

European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps (EPOS) 2012: Atualização clínica

European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps (EPOS) 2012: Clinical update

Natacha Santos • Fernando Vales • Carla Pinto Moura • Margarida Santos

RESUMO

O primeiro documento EPOS, publicado em 2005, sofreu revisões em 2007 e em março de 2012. O presente artigo pretende efectuar uma revisão crítica das diferenças entre as últimas versões e sumarizar as recomendações do EPOS 2012 para a prática clínica. Foram introduzidas várias alterações como: os critérios de diagnóstico de rinosinusite na criança, a classificação temporal e etiológica da rinosinusite aguda, os critérios de controlo de rinosinusite crónica, as complicações das rinosinusite aguda e crónica, o tratamento com irrigação nasal na rinosinusite aguda, a antibioterapia na rinosinusite crónica e a adenoidectomia nas crianças com rinosinusite crónica.

Palavras-chave: EPOS, guidelines, rinite, sinusite

ABSTRACT

The first EPOS document, published in 2005, was revised in 2007 and March 2012. This article aims to do a critical revision of the main differences from the previous document and summarize the recommendations of EPOS 2012 for clinical practice. Important changes were introduced, including the criteria for diagnosis of rhinosinusitis in children, temporal and etiological classification of acute rhinosinusitis, control criteria of chronic rhinosinusitis, complications of acute and chronic rhinosinusitis, nasal irrigation in acute rhinosinusitis, antibiotic treatment in chronic rhinosinusitis and adenoidectomy in children with chronic rhinosinusitis.

Keywords: EPOS, guidelines, rhinitis, sinusitis

INTRODUÇÃO

Em 2005, através da iniciativa da Academia Europeia de Alergologia e Imunologia Clínica (EAACI) e com o apoio da Sociedade Europeia de Rinologia (ERS), surgiu o primeiro documento EPOS (European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps), com o objectivo de condensar o conhecimento existente sobre a rinosinusite e os pólipos nasais e criar recomendações de atuação, apoiadas na medicina baseada na evidência, dirigidas ao médico generalista e ao especialista em otorrinolaringologia (ORL)¹. Este documento foi atualizado em 2007² e novamente em Março de 2012³. O presente artigo pretende sumarizar as recomendações para a prática clínica do EPOS 2012³, enfatizando as principais diferenças relativamente ao documento anterior².

Dada a extensão do documento de 137 para 305 páginas na última edição, foram criteriosamente selecionadas as temáticas a abordar. De forma a facilitar a consulta dos conteúdos no documento original, é referida a página de onde foi retirada a citação como (p. x).

DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

A rinosinusite é caracterizada pela inflamação do nariz e seios perinasais. Os critérios usados para a definição epidemiológica (passível de ser utilizada em questionários e entrevista) são a presença de ≥ 2

Natacha Santos

Serviço de Imunolergologia, Centro Hospitalar São João, E.P.E., Porto, Portugal

Fernando Vales

Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar São João, E.P.E., Porto, Portugal

Carla Pinto Moura

Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar São João, E.P.E., Porto, Portugal

Margarida Santos

Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar São João, E.P.E., Porto, Portugal

Correspondência:

Natacha Santos
Centro Hospitalar São João, E.P.E., Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4200 – 319 Porto, Portugal
+351 913 678 888
natachasantos@gmail.com

sintomas, um dos quais obstrução/congestão nasal ou rinorreia (anterior ou posterior), e dor facial e/ou hipo/anósmia (tosse nas crianças) (p. 5).

Para a definição clínica acresce-se a confirmação por meio de técnicas complementares de diagnóstico: sinais endoscópicos de pólipos nasais ou drenagem mucopurulenta/obstrução/edema do meato médio; e/ou sinais radiológicos na tomografia computadorizada (TC) de alterações da mucosa do complexo osteomeatal e/ou seios perinaisais (SPN) (p. 5).

