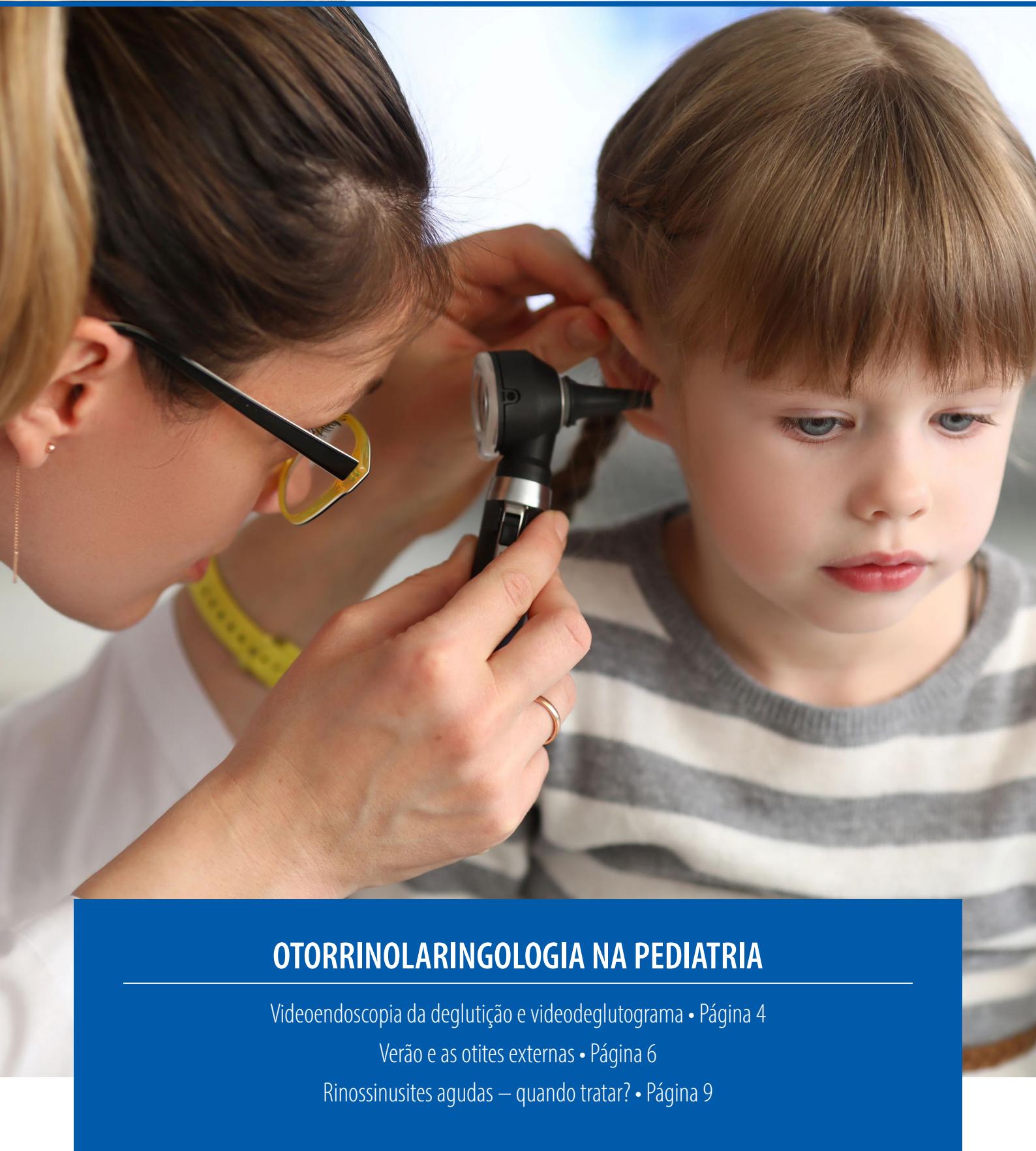


Pediatra ATUALIZE SE

BOLETIM DA SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO



OTORRINOLARINGOLOGIA NA PEDIATRIA

Videoendoscopia da deglutição e videodeglutograma • Página 4

Verão e as otites externas • Página 6

Rinossinusites agudas – quando tratar? • Página 9

SPSP

educa

PORAL DE EDUCAÇÃO CONTINUADA DA
SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

Faça sua inscrição para
os cursos da SPSP

Acesse as aulas gravadas dos
eventos da SPSP



www.spspeduca.org.br

EXPEDIENTE

Diretoria da Sociedade de Pediatria de São Paulo

Triênio 2025-2028

Diretoria Executiva

Presidente

Sulim Abramovici

1^a Vice-presidente

Renata Dejtari Waksman

2^a Vice-presidente

Claudio Barsanti

Secretaria-geral

Maria Fernanda B. de Almeida

1^a Secretária

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck

2^a Secretário

Mario Roberto Hirschheimer

1^a Tesoureiro

Paulo Tadeu Falanghe

2^a Tesoureira

Ana Cristina Ribeiro Zollner

Diretoria de Publicações

Diretora

Cléa R. Leone

Coordenadores do *Pediatria Atualize-se*

Antonio Carlos Pastorino

Mário Cícero Falcão

Departamento Científico
colaborador: Pediatria Ambulatorial
e Cuidados Primários

Informações Técnicas

Produção editorial:

Sociedade de Pediatria de São Paulo

Jornalista responsável:

Paloma Ferraz (MTB 46219)

Revisão: Lucia Fontes

Projeto gráfico e diagramação:
Lucia Fontes

Foto de capa:

marketing.lasers | depositphotos.com

Periodicidade: bimestral

Versão eletrônica: www.spsp.org.br

Contato comercial:

Karina Aparecida Ribeiro Dias

karina.dias@apm.org.br

Malu Ferreira

malu.ferreira@apm.org.br

Contato produção:

Paloma Ferraz

paloma@spsp.org.br

ISSN 2448-4466

DESAFIOS ATUAIS EM OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

A Otorrinolaringologia Pediátrica tem assumido papel cada vez mais relevante na prática clínica, dada a alta prevalência de doenças que afetam diretamente a qualidade de vida das crianças e dos familiares. Nesta edição do *Pediatria Atualize-se*, o Departamento Científico de Otorrinolaringologia nos apresenta temas importantes na prática pediátrica: os distúrbios de deglutição, as otites externas e as rinossinusites, condições que exigem diagnóstico preciso, manejo adequado e muitas vezes acompanhamento multidisciplinar.

