

recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

nº **62**

Departamentos Científicos SPSP - gestão 2010-2013
Outubro 2012



Departamento de
Otorrinolaringologia

**Obstrução
nasal na
infância**

Departamento de Dermatologia

**Cuidados com a
pele da criança**



Sociedade de Pediatria de São Paulo

Alameda Santos, 211, 5º andar
01419-000 São Paulo, SP
(11) 3284-9809

Obstrução nasal na infância

Qualquer redução da passagem de ar, desde as narinas até a rinofaringe, pode levar ao quadro de obstrução nasal e representar desde uma simples rinite até uma neoplasia maligna. Dessa forma, as fossas nasais devem ser cuidadosamente estudadas,

para uma melhor definição diagnóstica e introdução da terapêutica mais adequada.

De uma forma mais didática, podem-se separar as diversas causas de obstrução nasal na infância – e seus respectivos tratamentos – em quatro grandes grupos, mostrados no Quadro 1.

Quadro 1. Causas de obstrução nasal na infância e seus respectivos tratamentos

Causas	Tratamento
Congênitas	
Atresia de coana	Cirúrgico
Meningocele/ Meningoencefalocele	Cirúrgico
Glioma	Cirúrgico
Cisto Dermoide	Cirúrgico
Inflamatórias/Infecciosas	
Gripe/resfriado	Clínico
Rinite	Clínico/cirúrgico
Rinossinusite	Clínico/cirúrgico
Adenoidite	Clínico/cirúrgico
Alterações anatômicas	
Desvio Septal	Cirúrgico
Hipertrofia Adenoideana	Cirúrgico
Tumorais	
Tumores benignos	Clínico/cirúrgico
Tumores malignos	Cirúrgico/radioterapia/ quimioterapia

Autora:

Francini Grecco de Melo Pádua

DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
Gestão 2010-2013

Presidente:

Silvio Antonio M. Marone

Vice-presidente:

Shirley Pignatari

Secretário:

Ney Penteado de Castro Junior

Membros:

Alfredo R. Dell'Aringa, Danilo Sanches, Eulalia Sakano, Jair Cortez Montovani, Luc Louis M. Weckx, Luiza Hayashi Endo, Manoel de Nóbrega, Renata Cantisani Di Francesco, Renata Dutra de Moricz, Tania Maria Sih, Wilma Terezinha Anselmo Lima.

Diagnóstico

A partir da anamnese, tem-se um alto grau de suspeita clínica e é a partir dela que os estudos complementares devem ser guiados. Sempre devem ser questionados a **idade**, o **tempo de aparecimento** dos sintomas, os **sintomas associados** (prurido, espirros, rinorreia clara mucóide, clara tipo água de rocha, purulenta, presença ou não de epistaxe, odontalgias, parestesias, roncocal, apneia do sono), se a obstrução é **esporádica** ou **constante**, **unilateral** ou **bilateral**, **fatores de piora e melhora**, entre outros, para se traçar as possíveis hipóteses diagnósticas.

Nos Quadros 2 e 3 encontra-se um resumo dos principais sintomas, sinais e tempo de evolução das principais causas de obstrução nasal na infância e os sintomas mais frequentes nas rinossinusites agudas e crônicas, respectivamente.

Deve-se lembrar de que a criança com rinossinusite crônica deve ser investigada à procura de fatores predisponentes (IVAS de repetição/alergia/doença do refluxo/imunodeficiências/fibrose cística/discinesia ciliar/alte-

rações anatômicas/tumores/malformações congênitas e aumento das adenóides) para o tratamento adequado.

Exames complementares

A **nasofibroscoopia** é mandatória em todos os pacientes com queixa de obstrução nasal. Permite observar os meatos nasais inferiores, médios e superiores, as conchas nasais, a coana e a rinofaringe. Qualquer alteração anatômica que se encontre nessas regiões pode ser visualizada.

Enquanto o **Rx de cavum** pode auxiliar na visualização da redução da coluna aérea pelo aumento das vegetações adenoideanas, o **Rx de seios paranasais** tem hoje pouco valor no diagnóstico das rinossinusites por apresentar baixa sensibilidade e baixa especificidade, não sendo indicado para o diagnóstico das doenças sinusais.

