obstrução nasal. Foi ao pediatra que diagnosticou rinossinusite, diagnóstico este, confirmado pelo otorrino. Este quadro realmente trata-se de uma rinossinusite? Gostaria de saber também, como se faz o diagnóstico diferencial entre uma rinossinusite viral e bacteriana.

**Prof. Dr. Bernardo Kiertsman (Pneumopediatra)**

O diagnóstico de rinossinusite é iminentemente clínico. No passado, tínhamos por norma na triagem das crianças, em nosso ambulatório de pneumopediatria a realização de radiografias dos seios da face, método que abolimos totalmente na atualidade. Um dos sinais é a secreção que desce pela rinofaringe (gotejamento nasal posterior).

É muito difícil realizar um diagnóstico diferencial entre vírus e bactérias por meio da clínica. Os exames complementares também são inespecíficos para o diagnóstico. Como conclusão, grande parte das crianças são tratadas indevidamente com antibióticos ou não necessitariam do uso dos mesmos. Muitas vezes, essas crianças necessitam apenas ficar em observação e sem tratamento.

**Prof. Dr. Washington Almeida**

Dr. Rainer, qual o papel do raio-X simples (RX) e da tomografia computadorizada (TC) da face no diagnóstico da rinossinusite aguda na criança? Se utilizados, a partir de que idade devem ser solicitados?

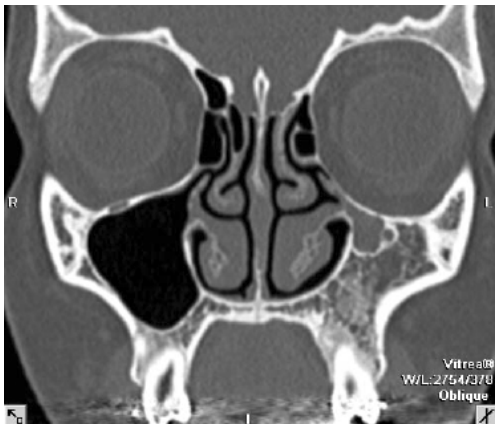
**Prof. Dr. Rainer Haetinger (Radiologista)**

Para uma criança com poucos dias de evolução dos sintomas certamente não haveria a indicação de um estudo radiológico. Nos primeiros 7-10 dias não há necessidade de se fazer estudo radiológico para confirmar um diagnóstico que pode ser estabelecido clinicamente.

Nestes dois exemplos de crianças numa faixa etária de 3-4 anos, quando se realiza um raio X (RX) numa fase aguda, o que vai se encontrar é uma cavidade paranasal velada ou um espessamento mucoso moderado a acentuado. Nesta situação teremos invariavelmente um diagnóstico radiológico de sinusopatia inflamatória. Não há como descrever de outra maneira este RX. Sinusopatia inflamatória não quer dizer infecciosa e, portanto, deve ser pensado em infecção viral nesses primeiros dias de evolução.

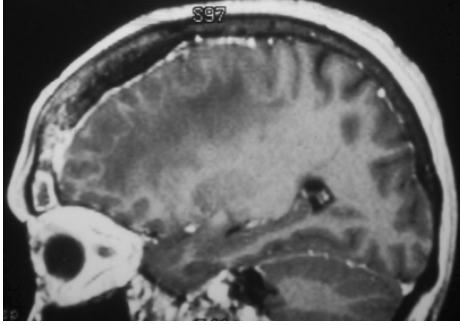
A partir de quando fazer o RX? Nos primeiros 12 meses de vida não há indicação de se fazer exames radiológicos e alguns autores consideram até 18 meses. Nessa fase, o RX será inespecífico porque nos primeiros meses de vida o etmóide costuma ser hipotransparente porque existe o espessamento mucoso fisiológico. Se houver um espessamento mucoso, deverá ser valorizado apenas acima de 4 mm. Na fase aguda, a indicação de um exame radiológico seria apenas para os casos de complicação de rinossinusite. Entre as complicações podemos ter celulite orbitária, abscesso peri-orbitário, trombose da veia oftálmica e micro-trombose de seio cavernoso. Nestes casos sempre vai haver indicação de tomografia

(Figura 1)



computadorizada na fase aguda, preferencialmente, com uso de contraste iodado intravenoso.

Devemos lembrar, no entanto, que a TC deve ser realizada via de regra fora de uma crise aguda, nos casos de rinossinusites de repetição ou de rinossinusite crônica, principalmente para investigar fatores obstrutivos. Algumas vezes pode-se surpreender um seio maxilar hipoplásico, como visto na TC ao lado (**Figura 1**).



(Figura 2)

A ressonância magnética (RM) está indicada na fase aguda quando se procura uma complicação neurológica, encefálica, como é o caso da RM ao lado (**Figura 2**), de uma meningite associada com encefalite, onde o processo surgiu a partir de uma rinossinusite frontal. Fora da fase aguda, a RM pode ser útil no diagnóstico de rinossinusite fúngica.

**Prof. Dr. Washington Almeida**

Segundo vários autores existe uma correlação em torno de 80%, entre os microorganismos colhidos da secreção do meato médio com o seio maxilar. Com base neste conceito, você utiliza a colheita da secreção para cultura em caso de rinossinusite crônica? Se utiliza, o faz por punção do seio ou por colheita direta do material? Ela teria também, indicação em rinossinusite aguda?