Os problemas de deglutição em crianças são, por vezes, subdiagnosticados, podendo impactar tanto o desenvolvimento nutricional quanto o risco de complicações respiratórias, como aspiração e pneumonias de repetição. O artigo aponta a importância de uma anamnese detalhada, exame físico e, quando indicado, exames complementares, como o videodeglutograma ou a videoendoscopia da deglutição, com vantagens e desvantagens de cada método. A abordagem multidisciplinar é fundamental para oferecer estratégias terapêuticas que variam desde adaptações alimentares até intervenções mais complexas.

No campo das otites externas, observa-se um aumento de casos em épocas mais quentes, muitas vezes relacionado ao uso frequente de piscinas – a chamada *otite do nadador*. As crianças podem apresentar sintomas leves até infecções mais extensas, trazendo dor intensa e limitações. Relacionar ao ambiente aquático onde a criança frequentou e o pronto reconhecimento torna seu tratamento fácil e de rápida resolução. As figuras apresentadas são muito úteis e, associadas aos fluxogramas, podem auxiliar no diagnóstico clínico e etiológico. Não menos importantes são as orientações preventivas.

A rinossinusite é uma das queixas mais comuns nos consultórios e pronto-socorros pediátricos. Frequentemente confundida com resfriados comuns, seu diagnóstico depende da evolução temporal dos sintomas, da intensidade e da resposta ao tratamento clínico. Em um artigo atualizado, que incorporou diretrizes internacionais, os autores apresentam as dificuldades em diagnosticar e tratar as rinossinusites agudas inserindo uma figura onde se observa a evolução temporal e os sinais mais sugestivos de rinossinusite bacteriana e seu tratamento. O uso criterioso de antibióticos ainda é um desafio onde a conduta expectante poderia ser suficiente, ajudando a reduzir seu uso excessivo.

É sempre prazeroso ler textos esclarecedores, bem elaborados e com informações tão úteis nesse campo da Otorrinolaringologia Pediátrica. O auxílio do otorrinolaringologista só pode trazer benefícios na educação das famílias e aprendizado do próprio pediatra, melhorando os desfechos clínicos e a qualidade de vida dos nossos pequenos pacientes.



ANTÔNIO CARLOS PASTORINO

EDITOR

ÍNDICE

Videoendoscopia da deglutição e videodeglutograma
por Janaina Carneiro de Resende e Ney Penteado de Castro Júnior

4

Verão e as otites externas
por Renata Christofe Garrafa

6

Rinossinusites agudas – quando tratar?
por Tania Sih e Ricardo Nasser Lopes

9

VIDEOENDOSCOPIA DA DEGLUTIÇÃO E VIDEODEGLUTOGRAMA

Janaina Carneiro de Resende

Graduação em Medicina pela Universidade de Uberaba - UNIUBE. Título de Especialista em Otorrinolaringologia pela Associação Médica Brasileira. Sócia titular da Academia Brasileira de Otorrinolaringologia Pediátrica - ABOPe. Fellowship em Otorrinolaringologia Pediátrica pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP.

Ney Penteado de Castro Júnior

Professor emérito da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo. Professor doutor em Medicina-Otorrinolaringologia pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Mestre em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica. Membro da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. Membro da American Academy of Otolaryngology-Head & Neck Surgery. Membro do DC de Otorrinolaringologia da SPSP.

A deglutição é observada desde a décima primeira semana de idade gestacional e requer integridade de extensa área do córtex encefálico, com participação de vários pares de nervos cranianos (V, VII, IX e XII), que ativam 31 pares de músculos cervicais; aproximadamente metade do líquido amniótico produzido é deglutido pelo feto durante o período intrauterino. É um processo complexo que envolve estruturas anatômicas e funções neuromusculares coordenadas. Alterações anátomo-funcionais podem induzir à disfagia, comprometendo a nutrição, hidratação e qualidade de vida do paciente.^{1,2}

Vários estudos sugerem que a disfunção na deglutição pode ocorrer em crianças sem fatores de risco conhecidos. Porém, a disfagia é bem reconhecida em bebês e crianças com prematuridade, anomalias do trato aerodigestivo superior, deficiências do sistema nervoso central, atrasos no neurodesenvolvimento e síndromes que afetam as estruturas craniofaciais. Essas condições podem afetar a integridade funcional da orofaringe ou a coordenação complexa dos processos neuromusculares e das vias aéreas envolvidos na deglutição. Bebês e crianças com disfagia têm maior risco de doença pulmonar crônica induzida por bronco aspiração, desnutrição, retardos no crescimento e no neurodesenvolvimento e levam situações de estresse para seus cuidadores.^{3,4}

A identificação precoce da disfagia e o início imediato do tratamento apropriado podem reduzir as consequentes morbilidades. A avaliação da criança com disfagia deve ser multidisciplinar, envolvendo pediatra, neurologista, otorrinolaringologista, gastroenterologista, pneumologista e terapeutas (fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista), integrados e em troca contínua de informações, com o objetivo de uma abordagem de consenso em benefício do paciente.^{3,4,5}

A avaliação da deglutição é essencial para o diagnóstico e manejo da disfagia. Dois dos principais exames utilizados são a videoendoscopia da deglutição (VED) e o videodeglutograma (VDG). Ambos fornecem informações valiosas sobre as fases da deglutição, têm diferenças metodológicas e se complementam na avaliação da disfagia. O objetivo deste artigo é comparar estes dois exames e comentar sua aplicabilidade clínica.

Videoendoscopia da deglutição^{1,4,5,6}

A VED é um exame realizado com o nasofaringolaringoscópio flexível, acoplado a um sistema vídeo com mídia de gravação. O instrumento é introduzido pela narina e prossegue inferiormente pela faringe até a supraglote e o esfínter faringoesofágico. É executado com a criança deserta e em todas as faixas de idade, inclusive em recém-nascidos.

