

FARINGITES E TONSILITES

As doenças infecciosas e inflamatórias que envolvem a faringe, as tonsilas palatinas e adenóides são os problemas mais frequentes apresentados por adultos ou crianças que procuram atendimentos médico nos setores de urgência e emergência.

A região formada pelas tonsilas palatinas (ou amígdalas palatinas na n.a.), tonsilas linguais, tonsilas faríngeas (adenóide ou tonsila de Lusk) e por todo o tecido linfóide distribuído pelas paredes da faringe forma um anel cuja função primária parece ser a de um órgão linfático periférico, denominado anel linfático de *Waldeyer*.

PROCESSOS INFLAMATÓRIOS

Os processos inflamatório ou infecciosos na região do anel linfático de *Waldeyer* podem ser chamados de anginas, faringites, tonsilites ou faringotonsilites.

Podemos classificar esses processos inflamatórios-infecciosos como

- Não específicos
- Específicos
- Associados a outra doença

PROCESSO INFLAMATÓRIO NÃO ESPECÍFICOS

São as chamadas anginas eritematosas ou as eritematopultáceas.

São inespecíficas, porque ocorrem geralmente devido a germes da flora habitual da boca e da garganta que, em determinado momento, adquirem virulência por alterações próprias ou por influência de agentes externos.

Angina Eritematosa

As anginas eritematosas são as mais frequentes; podem ser de origem bacteriana, mas geralmente a etiologia viral é predominante. Observa-se congestão da mucosa associada a hiperemia.

Em geral, no quadro clínico o paciente apresenta dor leve, tosse, disfagia, febre baixa, às vezes sintomas nasais de infecção das vias aéreas superiores (IVAS) e sinais gerais como mialgias.

O tratamento não é específico e consiste em fornecer suporte ao paciente com medicações analgésicas e anti-inflamatórias.

Angina Eritematopultácea

Observa-se, além de congestão, hiperemia e edema, o aparecimento de um exsudado esbranquiçado, especialmente sobre as tonsilas palatinas,

Geralmente tem origem bacteriana, sendo os germes mais frequentes:

- Streptococcus beta-hemolítico
- Streptococcus pneumoniae
- Haemophilus influenzae
- Moraxella catarrhalis
- Estafilococos

Os principais sintomas são dor de forte intensidade, disfagia e otalgia reflexa. Geralmente ocorrer febre alta, queda do estado geral e adenomegalia cervical.

O tratamento também utiliza analgésicos e anti-inflamatórios, porém, nesses casos, introduz-se a antibioticoterapia:

- Amoxicilina: 40 - 50 mg/ kg/dia divididos em duas doses por sete a 10 dias.
- Amoxicilina + ácido clavulânico: 40 - 50 mg/ kg/ dia divididos em duas doses, por sete a 10 dias,
- Cefalosporinas: Cefaclor, acetil cefuroxima, ceftriaxona
- Macrolídios: claritromicina

Normalmente, essas infecções têm uma evolução positiva e rápida, mas podem ocorrer complicações locais (supurativas) ou sistêmicas.

A complicação local mais comum é o abscesso peritonsilar. Entre a cápsula da tonsila palatina e o músculo da parede faríngea lateral existe um espaço chamado peritonsilar. A infiltração supurativa deste espaço leva a formação do abscesso peritonsilar. Neste caso, o quadro clínico tem piora acentuada com aumento da dor, podendo levar a um trismo; a voz fica abafada e, ao exame, observa-se a tonsila em posição praticamente mediana, abaulamento no pilar tonsilar anterior e edema de úvula. O tratamento deve ser feito com antibióticos de amplo espectro, mas o tratamento definitivo geralmente exige drenagem do abscesso por incisão ou punção e aspiração com agulha.

Podem ocorrer ainda abscesso nos espaços parafaríngeos e retrofaríngeos porém são mais raros.

As complicações sistêmicas que podem ocorrer com maior frequência são:

- Escarlatina, que decorre da produção de endotoxinas;
- Febre reumática, cujos sintomas geralmente aparecem duas a três semanas após o episódio infeccioso;
- Glomerulonefrite, que em geral surge uma a duas semanas após a infecção.

