



As Infecções de vias aéreas superiores (IVAS) virais normalmente se resolvem sem tratamento, em 7 a 10 dias. Contudo, cerca de 5% a 10% delas evoluem para rinossinusite bacteriana aguda, inclusive em menores de 2 anos. A distinção entre essas duas patologias, que pode ser dificultada pela sobreposição de infecções virais, é o principal desafio para o diagnóstico.

I - ASSISTENCIAL

1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

O diagnóstico é essencialmente clínico, e é dado pela complicação de um episódio de IVAS com algum dos cenários a seguir:

1.1 – Sintomas persistentes: Persistência por mais que 10 dias, sem melhora, de sintomas nasais (independentemente do aspecto da secreção) e/ou tosse diurna (que pode ser agravada à noite).

1.2 – Sintomas preocupantes no início do quadro: Início concomitante de febre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ e secreção nasal purulenta, que perduram por, pelo menos, 3 a 4 dias consecutivos.

1.3 – Piora sintomática: Piora aguda e substancial dos sintomas respiratórios ou início de febre ou cefaleia após período inicial de melhora clínica. Ocorre geralmente entre o 6º e 7º dia de doença.

2. EXAMES DE IMAGEM

Exames de imagem não devem ser solicitados para o diagnóstico, já que não distinguem a sinusite bacteriana aguda de outras causas de inflamação dos seios paranasais, como IVAS de etiologia viral ou processos alérgicos.

Por outro lado, na suspeita de complicações orbitárias ou intracranianas deve ser solicitada tomografia computadorizada (TC) de seios da face, crânio e órbitas, com contraste endovenoso.

3. COMPLICAÇÕES

3.1 - Celulite pré-septal: Complicação mais comum, caracterizada por edema e eritema palpebral

3.2 - Celulite pós-septal e abscesso orbitário: Podem incluir dor à movimentação ocular, edema conjuntival, proptose, oftalmoplegia, diplopia e perda visual.

3.3 - Complicações intracranianas (trombose de seio cavernoso, meningite, osteomielite do osso frontal, abscesso epidural, subdural ou cerebral): Podem cursar com cefaleia e vômitos persistentes e/ou que requeiram internação, alteração de nível de consciência, fotofobia, convulsões, déficit neurológico focal e sinais de irritação meníngea.

4. MICROBIOLOGIA

Os principais agentes etiológicos da sinusite bacteriana aguda são *H. influenzae* (não tipável), *S. pneumoniae* e *M. catarrhalis*. Já nos casos complicados são comuns as infecções polimicrobianas, com predomínio de *Streptococcus sp.*, anaeróbios e *Staphylococcus sp.* Cerca de 11% a 45% dos pneumococos têm resistência total ou intermediária à penicilina, enquanto aproximadamente 30 a 50% de *H. influenzae* e quase 100% de *M. catarrhalis* são produtores de beta-lactamase e, portanto, resistentes à amoxicilina.

4. TRATAMENTO DOMICILIAR

4.1 - Início da antibioticoterapia:

- Deve ser imediato nos seguintes casos:

- Sintomas preocupantes no início do quadro ou piora sintomática

- Uso de antibióticos nas últimas 4 semanas

- Outra infecção bacteriana concomitante

- Doenças de base (asma, fibrose cística, imunodeficiência), cirurgia prévia de seios da face ou anormalidades anatômicas do trato respiratório superior

- Nos diagnósticos por sintomas persistentes que não se enquadrem nos critérios acima, pode ser considerada a conduta expectante por três dias, com posterior antibioticoterapia caso não haja melhora do quadro ou em casos de piora clínica.

4.2 – Fatores de risco para resistência bacteriana à amoxicilina:

- Crianças < 2 anos
- Creche
- Uso de antibiótico nas últimas 4 semanas
- Internação nos últimos 5 dias
- Vacinação incompleta contra pneumococo

4.3 – Antibioticoterapia empírica:

- Dada a resistência do pneumococo e *H. influenzae* à azitromicina e ao sulfametoxazol+trimetoprim, tais antibióticos não devem ser utilizados para o tratamento da sinusite bacteriana aguda

Maiores de 2 anos, sem fatores de risco para resistência bacteriana, com quadro leve/moderado, não complicado:

- Amoxicilina 80-90mg/Kg/dia, 12/12h, por 10 dias. Máximo de 2g/dose ou
- Amoxicilina + clavulanato 45mg/Kg/dia, 12/12h, por 10 dias.

Menores de 2 anos, crianças com fatores de risco para resistência bacteriana ou com quadro moderado/grave:

- Amoxicilina + clavulanato 80-90mg/Kg/dia, 12/12h, por 10 dias. Máximo de 2g/dose. Para que seja mantida a dose padrão de clavulanato (6,4mg/Kg/dia), deve ser usada a formulação de 600mg + 42,9mg/5ml.