Uma das alterações propostas pelos autores do EPOS 2012 é a substituição da hipósmia/anósmia pela tosse enquanto critério diagnóstico de rinossinusite nas crianças, já que este é o segundo sintoma mais frequentemente referido em idade pediátrica (50-80%), a seguir à rinorreia (71-80%) (p. 49).

A rinossinusite pode ser classificada segundo a gravidade, de acordo com a representação dos sintomas numa escala analógica visual de 0 a 10 em ligeira (0-3), moderada (4-7) e grave (8-10), sendo que um resultado superior a 5 é sugestivo de impacto na qualidade de vida (p. 5).

Quanto à duração, a rinossinusite pode ser classificada como aguda se inferior a 12 semanas, podendo ser recorrente mas com resolução completa dos sintomas entre os episódios; se com duração superior ou igual a 12 semanas é classificada como rinossinusite crónica (p. 6).

Rinossinusite aguda (RSA)

Previamente classificada em viral (com duração inferior a 10 dias) e não viral (duração igual ou superior a 10 dias ou com agravamento dos sintomas após o 5º dia). Dado que o termo não viral poderia sugerir uma etiologia bacteriana e levar ao sobre tratamento com antibióticos, nesta revisão a classificação foi alterada para (p. 7): Viral: duração inferior a 10 dias; Pós viral: duração igual ou superior a 10 dias ou agravamento dos sintomas após o 5º dia; e Bacteriana: 3 ou mais dos seguintes sinais ou sintomas, incluindo rinorreia purulenta (predomínio unilateral), dor facial exuberante (predomínio unilateral), febre (superior a 38°C), velocidade de sedimentação/proteína C reativa elevadas ou agravamento da rinossinusite (double sickening).

Estes critérios diagnósticos para identificação de RSA bacteriana, adaptados de Lindbaek⁴, possuem uma especificidade de 81% e uma sensibilidade de 66% (p. 26). Na Figura 1 é apresentada uma adaptação para português do protocolo de atuação na RSA nos cuidados de saúde primários (p. 212) e por especialista ORL (p. 213).

Como diagnósticos diferenciais da RSA são referidas: infeções da via aérea superior, rinite alérgica, doença orodentária e, na criança, corpos estranhos intranasais, estenose unilateral das coanas e adenoidite. Diagnósticos diferenciais raros incluem sépsis com atingimento intracraniano, síndromes de dor facial

como enxaqueca ou cefaleia de tensão, vasculites, rinossinusite fúngica invasiva e fístula de líquor (p. 27, 28 e 50)

Os sinais e sintomas de referenciação imediata alertam para a potencial existência de complicações da RSA que necessitam de avaliação e tratamento imediato por ORL e, eventualmente, por especialidades como Oftalmologia e Neurocirurgia. Segundo dados apresentados no EPOS 2012, estas complicações surgem numa incidência de 3 por 1.000.000 pessoas-ano (p. 42).

Tal como no documento anterior, as complicações de RSA são classificadas em orbitárias (60-75%), intracranianas (15-20%) e ósseas - osteomielite (5-10%), sendo também apontadas algumas complicações raras como abscesso da glândula lacrimal, hematoma orbitário, abscesso ou perfuração do septo nasal, fístula fronto-cutânea, osteomielite do clivus com paralisia do VI nervo craniano, acidente vascular cerebral e sépsis (p. 48).

São descritos os sintomas, os sinais, a avaliação e o tratamento das complicações orbitárias, adaptadas da classificação de Chandler (p. 44-46):

1. Celulite pré-septal: dor ocular, edema e eritema da pálpebra e, por vezes, febre. Tratamento com antibioterapia oral.

2. Celulite orbitária: dor ocular, edema conjuntival, proptose, limitação e dor à mobilidade ocular. Tratamento com antibioterapia endovenosa.

