

*Rinorréia Posterior:  
Diagnóstico Diferencial e Conduitas  
Mesa Redonda*

*Eulália Sakano, Antônio Carlos Cedin,  
José Antônio Patrocínio, Luiz Vicente Ferreira da Silva Filho  
e Maria Beatriz Rotta Pereira*

***Eulália Sakano***

A associação entre a presença de secreção na cavidade nasal ou na parede posterior da faringe (rinorréia posterior) com a sinusite é freqüente e, conseqüentemente, também é a utilização de antibióticos na simples presença desses sinais.

Apresentaremos nesta mesa redonda, alguns casos clínicos com o intuito de discutirmos os principais diagnósticos diferenciais da rinorréia posterior.

Iniciaremos com o caso de Márcia com três anos de idade, do sexo feminino, que apresenta secreção nasal freqüente às vezes serosa ou mucóide, às vezes amarelada e tosse esporádica durante esse período. Não apresenta febre. Foi tratada freqüentemente com antibiótico nas crises, com melhora. A mãe costuma utilizar regularmente, soro fisiológico para higiene nasal, várias vezes ao dia. A criança freqüenta a escolinha desde um ano de idade, não apresentando nenhum antecedente alérgico familiar ou pessoal. Tem um Raio-X de cavum sem alterações. Ao exame físico observa-se secreção espessa na parede posterior da orofaringe em pequena quantidade e secreção nasal mucóide bilateral. À nasofibrosopia: não havia hipertrofia importante de adenóide. Tendo em vista esses dados, qual seria a conduta da mesa? Iniciaremos com o único pediatra da mesa, Luís Vicente. Você poderia comentar o caso?

***Luís Vicente Ferreira da Silva Filho***

Acho que o caso aqui apresentado, da Márcia, é extremamente comum no consultório. São crianças que têm rinofaringites de repetição e que, às vezes, têm associada alguma história que lembra, por exemplo, a possibilidade de uma rinite alérgica (RA). Apesar de você relatar que não há antecedentes familiares de atopia, acho que talvez minha abordagem para esse caso fosse o uso de um corticóide tópico nasal. Por que digo isso? Porque a Márcia é uma criança cuja mãe relata que já faz uma higiene diária com solução salina. Não há outra evidência, pelo menos do ponto de vista desse exame, uma vez que a Márcia já foi submetida a uma nasofibrosopia, constatando uma hipertrofia de adenóide moderada e não há outra complicação mais grave. Pelo que foi relatado aqui, parece que a Márcia vem evoluindo bem. Não vi menção à tosse. Temos lido, nos últimos anos, que há uma resistência grande em relação ao **diagnóstico da rinorréia posterior** ou da entidade do gotejamento nasal posterior **como uma doença. Atualmente a rinorréia posterior é mais vista como um sinal que está associado a diversas entidades**, que precisam ser tratadas adequadamente.

Portanto, não há um tratamento específico para a condição da **rinorréia posterior** e, sim, ela é **um marcador de uma situação clínica**.

***Eulália Sakano***

Você solicitaria algum exame ou introduziria de imediato um corticóide tópico nasal?

***Luís Vicente Ferreira da Silva Filho***

Acho que introduziria de imediato, faria com isso um teste terapêutico com o corticosteróide tópico nasal. Penso que não seria necessário fazer nenhum tipo de exame ou avaliação de atopia, até porque nessa faixa de idade é muito comum encontramos esses exames com IgE sérica aumentada e testes do tipo RAST, por exemplo, negativos, sem que tenham uma correlação clínica. Na evolução, muito provavelmente essas crianças depois acabam tendo estes testes positivos. Portanto, essa seria a minha conduta para esse caso.

***Eulália Sakano***

Maria Beatriz, algum comentário sobre a conduta?

***Maria Beatriz Rotta Pereira***

Neste caso em particular, deve ser lembrado que muitos dos episódios de rinorréia podem ter sido de origem viral, indevidamente tratados com antibióticos. A utilização repetida de antibióticos pode promover a erradicação de bactérias saprófitas e isso auxilia na ocorrência de novas infecções. É importante conversar com os pais sobre a importância de uma conduta expectante, principalmente na ausência de febre e com manutenção de um bom estado geral. Recomendar higiene nasal e analgesia quando necessária. Em caso de obstrução nasal importante e com hipertrofia das conchas nasais, a minha sugestão é empregar o corticóide tópico nasal, associado ou não a um descongestionante sistêmico.

***Eulália Sakano***

José Antônio, qual a sua opinião sobre o que foi comentado?