PROCESSOS INFLAMATÓRIOS ESPECÍFICOS

Difteria

É extremamente incomum, devido à imunização das crianças. Em geral atinge crianças entre um e sete anos de idade.

Causado pelo *Corynebacterium diphtheriae*, a difteria inicia-se de forma mais insidiosa, ocasionando queda do estado geral, febre, toxemia e adenomegalia cervical. Ao exame observam-se falsas membranas firmemente aderidas à tonsila palatina e a mucosa do palato e da úvula, resistente ao descolamento e levando a sangramento quando deslocada. O diagnóstico é feito com bacterioscopia e cultura de fragmento da pseudomembrana. O tratamento é feito com internação e sonoterapia específica.

Angina de Plaut-Vicent

É causada pela associação entre o bacilo fusiforme e espirilos saprófitas da boca. Geralmente é diagnosticada por manifestar-se unilateralmente e com ulceração da tonsila e da mucosa, ocorrendo necrose tecidual (que promove hálito intenso) e adenomegalia. O tratamento é feito por meio de antibioticoterapia com cefalosporina e metronidazol, além dos cuidados com higiene local.

Sífilis

Pode manifestar-se em qualquer uma das fases. O mais comum é a sífilis primária com cancro sífilítico, em que a tonsila apresenta-se endurecida e com uma ulceração não muito profunda. O diagnóstico se baseia nas provas sorológicas.

PROCESSOS INFLAMATÓRIOS NÃO ESPECÍFICOS COM ALTERAÇÃO HEMATOLÓGICA

Mononucleose

Neste caso, a inflamação tem características especiais, podendo ser eritematosa ou eritematopultácea, simulando um processo inflamatório habitual que, com o passar do tempo, não melhora clinicamente mesmo com o uso de antibióticos. Observa-se adenomegalia cervical importante. O diagnóstico é feito por meio da obtenção de um hemograma que mostrará linfocitose intensa e atipia. As sorologias podem ser realizadas após um período de 15 a 20 dias. O tratamento é sintomático, com hidratação e analgésicos/ anti-inflamatórios; podendo algumas vezes ser necessário o internamento do paciente para suporte e hidratação e o uso de corticoesteróides.

Agranulocitose

Pode aparecer com alterações que variam de um simples eritema até ulcerações e necrose de mucosa . O paciente apresenta sinais tóxicos-infecciosas graves. Ao hemograma, apresenta leucocitopenia, porém com hemácias e plaquetas normais. Algumas vezes, o diagnóstico pode ser feito apenas por meio de um mielograma .

Leucemia Aguda

Geralmente, além do processo infeccioso de angina, é comum o aparecimento de estomatite e sangramentos na mucosa. Existe uma adenomegalia generalizada. Ao hemograma, observa-se hiperleucocitose com anemia e plaquetopenia. Também pode ser realizado o mielograma.

INDICAÇÕES DE TONSILECTOMIA E ADENOIDECTOMIA

Indicações de tonsilectomia

- Obstrução mecânica
- Infecções de repetição
- abscesso peritonsilar
- hiperplasia unilateral/ suspeita de neoplasia
- Halitose

Obstrução Mecânica

Existe a indicação de tonsilectomia quando as tonsilas palatinas tem um grau de hipertrofia tão intenso que leva `a obstrução mecânica , dificultando a deglutição ou causando obstrução respiratória, roncos e apnéia.

Infecções de repetição

Não há um consenso sobre o número de infecções que podem levar a uma indicação cirúrgica. admitem-se, em geral, que a incidência de sete ou mais processo infecciosos, durante um período de um ano; cinco em cada ano por dois anos seguidos; quatro por ano por três anos seguidos, pode levar à indicação tonsilectomia. Idealmente, o próprio profissional deveria acompanhar esses processos e o grau de interferência que essas infecções trazem a vida do paciente.

Abscesso Peritonsilar

Também não existe um consenso. Habitualmente, a indicação cirúrgica ocorre somente se houver mais de um episódio de abscesso.

Aumento de Volume unilateral com suspeita de malignidade

Por vezes este pode ser um dos sintomas de linfoma, carcinoma escamocelular ou carcinoma metastático da cabeça e pescoço.