Vantagens da VED

- Pode ser realizada à beira do leito, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal/pediátrica ou em clínica/consultório otorrinolaringológico, sempre com oferta de alimentos com diferentes consistências e de acordo com a faixa etária, até mesmo o leite materno;
- Pode ser realizada em todas as faixas etárias;
- Permite avaliação da integridade estrutural/anatômica das fossas nasais, faringe e laringe, além da sensibilidade táctil da orofaringe, hipofaringe e supraglote. A observação cuidadosa do vídeo define, em detalhes, todas as fases do exame, além de ser um arquivo documental;
- Permite avaliação da presença de aspiração e/ou penetração laríngeas de alimentos e ou saliva;
- Permite o diagnóstico diferencial, principalmente no neonato e na primeira infância, tais como laringomalácia, estenose subglótica, hemangioma subglótico e paralissias e bridas de pregas vocais. São doenças congênitas da laringe que apresentam como sintomas disfagia, estridor e desconforto respiratório desde os primeiros dias de vida e que interferem na coordenação entre sucção, deglutição e respiração;
- É realizada sem exposição à radiação ionizante.

Limitações da VED

- É um exame restrito às fases oral, faríngea e do esfínter faríngeo-esofágico da deglutição;
- Não permite visualizar a fase oral da deglutição, com exceção do escape alimentar para a hipofaringe durante a mastigação;
- Há um “ponto cego” durante a fase faríngea devido à elevação da laringe e oclusão pela epiglote;
- O exame é realizado sem anestésico tópico para não comprometer a sensibilidade faríngeo-laríngea, o que é potencialmente incomodo para alguns pacientes.

Videodeglutograma^{1,4,5,6}

O VDG, também conhecido como estudo videofluoroscópico da deglutição, ou deglutograma, é um exame por fluoroscopia gravado em mídia com o objetivo de avaliar, de forma dinâmica, todas as fases da deglutição durante a oferta de alimentos de várias consistências.

Vantagens do VDG:

- Fornece uma visão detalhada das fases oral, faríngea, esofágica e gástrica da deglutição;
- Permite a detecção de anomalias anátomo-funcionais dos esfínteres superior e inferior do esôfago e avalia a aspiração e/ou penetração alimentar laringotraqueal;
- A observação cuidadosa do vídeo define, em detalhes, todas as fases do exame, além de ser um arquivo documental;
- Considerado padrão-ouro para a avaliação da deglutição.

Limitações do VDG:

- Exposição à radiação;
- Requer ambiente hospitalar e equipamentos especializados de radiologia;
- Necessita da presença de um fonoaudiólogo treinado em deglutição com o objetivo de elaborar, em consenso com o radiologista, o relatório do exame;
- Custo maior.

A escolha entre VED e VDG depende das necessidades clínicas do paciente e dos objetivos da investigação. O VDG é mais indicado para avaliar a dinâmica global da deglutição, enquanto a VED é ideal para análises detalhadas da anatomia e sensibilidade das estruturas faringoláringeas. Ambos os exames são ferramentas valiosas para a avaliação da deglutição. Devido o risco de exposição à radiação ionizante, a indicação da VDG deve ser ponderada com a equipe multidisciplinar com o objetivo de definir o exame ideal.^{1,4,5,6}

Por sua vez, a disfagia e a possibilidade de aspirações silentes aumentam o risco de comprometimento das vias aéreas inferiores, induzem a doenças pulmonares crônicas ou mesmo aspirações laringo-traqueobrônquicas fatais. Os cuidados para evitar essas aspirações deve ser maior nos menores de dois anos, pela maior prevalência de falha nos mecanismos protetores das vias aéreas contra a aspiração

(aspiração silente) em lactentes e por imaturidade funcional dos reflexos vagais protetores.^{1,2,6}

As intervenções terapêuticas voltadas para a alimentação e a deglutição, adotadas após a definição do diagnóstico etiológico, devem ter como escopo a segurança alimentar e a adoção de estratégias compensatórias. Assim, o diagnóstico e o tratamento da disfagia devem considerar não apenas os achados dos exames complementares, mas também a avaliação clínica, o histórico de episódios de pneumonia aspirativa e indicadores objetivos de alterações biomecânicas da deglutição.