***José Antônio Patrocínio***

Investigaria com a mãe se ela está lavando direito esse nariz. Daria corticóide por via oral por cinco ou seis dias, uma dose única pela manhã. Não usaria descongestionante sistêmico. Entraria com o corticóide tópico nasal e acompanharia, observando como iria reagir a mucosa do nariz. O fator predisponente, provavelmente no caso dessa criança é a escolinha, não é mesmo?

***Antônio Carlos Cedin***

Estes casos possibilitam erros quanto à conduta/diagnóstico, quando as crianças são avaliadas em serviços de Pronto Atendimento hospitalar por médicos de outras áreas que não da Otorrinolaringologia. Neste caso em específico, temos duas possibilidades: infecção ou alergia. Há necessidade de se fazer o diagnóstico correto, acompanhar por algum tempo para realmente estabelecer o que está acontecendo. Se forem infecções, em quantos desses episódios serão realmente pertinentes ou não um tratamento. Deve ser avaliado o ambiente dessa criança. Como o José Antônio comentou, temos o ambiente escolar. A criança que frequenta um ambiente desses está exposta não só à contaminação, mas à “reciclagem” de microorganismos. Às vezes o próprio ambiente da escola é inadequado: poeira, pessoas que fumam, uso de produtos de higiene ambiental, às vezes inadequado.

Portanto, a história é importante. Em casa, a mesma coisa. Às vezes a criança fica em casa um período com uma funcionária/ajudante ou com uma avó que fuma. O ambiente da casa não é adequado. Com relação a uma conduta específica, sem dúvida, se for um processo infeccioso deve ser tratado como uma infecção. Se for uma hipersensibilidade diagnosticada pela história, ou pelo antecedente familiar, a criança deve ser abordada da forma adequada. Em uma crise aguda, fazer a medicação específica sistêmica e, na manutenção, as medicações tópicas. Temos soro fisiológico sem conservantes o que realmente ajuda, pois um pouco da “irritabilidade” desses medicamentos decorre dos conservantes. Portanto, devemos considerar a limpeza do nariz, a higiene ambiental, a medicação no momento da crise e a manutenção com medicação tópica nasal, sejam corticóides ou uma cromona (cromoglicato).

***Eulália Sakano***

Em relação à lavagem nasal, qual a conduta da mesa? Manteria, faria alguma orientação com relação ao número de lavagens, usaria algum tipo de solução fisiológica específica ou não?

***Antônio Carlos Cedin***

Vejo da seguinte forma: o nariz deve ser limpo! O exagero, porém, deve ser evitado. Hoje temos, no mercado, as soluções nasais hipertônicas. Anteriormente, a solução para limpeza nasal era de uma forma artesanal, preparada em casa, com a mistura de sal, água e bicarbonato de sódio (solução de Parsons). Hoje, temos à venda soluções nasais hipertônicas, porém sem o bicarbonato. Porém, atenção, pois dependendo da situação a solução hipertônica irritará mais. Às vezes, a criança é intolerante a essa aplicação hipertônica. Ela estaria indicada em situações de crise infecciosa aguda, quando o muco é mais espesso, viscoso, às vezes contaminado, diluindo o muco mais viscoso.

***Maria Beatriz Rotta Pereira***

É importante limpar a fossa nasal na fase de hipersecreção. O melhor para a eliminação de secreções da nasofaringe é a utilização de soro fisiológico ou da solução hipertônica (solução de Parsons), infundidos com seringa nas fossas nasais, de modo a promover a remoção mecânica da secreção espessa (mucóide). Estas lavagens nasais não deverão ser usadas na ausência de secreção. Deve-se explicar à mãe que a lavagem está indicada na criança que apresenta secreção nasal anterior ou tosse produtiva. Lembrar também que os *sprays* contendo soro fisiológico a 0,9% ou a 3% também podem ser usados nos casos de secreção nasal anterior.

***Eulália Sakano***

No caso apresentado, a criança não apresentava hipertrofia importante da adenóide. Caso houvesse uma adenoidite associada, como vocês conduziriam o caso?

***José Antônio Patrocínio***

Trataria, daria um antibiótico. Porém, depois que passasse a crise, faria uma nasofibrosopia para reavaliar essa adenóide e agregar aos sinais e sintomas clínicos da criança para saber se estará indicada uma conduta cirúrgica ou não.

***Eulália Sakano***

Maria Beatriz, quais são os sintomas de uma criança com adenoidite bacteriana?