Halitose

O acúmulo de caseum nas criptas tonsilares podem levar a alterações no hálito. Deve-se analisar o grau de desconforto pessoal e as repercussões sociais que estejam associados para indicar o procedimento.

INDICAÇÕES DE ADENOIDECTOMIA

Obstrução mecânica

Quando existe uma hipertrofia adenoideana que leva a uma obstrução nasal importante, com roncos, períodos de apneia e alterações na qualidade de sono, a indicação da cirurgia é formal.

Otite médica com efusão

Quando se estabelece que a hipertrofia adenoideana é o agente causal da otite média de efusão, levando `a alteração auditiva, também há a indicação de cirurgia.

Otite média de repetição

Quando se estabelece que a hiperplasia adenoideana é o agente causal das otites médias de repetição, está indicado a adenoidectomia.

Sinusites de repetição

Quando existe uma obstrução importante pela hiperplasia adenoideana que altere o fluxo aéreo nasal e a drenagem de secreções e leve a episódios de sinusites.

CONTRAINDICAÇÕES DE ADENOIDECTOMIA

- **Infecção aguda (relativa)**
- **Alterações sanguíneas ou coagulopatias**
- **Fenda palatina (relativa)**
- **Doenças sistêmicas descompensadas**

RINOSINUSITE AGUDA

DEFINIÇÃO

A rinosinusite aguda é definida como inflamação da mucosa do nariz e dos seios paranasais, que ocorre devido a uma infecção viral, bacteriana ou inflamação não infecciosa (p.ex. alérgica) caracterizada por obstrução nasal e rinorréia amarelada ou não (anterior ou posterior) podendo ser acompanhada ou não de cefaléia, dor ou pressão facial e redução ou perda do olfato. Tem duração menor que quatro semanas, com resolução completa dos sintomas.

MICROBIOLOGIA

A maioria dos quadros de rinosinusite quando infecciosa é causada por vírus, porém, deve-se desconfiar de infecção bacteriana se houver piora dos sintomas após o quinto dia de evolução ou persistência por mais de sete dias.

Rinovírus e influenza vírus são os agentes virais mais comuns. As principais bactérias são: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* e mais raramente *Staphylococcus aureus*, assim como outras espécies de estreptococos e anaeróbios.

FISIOPATOLOGIA

A patogênese da rinosinusite é multifatorial e depende do organismos causador e da defesa do hospedeiro.

O processo inflamatório causado pelo microrganismos agressor resulta em edema da mucosa, com obstrução dos óstios de drenagem dos seios paranasais. Como consequência, há estase das secreções, o que leva a uma diminuição do pH e da tensão de oxigênio, propiciando a multiplicação das bactérias. O dano as células epiteliais diminui o batimento ciliar e assim propicia o acúmulo de secreções purulenta e espessa.

Portanto, a obstrução dos óstios de drenagem e as alterações da função ciliar e da qualidade das secreções são os principais mecanismos responsáveis pela fisiopatologia da rinosinusite.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é principalmente clínico e, em alguns casos, há necessidade de exames complementares. Os sintomas clínicos podem ser confundidos com os de um resfriado comum ou até mesmo com os de uma rinite alérgica.

Os principais sintomas incluem: obstrução nasal uni ou bilateral, rinorréia anterior ou posterior, geralmente amarelo-esverdeada e espessa, dor nasal, facial ou cefaléia, que pode

variar conforme o seio acometido. Outros sintomas incluem dor em arcada dentária superior (espontânea ou ao mastigar), tosse produtiva, cacosmia, hiposmia, febre e halitose. Em crianças podemos encontrar ainda, edema de partes moles nas regiões maxilar e subciliar.

Ao exame físico otorrinolaringológico, o sinal mais característico é a presença de secreção purulenta em meato médio, implicando em sinusite etmoidal anterior, maxilar ou frontal. A presença no meato superior é secundária à sinusite etmoidal posterior ou esfenoidal. Outros sinais são a presença de secreções na parede posterior da orofaringe (sinal da vela) e dor a palpação e/ou percussão de seios frontal e maxilar (bastante inespecífico).

Quanto aos exames complementares, a radiografia dos seios paranasais podem demonstrar espessamento mucoso, nível líquido ou velamento dos seios paranasais; porém é um exame de baixa sensibilidade e especificidade.

