

*Sinusite: Dificuldades Diagnósticas
e Diagnóstico Diferencial*
Mesa Redonda: Debate Multidisciplinar

*Richard Voegels, Joaquim Rodrigues,
Nelson Augusto Rosário Filho, Rainer Haetinger,
Renato Roithman e Washington de Almeida*

Richard Voegels

Iremos aqui, tentar apresentar alguns pontos controversos ou importantes da rinossinusite. Já conversei com os componentes da mesa pedindo respostas objetivas, para que possamos tentar falar o máximo possível sobre esse tópico.

Vou começar a falar um pouquinho sobre a rinossinusite aguda, depois iremos falar sobre a rinossinusite crônica. Os conceitos que vou colocar aqui têm como base as diretrizes européias de rinossinusite, publicadas pela EPO (European Position Paper) em julho de 2007, (Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J et al., European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2007 *Rhinology* 2007;45; suppl. 20: 1-139) muito parecidos com os da Academia Americana que saíram em Outubro de 2007, (Rosenfeld R, Bhattacharyya N, Haydon III R, Marple B, Smith T. Evidence-Based Management of Adult Rhinosinusitis. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery* 2007; Volume 137, Issue 2, Pages P82 - P82), com algumas novidades que vamos poder discutir aqui com os componentes da mesa redonda e ver se concordam ou não.

O primeiro tópico seria a definição de rinossinusite. Obviamente isto é difícil. Não existe uma definição ideal. Nessas últimas diretrizes a rinossinusite ficou classificada como sendo apenas rinossinusite aguda e crônica. Foram retirados os outros termos: subaguda, crônica recorrente ou persistente, intermitente.

Gostaria de perguntar para a mesa, o que acham dessa classificação? Ainda dentro dessa classificação de aguda (menor que 12 semanas) e crônica (maior que 12 semanas) existe a ressalva de não se saber se a rinossinusite crônica seria uma evolução da aguda, que seria o natural acreditarmos, ou seja, em outras palavras, que a crônica seria decorrente de uma rinossinusite aguda mal tratada. Com relação a esta última (a crônica seria decorrente de uma rinossinusite aguda mal tratada), existem evidências que indicam que não é o que ocorre. E, dentro desse quadro, ainda existiriam:

- a rinossinusite aguda viral com até 10 dias com sintomas;
- e a rinossinusite aguda não-viral - a piora dos sintomas após cinco dias do quadro ou sintomas que permaneçam por mais de 10 dias e menos que 12 semanas.

Vou começar perguntando para o Renato Roithman. Você concorda com essa classificação, ou vê algum problema com a mesma?

Renato Roithman

Concordo com essa classificação. Ela tem como base a história clínica, a anamnese. E isso é simples para todos nós executarmos. Basta perguntar ao paciente. Procuo até fazer um desenho, estabelecer temporalmente quando foi o início do quadro, onde o paciente se encontra no desenho. Acho até muito válido. Coloco dia zero na esquerda e vou seguindo para poder estabelecer se o quadro é mais para o agudo ou se já persiste por mais tempo. Isto é importante, pois há toda uma questão de bacteriologia por trás: quanto mais agudo, mais para o lado de vírus, quanto mais crônico vamos pensar em bactérias. Portanto, eu concordo com essa classificação.

Richard Voegels

OK. Se durante a discussão, alguém quiser voltar a esse assunto, não há problemas. Vou passar, agora, para a gravidade da rinossinusite, que é outra dificuldade que temos. Dosar se o quadro é mais ou menos grave. Obviamente nas crianças, isso é um pouco mais complicado. Quanto menor a criança, maior a dificuldade. Mas os trabalhos, de modo geral, aceitam uma escala, com evidência científica, reproduzível, que é a escala analógica visual (VAS - *visual analogic scale*). Nesta escala, o paciente, quando possível, vai dizer qual é a intensidade do seu sintoma, sendo o zero reservado para o paciente sem queixas e dez o sintoma mais intenso. Essa classificação é importante em relação à qualidade de vida, sendo que os sintomas acima de cinco são os que afetam a qualidade de vida. Por isso a dividimos em rinossinusites discretas, moderadas, que seriam de três a sete, e graves, maior que sete. O que você acha Washington, dessa classificação?