**Maria Beatriz Rotta Pereira**

Na maioria das vezes, os quadros de adenoidite são de origem viral, podendo envolver espontaneamente, principalmente na vigência de limpeza adequada e tratamento sintomático. Por outro lado, pacientes com febre alta e prostração devem lembrar a possibilidade de infecção bacteriana. Darei um exemplo de um paciente que tive há pouco no consultório: era uma criança evoluindo com febre alta e prostração há 48 horas, sendo que na endoscopia apresentava hipertrofia de conchas nasais, ausência de secreção nasal anterior e hipertrofia da adenóide com secreção mucopurulenta drenando para o nasofaringe. No exame da orofaringe, uma hipertrofia tonsilar palatina com exudato. A cultura da orofaringe revelou estreptococo beta-hemolítico (*Streptococcus pyogenes* do Grupo A), e a criança foi medicada com antibiótico.

**Eulália Sakano**

No caso de uma adenoidite, se houver um componente obstrutivo, vocês indicariam um corticóide sistêmico em associação com a antibioticoterapia?

**Maria Beatriz Rotta Pereira**

Não uso corticóide sistêmico na vigência de uma adenoidite isolada. Receitaria este medicamento nos casos de adenoidite associada a um quadro de rinossinusite com intensa obstrução dos óstios de drenagem sinusais e obstrução nasal importante.

**Eulália Sakano**

José Antônio gostaria de comentar?

**José Antônio Patrocínio**

Não, eu concordo.

**Eulália Sakano**

Luís Vicente, em relação a um quadro como esse com rinorréia mucóide posterior, quais são os parâmetros que você considera, clinicamente, para dizer se o quadro é de uma IVAS viral ou bacteriana?

**Luís Vicente Ferreira da Silva Filho**

Acho que na maioria das vezes a história clínica ajuda a fazer esse diferencial. Normalmente, nos quadros mais arrastados, falamos em sinusite. As mães falam assim: “meu filho começou com febre ontem, eu acho que ele está com sinusite, acho que precisa tomar antibiótico”. É uma visão que as mães muitas vezes têm do quadro. Na maioria das vezes, são infecções virais. Agora, quando a evolução for arrastada, a criança apresentou um quadro de IVAS viral e após sete, dez dias não melhora ou até mesmo piora, com a secreção de coloração alterada, e história clínica muito prolongada, acho que são esses os critérios principais para a infecção bacteriana. Lembrar de quadros que evoluem com um aspecto mais toxêmico, com sensação de peso na cabeça, uma obstrução nasal mais importante. Acho que são os principais sinais. Entretanto, é muito difícil, para nós, pediatras, em um exame clínico, sem a possibilidade de realizarmos uma nasofibrosopia, chegar a um diagnóstico diferencial de certeza, entre uma sinusite aguda e uma adenoidite aguda, por exemplo. Não há como fazer isto, do ponto de vista clínico, num exame pediátrico habitual. Acho que os critérios devem levar em conta mais a história e o exame clínico na hora de se decidir pela antibioticoterapia.

Devemos “segurar” bastante a antibioticoterapia nessa fase inicial. O que foi aqui comentado anteriormente, sobre os serviços hospitalares de Pronto Atendimento, é muito importante. Por que o médico que atua nos setores de emergência, só tem uma chance de acertar o tratamento. Isso faz com que ele prescreva mais antibióticos, uma vez que ele não tem vínculo com o paciente. Quando temos um paciente com possibilidade de seguimento, fica muito mais fácil sermos econômicos na prescrição, pois se o paciente não evoluir satisfatoriamente, ele retorna, volta a te procurar e então você pode readequar a sua conduta para aquele paciente.

***Eulália Sakano***

Concluimos, portanto, que o acompanhamento clínico neste caso é fundamental para o diagnóstico e a introdução ou não do antimicrobiano. O caso seguinte se refere ao Pedro Miguel, com sete anos de idade, que iniciou com espirros e rinorréia serosa e febre baixa há dez dias. Há três dias começou a apresentar rinorréia amarelada, obstrução nasal e tosse seca. Ao exame apresentava mucosa nasal congesta, secreção nasal espessa amarelada e secreção na parede posterior da faringe. A tosse piorava à noite, principalmente em decúbito dorsal. Vocês gostariam de comentar a história, sugerir algum exame ou a história é suficiente para o diagnóstico?

***Antônio Carlos Cedin***

Penso o seguinte: deve haver muito cuidado com relação à antibioticoterapia. Deve-se diferenciar um quadro do outro, se bacteriano ou viral. Pode haver complicações absolutamente graves, ao não usarmos antibiótico. Já tivemos casos de complicações, com dois ou três dias, após o início dos sintomas. Às vezes a unilateralidade, a intensidade do quadro clínico, a toxemia da criança nos obriga a tomar uma conduta imediata com antibiótico, antes de ocorrer uma complicação que, muitas vezes, dependendo da criança, é fatal. O caso de uma extensão temporal dos 10 dias após uma infecção viral onde se abre a porta para uma complicação bacteriana, a primeira suspeita seria, sem dúvida, de estar havendo uma contaminação dessas cavidades paranasais. O exame, com a nasofibroscopia vai ajudar, e poderemos observar a secreção saindo dos meatos, sugerindo uma contaminação. Neste caso, aliado à anamnese, ao quadro clínico, aos antecedentes, e os fatores predisponentes aliados a história do paciente, a nasofibroscopia pode sugerir uma infecção bacteriana.