A nasofibrosopia (flexível ou rígida) pode confirmar a rinoscopia anterior, com a presença de edema e hiperemia da mucosa nasal e secreções purulenta nos meatos, além de demonstrar diversas alterações anatômicas nasais.

A tomografia computadorizada tem sua indicação restrita a casos refratários ao tratamento clínico ou quando há suspeita de complicação orbitária, craniana ou óssea.

TRATAMENTO CLÍNICO

O tratamento clínico visa à interrupção do círculo vicioso descrito anteriormente, levando a uma adequada eliminação de secreções e à aeração dos seios paranasais.

Deve ser feito com antibioticoterapia para erradicação do agente etiológico, além de medicações sintomáticas, e devem-se tomar medidas gerais para diminuir o desconforto do paciente.

O antibiótico de escolha deve abranger os principais agentes etiológico e usado de 10 a 14 dias. A primeira opção é a amoxicilina. Em geral pacientes nos quais não há melhora do quadro após 4-5 dias ou que usaram antibiótico no último mês ou naqueles pacientes com suspeita de complicação, está indicada a utilização de antibiótico de maior espectro (QUADRO)

Para o alívio dos sintomas, podem ser usados analgésicos, antiinflamatórios, corticóides sistêmicos, descongestionantes sistêmicos e/ou tópicos.

Os corticóides sistêmicos reduzem o processo inflamatório e edema da mucosa, com desobstrução do óstios e alívio da dor. Os descongestionantes sistêmicos (associado a anti-inflamatórios, na maioria das apresentações) diminuem a obstrução nasal e a tosse. Os descongestionantes tópicos devem ser usados por no máximo cinco dias, devido ao potencial de efeito rebote, à rinite medicamentosa e aos efeitos adversos cardíacos.

Os corticóides tópicos não são tão eficientes para desobstrução nasal na rinosinusite aguda, pois seu efeito pleno ocorre após 1-2 semanas de uso.

A lavagem nasal com solução fisiológica várias vezes durante o dia ajuda na higienização nasal, na desobstrução dos óstios de drenagem e na maior eliminação das secreções, devendo ser recomendada para todos os pacientes.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

A cirurgia nasossinusal está indicada nos casos de rinosinusite agudas recorrentes sem resposta ao tratamento clínico e nas rinosinusites complicadas.

O principal objetivo do tratamento cirúrgico é restabelecer a aeração e a drenagem normal dos seios paranasais e, conseqüentemente, a função mucociliar da mucosa nasossinusal.

Atualmente é realizada endoscópicamente fazendo parte a cirurgia da função nasal respiratória associada (septoplastia e turbinectomia) correspondendo o que chamamos de cirurgia nasossinusal endoscópica funcional.

RINOSINUSITE CRÔNICA

DEFINIÇÃO

Qualquer processo inflamatório e/ou infeccioso da mucosa dos seios paranasais, com duração igual ou superior a 12 semanas, deve ser considerado um processo nasossinusal crônico

ETIOPATOGENIA

A fisiopatologia envolvida na gênese da rinosinusite crônica é semelhante à da rinosinusite aguda, como descrito no capítulo anterior. No entanto, ao passo que o edema de mucosa é o principal fator na obstrução dos óstios de drenagem dos seios paranasais nos casos agudos, nos crônicos sempre encontramos alguma anormalidade anatômica ou funcional que contribui para a perpetuação do quadro infeccioso.

Dentre todos os fatores causais possíveis, destacamos:

- Fatores locais:
 - Diminuição da função mucociliar (drogas vasoconstritoras tópicas, baixa imunidade, baixa temperaturas).
- Obstrução mecânica dos meatos nasais:
 - Desvio septal acentuado.
 - Edema de mucosas (rinites, barotrauma, corpo estranho).
 - Trauma (cirúrgico ou não)
 - Tumores benignos e malignos
- Retenção de secreções em fossas nasais:
 - Atresia de coana
 - Hipertrofia de adenoides
- Contato frequente com água contaminada
- Infecções dentárias em arcada superior (sinusite maxilar)
- Presença de sonda nasogástrica ou nasoenteral
- Fatores sistêmicos:
 - Imunodeficiências (Imunoglobulina A (IgA) IgA secretora, síndrome da imunodeficiência adquirida
 - Diabetes mellitus descompensado
 - Uso prolongado de corticóides sistêmicos
 - Quimioterapia
 - Diminuição da função ciliar (discinesias ciliares primárias e secundárias)
 - Alteração das secreções exócrinas (fibrose cística) mucoviscidose
 - Doença do Refluxo gastroesofágico
- Outros fatores:
 - Tratamento inadequado de rinosinusite aguda