Washington de Almeida

A classificação anterior não contemplava essa situação da gravidade. Muitas vezes temos pacientes com sintomas leves e pacientes com sintomas graves que terão abordagens diferentes. Portanto eu também concordo com esta classificação da rinossinusite, tanto da aguda como da crônica.

Richard Voegels

Vou passar para o primeiro caso. É para ilustrar. Pedro, com seis anos de idade, com uma história com dois dias de evolução, tendo começado com quadro de congestão nasal, coriza e febre. Um quadro típico de resfriado. O paciente também referiu cefaléia frontal, sem nenhuma outra queixa associada. Com esse quadro, muito comum no nosso consultório, vou perguntar para o Joaquim Rodrigues, (o Washington Almeida e o Renato Roithman são otorrinolaringologistas, o Joaquim Rodrigues é pneumopediatra, o Nelson Rosário é imunologista pediátrico e o Rainer Haetinger é radiologista): quando o Pedro chega ao seu consultório, como você o abordaria?

Joaquim Rodrigues

Essa é uma situação muito freqüente no consultório do pediatra; a criança que chega com esses sintomas. Sintomas agudos de febre, coriza e obstrução nasal. Na grande maioria das vezes trata-se de uma infecção viral. E é muito comum que a criança tenha outros sintomas relacionados, tipo cefaléia, dor abdominal, o que não é infreqüente em crianças com infecção de vias aéreas superiores (IVAS). Nessa situação, com esse tempo de evolução, nós, na verdade, devemos observar.

Tratar o Pedro como se ele tivesse realmente uma infecção aguda de vias aéreas superiores (IVAS) e esperar a evolução e ir avaliando o Pedro, caso esses sintomas persistirem, ou se a febre persistir por um período maior que três a cinco dias.

Richard Voegels

Continuando com o caso do Pedro, Rainer, qual é o papel do Raio-X das cavidades sinusais? Você acha que devemos pedir Raio-X nesse tipo de paciente? Ou não devemos pedir? Qual é o papel do Raio-X das cavidades paranasais nos quadros agudos, nesta localização?

Rainer Haetinger

Na verdade, na fase aguda, não complicada, não existe necessidade de se fazer Raios-X. O Raio-X convencional, pelo menos. Nos primeiros 12 meses de vida, de qualquer forma, o Raio-X é inespecífico e, na maioria das vezes, não deve ser solicitado. A partir daí, o Raio-X só confirmaria o diagnóstico clínico. Portanto, ele seria redundante. Não há porque se fazer um estudo radiológico convencional nessa fase, sem complicação.

Richard Voegels

Ótimo. A princípio, pelo o que eu entendi aqui na mesa, sem antibiótico e sem Raios-X das cavidades sinusais. Agora, digamos que o Pedro, com seis anos de idade, não evolui tão bem e, após o quinto dia, começou com uma secreção nasal purulenta, teve piora da cefaléia frontal, principalmente a matutina. Portanto o Pedro começou a piorar após o quinto dia. Vou perguntar, aqui, para o Renato: o que você pensa com relação ao Pedro que piorou e quais são os principais sintomas de uma rinosinusite aguda bacteriana?

Renato Roithman

Se o Pedro piorou a partir do quinto dia, devemos saber exatamente o que é essa piora a partir do 5º dia. A tendência hoje é tentar segurar um pouquinho mais o uso do antibiótico. Não solicitaria ainda estudo por imagem para o Pedro, apesar de que, frente a uma cefaléia frontal em criança, temos de ficar alertas, pois eventualmente, pode até ser o início de uma complicação. O Pedro está ou não com febre?