3. Abscesso subperiósseo e abscesso orbitário: edema palpebral e conjuntival, proptose, oftalmoplegia e diminuição da acuidade visual. Tratamento com etmoidectomia endoscópica com drenagem do abscesso e antibioterapia endovenosa com cobertura para aeróbios e anaeróbios. Na existência de sintomas oftalmológicos é mandatória a realização de TC com contraste para diferenciação entre celulite e abscesso orbitário. Uma das novidades do EPOS 2012 é a apresentação de critérios para intervenção cirúrgica nas complicações orbitárias da RSA (p. 45):

1. Evidência na TC ou Ressonância Magnética de abscesso subperiósseo ou intraorbitário (com potenciais exceções descritas adiante),

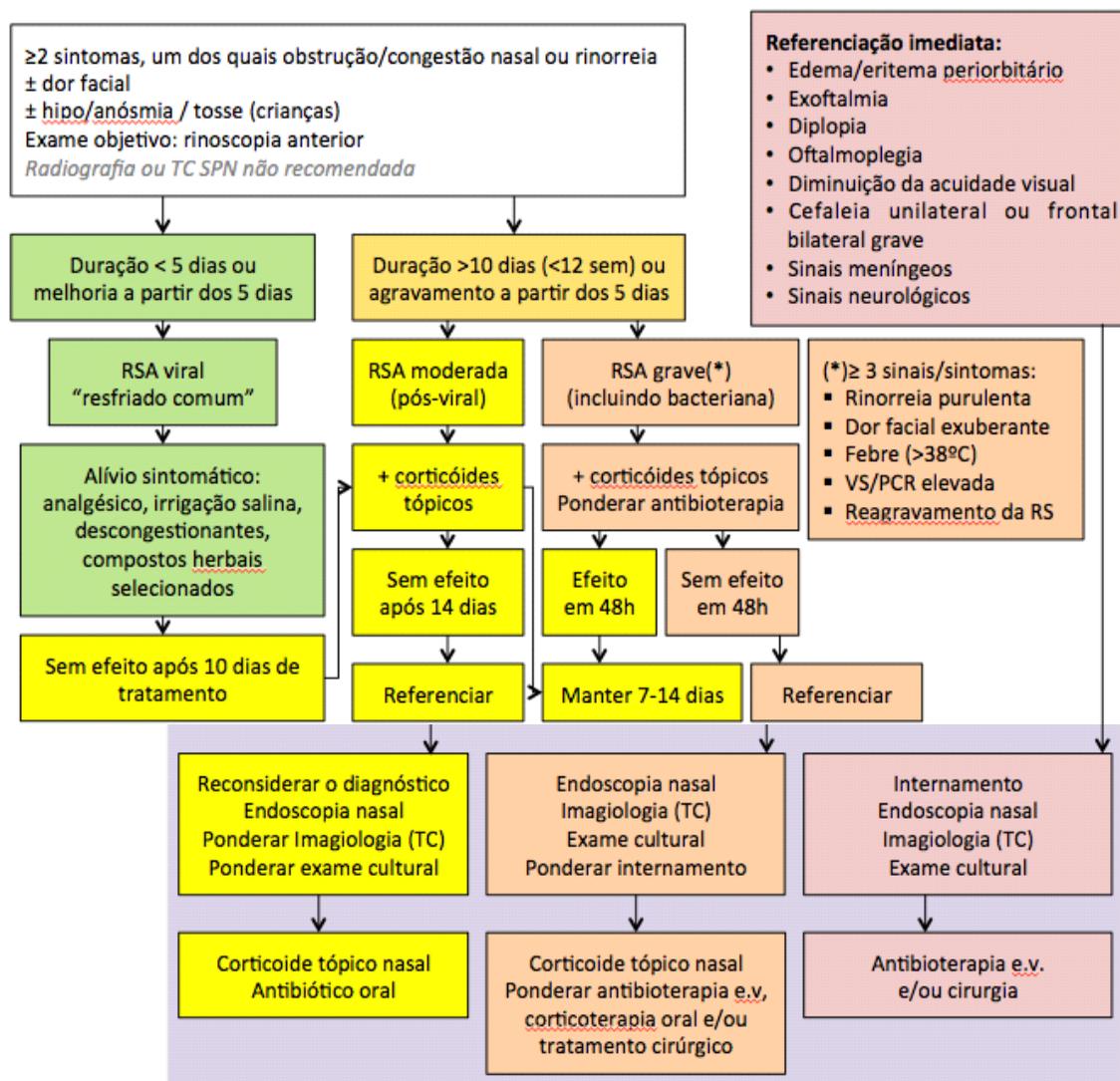
2. Diminuição da acuidade visual, da visão a cores, do reflexo pupilar aferente ou impossibilidade de avaliar a visão.

