

Sinusites: Dificuldades Diagnósticas e Diagnóstico Diferencial

Mesa Redonda

Moderador: ***Eulália Sakano***
Participantes: ***Elizabeth Araújo, Enrique Azuara,
Rainer Haetinger e Washington Almeida***

Eulália Sakano. *Em se tratando de sinusites na criança, este é um tema fundamental por tratar do diagnóstico e do diagnóstico diferencial. O diagnóstico correto propicia um tratamento adequado e, principalmente no caso da sinusite, o uso correto do antibiótico. A diferenciação entre a sinusite aguda viral e a bacteriana é muitas vezes difícil. O mesmo acontece com a sinusite alérgica. Elizabeth, como diferenciar uma rinosinusite viral, de uma bacteriana?*

Elizabeth Araújo. A rinosinusite aguda é uma das causas mais comuns de atendimento médico sendo abordada por clínicos, pediatras, pneumologistas e otorrinolaringologistas. Cerca de 0,5% a 5% das infecções de vias aéreas superiores (IVAS) evoluem para rinosinusite bacteriana aguda, e a diferenciação entre um quadro viral e uma infecção bacteriana nem sempre é fácil. O diagnóstico de rinosinusite tem geralmente base nas evidências clínicas e na duração desta sintomatologia. No curso de uma infecção viral de vias aéreas superiores (obstrução nasal, rinorréia purulenta, espirros, pressão facial, dor de garganta, mialgias, tosse e febre) devemos suspeitar de rinosinusite aguda bacteriana quando a sintomatologia persistir por mais de 7-10 dias ou quando houver uma piora dos sintomas após o quinto dia. Embora os sintomas respiratórios nos quadros de IVAS possam não estar completamente resolvidos em 10 dias, nesta ocasião espera-se que tenha ocorrido uma melhora significativa. A persistência dos sintomas, sem melhora após 10 dias, sugere a presença de infecção bacteriana secundária.

Nenhum sinal ou sintoma sozinho é específico no diagnóstico de rinosinusite aguda. O diagnóstico é melhor realizado quando há a presença de vários sinais e sintomas por um período mínimo de 7-10 dias sem melhora. A impressão clínica do médico assistente é mais precisa que qualquer achado do exame físico.

A quantidade e a coloração da secreção nasal não diferencia o quadro viral do bacteriano agudo, não devendo ser levado em consideração na hora de prescrever antibiótico. A presença de secreção purulenta ou a drenagem nasal posterior são de pouco valor no diagnóstico, quando o tempo de duração dos sintomas for menor do que sete dias.

A clínica clássica de um quadro de rinosinusite aguda caracteriza-se pela presença de sintomas respiratórios persistentes por mais de sete ou 10 dias, com secreção nasal de qualquer qualidade (leitosa, purulenta ou fina) e tosse

persistente, geralmente mais intensa à noite. Sintomas menos comuns são mal-estar, temperatura muito alta, halitose, dor na garganta ou otalgia e edema periorbital intermitente. Na presença dos mesmos sintomas acima, associados a um quadro de febre alta e toxemia importante, o diagnóstico pode ser realizado mesmo que o tempo de duração dos sintomas seja inferior a sete dias.

A solicitação de exames laboratoriais não está indicada na avaliação inicial do paciente. A aspiração e o exame de cultura da secreção sinusal não são indicados na doença não complicada, mas devem ser consideradas nos casos de imunodeficiência ou na presença de complicações.

Eulália Sakano. *E quanto à sinusite alérgica?*

Elisabeth Araújo. A etiopatogenia da rinossinusite é de natureza multifatorial e o reconhecimento dos fatores de risco é fundamental no diagnóstico precoce e no tratamento adequado. Uma agressão inflamatória inicial, uma infecção respiratória alta, de etiologia alérgica, geram edema da mucosa rinossinusal, podendo até serem identificadas anormalidades no Raio-X simples, como espessamento de mucosa.

Eulália Sakano. *Existe diferença entre o quadro clínico do adulto e da criança? Algum sintoma predomina mais na criança, ou podemos considerar que são semelhantes?*

Elisabeth Araújo. Eles são semelhantes, tanto no adulto quanto na criança. Embora na criança, a tosse diurna e noturna com duração maior de 10-14 dias, possa ser o único indicativo de rinossinusite. A cefaléia, por outro lado, já é mais freqüente no adulto. Seu padrão de localização é extremamente variável, não devendo ser supervalorizado. Pode situar-se na região frontal e face (rinossinusite frontal), nas regiões orbital e retrorbital (rinossinusite etmoidal), nas regiões maxilares e dentes superiores (rinossinusite maxilar) e na região occipital com irradiação frontal (rinossinusite esfenoidal). A cefaléia varia de intensidade, podendo ser desde leve até incapacitante. Na criança, a presença de cefaléia intensa pode ser sugestiva de rinossinusite aguda grave ou complicada.