MICROBIOLOGIA

Streptococcus pneumoniae, *Haemophilus influenzae* e *Moraxella catarrhalis* continuam sendo bactérias envolvidas, principalmente, nas sinusites crônicas decorrentes de tratamento inadequado de quadros agudos. Porém, a prevalência destas bactérias nos casos crônicos é bem menor que nas rinosinusites agudas.

Por outro lado, o *Staphylococcus aureus* e os anaeróbios têm papel fundamental nos casos crônicos, de modo que a antibioticoterapia obrigatoriamente deve cobrir os dois microorganismos.

Nos caso indolentes ao tratamento clínico adequado, a investigação a existência de fungos (principalmente do gênero *Aspergillus*) é mandatária, já que a sinusite fungica vem ganhando importância em incidência nos últimos anos nos casos de rinosinusite crônica.

QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

Geralmente, apresenta-se como obstrução nasal uni ou bilateral, associada à rinorréia mucopurulenta uni ou bilateral e constante, por período superior a três meses. Os pacientes podem queixar-se sensação de pressão em região dos seios paranasais, além de tosse, rinorréia posterior (sinal da vela) cacosmia e halitose. A dor e os sintomas sistêmicos são raros, exceto nos casos em que a agudização do processo crônico. Em crianças, pode ocorrer otite média secretora ou otite média aguda recorrente como manifestação associada.

A rinoscopia anterior revela conchas nasais de coloração normal ou avermelhada e invariavelmente, secreção mucopurulenta em meatos e fossas nasais. Por vezes, a visualização das fossas nasais pode ser difícil e, então, utiliza-se a nasofibrosopia para melhor avaliação destas.

Além de confirmar a presença de secreções em meatos médios, meato superior e recesso esfenoidal, a nasofibrosopia (flexível ou rígida) ajuda a detectar a existência ou não de alguns fatores que podem colaborar para o surgimento e a manutenção da rinosinusite crônica: desvios septais, hipertrofia de adenóide, atresia de coanas, tumores (polipose nasal) e DRGE.

A radiografia simples não tem utilidade nos casos de rinosinusite crônica. O exame padrão ouro para confirmação do diagnóstico é a tomografia computadorizada (TC) de seios paranasais.

A TC permite uma avaliação mais exata dos seios paranasais e dos complexos osteomeatais, de maneira a identificarmos possíveis causas nos casos crônicos. Normalmente, observa-se velamento parcial ou total de um ou mais seios paranasais, além de osteíte (espessamento ósseo devido a processo inflamatório crônico), bastante característica nas sinusites crônicas. A suspeita de sinusite fúngica deve ser feita quando encontrado material hipertenso, semelhante a calcificações, em qualquer seio paranasal. Isto decorre da capacidade de alguns fungos de agregar cálcio e fosfato, dando o aspecto ósseo característico no exame de TC.

A ressonância nuclear magnética de seios paranasais tem sua utilização limitada à presença de complicações ou de suspeita de tumores malignos.

TRATAMENTO

O tratamento visa restabelecer a patência dos óstios de drenagem dos seios paranasais, além de normalizar a produção de secreções e a funcionalidade do aparelho mucociliar.

Apesar das várias medidas clínicas existentes, a maioria dos pacientes com rinosinusite crônica acaba necessitando de tratamento cirúrgico para melhora dos sintomas.

LAVAGEM NASAL

A lavagem nasal com solução fisiológica deve ser recomendada para todos os pacientes, pois ajuda no *clearese* mucociliar e na eliminação das secreções.