3. Progressão ou ausência de melhoria dos sinais orbitários (diplopia, oftalmoplegia, proptose, edema palpebral, edema conjuntival) após 48 horas de antibióticos intravenosos;

4. Progressão ou ausência de melhoria da condição global do doente (febre, parâmetros inflamatórios) após 48 horas de antibióticos intravenosos.

Realça-se também a referência aos critérios de não intervenção cirúrgica, tendo sido demonstrados bons resultados com antibioterapia endovenosa (p. 46) em crianças com idade inferior a 2-4 anos, abscesso subperiósseo de pequeno volume (<0,5ml) de

FIGURA 1
Protocolo de atuação na RSA em cuidados de saúde primários e por ORL



RSA: Rinossinusite aguda. ORL: Otorrinolaringologia. TC SPN: Tomografia computadorizada dos seios perinasais. sem: semanas. h: horas. VS: velocidade de sedimentação. PCR: proteína C reativa. e.v.: endovenoso

localização medial, ausência de diminuição da acuidade visual ou de envolvimento sistémico significativo e melhoria clínica significativa nas primeiras 24 a 48 horas. Das complicações intracranianas são referidas os abscessos epidural, subdural e cerebral, a meningite e a trombose dos seios cavernoso ou sagital superior. A trombose do seio cavernoso é caracterizada por ptose, exoftalmia, nevralgia do nervo óptico, cefaleia retro-ocular, oftalmoplegia, papiledema, sinais meníngeos, febre e prostração. O tratamento com anticoagulantes mantém-se controverso, embora os autores sugiram que esteja provavelmente indicado se for excluída hemorragia intracerebral. Outros tratamentos referidos neste documento são a corticoterapia, a antibioterapia e a drenagem do seio perinasal afectado (quase sempre o esfenoidal) (p. 46, 47).

Relativamente ao tratamento médico da RSA, os grupos farmacológicos são avaliados em termos de categoria de evidência (Ia a IV) e de força de recomendação (A a D), de acordo com a qualidade dos estudos existentes (Quadro 1) (p. 209 e211). As principais modificações em relação ao EPOS 2007 são a recomendação para a utilização da irrigação nasal salina na RSA, tanto em adultos como em crianças, bem como a referência à utilização de anti-inflamatórios não esteroides (AINE) nos adultos que, embora amplamente utilizados no alívio da dor facial, não constavam do documento anterior. Quanto ao antibiótico e posologia a utilizar na rinossinusite aguda bacteriana, são apresentadas tabelas com estudos comparativos entre antibióticos e placebo, diferentes antibióticos e diferentes posologias (p. 32-35), de que se destacam alguns exemplos como beta-lactâmicos