A **tomografia computadorizada (TC) de seios paranasais** deve ser realizada com intuito complementar, para visualização de possíveis alterações dentro dos seios paranasais (SSPN), sendo importante para a análise das es-

expediente

**Diretoria da Sociedade de
Pediatría de São Paulo**
Triênio 2010 - 2013

Diretoria Executiva

Presidente:

Clóvis Francisco Constantino

1º Vice-Presidente:

Mário Roberto Hirschheimer

2º Vice-Presidente:

Eraldo Samogin Fiore

Secretário Geral:

Maria Fernanda B. de Almeida

1º Secretário:

João Coriolano Rego Barros

2º Secretário:

Ana Cristina Ribeiro Zoller

1º Tesoureiro:

Lucimar Aparecida Françoço

2º Tesoureiro:

Aderbal Tadeu Mariotti

Diretoria de Publicações

Diretora: Cléa Rodrigues Leone

Revista Paulista Pediatría

Editora: Ruth Guinsburg

Editora associada: Sônia Regina

Testa da Silva Ramos

Editores executivos:

Amélia Miyashiro N. Santos

Antônio A. Barros Filho

Antônio Carlos Pastorino

Celso Moura Rebello

Mário Cicero Falcão

Departamentos Científicos

Diretor:

Rubens Feferbaum

Membros:

Ciro João Bertoli

Sérgio Antônio B. Sarrubbo



L.F. COMUNICAÇÕES

Produção editorial:

L.F. Comunicaçãoes Ltda.

Editor:

Luiz Laerte Fontes

LLFontes@LFComunicacoes.com.br

Revisão:

Otacília da Paz Pereira

Arte:

Lucia Fontes

Lucia@LFComunicacoes.com.br

Quadro 2. Quadro clínico das doenças inflamatórias/infecciosas mais frequentes que podem levar à obstrução nasal na infância

	Quadro clínico	Tempo de evolução
Gripe	Início súbito Febre alta, cefaleia intensa, tosse, dor de garganta, mialgia, congestão nasal, cansaço, fraqueza e falta de apetite, apresentando, de uma forma geral, sintomas mais intensos do que no resfriado comum. A associação da tosse e da febre no mesmo paciente apresenta um valor preditivo positivo de cerca de 80% em diferenciar a infecção pelo vírus Influenza dos outros quadros de infecção viral.	<10 dias
Resfriado comum	Sintomatologia mais discreta Sintomas iniciais: cefaleia, espirros, calafrios e dor de garganta Sintomas tardios: coriza, obstrução nasal, tosse e mal estar.	<10 dias
Rinossinusite aguda	Obstrução nasal/congestão facial Rinorreia anterior/posterior Alteração do olfato Dor facial	>10 dias e/ou piora dos sintomas no 3-5º dia < 12 semanas
Rinossinusite crônica	Obstrução nasal/congestão facial Rinorreia anterior/posterior Alteração do olfato Dor facial Respiração oral	>12 semanas
Rinite	Coriza Espirros Prurido nasal e/ou ocular Obstrução nasal	Intermitente: <4x/ semana; <4sem/ano Persistente: >4x/ semana; >4sem/ano
Hipertrofia de adenoide	Obstrução nasal, respirador oral, roncos, baba no travesseiro, "encatarrado", sono agitado, dificuldade em ganhar peso	Geralmente a partir dos dois anos, podendo ser mais precoce
Malformações congênicas	Cisto dermoide: tumoração arredondada geralmente em linha média do nariz. Glioma extranasal: massa firme, não compressível nem pulsátil, que não se expande com o choro da criança. Ao longo da sutura nasomaxilar ou próximo à glabella intranasal: região da concha média e parede lateral do nariz, lembrando massas polipóides róseas, que não se distendem com o choro. Encefalocelos histologicamente idênticas aos gliomas, mas apresentam conexão com o sistema nervoso central e contêm liquor. extranasal, intranasal ou em combinação. Aumentam de tamanho com o choro ou esforço físico. Atresia de coanas: Unilateral: obstrução nasal e rinorreia unilaterais Bilateral: obstrução nasal bilateral, associado com outras malformações congênicas (oculares, cardíacas, SNC, otológicas e geniturinárias)	Desde o nascimento
Tumores	Benignos: Obstrução nasal unilateral Crescimento lento TCSSPN sem erosão óssea Malignos: Obstrução nasal unilateral Outros sintomas que sugerem invasão: dor facial, neurites, epistaxe Crescimento rápido TCSSPN pode ter erosão óssea	

truturas ósseas. Assim, pode sugerir patologias benignas ou malignas de acordo com as características vistas. Pode mostrar comunicações intracranianas. É importante para o planejamento cirúrgico pré-operatório. Devem ser solicitadas nas suspeitas de malformações congênicas e de tumores nasossinusais, assim como nas suspeitas de complicações das rinossinusites.

A **ressonância magnética (RNM) de seios paranasais** deve ser solicitada sempre que houver suspeita de acometimento intracraniano ou orbitário.