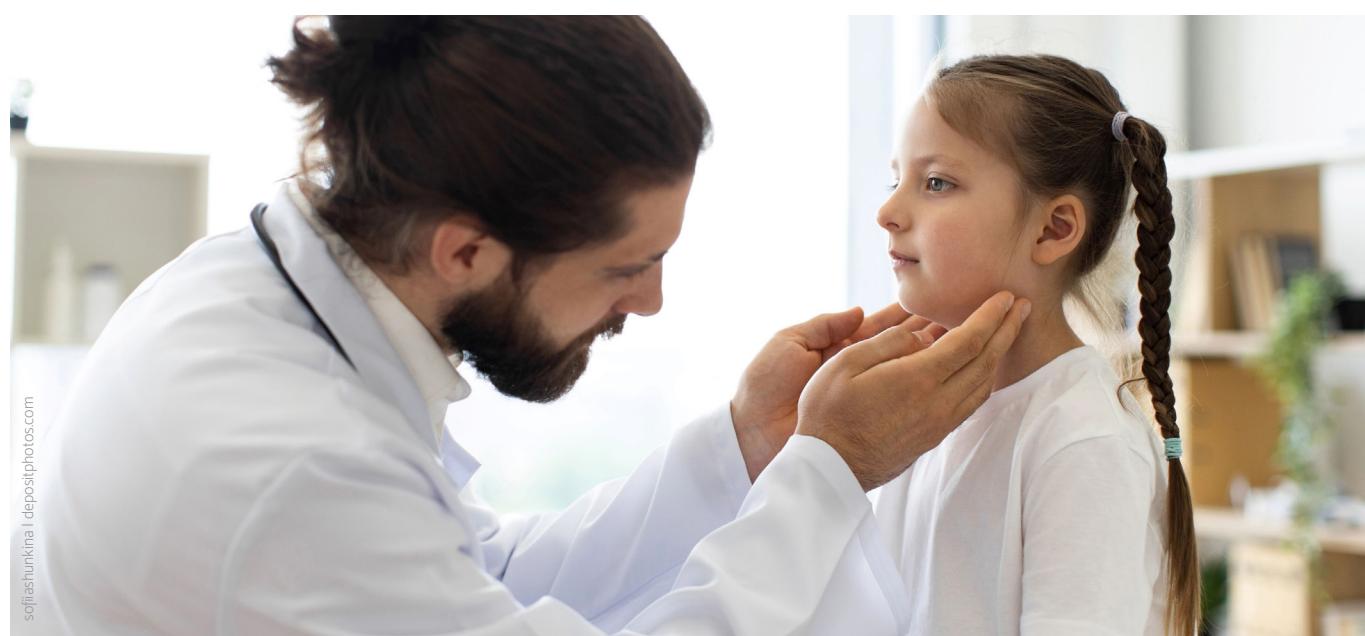
Mensagem final dos autores

A deglutição é um processo complexo, iniciado ainda na vida intrauterina, que depende da integração de estruturas neuromusculares e anatômicas. Alterações nesse mecanismo podem levar à disfagia, condição que compromete nutrição, crescimento e qualidade de vida, além de aumentar riscos respiratórios e de estresse familiar. A avaliação precoce e o manejo multidisciplinar são fundamentais para reduzir morbidades. O diagnóstico da disfagia deve integrar dados clínicos, achados dos exames e histórico do paciente, visando intervenções que priorizem a segurança alimentar e estratégias compensatórias para melhorar a qualidade de vida.

Referências

1. Arvedson JC, Brodsky L, Lefton-Greif MA. Pediatric swallowing and feeding: assessment and management. 3rd ed. San Diego: Plural Publishing; 2020.
2. Lefton-Greif MA. Pediatric dysphagia. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2008;19:837-ix.
3. Lefton-Greif MA, Carroll JL, Loughlin GM. Long-term follow-up of oropharyngeal dysphagia in children without apparent risk factors. *Pediatr Pulmonol.* 2006;41:1040-8.
4. Duca AP, Silva RD, Ribeiro M, et al. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in children: a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Pulmonol.* 2025;60:e2743.
5. Rossini EP, Miranda VS, Barbosa LR. The prevalence of dysphagia in children with laryngomalacia pre and postsupraglottoplasty: a systematic review with meta-analysis. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2024;28:e170-e6.
6. Barth FL, Levy DS, Gasparin M, et al. Clinical outcomes before and after videofluoroscopic swallow study in children 24 months of age or younger. *J Bras Pneumol.* 2024;50:e20230290.

Disclaimer: Parágrafos não referenciados correspondem à opinião e/ou prática clínica do(s) autor(es).



VERÃO E AS OTITES EXTERNAS

Renata Christofe Garrafa

Fellowship em Otorrinolaringologia Pediátrica pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Otorrinolaringologista pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HC-FMUSP).

A sazonalidade das otites externas é clássica. No verão, ocorre um nítido aumento de sua incidência pela maior exposição à água, ao calor e à umidade. Isso porque as características anatômicas do conduto auditivo externo contribuem para a propagação de patógenos – por ser um canal estreito, escuro e de temperatura semelhante à corpórea, ao reter água e umidade promove condições favoráveis para o crescimento de bactérias e fungos.¹

A otite externa é definida por uma inflamação no conduto auditivo externo, que pode, adicionalmente, acometer o pavilhão auricular e a camada externa da membrana timpânica. De instalação rápida (geralmente dentro de 48 horas), é caracterizada por otalgia leve à severa. Outros sintomas podem estar presentes, como otorreia, prurido, plenitude auricular, dor à palpação do tragus e sensação de perda auditiva. A presença de febre é incomum.²

Ao realizar a otoscopia, é mandatória a presença de edema e/ou eritema difusos no conduto auditivo externo (Figura 1). Nos casos mais clássicos, o edema do meato acústico externo é tão exuberante que impede a visualização da membrana timpânica. Entretanto, em algumas situações, a membrana timpânica pode encontrar-se espessada e hiperemizada, dificultando o diagnóstico diferencial com as otites médias. Por isso, para um diagnóstico assertivo, é imprescindível a realização de uma otoscopia minuciosa, com atenção às características do conduto auditivo. Hipoperfusão ou celulite do pavilhão auricular e adenomegalia

pré-auricular também são achados possíveis, especialmente em casos mais severos.^{2,3} O Fluxograma 1 ilustra de forma sucinta como realizar o diagnóstico da otite externa.

Figura 1 – Otoscopia com edema e eritema difusos de conduto auditivo externo – membrana timpânica translúcida

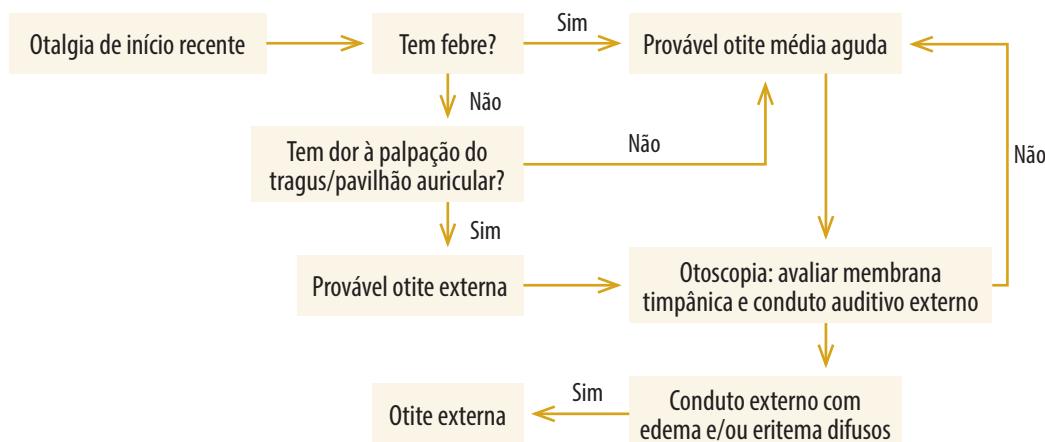


Fonte: Acervo pessoal da autora.