QUADRO 1

Tratamento da RSA

Tratamento	Evidên.	Recomend.	Relevância
Adultos			
Antibiótico	Ia	A	Sim, na RSA bacteriana
Corticóide tópico	Ia	A	Sim, na RSA pós-viral
Corticóide tópico + antibiótico	Ia	A	Sim, na RSA bacteriana
Corticóide oral + antibiótico	Ia	A	Sim, na RSA bacteriana
Irrigação salina	Ia	A	Sim
Antihistamínico, analgésico e descongestionante oral	Ia	A	Sim, na RSA viral
Brometo de ipratrópio	Ia	A	Sim, na RSA viral
Probióticos	Ia	A	Na prevenção de RSA
Zinco	Ia	C	Não
Vitamina C	Ia	C	Não
Equinácea	Ia	C	Não
Pelargonium sidoides, Myrtol	Ib	A	Sim, na RSA viral e pós-viral
Aspirina / AINE	Ib	A	Sim, na RSA viral e pós-viral
Paracetamol	Ib	A	Sim, na RSA viral e pós-viral
Adição de antihistamínico oral em doentes alérgicos	Ib (1 estudo)	B	Não
Inalação de vapores	Ia(-)	A(-)	Não
Cromoglicato	Ib(-)	A(-)	Não
Descongestionante	Sem dados	D	Não
Mucolítico	Sem dados	D	Não
Crianças			
Antibiótico	Ia	A	Sim, na RSA bacteriana
Corticóide tópico	Ia	A	Sim, na RSA pós-viral*
Corticóide tópico + antibiótico	Ia	A	Sim, na RSA bacteriana
Mucolítico (erdosteína)	Ib(-)	A(-)	Não
Irrigação salina	IV	D	Sim
Antihistamínico oral	IV	D	Não
Descongestionante	IV	D	Não

Evidên.: Categoria de evidência. Recomen.: Força da recomendação. Ia(-): evidência de categoria Ia de que o tratamento não é efetivo.

A(-): Recomendação A para a não utilização. Ib(-): estudo Ib com resultados negativos. *estudos apenas em crianças com idade ≥12 anos.

(amoxicilina + ácido clavulânico 875/125mg 2id 10 dias ou cefuroximeacetil 250mg 2id 10 dias), macrólidos (azitromicina 500mg 1id 3 dias ou claritromicina 500mg 2id 14 dias) e quinolonas (moxifloxacina 400mg 1id 7 dias ou levofloxacina 750mg 1id 5 dias), sendo sugerida a utilização do antibiótico de mais curto espectro que seja ativo contra os patogénicos mais prováveis – *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*.

Rinossinusite crónica (RSC)

O EPOS 2012, através de novos estudos epidemiológicos que utilizaram a definição de rinossinusite proposta anteriormente, incluindo o estudo GA2LEN (*The Global Allergy and Asthma Network of Excellence*)⁵, reporta uma prevalência de RSC de 5 a 15% na população

em geral (definição epidemiológica) e 2 a 4% de RSC confirmada por diagnóstico médico (definição clínica) (p. 56).

A RSC pode ser classificada, com recurso à endoscopia nasal, em 1. RSC com pólipos nasais (RSCcPN): visualização endoscópica de pólipos bilaterais no meato médio ou visualização endoscópica de lesões pedunculadas bilaterais, 6 ou mais meses após cirurgia nasal; e 2. RSC sem pólipos nasais (RSCsPN): sem pólipos visíveis no meato médio, mesmo após vasoconstricção nasal (p. 8).

Duas outras propostas deste documento são a avaliação de controlo da RSC (Quadro 2) e a definição de RSC de difícil tratamento em doentes com RSC não controlada apesar de tratamento cirúrgico adequado, corticóide

QUADRO 2

Avaliação do controlo clínico atual (no último mês) da RSC

Característica	Controlada	Parcialmente controlada	Não controlada
	(todas as seguintes)	(≥1 das seguintes)	(≥3 características da parcialmente controlada)
Obstrução nasal	Ausente ou não incomodativa	Na maioria dos dias da semana	
Rinorreia	Mucosa e em pequena quantidade	Mucopurulenta na maioria da semana	
Dor facial	Ausente ou não incomodativa	Presente	
Olfacto	Normal ou hipósμία ligeira	Disfuncional	
Alteração do sono ou fadiga	Sem disfunção	Disfuncional	
Endoscopia nasal (se disponível)	Mucosa saudável	Mucosa patológica*	
Medicação sistémica necessária para o controlo (últimos 3 meses)	Não necessária	Curso de antibióticos ou corticoides sistémicos	Administração prolongada de antibióticos ou corticoides sistémicos

*pólipos nasais, secreções mucopurulentas ou inflamação

intranasal e pelo menos 2 cursos curtos de antibiótico ou corticóide sistémico no último ano (p. 6).