MEDICAÇÕES

O uso de corticóides tópicos (budesonida, ciclosnida, mometasona, triancinalona fluticasona) e corticóides sistêmicos (prednisona, prednisolona e dexametasona) pode ajudar na diminuição do edema da mucosa de fossas nasais e seios paranasais, contribuindo para uma melhor drenagem de secreções e aeração dos seios paranasais acometidos. A dose dos corticóides tópicos é de um a dois jatos em cada narina à noite por 30 dias. A prednisona e a prednisolona podem ser utilizadas na dose de 20 a 40 mg dia em tomadas únicas pela manhã por um período de sete a dez dias. A dexametasona é usada na dose de 4 a 8 mg por dia em tomada única pela manhã pelo mesmo período. Um cuidado deve ser tomado com os pacientes hipertensos, diabéticos e com glaucoma.

ANTIBIOTICOTERAPIA

A antibioticoterapia deve abranger os microrganismos mais comuns e aqueles produtores de betalactamase. A droga de escolha é a associação de amoxicilina com clavulanato de potássio por um período de 14 a 21 dias.

Outras alternativas são a levofloxacina, clindamicina e as quilononas.

CIRURGIA

Na falha do tratamento clínico, na polipose nasal, na presença de complicações ou nos casos de sinusite fúngica, a cirurgia passa a ser o único tratamento possível. O restabelecimento das bases fisiológicas e aeração e de drenagem de secreções dos seios paranasais contribui, sobremaneira, para a resolução da doença. A correção das possíveis alterações anatômicas que estejam relacionadas ao quadro sinusal crônico é essencial para evitar a recorrência do quadro.

A cirurgia endoscópica nasossinusal funcional (FESS - Functional endoscopic sinus surgery) é a técnica mais utilizada nos dias de hoje, devido à sua baixa morbimortalidade.

COMPLICAÇÕES DAS RINOSINUSITES

INTRODUÇÃO

As complicações das rinosinusites se apresentam em declínio devido ao desenvolvimento da antibióticoterapia, porém são necessários diagnóstico e tratamento precoce em razão da alta morbimortalidade dos casos. Essas complicações podem ser divididas em orbitárias, intracranianas e ósseas.

Deve-se suspeitar de uma complicação quando o paciente começa a apresentar sintomas inespecíficos como mal-estar, calafrios, febre, cefaléia, edema periorbitário e queda do estado geral.

Em geral o tratamento deve ser feito com antibioticoterapia sistêmica de amplo espectro e complementado especificamente para cada complicação com sinusectomia e drenagem neurocirúrgica se necessário.

COMPLICAÇÕES ORBITÁRIAS

São mais comuns na faixa etária pediátrica e em adultos jovens, devido a vários fatores: imaturidade imunológica, maior frequência de infecção das vias aéreas superiores (IVAS); osso diplóico, com maior vascularização; deiscência óssea entre a lâmina que separa a órbita dos seios paranasais; e sistema venoso de drenagem sem válvulas, com livre comunicação entre a órbita e seios paranasais.

Podem ser classificadas conforme a localização, a qual determina o quadro clínico e alteração tomográfica relacionada (TABELA - classificação de CHANDLER).

A confirmação do diagnóstico é realizada a partir da história clínica associada a exames complementares, entre eles:

- Hemograma, coagulograma, velocidade de hemossedimentação (VHS).
- Nasofibroscopia: o sinal mais característico é a presença de secreção purulenta no meato médio, havendo também edema e hiperemia da mucosa nasal.
- Tomografia computadorizada de nariz e seios paranasais: deve ser realizada em cortes coronais e axiais e com contraste. Detecta a extensão do processo infeccioso e as estruturas acometidas.
- Ressonância nuclear magnética: deve ser realizada nos casos de suspeita de trombose do seio cavernoso e acometimento de estrutura intracranianas
- Avaliação oftalmológica: todos os pacientes com suspeita de complicação orbitária das rinosinusites devem ser avaliados por um oftalmologista.
- Avaliação neurológica e/ou neurocirúrgica: nos casos de complicação intracraniana, para definir qual a melhor conduta frente aos diversos casos.

O tratamento consiste em internação dos pacientes para antibioticoterapia endovenosa e a intervenção cirúrgica, na maioria dos casos. O uso de clindamicina associado à ceftriaxona está indicada nas complicações orbitárias (TABELA DE ATB NAS RINOSINUSITES CRONICAS). O tempo de tratamento depende da evolução dos pacientes e pode variar de 10 a 21 dias.