A **angiografia** é realizada na suspeita de tumores

vasculares que estão com planejamento cirúrgico, para embolização prévia.

Tratamento clínico

Enquanto a **rinossinusite viral** deve ser tratada com sintomáticos como os analgésicos, antitérmicos e lavagem nasal; na **rinite alérgica** é preconizado o tratamento escalonado com base em evidências como é mostrado nos Quadros 4 e 5.

Nos Quadros 6 e 7 pode-se observar o tratamento preconizado para a **rinossinusite aguda bacteriana** com base em evidências, assim como o fluxograma su-

Quadro 3. Frequência de sinais e sintomas das rinossinusites agudas e crônicas em crianças

Sintoma	%	Aguda <12 semanas	Crônica >12 semanas
Rinorreia	71-80	X	X
Tosse	50-80	X	X
Febre	50-60	X	
Dor	29-33	X	
Obstrução nasal	70-100		X
Respiração oral	70-100		X
Queixas otológicas Otite média recorrente/otite média efusão	40-68		X

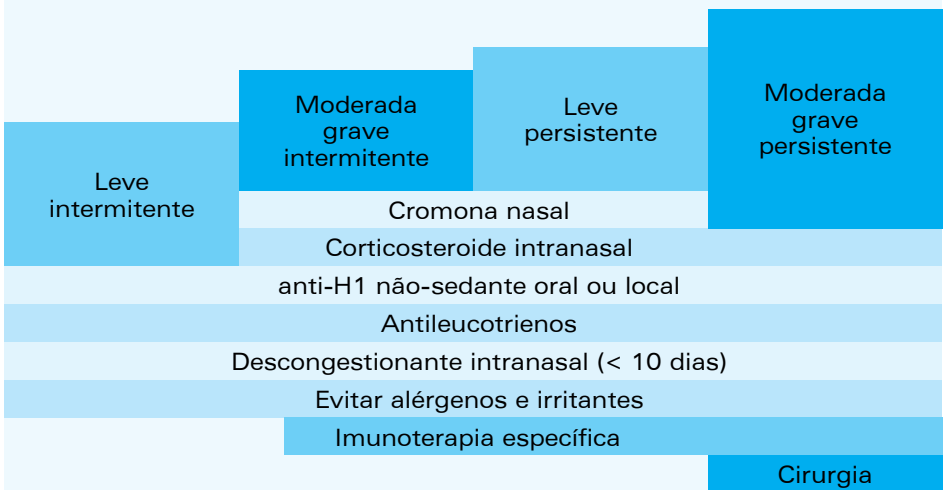
gerido. A amoxicilina ainda é considerada primeira escolha, lembrando que os microrganismos mais frequentes são o *Streptococcus pneumoniae*, o *Haemophilus influenzae* e a *Moraxella catarrhalis*. No Quadro 8, observam-se os antimicrobianos sugeridos de acordo com a gravidade e evolução da doença, segundo dados norte-americanos. O único cuidado em avaliar o Quadro 8 em questão é que, no Brasil, a associação de sulfametoxazol e trimetoprim apresenta grande resistência

bacteriana, diferentemente do que ocorre nos EUA.

A **adenoidite aguda bacteriana** deve ser tratada em semelhança a rinossinusite aguda bacteriana e esta diferenciação só é possível quando o exame físico for realizado com nasofibrocopia.

Alguns **tumores benignos**, como o hemangioma – que é o tumor mais frequente da infância – vão envolver com o tempo e, portanto, devem ser apenas monitorizados.

Quadro 4. Tratamento escalonado com base em evidências para o tratamento da rinite alérgica