São também referidos no documento scores de classificação da rinosinusite crónica por TC (p. 90), endoscopia nasal (p. 91) e questionários de avaliação de qualidade de vida (p. 202). Do *score* de classificação de TC salienta-se o de *Lund-Mackay*, obtido pela soma da pontuação para os seios maxilar, etmoidal anterior, etmoidal posterior, esfenoidal e frontal (0-sem alterações, 1-parcialmente opacificado ou 2-totalmente opacificado) e para o complexo osteomeatal (0-não ocluído ou 2-ocluído) à esquerda e à direita. A classificação endoscópica é também adaptada de *Lund-Mackay*, sugerindo a avaliação bilateral de pólipos nasais (0-ausência, 1-no meato médio, 2-para além do meato médio), do edema (0-ausência, 1-ligeiro, 2-grave) e das secreções (0-ausência, 1-mucosas, 2-purulentas, espessas), bem como de cicatrizes e crostas no pós-operatório (0-ausência, 1-ligeiras, 2-graves). Dos questionários de avaliação de qualidade de vida salientam-se os *Sinonasal Outcome Test (SNOT)* 20 e 22, por estarem validados em português^{6,7}.

Relativamente à fisiopatologia da RSC, é cada vez maior o consenso de que a inflamação persistente resulta de uma interação disfuncional entre o hospedeiro e o ambiente. No EPOS 2012 são apresentadas com maior pormenor várias hipóteses etiológicas, muitas vezes co-existent, como a “hipótese fúngica”, os “defeitos na via dos eicosanóides”, a “hipótese do superantigénio do *Staphylococcus*” e a “hipótese da barreira imunológica”, sendo também abordada a importância dos biofilmes (p. 60-87). É ainda colocada a hipótese de que a RSCsPN