Como diferenciar os tipos de otite externa?

As otites externas bacterianas representam a maior parte dos casos e são originadas majoritariamente por *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus*. A otalgia tem evolução

Fluxograma 1 – Diagnóstico da otite externa



Fonte: Elaborado pela autora.

rápida, com tendência a tornar-se intensa em poucos dias. Dor à manipulação da orelha e à compressão do tragus são achados comuns. Sinais típicos do exame físico incluem edema e eritema difusos no conduto auditivo, por vezes obstruindo completamente o canal auricular e impedindo a entrada do otoscópio (Figura 2). Otorreia clara, debris e conduto auditivo de aspecto friável também podem estar presentes.^{1,4}

Figura 2 – Otoscopia com edema acentuado de conduto auditivo externo e otorreia clara



Fonte: Acervo pessoal da autora.

As otites externas de origem fúngica correspondem a aproximadamente 10 % dos casos, sendo a *Candida spp* e o *Aspergillus spp* os agentes mais prevalentes. São mais frequentes em portadores de afecções externas crônicas, tais como a psoríase e o eczema no canal auricular. Pacientes com perfuração crônica de membrana timpânica ou com tubo de ventilação e que fazem uso recorrente de antibióticos tópicos e/ou de imunomoduladores tópicos (como o tracrolimo), também são mais suscetíveis à infecção fún-

Figura 3 – Otoscopia com presença de hifas (aspecto em algodão), esporos e otorreia



Fonte: Cedida por Dr. Fábio Alencar.

Figura 4 – Otoscopia com presença esporos pretos depositados em hifas e em otorreia



Fonte: Cedida por Dr. Fábio Alencar.

gica. Ao realizar a otoscopia, além de edema e/ou eritema no conduto auditivo externo, a presença de hifas e esporos é um achado clássico (Figuras 3, 4 e 5). As hifas são esbranquiçadas e assemelham-se a algodão, já os esporos são diminutas esferas brancas ou pretas.^{1,4,5}

Como tratar as otites externas?

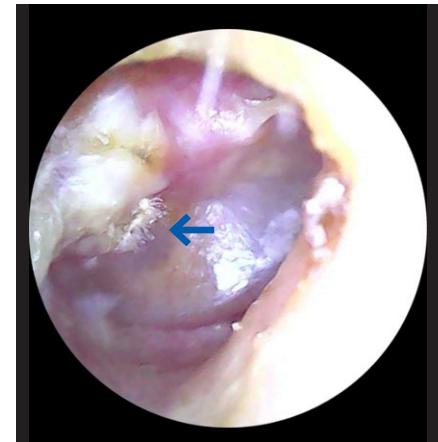
O tratamento das otites externas é tópico, via gotas otológicas, além de limpeza cuidadosa do conduto auditivo externo com o objetivo de remover a descamação epitelial resultante do processo inflamatório. O uso de medicações por via oral, além de pouco contribuir para a resolução das otites externas descomplicadas, está associado a maiores efeitos colaterais e aumento de resistência bacteriana. Desse forma, deve ser reservado para infecções que acometem tecidos profundos ou que se estendem para além do conduto auditivo, atingindo o pavilhão auricular, a face ou o pescoço. Também devem ser prescritos para pacientes com imunodeficiência ou diabetes descontrolada, cujo risco de evolução para otite externa maligna é maior.^{2,5}

Para as otites externas bacterianas, preparações com quinolonas (ciprofloxacino 0,3%) ou aminoglicosídeos (neomicina) são eficientes. Na suspeita de perfuração timpânica ou na presença de tubos de ventilação, deve-se optar pelo ciprofloxacino, já que aminoglicosídeos são potencialmente ototóxicos.^{1,2,4}

Em caso de otorreia abundante ou de intenso edema que impeça a entrada da medicação tópica, o paciente deve ser referenciado a um otorrinolaringologista. Situações como essa requerem aspiração, limpeza otológica e possível posicionamento de curativos que transportem as gotas para dentro do canal auditivo externo.^{1,2,4}

Infecções de origem fúngica também requerem limpeza, com retirada de hifas, micélios e esporos depositados no conduto auditivo externo. Adicionalmente, deve-se prescrever antifúngicos tópicos, em gotas ou cremes, tais como nistatatina, voriconazol e clotrimazol.^{1,4}

Figura 5 – Otoscopia com edema de conduto e presença de pequena quantidade de hifas (seta azul)



Fonte: Acervo pessoal da autora.



O Fluxograma 2 sintetiza os pontos cruciais no tratamento das diferentes otites externas.

Como prevenir otites externas?

O cerume, produzido pelas glândulas sebáceas do conduto auditivo externo, tem como função principal a proteção contra patógenos. Seu pH levemente ácido inibe a proliferação de agentes infecciosos. Assim, fatores que interferem nesse cerume contribuem para a instalação de infecções, tais como: exposição prolongada à água, limpezas com hastes flexíveis, manipulação com dedos ou objetos.^{1,2}