Richard Voegels

Não tem febre. Só piorou a congestão nasal e a secreção ficou amarelada.

Renato Roithman

É exatamente aí o ponto de corte, pelas tendências atuais: usar ou não antibiótico.

Talvez eu “segurasse” um pouquinho a antibioticoterapia, seguisse um tratamento clínico, observaria mais uns dois três dias para ver a evolução, mas acompanhando o Pedro muito de perto.

Richard Voegels

Gostaria de perguntar para o Nelson, quais são os fatores associados ao quadro de rinosinusite aguda? O que pode estar associado, o que pode facilitar um quadro de rinosinusite aguda?

Nelson Augusto Rosário Filho

Penso que um quadro desses é de uma IVAS que está evoluindo para uma complicação bacteriana. Acredito que nesta fase deva-se limpar bem o nariz e

aguardar. Sem nenhum exame complementar. Pode estar associada, eventualmente, uma doença de base, mas eu não me preocuparia. Gostaria de cumprimentar quem colocou a história desse paciente, pois na anamnese clínica de uma criança de seis anos colocou perguntas sobre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Isso é história de gente um pouquinho maior.

Richard Voegels

Joaquim, qual é sua opinião sobre o Pedro, e fazendo um complemento da sua experiência no Pronto Atendimento: O que tem acontecido com esse tipo de pacientes? Como tem sido o atendimento dos mesmos?

Joaquim Rodrigues

Estou falando sobre o que realmente acontece em um Pronto Atendimento pediátrico. É muito comum que para crianças com um quadro de IVAS, com febre, eventualmente com outros sintomas associados, se peça radiografia das cavidades paranasais. Não é infrequente que essas crianças acabem por fazer este Raio-X. Isso é muito importante. Temos de considerar que Raio-X é prejudicial. Já vi crianças que, por IVAS de repetição (temos de lembrar que uma criança normalmente tem oito a dez resfriados por ano) faz até cinco a seis radiografias das cavidades sinusais em um ano. Este Raio-X, em um quadro agudo, não serve para nada. É triste pensar que cada vez que ela vá ao Pronto Atendimento pediátrico com resfriado alguém peça uma radiografia das cavidades sinusais. Não é infrequente, já vi isso acontecer. Principalmente, pois fazendo um Raio-X das cavidades paranasais, a exposição à radiação em crianças não é recomendada. Segundo a Academia Americana de Pediatria, o diagnóstico de sinusite aguda é clínico. Na nossa prática diária observamos que, se a criança tiver uma rinorréia purulenta, com uma drenagem purulenta na região nasal posterior, é suficiente, principalmente em crianças abaixo de seis anos, para se fazer o diagnóstico de sinusite aguda, sem solicitar a radiografia das cavidades sinusais.

Nelson Augusto Rosário Filho

Com todo o respeito ao colega radiologista, mas deveríamos saber quem foi que estabeleceu que radioterapia devesse ser o tratamento de sinusite crônica nas crianças?

Richard Voegels

Gostaria de falar um pouco do tratamento das sinusites agudas. Temos agora um documento, que são as diretrizes. É um documento com mais de 300 páginas, mais de 1.000 referências, sendo muitas com base em evidências, e os fármacos são aqui mencionados. O nível de evidência, quando for baixo, não quer dizer que o fármaco não serve. Pode ser que isto ocorra, pois não há estudos ainda demonstrando se o fármaco em questão é útil ou não. Mas, de modo geral, o que esse documento preconiza, é que o antibiótico oral seja usado naqueles casos em que haja suspeita de sinusite aguda bacteriana, ou seja, a piora após o quinto dia, ou um quadro mais grave da sinusite. O que existe, demonstrado em estudos, é o uso de corticóide tópico nasal. São estudos bem feitos, mostrando que o corticóide tópico nasal faz diferença no tratamento da sinusite aguda. Gostaria de discutir, com a mesa, quais suas experiências com o corticóide tópico nasal? Washington, o que você acha de corticóide tópico nasal para o tratamento da sinusite aguda?

