



Rinossinusite Aguda em Adultos

A rinossinite (RS) é a inflamação dos seios paranasais e cavidades nasais. Rinossinusite *não complicada* se refere a doença sem evidência clínica de extensão para além dos seios paranasais e cavidades nasais (i.e., sem envolvimento neurológico, oftalmológico ou de tecidos moles) [1].

I. ASSISTENCIAL

1. CLASSIFICAÇÃO QUANTO A DURAÇÃO DOS SINTOMAS

a. Aguda (até 4 semanas)

- Viral (resfriado comum): rinite aguda induzida por vírus respiratórios (ex: rinovírus, coronavírus, VSR, influenza). A RSA pós viral e RSA bacteriana são frequentemente precedidos pelo resfriado.
- Pós-viral: RSA com sintomas em piora após 05 dias ou quando os sintomas são persistentes por mais de 10 dias, com menos de 12 semanas de duração. Está relacionado a inflamação da mucosa nasossinusal durante o período de resolução do resfriado comum. Uma pequena percentagem (0,5 a 2%) dos casos de RSA pós viral evolui com RSA bacteriana.
- Bacteriana: O principal mecanismo é o dano ou redução da função do epitélio mucociliar, que possibilita a multiplicação de agentes bacterianos (ex: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenza, Moraxella catarrhalis). O quadro clínico é caracterizado por RSA com ≥ 3 sintomas/sinais entre os 5 abaixo:
 - Muco ou coloração alterada
 - Dor local intensa (geralmente unilateral)
 - Febre $> 38^{\circ}\text{C}$
 - Dupla piora
 - PCR ou VHS elevados (não devem ser coletados de rotina)
- Recorrente (≥ 4 episódios por ano com intervalos livres de sintomas)

b. Subaguda (4 a 12 semanas)

c. Crônica (mais de 12 semanas)