Anti-H1 = antirreceptores H1 da histamina

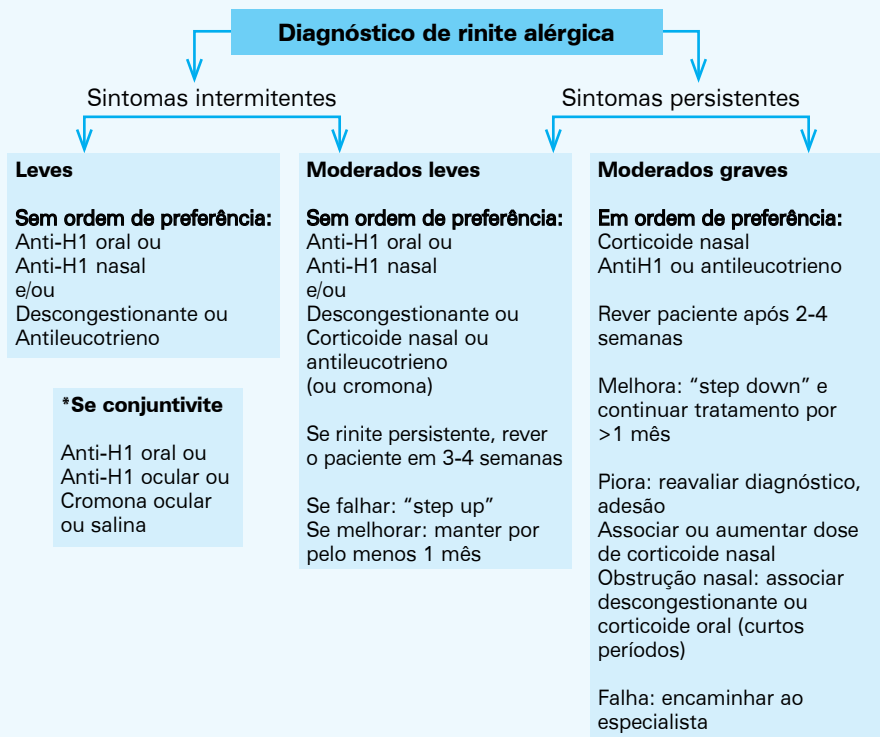
Fonte: Referência 2

Tratamento cirúrgico

Na maioria dos casos, a realização da cirurgia endonasal sob visão endoscópica permite um ótimo resultado com baixa morbidade. Assim,

esta indicada nas correções das malformações congênicas, na remoção das adenoides, na redução do tamanho das conchas nasais (nos pacientes que não melhoraram a obstrução nasal

Quadro 5. Fluxograma de tratamento da rinite alérgica



Evitar alérgenos e irritantes pode ser apropriado

Considerar imunoterapia específica

com tratamento clínico), na correção do desvio do septo (realizada de forma mais conservadora nas crianças, e apenas nos casos mais acentuados até aguardar o estirão de crescimento), na remoção de tumores benignos (como os pólipos coanais e os naso-angiofibromas juvenis) e em tumores malignos como os sarcomas.

Sabe-se que aproximadamente 80% das crianças com queixas de rinossinusite crônica melhoram apenas com a remoção das adenoides. Nos casos em que essa melhora não for evidente, a abertura dos seios paranasais também com o uso do endoscópio

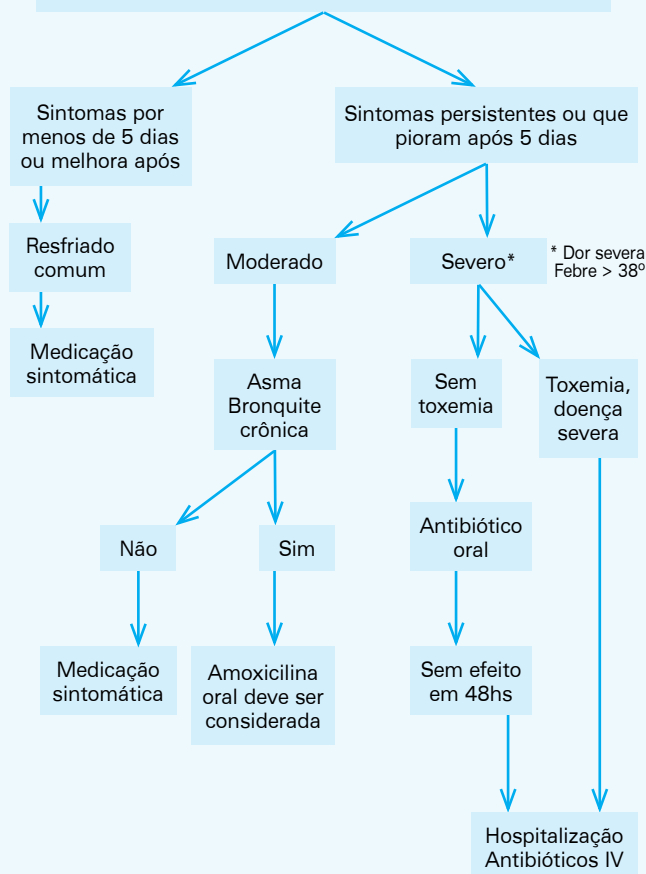
pode estar indicada. Chama a atenção que, nos últimos anos, a indicação para a remoção das adenoides ocorre tanto por fator obstrutivo (criança respiradora oral) como infeccioso (criança “encatarrada” com sintomas de rinossinusite crônica), mesmo que a mesma não seja tão aumentada. Isto porque as adenoides podem funcionar como um verdadeiro reservatório bacteriano, perpetuando o processo inflamatório/infeccioso. Os biofilmes são encontrados na superfície das adenoides em cerca de 95% das crianças com sintomas de rinossinusite crônica.