Washington Almeida

Gostaria, antes, de comentar o caso do Pedro. Temos uma tendência na qual, ao vermos um quadro exuberante com secreção purulenta na fossa nasal, entrarmos logo com antibiótico. Pensamos que já se trata de uma contaminação secundária pela coloração amarelada da secreção, porém é importante lembrar que este fato, pode estar relacionado apenas a presença de neutrófilos na secreção e não de uma verdadeira contaminação bacteriana. Portanto, o critério para o uso do antibiótico é clínico e não pelo aspecto da secreção. Respondendo sobre o corticóide tópico, quando temos um paciente com edema nasal intenso, que é um dos principais sinais de uma rinossinusite aguda, utilizo o corticóide por via oral (prednisona ou prednisolona) durante dois, três ou até quatro dias para melhorar esse estágio e depois mudo para o corticóide tópico. Nestes casos, a introdução apenas do corticóide tópico será ineficaz, pois ele irá agir só na cabeça da concha nasal, não conseguindo uma distribuição pelas cavidades nasossinusais. Mesmo fazendo lavagens nasais com salina hipertônica não será obtido um bom resultado. Se você tiver uma boa permeabilidade da fossas nasais, o corticóide tópico nasal pode ser usado e há evidências demonstrando a sua eficácia.

Richard Voegels

Um comentário. Esses estudos que tem como base esses documentos são feitos com corticóide tópico, que é uma mometasona, só que em gotas. Não é apresentação em *spray*. Nelson, e você? Qual é sua experiência?

Nelson Augusto Rosário Filho

Concordo também. A questão é: o corticóide tópico nasal substitui ou não o antibiótico sistêmico. Eis a questão! Existem estudos que comparam amoxicilina dada por 14 a 21 dias, com a mometasona tópica, mostrando que a resposta ao corticóide tópico nasal é tão eficaz quanto ao antibiótico. A questão é essa. Mas concordo plenamente com o que você colocou: limpeza, descongestionante, para que a medicação anti-inflamatória possa ter acesso e funcionar aonde deve.

Richard Voegels

Agora, retornamos ao caso do Pedro que começa a receber amoxicilina e, na seqüência, evoluiu com uma proptose palpebral, facilmente visível. Minha pergunta é para o Joaquim. Digamos que o Pedro venha ao seu consultório com o olho abaulado, o que você pensa, e o que você imagina para ele? Aproveito e pergunto: quando é que um paciente com rinossinusite deverá ser encaminhado para um especialista, seja para um otorrino ou para um alergista?

Joaquim Rodrigues

A última vez que eu vi um paciente nesta condição, além de proptose, ele tinha alteração do nível de consciência. Por isto é importante você fazer um exame neurológico – ele tinha diferença de abertura pupilar e, além de proptose, tinha meningite e um abscesso intracraniano. Realmente é uma situação delicada, uma situação de urgência. Esta criança deve ser internada, e submetida a uma tomografia computadorizada (TC) não só de cavidades paranasais, mas se houver alterações no exame neurológico, ela deve fazer uma TC de crânio, para ver se não há abscesso intracraniano ou, eventualmente, uma trombose do seio cavernoso. Ela deverá receber antibioticoterapia endovenosa, pois realmente é uma enfermidade

grave, ou seja, foi uma sinusite que se complicou e provavelmente essa criança, no mínimo, tem um abscesso periorbitário que está causando essa proptose. Nessa situação, portanto, realmente é fundamental um tratamento de urgência para o Pedro que deve ser internado e receber antibioticoterapia endovenosa. Geralmente, nessa situação, usamos ceftriaxona endovenosa ou existe até a possibilidade, hoje, de você usar amoxicilina/clavulanato por via endovenosa. Mas, normalmente é a ceftriaxona.