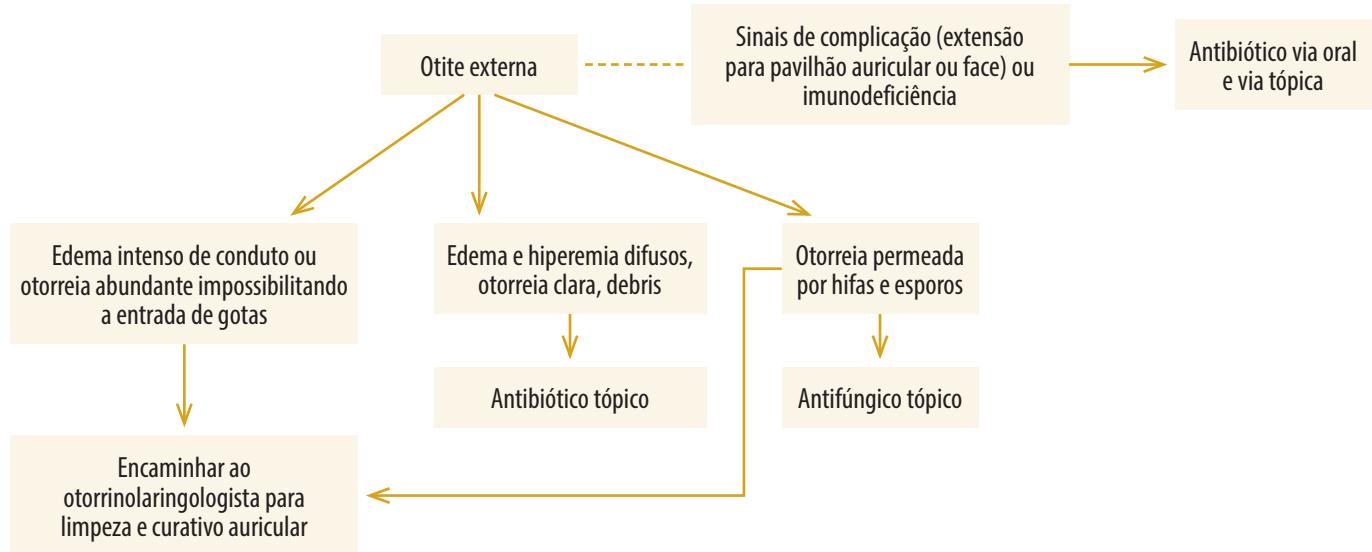
Para prevenir otites externas as recomendações são:

- Não fazer uso de hastes flexíveis;
- Não manipular o conduto auditivo, seja com dedo ou com objetos;
- Considerar secar orelhas com secador de cabelo (em baixa velocidade e em temperatura morna) em casos de otites externas recorrentes e grande exposição à água;
- Considerar uso de touca e protetor auricular em casos de otites externas recorrentes e grande exposição à água.

Mensagem final da autora

Com a maior exposição ao calor e à umidade típicos do verão, espera-se um aumento na incidência de otite externa. Conhecer e diferenciar as características clínicas desta patologia é fundamental para um diagnóstico preciso e um tratamento eficaz.

Fluxograma 1 – Diagnóstico da otite externa



Fonte: Elaborado pela autora.

RINOSSINUSITES AGUDAS - QUANDO TRATAR?

Tania Sih

Professora da Faculdade de Medicina da USP. Presidente da *Interamerican Association of Pediatric ORL* (IAPD). Autora de mais de 35 livros em Otorrinolaringologia Pediátrica.

Ricardo Nasser Lopes

Médico especialista em Otorrinolaringologia e Otorrinolaringologia Pediátrica pela USP - FMRP. Docente da Universidade de Araraquara - UNIARA.

As rinossinusites são afecções de caráter inflamatório que englobam tanto a mucosa das fossas nasais quanto a das cavidades paranasais ou sinusais. Elas podem ocorrer como resultado de infecções virais, bacterianas e fúngicas, além dos fatores irritativos, morfoestruturais e imunológicos.

Atualmente, existem duas diretrizes que orientam sobre sinusites: o europeu *European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps* (EPOS 2020)¹ e o americano *International Consensus in Allergy & Rhinology Rhinosinusitis 2021* (ICAR-RS-21).² Em algumas circunstâncias, utilizamos ora um, ora outro. Por exemplo, em termos anatômicos e temporais são classificadas pelo EPOS 2020, de acordo com a duração e a frequência do processo inflamatório, como rinossinusite aguda (RSA) com até duas semanas de duração, rinossinusite aguda recorrente (RSA-r) com normalidade entre as crises e rinossinusite crônica (RSC) com mais de 12 semanas de duração. Já o ICAR-RS-2021 classifica a sinusite como rinossinusite aguda com quatro semanas, rinossinusite subaguda com quatro a 12 semanas e crônica com duração ≥ 12 semanas.

As RSAs causadas pelas frequentes infecções virais, em especial na população pediátrica, são muito mais prevalentes e expressivas numericamente que as bacterianas. Entretanto, o diagnóstico inadequado faz a grande maioria dessas infecções virais receberem antimicrobianos de forma indiscriminada. A RSA é caracterizada por sintomas que podem durar até 12 semanas. O diagnóstico, na população pediátrica, tem como base dois ou mais dos seguintes sintomas: obstrução nasal, rinorreia anterior ou posterior, tosse diurna ou noturna. O exame de imagem ou a avaliação endoscópica pela fibroscopia não são mandatórios, ou mesmo necessários, para fechar o diagnóstico.

Podemos considerar o diagnóstico de RSA-r quando a criança apresentar em um ano quatro ou mais episódios de rinossinusite aguda bacteriana (RSAB) com absoluta normalidade entre as crises. A RSA-r deve ser abordada como contexto da alta prevalência de quadros virais de repetição em relação aos quadros verdadeiramente bacterianos, como reconhecimento incorreto, levando a um excesso de fármacos desnecessários com potenciais efeitos colaterais.

A rinossinusite crônica (RSC) tem sintomas que duram >12 semanas, com pelo menos dois dos seguintes sintomas:

obstrução nasal, rinorreia anterior ou posterior, tosse e dor ou pressão facial. Nesse caso, a comprovação diagnóstica pela imagem ou pela fibroscopia se impõem. Em alguns poucos casos de RSC na população pediátrica podemos encontrar pólipos, sugerindo patologia de fibrose cística.

Neste artigo abordaremos com ênfase as rinossinusites agudas, mais prevalentes nas crianças. Entretanto, é importante lembrar que a rinossinusite faz parte de um conceito de “vias aéreas unidas” e seus episódios, sejam agudos, recorrentes ou crônicos, podem ser facilitadores ou desencadeadores de doenças das vias aéreas inferiores.