FLUXOGRAMA 1. MANEJO DA RINOSSINUSITE AGUDA EM ADULTO

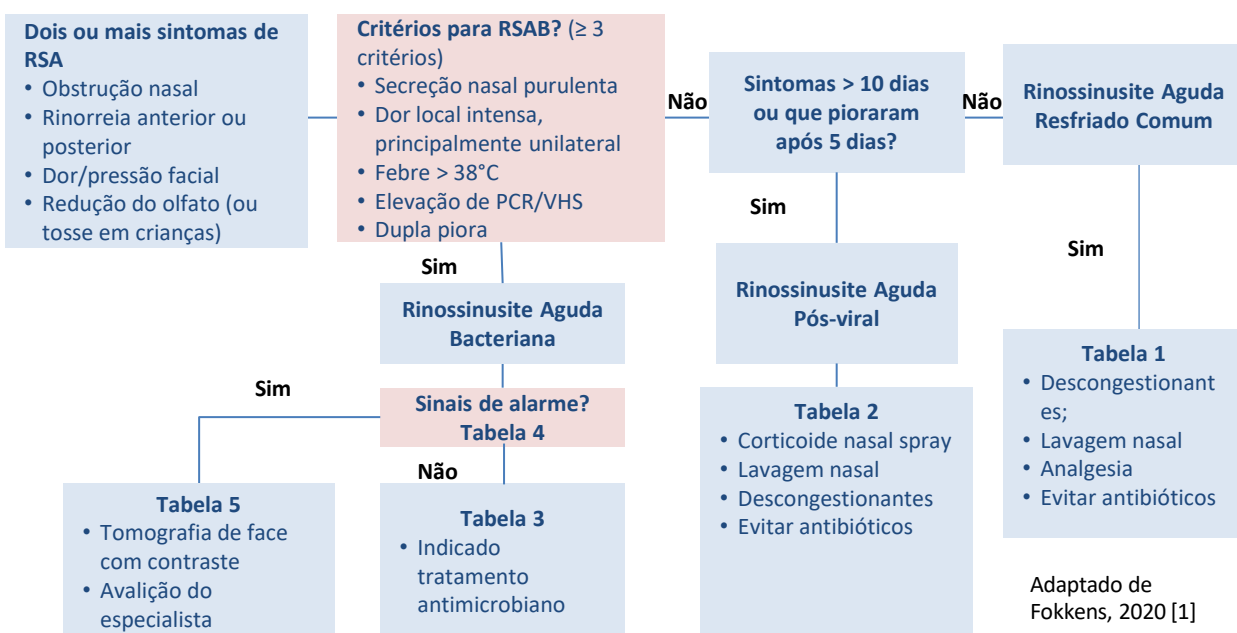


Tabela 1. Tratamento da Rinossinusite aguda viral / Resfriado comum

Classe	Medicação selecionadas	Considerações
Irrigação nasal com solução salina	Spray de solução nasal hipertônica Irrigação de alto volume (250mL) de salina morna, 2x ao dia.	Reduz a rinorreia
Anti-histamínicos	Ex: Loratadina, hidroxizine, fexofenadina, bilastina.	Têm efeito benéfico limitado a curto prazo de utilização (1 a 2 dias de tratamento). Indicado para pacientes alérgicos.
Descongestionante + analgésico	Ex: Paracetamol + cloridrato de pseudoefedrina, Paracetamol + Dimetindeno + Fenilefedrina + Rutosídeo + Ácido Ascórbico	Os descongestionantes orais devem ser evitados em pacientes portadores de doença hepática avançada, cardiovascular, hipertensão e glaucoma
Descongestionantes e anticolinérgicos	Nasal: Cromoglicato dissódico, oximetazolina Inalatório: Brometo de Ipratrópio Oral: Bronfeniramina, Fenilefedrina, Clorfeniramina	A oximetazolina é um descongestionante nasal que pode ser usado nos pacientes altamente sintomáticos, porém não excedendo 02 doses/dia e por até 03 dias devido ao risco de tolerância e efeito rebote. Os descongestionantes orais devem ser evitados em pacientes portadores de doença hepática avançada, cardiovascular, hipertensão e glaucoma

Tabela 2. Tratamento da Rinossinusite Aguda Pós Viral

Classe	Medicação selecionadas	Considerações
Irrigação nasal com solução salina	Spray de solução nasal hipertônica Irrigação de alto volume (250mL) de salina morna, 2x ao dia	Reduz a rinorreia
Corticosteroides intranasais	Mometasona, Fluticasona, Budesonida	Sem efeito adverso significativo
Descongestionantes (oral ou nasal)	Vide Tabela 1	Usar por < 1 semana

Tabela 3. Tratamento antibiótico da Rinossinusite Aguda Bacteriana Não Complicada

Antibiótico	Considerações
Amoxicilina 500mg 3x/dia por 7 a 10 dias Amoxicilina 875mg 2x/dia por 7 a 10 dias Amoxicilina-Clavulanato 500/125mg 3x/dia por 7 a 10 dias Amoxicilina-Clavulanato 875/125mg 2x/dia por 7 a 10 dias	<u>Primeira escolha nos casos sem sinais de alarme, complicações, suspeita ou confirmação de resistência bacteriana</u> (ex: pacientes em uso de antibiótico nos últimos 30 dias para o mesmo quadro). Considerar associar clavulanato em caso de falha ao tratamento com amoxicilina isolada. Contraindicações: hipersensibilidade à penicilinas.
Cefuroxima 500mg 2x/dia por 7 a 10 dias	Primeira alternativa se hipersensibilidade não-anafilática à penicilina.
Levofloxacin 500mg 1x/dia por 7 a 10 dias Moxifloxacin 400mg 1x/dia por 7 a 10 dias	Primeira alternativa se refratariedade do quadro. Primeira opção se hipersensibilidade anafilática a β -lactâmicos. Atentar para risco de ruptura tendínea (*recomendações de alta).
Claritromicina 500mg 2x/dia por 7 a 10 dias	Opção se alergia a β -lactâmicos. Possibilidade de resistência por pneumococo (SIREVA 2017)
Doxiciclina 100mg 2x/dia por 7 a 10 dias	Opção se hipersensibilidade a β -lactâmicos