Pacientes com alergia a penicilinas:

- História de reação alérgica leve, tardia (>72h): Axetil-cefuroxima 30mg/Kg/dia, 12/12h, por 10 dias
- História de reação alérgica imediata (anafilaxia, broncoespasmo) ou reação tardia grave (Sd. Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica): Levofloxacino 10-20mg/Kg/dia, a cada 12 ou 24 horas, por 10 dias.

Pacientes com vômitos, que não toleram medicação VO

- Ceftriaxone 50mg/Kg/dia EV ou IM, seguida de terapia VO após melhora dos vômitos

4.4 – Falha de tratamento:

- Piora substancial a qualquer momento após o início do tratamento ou ausência de melhora após 3 dias

Tratamento inicial com amoxicilina (qualquer dose) ou com amoxicilina + clavulanato 45mg/Kg/dia:

- Amoxicilina + clavulanato 80-90mg/Kg/dia, 12/12h, por no mínimo 10 dias. Máximo de 2g/dose. Para que seja mantida a dose padrão de clavulanato (6,4mg/Kg/dia), deve ser usada a formulação de 600mg + 42,9mg/5ml. Ou:
- Ceftriaxone 50mg/Kg/dia EV ou IM (máximo de 4g/dia) por 1 a 3 dias, seguido de amoxicilina + clavulanato, conforme descrito acima.

Tratamento inicial com amoxicilina + clavulanato 80-90mg/Kg/dia:

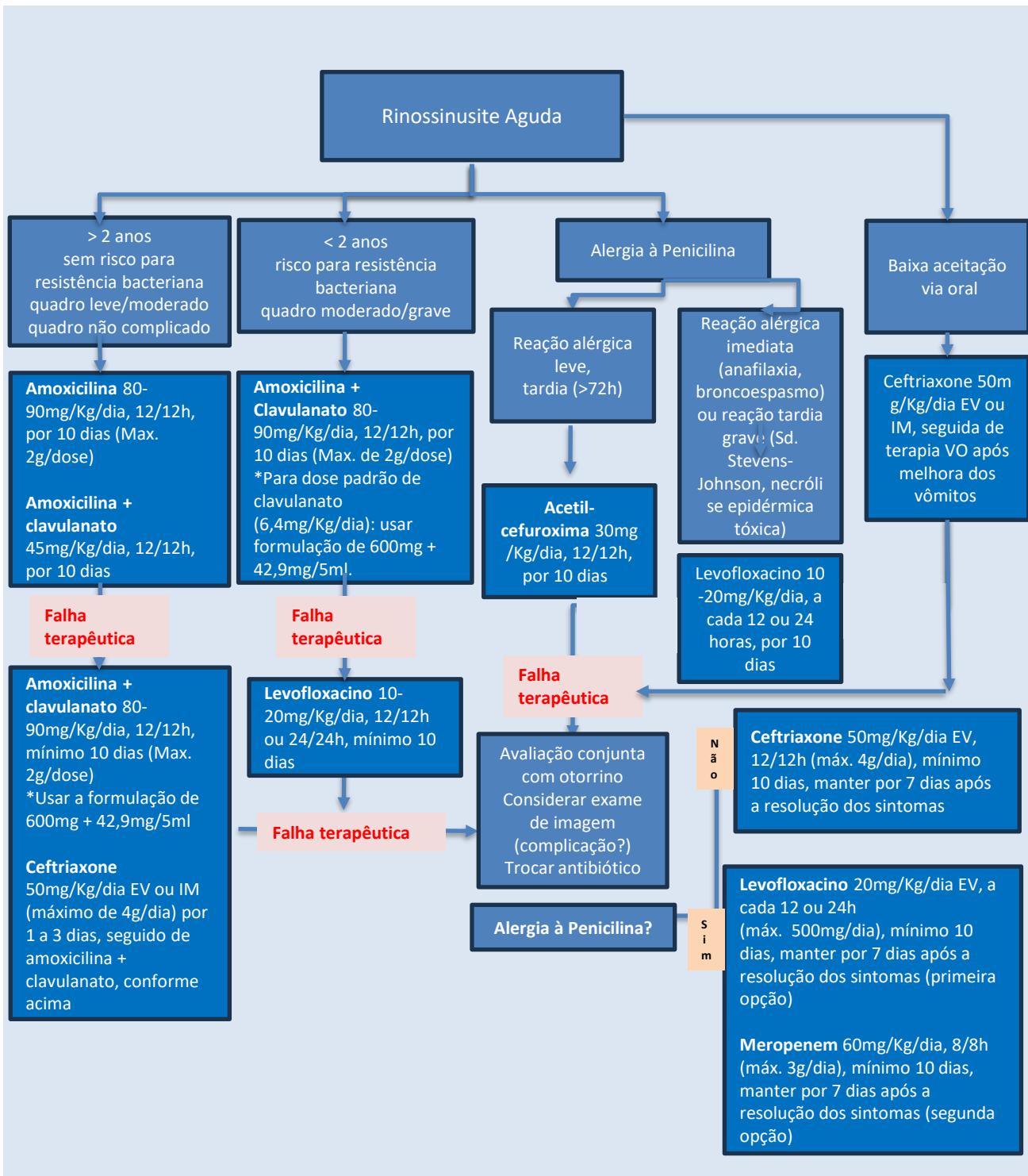
- Levofloxacino 10-20mg/Kg/dia, a cada 12 ou 24 horas, por no mínimo 10 dias