Quando é que o pediatra, na verdade, deveria solicitar avaliação de um especialista? Particularmente naquelas crianças que evoluem com uma sinusopatia crônica. A definição de tempo já foi comentada aqui, mas naquelas crianças que têm sinusopatias recorrentes ou que têm uma sinusopatia crônica, na verdade elas deveriam ter uma avaliação otorrinolaringológica, até porque existe uma série de fatores que estão associados à sinusopatia crônica que devem ser investigados.

Por exemplo, é muito comum, o Nelson está aqui e poderá até falar sobre isso, que a sinusopatia crônica venha na seqüência a um quadro de alergia. Portanto, a rinite é um fator muito importante e, às vezes, o tratamento da rinite resolve o problema.

Crianças com sinusopatia crônica e asma, se tratarmos a sinusite, há melhora da asma. Portanto, é muito importante o tratamento da sinusite.

Existem outros fatores complicadores que podem predispor à sinusopatia. A hipertrofia adenoideana é um fator importante. Ela realmente merece uma avaliação do otorrinolaringologista, eventualmente até com exame endoscópico (nasofibroscopia) da via aérea superior. Existem aquelas situações em que, na verdade, o pediatra deveria consultar o pneumologista – estou inclusive falando a favor da minha área de atuação – pois temos situações de sinusopatia crônica onde podemos ter um diagnóstico “escondido” de fibrose cística, principalmente quando existir uma polipose nasal associada. Chamo atenção para isso: quando houver polipose nasal, sempre deve ser pensado em fibrose cística – e discinesia ciliar, que é um diagnóstico pouco lembrado por pediatras e otorrinolaringologistas, sendo relativamente freqüente. Há uma estimativa na qual cerca de 20% das crianças que são submetidas a procedimentos de colocação de tubo de ventilação por otite média com efusão são portadoras de discinesia ciliar, bem como aquelas crianças que têm sinusite recorrente ou sinusopatia crônica.

Richard Voegels

Vou pedir para o Rainer comentar a tomografia computadorizada (TC). Quando devemos pedir uma TC no caso de rinossinusite aguda ou crônica, e dar sua opinião a esse respeito.

Rainer Haetinger

Muito bem. Aqui temos uma TC, realizada com contraste endovenoso, que é o correto. Toda vez que se procura uma complicação de uma sinusite, existe uma indicação para ser usado contraste endovenoso na TC, no sentido de diferenciar se existe um abscesso ou não, ou se há apenas edema na região comprometida. Portanto, quando se injeta o contraste, é possível verificar que persistem áreas hipodensas, sem impregnação, sendo isso indicativo de uma coleção. Quando existe apenas edema, temos outro tipo de aspecto: existe infiltrado e não uma área tão hipodensa. Portanto, para caracterizar uma coleção líquida, o contraste

é importante. E aqui uma ressalva: quando se encaminha um paciente, realmente a TC é a primeira opção, mas se o paciente apresentar alguma contra-indicação ao uso do contraste iodado, isto precisa ser investigado, já durante a consulta do paciente. Neste caso, uma opção é a ressonância magnética (RM), que também permite fazer o diagnóstico de abscesso periorbitário, sendo uma indicação principalmente para complicações intracranianas. Toda vez que houver sintomas neurológicos, a indicação é a de fazer a RM, que, inclusive a título de informação, não tem radiação ionizante.

Aqui, me permito a um pequeno parêntesis: radiologia e radioterapia são especialidades diferentes. O objetivo da radiologia é o de fazer o melhor diagnóstico com o mínimo de radiação possível. Portanto, se fizermos uma TC sem contraste num paciente como esse aqui apresentado e não diagnosticarmos o abscesso faríamos uma TC sem necessidade. A RM precisaria ser feita depois. E assim, o paciente teria recebido radiação ionizante (através da TC) sem diagnóstico. Portanto, a RM está indicada. Creio que essas seriam as indicações na fase aguda, com esses métodos. Afora isso, a TC tem indicação no processo realmente mais crônico, de modo geral, fora da fase aguda.