Tabela 4. Sinais de alarme e possíveis complicações relacionadas a RSA

Tipo de complicação	Sinais Clínicos Sugestivos
Orbitária Celulite pré-septal Celulite orbital Abscesso subperiosteal	• Edema palpebral (periorbital) importante ou progressivo • Proptose (exoftalmia) • Diplopia • Oftalmoplegia ou dor à movimentação ocular • Queda da acuidade visual • Celulite/abscesso orbitário • Febre persistente associada a sintomas oculares
Intracraniana Abscesso/empiema intracraniano Meningite Trombose séptica do seio carvenoso	• Cefaleia intensa, de difícil controle • Alterações do nível de consciência • Convulsões • Déficits neurológicos focais • Rigidez de nuca • Febre alta com toxemia • Papiledema ou sinais de hipertensão intracraniana
Óssea Osteomielite	• Dor frontal localizada • Edema/eritema da região frontal (tumor de Pott) • Formação de fístula com drenagem purulenta • Sensibilidade óssea aumentada

Tabela 5. Tratamento antimicrobiano empírico para RSA bacteriana complicada [1,5]

Quadro Clínico	Esquema Antimicrobiano
Complicações Orbitárias	Ceftriaxona 1000mg EV 12/12h + Clindamicina 600mg EV 6/6h ou Metronidazol 500mg EV 8/8h ± Vancomicina (se gravidade e risco de MRSA)
Complicações Intracranianas	Ceftriaxona ou Cefepime + Metronidazol ± Vancomicina (se gravidade e risco de MRSA)
Infecções odontogênicas	Amoxicilina-clavulanato EV ou piperacilina-tazobactam
Alergia grave a β-lactâmicos	Levofloxacino ou moxifloxacino + clindamicina ± Vancomicina (se gravidade e risco de MRSA)

2. CONSIDERAÇÕES SOBRE O MANEJO DA RINOSSINUSITE:

- **O diagnóstico da rinossinusite aguda deve ser realizado exclusivamente com base em critérios clínicos**, especialmente em casos típicos e não complicados. [5]
- Existe um pequeno, mas significativo efeito benéfico do corticoide sistêmico na dor facial nos casos de RSA pós-viral, podendo desta forma ser usado em casos selecionados.
- **Exames de imagem e exames microbiológicos do aspirado de seios da face não são indicados nas rinossinusites agudas virais ou bacterianas não complicadas** [3].
- O exame clínico do paciente com suspeita de RSA deve incluir pesquisa de sinais de alarme para possíveis complicações relacionadas a esta infecção (tabela 4);
- Os casos complicados devem ser avaliados pelo especialista, realizar TC de seios da face com contraste endovenoso, bem como demais exames conforme julgamento clínico (ex: coleta de LCR, angio-TC intracraniana);
- Se ocorrer falha da antibioticoterapia inicial, deve-se substituir por antibiótico de classe diferente por pelo menos 7 a 10 dias (quinolona deve ser reservado para paciente com hipersensibilidade).
- Nas rinossinusites agudas de provável etiologia viral, os exames devem ser solicitados conforme indicação clínica e Pathway de Coleta de Painel Molecular de Patógenos Respiratórios nas UPAs.

3. RINOSSINUSITE FÚNGICA INVASIVA [5]

- Infecção agressiva e rara, **mais comum em pacientes imunocomprometidos**.
- **Fatores de risco:** Neoplasias hematológicas, transplante de órgãos ou medula, neutropenia por quimioterapia, SIDA, diabetes mellitus, uso de corticosteroides (sistêmicos ou intranasais).
- **Quadro clínico agudo:** geralmente se apresentam de forma aguda com febre, dor facial e congestão nasal, podendo apresentar alterações na visão ou no estado mental. Pode ocorrer dormência facial e diplopia quando há envolvimento de nervos cranianos. Pode haver extensão da infecção para fora dos seios paranasais no momento da apresentação clínica.
- Patógenos comuns (quadro agudo): *Aspergillus spp.*, *Fusarium spp.*, Mucorales
- **Tratamento:** Anfotericina B Lipossomal (discutir com retaguarda de Otorrinolaringologia/SCIH), Voriconazol ou Isavuconazol