***José Antônio Patrocínio***

Daqui a pouco os pediatras vão achar que todo paciente deve fazer nasofibroscopia. Nesse caso, com uma história típica, não há necessidade de fazer exame nenhum. É só tratar; é óbvio que é uma sinusite. Não há necessidade de nasofibroscopia, não fazemos exame algum.

***Eulália Sakano***

E o Raio-X simples das cavidades paranasais?

***José Antônio Patrocínio***

Deve-se esquecer o Raio-X das cavidades sinusais. É jurássico! Acabou! Além do mais, no caso do Pedro Miguel, aqui apresentado, ele nem teria indicação.

***Maria Beatriz Rotta Pereira***

Não há indicação de Raio-X na fase aguda de uma rinossinusite. O diagnóstico é clínico e a nasofibrosopia auxilia na confirmação do diagnóstico, pois permite avaliar o aspecto e a quantidade da secreção e o edema de mucosa. O tempo de evolução do quadro é de fundamental importância. Existem duas situações onde podemos estar diante de uma rinossinusite bacteriana: a primeira envolve uma criança que cursa com uma sintomatologia arrastada sugestiva de IVAS viral, sem melhora do quadro após 7-10 dias e mantendo obstrução e secreção nasal associadas à tosse. A segunda possibilidade engloba uma criança com febre alta, obstrução nasal, secreção purulenta e tosse, presentes desde o início do quadro e que não melhoram em 2-3 dias. Em ambas as formas de apresentação, o uso de antibioticoterapia estará indicado.

***Eulália Sakano***

Todos estão de acordo?

***Luís Vicente Ferreira da Silva Filho***

Concordo totalmente, inclusive penso que em hospitais com maiores recursos, há de se ter cuidado para não pedir tomografia computadorizada (TC) se o quadro for muito precoce. Isto porque uma TC das cavidades sinusais, mostrando acúmulo de líquido na cavidade sinusal, não significa que se trata de uma sinusite bacteriana. Há muitos médicos que falam mal do Raio-X, que através do Raio-X não se pode ver direito, pois dependendo da faixa etária, as cavidades paranasais ainda não estão bem formadas, mas não é este o ponto. A questão é que para a decisão terapêutica, o Raio-X não interessa. Interessa a história clínica do paciente, sua evolução clínica. Cansamos de ver crianças com um ano de idade fazendo Raio-X das cavidades sinusais, o que nos deixa tristes.

***Eulália Sakano***

Nosso último caso é o de Marco Antônio com fibrose cística. Gostaria que o Luis Vicente, que tem experiência com fibrose cística, comentasse sobre a rinorréia posterior na fibrose cística.

***Luís Vicente Ferreira da Silva Filho***

Em primeiro lugar esses pacientes com fibrose cística, 100% deles têm alterações nas cavidades sinusais, portanto precisamos tomar muito cuidado na forma de conduzir as intervenções nesses casos, associadas à repercussão clínica que têm. São pacientes que têm poliposes nasais e são submetidos a vários tratamentos. Pacientes que têm cistos de retenção e têm muita sintomatologia de dor, peso, pressão na cabeça. A rinorréia posterior em pacientes com fibrose cística tem muito pouco significado do ponto de vista clínico. Como sabemos que estes pacientes têm essa pansinusopatia que faz parte da doença fibrose cística, leva-se muito em consideração a sintomatologia do paciente e o grau de alterações que ele possui. Existe outra condição: é o paciente que irá submeter-se a transplante pulmonar. Este esse é um paciente que merece uma abordagem imediata, pois as cavidades sinusais passam a ser reservatório dos patógenos específicos da fibrose cística, *Staphylococcus aureus* e a *Pseudomonas aeruginosa*. É necessário um tratamento específico contra estes microorganismos para não haver complicações na fase pós transplante com a imunossupressão. São pacientes que se beneficiam

de intervenções, quase que profiláticas. Portanto, rinorréia posterior em si não tem grande importância para nós, que abordamos pacientes com fibrose cística.

***Eulália Sakano***

Como vemos, a rinorréia posterior é um sinal associado a várias doenças. O diagnóstico diferencial é importante, sendo fundamental a não utilização de antibióticos pela simples presença de secreção na parede posterior da faringe. Agradeço a todos os componentes da mesa pela participação.