Falha na segunda terapia: Internação hospitalar

- Sem alergia a penicilinas: Ceftriaxone 50mg/Kg/dia EV, 12/12h (máximo 4g/dia)
- Contraindicação a penicilinas: Levofloxacino 20mg/Kg/dia EV, a cada 12 ou 24h (máximo 500mg/dia), ou Meropenem 60mg/Kg/dia, 8/8h (máximo 3g/dia).

4.5 – Tratamento sintomático:

- Solução salina nasal pode auxiliar na prevenção de formação de crostas e na liquefação das secreções nos seios da face
- Anti-histamínicos, descongestionantes e corticoides nasais não têm benefícios comprovados no tratamento da sinusite bacteriana aguda, e podem levar a efeitos colaterais (drenagem prejudicada dos seios da face e comprometimento da distribuição de antibiótico na mucosa nasal). Tais medicamentos podem, no entanto, ser benéficos para pacientes com rinite alérgica subjacente.



5. TRATAMENTO INTRA-HOSPITALAR

5.1 – Indicações de internação:

- Toxemia
- Suspeita ou confirmação de complicações (com possível exceção de pacientes >1 ano com celulite pré-septal, abertura ocular >50% e sem sinais de toxemia, que podem ser tratados ambulatorialmente, caso assegurada reavaliação em 24 horas)

- Falha de tratamento ambulatorial com amoxicilina + clavulanato em dose alta, cefalosporina de 3ª geração ou levofloxacino

5.2 – Presença de complicações: tratamento direcionado para a complicação apresentada

5.3 – Ausência de complicações

Ceftriaxone 50mg/Kg/dia EV, 12/12h (máximo 4g/dia) ou

Ampicilina + sulbactam 200-400mg/Kg/dia EV, 6/6h (máximo de 8g de ampicilina/dia) ou

Levofloxacino 20mg/Kg/dia EV, a cada 12 ou 24h (máximo 500mg/dia)

5.4 – Falha de tratamento endovenoso inicial:

- Adicionar Vancomicina 60mg/Kg/dia EV, 6/6h (máximo 4g/dia) +/- Metronidazol 30mg/Kg/dia EV, 6/6h (máximo 4g/dia)

II – GLOSSÁRIO

EV - Endovenosa

IM - Intramuscular

VO – Via oral

III – HISTÓRICO DE REVISÃO

Rafael da Silva Giannasi Severini | Graziela de Almeida Sukysor 12/06/2024 – Revisão conteúdo

6. Referências Bibliográficas

- [1] Wald ER, Applegate KE, Bordley C, Darrow DH, Glode MP, Marcy SM, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years. *Pediatrics*. 2013;132(1):e262-80.
- [2] Marom T, Alvarez-Fernandez PE, Jennings K, Patel JA, McCormick DP, Chonmaitree T. Acute bacterial sinusitis complicating viral upper respiratory tract infection in young children. *Pediatr Infect Dis J*. 2014;33(8):803-8.
- [3] Pappas DE, Hendley JO. Sinusitis. In: Kliegman RM, St Geme III JW, editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 21st ed: Elsevier; 2020.
- [4] Rhinosinusitis. In: Cherry JD, Hotez PJ, editors. *Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases*. 8th ed: Elsevier; 2019.
- [5] Wald ER. Acute bacterial rhinosinusitis in children: Clinical features and diagnosis. In: Post TW, editor. *UpToDate*: Wolters Kluwer.
- [6] Wald ER. Acute bacterial rhinosinusitis in children: Microbiology and management. In: Post TW, editor. *UpToDate*: Wolters Kluwer.
- [7] Instituto Adolfo Lutz. *Informação da vigilância das pneumonias e meningites bacterianas*. 2022

Código Documento: CPTW179.2	Elaborador: Renan Adami Ferraz	Revisor: Rafael da Silva Giannasi Severini Graziela de Almeida Sukys	Aprovador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 01/11/2020 Data de Revisão: 12/06/2024	Data de Aprovação: 12/06/2024
---------------------------------------	------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------