O uso de corticóides sistêmicos ajuda na diminuição do edema e do processo inflamatório orbitário. A hidrocortisona (100 mg, 8/8 h) ou a dexametasona (4 mg, 12 em 12 h) pode ser utilizada por via endovenosa por um período de 7 a 10 dias.

São indicações para intervenção cirúrgica: pouca melhora do quadro após 48 h de tratamento adequado, presença de abscesso detectado na topografia, alterações de acuidade visual ou acometimento do olho contralateral.

COMPLICAÇÕES INTRACRANIANAS

As complicações intracranianas são raras, porém apresentam alta morbimortalidade. Decorrem principalmente de infecções dos seios frontal e etmoidal e menos comumente do seio esfenoidal e do maxilar. Ocorrem por via hematogênica, pelas veias comunicantes entre os seios paranasais e o crânio, ou por contiguidade, por erosões ou deiscências da parede sinusal. São elas: meningite, abscesso epidural, empiema subdural e abscesso cerebral. Na suspeita destes quadros, é necessária a realização de hemograma, punção líquórica e tomografia computadorizada de crânio.

MENINGITE

Origina-se principalmente a partir do seio esfenoidal e pode cursar com febre, cefaléia, rigidez de nuca, vômitos e irritabilidade;

O tratamento consiste na administração de antibioticoterapia endovenosa (ceftriaxona). A drenagem cirúrgica do seio acometido deve ser realizada caso o controle com a antibioticoterapia não seja suficiente.

ABSCESSO EPIDURAL OU EXTRADURAL

A coleção purulenta localiza-se entre a dura-máter e a calota craniana. Geralmente apresenta sua origem a partir do seio frontal e o quadro clínico é composto por cefaléia, febre e mal-estar.

Pela tomografia, diferencia-se do empiema subdural por sua forma convexa, podendo se estender além da linha média e também para a tábua externa, formando abscesso subgaleal.

EMPIEMA SUBDURAL

É o acúmulo de secreção purulenta no espaço subdural, ocorrendo febre, cefaléia, mal estar e sinais de acometimento neurológico.

Na tomografia, observa-se impregnação pelo contraste, na região do empinam, maior que o habitual, além de coleção na fissura inter-hemisférica.

ABSCESSO CEREBRAL

As otites, mastoidites crônicas e sinusites são responsáveis por mais da metade dos abscessos cerebrais. A disseminação das bactérias ocorre principalmente a partir dos seios frontal e etmoidal por contiguidade, devido à extensão direta da infecção por erosão óssea ou tromboflebite séptica.

O quadro clínico depende da localização do abscesso, podendo haver febre, torpor, ataxia, crises convulsivas e coma.

TRATAMENTO

O tratamento dos abscessos epidurais e cerebrais e do empiema subdural consiste em antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro, sinusectomia para drenagem dos seios acometidos e avaliação neurocirúrgica.

COMPLICAÇÕES ÓSSEAS

A complicação óssea mais comum das rinosinusites é a osteomielite frontal, que é causada principalmente pelo *Staphylococcus aureus*, além de outros Gram-positivos e anaeróbios.

Pode ocorrer cefaléia, febre e mal-estar e edema local.

A cintilografia com tecnécio 99 ajuda a confirmar o diagnóstico, determinando a extensão da doença, ao passo que a cintilografia com gálio 67 demonstra a resposta ao antibiótico durante o acompanhamento. A tomografia computadorizada é o método de escolha para avaliação do seio frontal e pode demonstrar erosão óssea em 7 a 10 dias de evolução.

Antibioticoterapia (oxacilina, clindamicina ou vancomicina) é importante para impedir a necrose e a destruição óssea devendo ser administrada por via parenteral por no mínimo seis semanas associada à drenagem cirúrgica. Pode ser necessária remoção óssea, após controle do processo, e reconstrução estética após um ano de melhora dos sintomas e acompanhamento com cintilografia.

REFERENCIA: RAPOPORT, P.B. Manual de Otorrinolaringologia para médicos generalistas.