Rinossinusites agudas

Na Pediatria, as RSAs são as mais prevalentes e inúmeras vezes recebem condutas inadequadas. A RSA deve ser diferenciada entre os casos de etiologia viral (RSAV) e bacteriana (RSAB). As RSAs também abrangem os resfriados comuns e as infecções das vias aéreas superiores (IVAS). As crianças em creches, escolas maternais e nos primeiros anos escolares, pela maior exposição aos vírus e bactérias, podem apresentar entre sete a 10 episódios de resfriados comuns em um ano, motivo de inúmeras consultas pediátricas.³

A RSAV é, geralmente, uma doença de caráter autolimitado, mas acaba recebendo fármacos desnecessários e com potenciais efeitos colaterais. É de suma importância diferenciar entre viral e bacteriana para direcionar a conduta com a melhor relação custo-benefício com relação às propostas terapêuticas. Estima-se que apenas entre 5-13% das RSA virais evoluam para quadros bacterianos nas crianças.⁴

Na RSAV, o rinovírus é o principal agente etiológico (39-50%), seguido pelos coronavírus, parainfluenza, influenza, adenovírus, enterovírus, metapneumovírus, entre outros.³ O painel molecular para patógenos respiratórios virais por PCR pode direcionar ao vírus, porém, o custo e a acessibilidade ao painel dificultam muito colocá-lo em prática. Em princípio, o diagnóstico é essencialmente clínico, reforçando não ser necessário obter qualquer tipo de exame de imagem para sua confirmação. As alterações nos exames radiológicos podem ocorrer durante uma RSAV, na cavidade sinusal, com opacidade ou nível líquido, mas de caráter viral. Portanto, as alterações ra-

diológicas podem ocorrer durante o curso de uma RSAV. Nos primeiros dias, os pacientes podem apresentar febre, dor de garganta, rinorreia, tosse, obstrução nasal, mal-estar, astenia, cefaleia e espirros. Nos primeiros 3-5 dias os sintomas podem ser mais intensos e, após o quinto dia, começam a desaparecer gradualmente. Porém, coriza, tosse, dor de garganta e inapetência podem persistir por até duas semanas.

Portanto, a história natural da RSAV cursa com um pico mais intenso dos sintomas nos primeiros dias e melhora gradual em poucos dias, mas podendo se arrastar por mais tempo. Essa situação de evolução mais prolongada também é chamada de rinossinusite aguda pós viral (RSA-PV)^{1,5} ou rinossinusite aguda viral prolongada.⁴ Tanto a diretriz americana² quanto a europeia¹ consideram que esses quadros virais (englobando tanto resfriados comuns quanto RSAV) são autolimitados, portanto não deve ser considerada outra etiologia antes de 10 dias de sintomas, a não ser que haja piora nítida dos sintomas após o quinto dia de evolução.⁵

O tratamento da RSA é sintomático, com higiene nasal, analgésicos e antitérmicos, hidratação, repouso e dieta equilibrada, associados ao isolamento domiciliar no período dos sintomas, com o objetivo de evitar propagação das IVAS, principalmente nos casos confirmados de coronavírus, influenza e parainfluenza. Além desses cuidados, o ICAR-RS-2021 também recomenda o spray de corticoide intransal.^{2,5} Nos casos de RSA pelo vírus influenza (confirmado pelo teste molecular por PCR), nas primeiras 48 horas do início dos sintomas o antiviral oseltamivir é preconizado em crianças com idade acima de um ano.

Concluindo, a história natural da RSAV cursa com um padrão nítido de evolução dos sintomas, com pico intenso nos primeiros dias, com melhora gradual em poucos dias, mas pode se prolongar por até 3-4 semanas. O médico não deve prescrever antibiótico nesses casos, pois os quadros virais podem ser prolongados, com melhora gradativa.

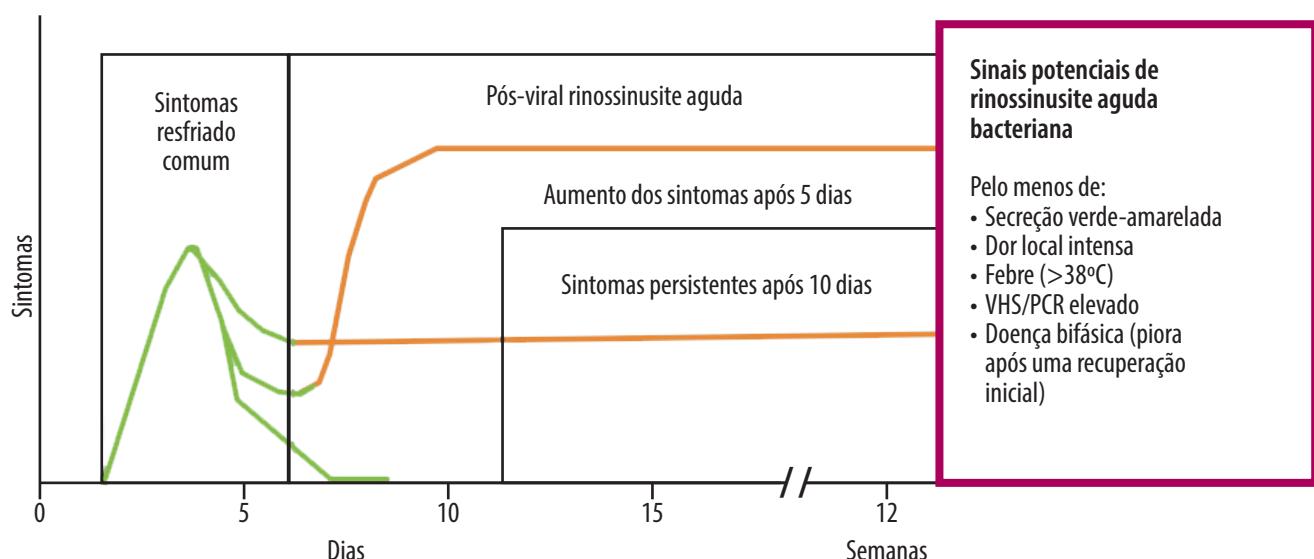
Etiologia bacteriana

Já o diagnóstico de uma RSAB, após um resfriado comum, pode ser realizado diante de três tipos de cenários clínicos (Figura 1). Primeiro (doença persistente): os sintomas típicos de um resfriado não se resolvem em 10 dias e persistem. Segundo (curso de agravamento): inicia-se como um resfriado e, como esperado, apresenta uma melhora dos sintomas, porém no quinto ou sexto dias os sintomas voltam a piorar e tornam-se bastante intensos. Terceiro: os sintomas são agudos e intensos logo de imediato, sem necessariamente iniciar o quadro com um resfriado.³ Essas crianças têm febre alta, tosse significativa e secreção nasal e, muitas vezes, com cefaleia por dois a três dias. Tanto o VHS quanto o PCR podem estar elevados. O ICAR-RS-2021 define como RSAB quando não houver melhora aguda dos sintomas em >10 dias ou quando ocorrer uma piora nítida dos sintomas antes de 10 dias, após uma melhora inicial do quadro (dupla piora).² O EPOS 2020 chama essa mesma situação de rinossinusite aguda pós viral (RSAPV).⁴