Richard Voegels

Nelson, você gostaria de fazer um complemento?

Nelson Augusto Rosário Filho

O Joaquim lembrou bem das doenças sistêmicas que podem ter como exteriorização clínica a rinossinusite de repetição. Eu só complementaria dizendo que pacientes que têm imunodeficiências, principalmente com defeito de produção de anticorpos contra microorganismos capsulados, podem também ter como manifestação clínica rinossinusopatias crônicas.

Richard Voegels

Vou encerrar comentando que, neste caso, quando existe um abscesso na órbita, indicamos cirurgia para drenar esse abscesso. Na literatura existem alguns autores que defendem um tratamento clínico. É a minoria, mas há alguns que defendem. Gostaria de perguntar para o Renato, se, você correria o risco de não drenar um abscesso em uma criança dessas.

Renato Roithman

Absolutamente não. Porque abscesso, em qualquer parte do organismo, nós aprendemos, creio eu (provavelmente já no terceiro ano do curso de graduação da Faculdade de Medicina) que todo abscesso deve ser drenado cirurgicamente. Penso que, se o quadro responder a antibiótico e corticóide, o diagnóstico de abscesso está errado. Era, muito provavelmente, uma celulite periorbitária.

Um aspecto importante, para uma platéia diversa, com pediatras, infectologistas, pneumologistas, imunologistas, é quando encaminhar esses pacientes para o otorrinolaringologista, para fazer o exame da nasofibroscopia. Acho que o mais importante aqui é ressaltar que em pacientes com rinite alérgica, sintoma unilateral, em somente um lado do nariz, não existe rinite alérgica. Certo? Rinite alérgica unilateral não existe. Pacientes com sintomas unilaterais, penso que deverá ser aceso o sinal “laranja” em todos os consultórios. Pacientes que não respondem a tratamento clínico, quadros atípicos, a própria dor de cabeça persistente. Claro que

um sintoma ocular, evidente como esse, é sinônimo de um paciente encaminhado por um serviço de urgência, inclusive, para fazer um estudo por imagem, para ser hospitalizado, como foi colocado pelo colega, e o tratamento é, em minha opinião, a drenagem cirúrgica, sempre que se faça o diagnóstico de abscesso.

Richard Voegels

Alguém da mesa gostaria de discordar, da conduta cirúrgica, em um caso desses?

Washington Almeida

Ressalto aos colegas mais jovens, que também solicitem uma avaliação oftalmológica, pois muitas vezes o profissional não pede essa avaliação, antes da drenagem cirúrgica.

Richard Voegels

Bem lembrado! Isso é extremamente importante. Quando um paciente com problemas nos olhos vai para a cirurgia, você deverá examinar para ver se a área oftalmológica está com problema ou não, senão o paciente poderá dizer que foi a cirurgia que deflagrou o problema ao olho comprometido.

Vou abordar agora, nesta parte final, alguns tópicos de rinossinusite crônica que aparecem no consultório. É aquela criança “encatarrada”, que com frequência “encatarrar”, e poucas vezes durante o ano fica sem secreção no nariz. Dentre os diagnósticos diferenciais, um deles é o aumento da adenóide, pelo menos na faixa etária de dois a seis anos. Através do exame da nasofibroscopia, examinando pelo nariz, na rinofaringe vemos muito bem a adenóide. Gostaria de perguntar ao Joaquim, na sua experiência, nessas crianças entre dois e seis anos de idade, que estão sempre “encatarradas” qual é o papel da adenóide nesses pacientes?