Quadro 6. Tratamento da rinossinusite aguda nas crianças, com base em evidências

Terapia	Nível	Grau de Recomendação	Relevância
Antibiótico oral	1a	A	Sim, após 5 dias e casos severos
Corticosteroide tópico	IV	D	Sim
Corticosteroide tópico + antibiótico oral	1b	A	Sim
Descongestionante tópico	III (-)	C	Não
Ducha nasal	IV	D	Sim

Quadro 7. Fluxograma de tratamento da rinossinusite aguda nas crianças

Início súbito de 2 ou mais sintomas, um dos quais:
 Bloqueio/congestão/obstrução nasal ou
 Rinorreia anterior ou posterior;
 ± dor/pressão facial
 ± redução ou perda do cheiro;
 Exame: rinoscopia anterior



Referências bibliográficas

1. Pinheiro SD, Freitas MR. Obstrução Nasal. In: Tratado de Otorrinolaringologia. Campos CAH; Costa HOO (eds). São Paulo: Rocca; 2003, vol. 3, pgs 166-174.
2. Bousquet et al. ARIA 2008. Allergy 2008;63:8-160.
3. Fokkens et al. EPOS3. Rhinology 2007; Supplement 20.
4. Voegels RL e Lessa M. Rinologia e Cirurgia Endoscópica dos Seios Paranasais, Rio de Janeiro, Editora Revinter, 2006.
5. Pádua FGM. Rinossinusites Agudas. In: Pronto Socorro condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: Manole, 2006, pgs642-646.
6. Sakano E et al. Diretrizes Brasileiras de Rinossinusites. Rev Bras Otorinolngol Suplemento vol.74 març/abr 2008.
7. Pádua F, Thomé D, Pinna F, Voegels R. Rinossinusites crônicas In: Rinologia e Cirurgia Endoscópica dos Seios Paranasais, Rio de Janeiro, Editora Revinter, 2006, pgs111-136.
8. Lusk R. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2006; 14:393-396.

Severo = grave

Fonte: Referência 3

Quadro 8. Antimicrobianos preconizados no tratamento da rinosinusite aguda bacteriana na infância

Terapia inicial em crianças

Opção terapêutica se não houver melhora ou piorar em 72hs

Doença leve SEM USO RECENTE DE ANTIBIÓTICO
(nas últimas 4-6 semanas)

Amoxicilina
(45-90mg/kg/dia)
Amoxicilina/Clavulanato
Cefuroxima axetil

Amoxicilina/Clavulanato
(90mg/6,4mg/kg/dia)
Ceftriaxona
Terapia combinada

Alérgicos aos β -lactâmicos:

Trimetopim/
Sulfametoxazol
Azitromicina,
Claritromicina,
Eritromicina

Reavaliar paciente
Terapia combinada

Doença leve COM USO RECENTE DE ANTIBIÓTICO
(nas últimas 4-6 semanas) OU DOENÇA MODERADA

Amoxicilina/Clavulanato
Ceftriaxona

Reavaliar paciente

Alérgicos aos β -lactâmicos:

Trimetopim/
Sulfametoxazol
Azitromicina,
Claritromicina,
Eritromicina
Clindamicina

Reavaliar paciente
Terapia combinada
(Clindamicina/ Ceftriaxona)

Fonte: Referência 12

9. Granato L. Malformações Nasais na Linha Média. In: Tratado de Otorrinolaringologia. eds Campos CAH; Costa HOO. São Paulo: Roca, 2003, vol 3, pgs 150-159.

10. Takara CK, B FO. Atresia Coanal Congênita. In: Tratado de Otorrinolaringologia, eds Campos CAH; Costa HOO. São Paulo: Roca, 2003, vol 3, pgs 160-165.

11. Stammberger, H. FESS. Philadelphia: BC Decker, 1991:204.

12. Sinus and Allergy Health Partnership. Otolaryngol Head Neck Surg, 2004; 130(1):S1:50.

13. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Management of Sinusitis and Committee on Quality Improvement: Clinical Practice guideline: management of sinusitis. Pediatrics 2001; 108:798-808.

14. Pádua FGM e Wolf G. Cirurgia Endoscópica Endonasal na População Pediátrica. In: Rinologia e Cirurgia Endoscópica dos Seios Paranasais, Rio de Janeiro, Editora Revinter, 2006, pgs:77-90.

15. Brook I. Curr Allergy Asthma Rep 2005; 5:482-490.