Eulália Sakano. *Portanto, vemos que, isoladamente, os sinais e sintomas não podem por si só diagnosticar uma sinusite. O conjunto entre a história clínica e a avaliação da criança são importantes. Existem crianças que mantêm um quadro de recorrência. Existem fatores que predis põem essas crianças à recorrência? Washington, os fatores predisponentes na criança são diferentes do adulto? Como você faria o diagnóstico nessa situação?*

Washington Almeida. Eu diria que sim. Alguns fatores predisponentes para a recorrência das rinossinusites na criança diferem do adulto pelo fato que, na criança, as cavidades paranasais estão em desenvolvimento e o seu sistema imunológico imaturo que propicia maior número de infecções. Devemos observar também que a presença da adenóide, bem como o refluxo gastroesofágico podem estar relacionados com as recorrências das rinossinusites na criança.

Quanto ao que deve ser avaliado, é importante salientar que as cavidades sinusais mais acometidas nas rinossinusites são as cavidades paranasais anteriores que drenam para o complexo óstio-meatal. Para que as cavidades paranasais possam exercer, com eficiência, as atividades de ventilação e drenagem, é preciso um

perfeito funcionamento do sistema mucociliar. Este, por sua vez, depende da **permeabilidade do óstio, integridade dos cílios e da qualidade do muco**; qualquer alteração nestes três elementos poderá levar a uma **recorrência da doença ou cronificação** da mesma.

As crianças, devido ao seu estado de imunodeficiência transitória, são suscetíveis a terem mais infecções virais. Em média elas apresentam 6-8 crises ao ano e, se mantiverem muito contato com outras crianças, como nas creches, podem apresentar 20 ou mais crises anuais. De acordo com a literatura nacional e internacional 0,5 a 2% destas infecções virais evoluem para uma rinossinusite bacteriana secundária, tornando elevada a incidência de rinossinusite na população infantil. Apesar desta alta incidência, o papel da infecção viral como fator predisponente para a recorrência das rinossinusites não está totalmente esclarecido.

A rinite alérgica talvez seja um dos fatores de risco mais freqüentes. O processo inflamatório da mucosa rinossinusal, desencadeado pela liberação de mediadores inflamatórios, causa edema da mucosa, comprometendo a permeabilidade do óstio sinusal e o transporte mucociliar, com conseqüente risco de desenvolvimento de infecção bacteriana. Embora não haja consenso sobre o papel da alergia na patogenia da rinossinusite recidivante, é recomendável realizar-se provas de alergia em pacientes com este tipo de doença.

Embora controverso, muitos autores relacionam as alterações anatômicas do meato médio, como fatores importantes na predisposição à rinossinusite. O processo uncinado recurvado, estreita a entrada do meato, e sua associação com um corneto médio paradoxal ou bolhoso, favorece o contato mucoso e conseqüente doença sinusal. Os desvios septais acentuados e o corneto médio bolhoso parecem ter participação na gênese das rinossinusites. Existem evidências, que a hipertrofia da *bula* etmoidal seja mais freqüentemente encontrada em pacientes com doença, do que no grupo controle.

Não há acordo sobre a participação das tonsilas palatinas (amígdalas) e adenóides na origem da rinossinusite, porém, a hipertrofia da adenóide e as adenoidites (como reservatório de bactérias na rinofaringe) são consideradas, por muitos autores, como fatores de risco para rinossinusites.

As doenças sistêmicas como a fibrose cística, a qual interfere na qualidade do muco, dificultam a drenagem das cavidades paranasais, podendo levar a uma rinossinusite.

Os fatores ambientais como o ar seco, poluição, fumaça do cigarro que além de ser irritante da mucosa nasal, diminui o batimento ciliar, constituem, assim, fatores de risco para rinossinusite.

Eulália Sakano. *Enrique, em vista do que o Washington comentou, como o otorrinolaringologista deve investigar essas possibilidades? Você recorre a algum tipo de exame para fazer o diagnóstico?*