Joaquim Rodrigues

As crianças, nesta situação, são realmente um problema importante para o pediatra. O exemplo típico é o daquela criança cuja mãe chega ao consultório e diz: “meu filho vive sempre doente, doutor, ele nunca melhora”. São crianças que, por algum estímulo, seja infeccioso, por infecções repetidas de vias aéreas superiores ou até por quadros de atopia fazem uma hipertrofia adenoideana e acabam desenvolvendo uma respiração bucal. Isso é extremamente importante, pois hoje, cada vez mais, observamos que crianças com hipertrofia adenoideana têm distúrbios relacionados ao sono. São crianças que têm principalmente apnéia obstrutiva do sono por hipertrofia adenoideana, são crianças que dormem mal e, portanto têm uma péssima qualidade de vida. Inclusive são crianças que acabam apresentando problemas escolares, problemas de desenvolvimento, problemas posteriores de memória. Está muito bem descrito na literatura. Essas crianças têm de ser avaliadas e quando necessário, eventualmente até submetê-las a um estudo do sono (polissonografia – PSG) que, se alterada, seria uma indicação formal de adenoidectomia.

Richard Voegels

Fibrose cística, o Joaquim já comentou. São crianças que tem pólipos associados e a secreção, bastante espessa. Quando houver pólipos associados, temos de pensar em fibrose cística.

Só para encerrar, o tratamento clínico da rinossinusite crônica. Nas diretrizes

mencionadas ao início, só existem três itens com relevância ou pelo menos evidências que ajudam no tratamento das rinossinusites crônicas. Uma delas é o antibiótico por mais de 12 semanas. Esta conduta foi iniciada na escola japonesa, em adultos, com o uso de macrolídeos. Foi reproduzida nos Estados Unidos, no Japão e na Europa e parece que existe bastante evidência, com uma parte desses pacientes que melhoram bastante com antibiótico por longo prazo. Com o corticóide tópico nasal, também existe uma recomendação, bem como com a lavagem nasal. Portanto: antibiótico por 12 semanas ou mais, corticóide tópico e lavagem do nariz. Para encerrar, eu vou pedir a cada um aqui, cada membro da mesa comentar sobre esta orientação medicamentosa na rinossinusite crônica. Vou começar com o Washington.

Washington Almeida

Existem evidências de antibióticos orais por 12 semanas ou mais, porém não tenho experiência com o uso de antibiótico por este período longo de tempo.

Richard Voegels

Joaquim? Algum comentário?

Joaquim Rodrigues

Na verdade, na prática, realmente não temos essa experiência com o uso de antibiótico oral por tempo prolongado. Nós, pediatras, utilizamos antibioticoterapia oral por um período médio de 14 dias, sendo este o consenso na maioria dos estudos que mostram que 14 dias de antibioticoterapia oral seria suficiente para tratar uma rinosinusopatia aguda. Existe uma exceção, que são aquelas rinosinusopatias pelo *Staphylococcus aureus*, que nesta situação funcionaria realmente como um abscesso. Nestes casos, a antibioticoterapia será por, no mínimo, quatro semanas. Porém, penso que a maioria dos pediatras concorda com a utilização por duas semanas de antibioticoterapia por via oral para tratar uma rinosinusopatia aguda.

Richard Voegels

Nelson?

Nelson Augusto Rosário Filho

Com relação ao antibiótico, no caso o macrolídeo, que os asiáticos vêm utilizando por longo prazo, o que se questiona não é o efeito do antibiótico em si, mas sim o efeito imunomodulador. Porque o macrolídeo que se usa na bronquiolite difusa pós-viral diminui a produção de interleucina 8 e regula o infiltrado inflamatório neutrofílico nessas doenças que têm por detrás uma inflamação.

Joaquim Rodrigues

Gostaria de comentar um fato que considero importante. Há colegas usando macrolídeo mais do que se deveria. Há que se lembrar do que aconteceu no Japão. Hoje, no Japão, em decorrência do uso indiscriminado de macrolídeos, 80% dos pneumococos são resistentes a eles.

Richard Voegels

Vou agora encerrando esta mesa redonda. Gostaria de agradecer a participação ativa e frutífera de todos os seus componentes.

Obrigado!