4. CRITÉRIOS DE CONTATO E ACIONAMENTO DA OTORRINOLARINGOLOGIA

Contato

- Refratariedade após 2ª linha tratamento
- Rinossinusites recorrentes (≥ 4 episódios em 12 meses)

Acionamento

- Sinais alarme ou complicações relacionadas a RSAB
- Suspeita de rinossinusite fúngica invasiva

5. ORIENTAÇÕES DE ALTA E ALOCAÇÃO SE INTERNAÇÃO

- Na ausência de sinais de complicação, o tratamento pode ser realizado em regime ambulatorial.
- Na presença de sinais de alarme (tabela 4), deve-se iniciar investigação imediata com **exames laboratoriais e tomografia computadorizada da face com contraste intravenoso**. Havendo confirmação de complicações, recomenda-se internação hospitalar, podendo ser necessária a admissão em unidade de terapia intensiva (UTI), conforme a gravidade do caso.
- Na alta hospitalar - realizar consulta precoce com Otorrinolaringologista.
- Durante o uso de Levofloxacino ou Moxifloxacino, evite a prática de atividades físicas intensas ou esportes, devido ao risco de inflamação ou ruptura de tendões. Caso sinta dor, inchaço ou rigidez nos membros — especialmente na região do calcanhar — suspenda o uso da medicação e procure atendimento médico imediatamente.

RETORNAR ao Pronto-atendimento, a qualquer momento, caso ocorra:

- Persistência de febre após 72 horas do início do tratamento ou, caso não apresentasse quando do atendimento, passar a apresentar febre.
- Ocorrência de náuseas e/ou vômitos persistentes.
- Dor de cabeça que não melhora com as medicações analgésicas receitadas ou dor cervical.
- Apresentar alterações na visão (dificuldade para enxergar ou visão dupla), apresentar confusão mental.
- Inchaço ou vermelhidão ao redor dos olhos.

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Solicitação adequada de TC de Seios da Face
- taxa de mortalidade
- taxa de reinternação hospitalar (até 30 dias)
- taxa de complicações

III. GLOSSÁRIO

RS: Rinossinusite
RSA: Rinossinusite aguda
RSC: Rinossinusite crônica
RSAB: Rinossinusite aguda bacteriana
IVAS: Infecção de vias aéreas superiores
TC: Tomografia Computadorizada
UTI : Unidade de Terapia Intensiva

IV. HISTÓRICO DE REVISÕES

22/05/2025 – Revisão Periódica

10/08/2026 Unificado com Hospital Ipiranga por Guilherme Martins de Souza e Emy Akiyama Gouveia

V. Referências

- [1] Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins C., Hellings P.W., Kern R., Reitsma S., et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020 Rhinology. 2020 Suppl. 29: 1-464.
- [2] Dass, K., Peters, A.T. Diagnosis and Management of Rhinosinusitis: Highlights from the 2015 Practice Parameter. *Curr Allergy Asthma Rep* 16, 29 (2016). <https://doi.org/10.1007/s11882-016-0607-8>
- [3] Rosenfeld RM, Piccirillo JF, Chandrasekhar SS, et al. Clinical practice guideline (update): adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015;152(2 Suppl):S1-S39. doi:10.1177/0194599815572097
- [4] Expert Opinion 2017 - Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial Disponível em <https://www.aborlccf.org.br/imageBank/EXPERT-OPINION-ANTIBIOTICOTERAPIA-PARA-RINOSSINUSITE-AGUDA-BACTERIANA-EM-ADULTOS-2017.PDF>, acesso em 26 de maio de 2024.
- [5] Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (ABORL-CCF). Rinossinusites: evidências e experiências – 2024. São Paulo: ABORL-CCF; 2024. Disponível em: <https://www.aborlccf.org.br/>

Código Documento: CPTW155.5	Elaborador: Fernando Gatti Bruno Normandia Castro e Silva Luca Bernardo João Burlamaqui	Revisor: Mauro Dirlando C. Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 20/04/2020 Data de Revisão: 13/08/2026	Data de Aprovação: 13/08/2026
---------------------------------------	---	--	--	---	---