Enrique Azuara. Como otorrinolaringologista geral aprendi, em primeiro lugar, com o passar do tempo, que é muito importante ter um excelente histórico clínico e deixar muito claro tudo que reforço o que aqui foi dito, uma vez que a classificação da rinossinusite é uma classificação apenas temporal. Sem dúvida, nem todos os casos acontecem, como aqui foi mencionado. Em alguns casos, 4-5%,

o problema viral se transforma num problema bacteriano como foi mencionado, assim como, há muitos pacientes que têm uma rinosinusite pela primeira vez que pode se transformar em recorrente, recidivante, quando apresentar mais do que 3-4 quadros por ano com remissão total; ou que, provavelmente, tenham fatores predisponentes suficientes para que a rinosinusite se transforme numa forma crônica, exigindo recursos terapêuticos ou diagnósticos diferentes. Começamos pela história clínica e, com muito cuidado, devemos valorizar a necessidade ocasional de estudos radiológicos. Há um critério ainda bastante difundido entre os clínicos que, qualquer tipo de sinusite deve exigir uma radiografia simples. Acho que se for um primeiro episódio, sem nenhum histórico anterior, deve ser tratado de forma sintomática, numa primeira etapa. O estudo radiológico não vai nos trazer nenhuma informação adicional. Por outro lado, quando for uma forma recidivante ou crônica, no meu conceito, é importante revisar perfeitamente as cavidades nasais e, se possível, com uma exploração otorrinolaringológica geral, para detectar problemas secundários na laringe ou nos ouvidos que possam estar interferindo no diagnóstico, problemas secundários na faringe, presença de adenopatias e adenomegalias cervicais secundárias. A maioria dos pacientes que temos no México, são de classes econômicas mais desfavorecidas, com muitos filhos e, muitas vezes, a mãe perde a conta do que aconteceu com cada um de seus filhos. Não é possível fazer uma classificação temporal adequada da sinusite nestes casos. Assim, quando investigamos os fatores predisponentes, pode ser útil uma exploração com um sistema de imagem ou uma tomografia simples com cortes coronais e axiais, que nos orientam de forma adequada no tratamento posterior do paciente. A Academia Americana de Otorrinolaringologia sugere critérios específicos os quais recomendam que não deva ser solicitada uma tomografia computadorizada das cavidades paranasais, exceto quando se trata de uma forma crônica de sinusite. O clínico geral, o otorrino, devem ter critérios específicos ao solicitar a tomografia, ou seja, quando o paciente tem fatores predisponentes que irão no futuro gerar uma sintomatologia, nesse quadro sindrômico, que nos permite fazer o diagnóstico da sinusite basicamente crônica. Não costumo utilizar as culturas da secreção aspirada da cavidade sinusal. Há múltiplos relatos, mostrando que, quando temos a certeza que se trata de uma sinusite ou de uma rinosinusite bacteriana já estabelecida, seja recorrente ou crônica, há um alto índice negativo nas culturas. A dificuldade na coleta das amostras também é importante, principalmente nas crianças. Por outro lado, devemos pesquisar doenças sistêmicas que podem predispor à infecção crônica como diabetes, problemas ligados à motilidade ciliar, mucoviscidose e uma série de outras doenças que podem ser importantes e que devem ser pesquisadas.

Eulália Sakano. *Rainer, do ponto de vista do radiologista, qual a importância do exame de imagem, no diagnóstico da sinusite?*

Rainer Haetinger. Antes de responder à pergunta específica, vamos relembrar rapidamente alguns tópicos que, embora já tenham sido discutidos na Mesa, penso que sempre valem a pena serem enfatizados também do ponto de vista radiológico, ou seja, nos primeiros sete dias não há qualquer indicação para o estudo radiológico. Realmente, nessa fase onde a infecção bacteriana não