Com relação ao diagnóstico por imagem, os médicos não devem solicitá-lo para diferenciar uma RSAV de uma RSAB, uma vez que alterações radiológicas podem ocorrer durante o curso da patologia viral. Não há necessidade de

Figura 1 – Cenários potenciais após um resfriado comum

Aumento de sintomas após 5 dias ou sintomas persistentes após 10 dias com duração de menos de 12 semanas



Fonte: Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. Rhinology. 2020;58(Suppl S29):1-464.

raio-X simples, de tomografia ou de ressonância para fazer o diagnóstico de uma RSA. O diagnóstico é clínico.

Os microrganismos bacterianos mais envolvidos na RSAB são o *Streptococcus pneumoniae*, o *Haemophilus influenzae* e a *Moraxella catarrhalis*, sendo estes os mais isolados em infecções bacterianas do trato respiratório superior. O *Streptococcus pyogenes* e os anaeróbios não são muito comuns.

Alguns pais procuram os médicos quando a criança apresenta congestão nasal e coriza há 4-5 dias. Temos, insistente, que educar as famílias e as convencer a esperar pelo menos 10 dias após o início do quadro viral das vias aéreas superiores antes de iniciar a antibioticoterapia. Recomenda-se o antibiótico nos casos da sinusite com quadros de início intenso ou com agravamento de um quadro de resfriado. Já no caso das crianças que tenham sintomas por 10 dias, é aconselhável aguardar mais três dias para iniciar o antibiótico.

Os antimicrobianos recomendados são os beta-lactâmicos (amoxicilina, amoxicilina com clavulanato ou algumas cefalosporinas, como a Cefuroxima e o Cefdinir ou a Ceftriaxona em casos de vômitos, diarreia ou sem resposta clínica com os anteriores). Nos casos de alergia mediada por IgE, pode-se usar um macrolídeo (claritromicina). Se seguirmos as recomendações do ICAR-RS-2021, o corticoido intranasal associado ao antibiótico apresenta um melhor

controle dos sintomas dos pacientes com RSAB. Higiene nasal com solução salina, analgésicos e antitérmicos também devem ser preconizados.

Mensagem final dos autores

O objetivo principal desta revisão foi enfatizar o uso racional dos antimicrobianos que são indicados para um grupo pequeno de crianças com RSA, uma vez que uma proporção significativa das infecções rinossinusais têm resolução espontânea, sendo virais e autolimitantes.

Referências

1. Folkens NJ, Lund VJ, Hopkins C, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. *Rhinology*. 2020;58(Suppl S29):1-464.
2. Orlandi RR, Kingdon TT, Smith TL, et al. International consensus statement on allergy and rhinology: rhinosinusitis 2021. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2021;11:723-739.
3. Baroody F, Sih TM. Atualização em Sinusite. In: Sih TM, Chirski A, Eavey R, Godinho R. XVIII Manual de Otorrinolaringologia da IAP. Ed Vida & Consciência. 2015. p. 45-161.
4. ABORL. Rinossinusites: Evidências e Experiências - 2024. Realização: Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (ABORL-CCF), 2024.
5. Macoto E, Luz GR. EPOS 2021 e ICAR-RS-2021. Quais as diferenças entre as novas diretrizes europeias e americanas em rinossinusite? In: Sih TM, Godinho R. IVAS - Infecções de Vias Aéreas nas Crianças. Ed. DistriMAX. 2024. p. 92-103.

Disclaimer: Parágrafos não referenciados correspondem à opinião e/ou prática clínica do(s) autor(es).





1º CONGRESSO MUNDIAL,
5º BRASILEIRO e 5º PAULISTA de

Urgências e Emergências Pediátricas

25 a 28 de março de 2026

Centro de Convenções Frei Caneca • São Paulo

Trabalhos científicos – Prazo para envio: 12 de janeiro de 2026

Inscreva-se nos cursos pré-congresso • 25 de março de 2026

Os cursos pré-congresso já estão disponíveis.

São 13 cursos interativos com temas variados e atuais de Emergência Pediátrica, promovendo conhecimento e habilidades adicionais.

CURSOS PRESENCIAIS EM PORTUGUÊS (vagas limitadas)

- Abordagem da via aérea infantil – via aérea e via aérea difícil
- Habilidades na Emergência Pediátrica
- Especialidades na Emergência Pediátrica
- Ultrassom point-of-care em Emergência Pediátrica: workshop
- Atendimento pré-hospitalar do paciente pediátrico
- Emergências Pediátricas com simulação realística

CURSOS ONLINE EM INGLÊS

- Pocus for the ed physician
- Clinical decision making in pem: how we learn, how we think, how we act
- Critical moments: pediatric hematology-oncology emergency workshop
- Facilitating family presence in pediatric medical resuscitations

CURSOS ONLINE EM ESPANHOL

- Intoxicaciones pediátricas em urgencias
- Abordaje de patologías de salud mental en las urgencias pediátricas
- Ecografía clínica en urgencias pediátricas: de la teoría a la acción mediante olimpíada de casos clínicos

19 de dezembro vence o terceiro prazo de inscrições com desconto!

Acesse o site oficial do evento e confira a programação!

emergenciaspediatricas2026.com.br

Realização:

Sociedade de Pediatria de São Paulo e Sociedade Brasileira de Pediatria

Coorganização Científica:

Sociedad Latinoamericana de Emergencias Pediátricas

e Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

Secretaria executiva:

Ekipe de Eventos

41 3022-1247

ekipe@ekipedeeventos.com.br