**Prof. Dr. Júlio Heinichen (Otorrino)**

Normalmente não fazemos cultura em sinusites agudas, a não ser que estejamos tratando uma criança imunodeprimida ou naquela em que não se tenha obtido resposta a antibioticoterapia empregada. Em sinusites crônicas há que se considerar todas as etiologias possíveis a um quadro crônico. Deve-se eliminar fatores locais como corpos estranhos e sonda nasogástrica. Na persistência de secreção em meato médio está indicada uma punção ou uma cultura guiada endoscopicamente. Podemos fazer a coleta do material com sonda de drenagem comum ou fazendo uma biópsia com uma pinça delicada guiadas com endoscopia rígida.

**Prof. Dra. Elizabeth Araújo**

A cultura do meato médio é completamente diferente do “swab” nasal. A cultura por meato médio deve ser realizada com uso de endoscopia com visualização e retirada da secreção (aspirada ou coletada por micro “swab” direto no meato médio).

**Prof. Dr. Washington Almeida**

Dr. Bernardo, de acordo com os trabalhos de Lusk e Wang, o endoscópio flexível é limitado quanto às alterações encontradas no meato médio, no complexo ostiomeatal, área chave dos processos nasossinusais.

Segundo consenso de otorrinopediatra realizado na Bélgica em 96, a tomografia computadorizada não é recomendada no diagnóstico da rinossinusite crônica. Com esses artigos em mente, como se faz o diagnóstico de rinossinusite crônica na criança?

**Prof. Dr. Bernardo Kiertzman**

O tratamento baseado em evidencia da Sinusite Aguda, publicado no Pediatrics de 2002, afirma o que é a realidade para quem está habituado a fazer endoscopia. Mesmo na criança pequena, pode-se ter uma visualização completa do meato médio durante o exame nasofaringoscópico. Não é utilizada nenhuma sedação. Coloca-se um vasoconstritor misturado com pouco de anestésico tópico. Em

relação a tomografia, acredito que existam evidências científicas que a consideram importante para o diagnóstico das rinosinusites crônicas.

**Prof. Dra. Elizabeth Araújo**

Este caso (**Figura 3**) exemplifica porque a tomografia é importante. Essa é uma criança de 9 anos com queixa de asma e problemas de aprendizado. Observamos uma opacificação da cavidade paranasal maxilar esquerda e uma alteração no meato médio com o processo unciforme mais retraído. Essa criança já tinha feito inúmeros cursos prolongados de corticóide e, quando foi aberto o meato médio, por uma cirurgia endoscópica minimamente invasiva, foi observado presença de “glue”, em quantidade muito significativa, semelhante ao que encontramos na orelha média, por ocasião da colocação do tubo de ventilação.



(Figura 3)

**Prof. Dr. Júlio Heinichen**

Às vezes podemos encontrar uma criança com achados tomográficos sem sintomas e pensamos num quadro crônico. Somente deveríamos tratar a criança com sintomas. Não devemos tratar essa criança apenas pelo resultado tomográfico. Não vamos tratar uma tomografia, vamos tratar uma criança com sintomas.

**Prof. Dr. Washington Almeida**

Dr. Bernardo, qual a importância das imunoglobulinas e do refluxo gastroesofágico na patologia da rinossinusite?

**Prof. Dr. Bernardo Kiertsman**

Pode-se encontrar em crianças com rinossinusopatia de repetição uma deficiência imunológica, principalmente de IgA, mas isso não quer dizer que crianças com dosagem normal de imunoglobulinas não tenham rinossinusite de repetição. As crianças que freqüentam mais precocemente creche ou berçários são mais propensas a apresentar infecções recorrentes.

**Leitura recomendada**

1. Araujo E. Microbiologia do meato médio em pacientes com rinossinusite crônica. Porto Alegre, 2001. 126p. Tese (doutorado) – Departamento de Pneumologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
2. Clement PAR, Bluestone CD, Goedts F, Lusk RP, Otten FW, Goosens H et al. Management of rhinosinusitis in children: consensus meeting, Brussels, Belgium, September 13, 1996. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1998;124(1):31-4.
3. Lusk R P, Lazar R, Muntz H. The diagnosis and treatment of recurrent and chronic sinusitis. Pediatr. Clin. North AM., vol. 36, p. 1411-21, 1989.

4. Orobello PW JR, Park RI, Belcher LJ, Eggleston P, Lederman H.M et al. Microbiology of chronic sinusitis in children. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg., v. 117, p. 980-3, 1991.
5. Sih T, Clement PAR. Pediatric Nasal and Sinus Disorders. Taylor & Francis Publishing Co. Boca Raton, Florida. 2005.
6. Wald ER . Sinusitis in infants and children. Ann Otol Rhinol Laryngol, 101:37-41, 1992.
7. Wang D, Clement P, Kaufman L, Derde MP. Fiberoptic evaluation of the nasal and nasopharyngeal anatomy in children with snoring. J Otolaryngol 1994;23(1):57-60.