acontece, não há qualquer indicação, e aqui também há necessidade de um parêntese: nos primeiros doze meses de vida também não, a não ser que haja necessidade de investigar alguma complicação extra-sinusal de uma rinossinusite. No quadro agudo de rinossinusite, o Raio X é realizado apenas em caso de dúvida e, ainda assim, em casos bastante excepcionais. Respondendo parte da pergunta feita pela Eulália, quando se encontra um velamento de uma cavidade paranasal ou um nível líquido? Podemos pensar num processo inflamatório agudo. Mesmo assim, temos que levar em conta que o nível líquido pode não ser apenas um processo bacteriano, pois um processo alérgico também pode causar um nível líquido, um processo viral também pode causar nível líquido. Portanto, o nível líquido por si só não é sinônimo de sinusite que tenha que ser tratada como um quadro bacteriano. Em termos de espessura da mucosa da cavidade paranasal, deve-se valorizá-la apenas acima de 4mm. Uma mucosa com menor espessura do que esta também não é indicativa de processo infeccioso ou inflamatório, e sempre que acontece um achado como esse na radiografia, nós o descrevemos apenas como um leve espessamento mucoso e não realizamos qualquer conclusão no relatório. Ou, se for feita alguma consideração no relatório, dizemos que isso tem que ser valorizado apenas na correlação com quadros clínicos específicos. A tomografia computadorizada (TC) está indicada apenas na fase aguda quando se procura uma complicação. As complicações extra-sinusais seriam, por exemplo, a celulite periorbitária, o abscesso orbitário ou as complicações tipo trombose de seio cavernoso ou de veia oftálmica. A TC tem a sua indicação ideal nas sinusites de repetição ou na sinusite crônica, acima de três meses de evolução. Quanto à segunda parte da pergunta: na sinusite crônica realmente é possível, do ponto de vista radiológico, dizer alguma coisa? Na verdade, sempre tem que haver a correlação clínica, porque não é possível, pela radiografia apenas, sem qualquer outra informação, dizer quantas semanas de evolução tem um quadro. Temos os extremos, o quadro tipicamente agudo (com nível líquido) e o quadro tipicamente crônico, com espessamento mucoperiosteal nas paredes das cavidades paranasais. A ressonância magnética (RM) está indicada nas complicações intracranianas de uma sinusite aguda, ou então nos casos de sinusite fúngica, (quando pensamos na possibilidade da mesma) no caso de crianças maiores ou adultos, ou quando se quer fazer algum diferencial com tumores. Nestes casos, a RM é uma situação bastante específica no contexto que estamos falando agora. Na fase aguda com nível líquido, hoje em dia, com o advento dos tomógrafos *multislice*, para não ter que se mudar o paciente de decúbito, se obtém a imagem normal, axial, onde se identifica o nível líquido, para depois se realizar uma aquisição em posição oblíqua para confirmá-lo. Na radiografia convencional os achados são típicos e, nesse caso, a nossa conduta é relatar, na conclusão, que o quadro é compatível com algum processo inflamatório e nada mais que isso. Nós nem utilizamos o termo "sinusite" nos laudos radiológicos, apenas relatamos como "sinusopatia inflamatória". Assim, se o quadro é inflamatório ou infeccioso, não é, digamos, parte da nossa conclusão, e sim do contexto clínico. Por exemplo, no caso de um velamento de uma cavidade paranasal maxilar esquerda na incidência de Waters (nasomento) e das células etmoidais direitas na incidência de Caldwell

(frontonaso), podemos colocar no laudo radiológico que existe um quadro de sinusopatia inflamatória. Novamente não vamos dizer qual é o tipo do quadro, que tipo de etiologia tem. Devemos lembrar que em relação ao etmóide existe um índice de falso negativo que pode chegar a 30, até 40%. Portanto, a avaliação do etmóide pelo Raio X é muito limitada. Portanto, principalmente nas crianças pequenas, o que se costuma fazer é a incidência de Waters (ou nasomento), que acaba sendo suficiente, e muitas vezes um perfil, quando se quer avaliar também a rinofaringe. Num outro exemplo, onde as cavidades paranasais estão praticamente limpas, exceto a cavidade sinusal maxilar esquerda, onde há um leve espessamento mucoso, o exame não deve ser concluído como sinusite. Portanto, quando se encontra uma radiografia como essa, onde a mucosa mede menos que 4mm, apenas se faz o relatório descritivo. Em termos de RM, um processo inflamatório crônico pode ser identificado. Quando nós temos um conteúdo hiperintenso (ou “branco”, vamos dizer assim) na imagem ponderada em T1, nós temos um sinal de alto conteúdo protéico. Na imagem ponderada em T2, se a periferia se encontrar hiperintensa, mas o conteúdo permanecer com pouco sinal, isso indica um processo com alto conteúdo protéico e crônico, ou inclusive um processo fúngico. Vejam, então, que nós temos os extremos: achados bem típicos do quadro bem agudo que pode ser o nível líquido ou velamento, ou quadro bem crônico ou até fúngico. Mas, exatamente no período de três meses, que seria aquela fase de se diferenciar entre crônico ou não, é muito difícil do ponto de vista radiológico. Ressaltamos também que existem outras causas de hipotransparência de uma cavidade paranasal, como por exemplo, uma displasia fibrosa na região da cavidade paranasal maxilar ou uma hipoplasia da cavidade sinusal. Portanto, no caso de se fazer uma radiografia de controle e persistir um velamento, devemos pensar que outras causas podem levar a hipotransparência. O velamento de uma cavidade paranasal não é sinônimo de necessidade de tratamento, principalmente antibioticoterapia. Deve ser analisado sempre dentro de um contexto clínico.

Eulália Sakano. *Finalizando, o que concluímos desta Mesa Redonda é que o diagnóstico da sinusite na criança e no adulto é basicamente clínico. A imagem auxilia muito nos pontos em que o Rainer comentou, mas sempre associada ao quadro clínico. Desse modo, não se deve tratar a criança pela imagem radiológica pois a clínica é fundamental. E o diagnóstico bem feito, é o que vai propor um uso racional de antimicrobiano para essa criança, evitando o uso desnecessário do mesmo.*