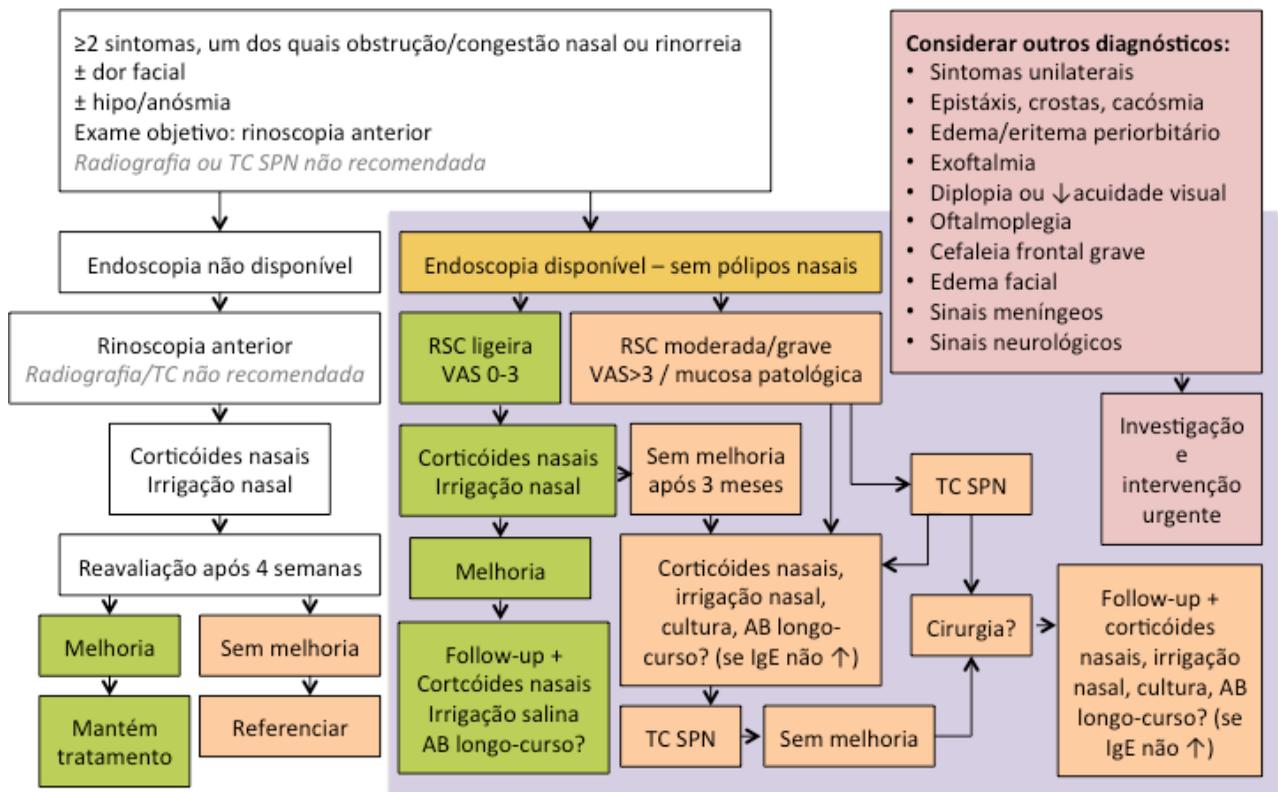
é caracterizada por edema e diminuição dos níveis de fator de transformação do crescimento beta (TGF-β) e da atividade das células T reguladoras (Treg), enquanto que a RSCsPN tem um predomínio de fibrose, com níveis elevados de TGF-β e atividade Treg aumentada (p. 61). Os diagnósticos diferenciais de RSC, que incluem massas tumorais e síndromes de dor facial, como a enxaqueca, a cefaleia de tensão, a midfacial segment pain, a nevralgia do trigémio e a dor neuropática, são exaustivamente explorados em capítulo próprio (p. 95-106).

Rinosinusite crónica sem pólipos nasais (RSCsPN)

Na Figura 2 é apresentado o protocolo de atuação da RSC nos cuidados de saúde primários (secção – endoscopia não disponível) (p. 215) e por especialista ORL (secção – endoscopia disponível) (p. 216). O Quadro 3 mostra a evidência e as recomendações para o tratamento da RSCsPN no adulto antes e após cirurgia aos seios perinasais (SPN) (p. 214) e para a idade pediátrica (p. 220).

Ressalta-se a nova recomendação para, em crianças pequenas, ponderar a realização de adenoidectomia antes da cirurgia aos SPN (p. 219). Esta recomendação surge da dificuldade no diagnóstico diferencial entre a RSC e a hipertrofia das adenóides/adenoidite (p. 132, 133), do facto de as crianças com rinosinusite terem 88-99% da superfície da mucosa adenóide coberta com biofilme (p. 134) e da melhoria da RSC em 50% das crianças a quem é realizada adenoidectomia (p. 198). Nos doentes com RSC devem ser inquiridos sintomas de alergia e, se positivos, confirmada a sensibilização alérgica (p. 216). Outros factores associados que

FIGURA 2
Protocolo de atuação na RSC (cuidados de saúde primários) e RSCsPN



RSC: Rinosinusite crónica. TC SPN: Tomografia computadorizada dos seios perinasais. VAS: Escala analógica visual

deverão ser tidos em consideração incluem patologia da via aérea inferior (p. 115, p. 135), imunodeficiência primária e secundária (p. 58 e 136), bem como discinesia ciliar primária e fibrose cística nas crianças (p. 136).

Relativamente ao tratamento da RSCsPN, salienta-se a nova recomendação de utilização de doses anti-inflamatórias de macrólidos em tratamentos de longo curso (igual ou superior a 12 semanas) em doentes sem elevação da IgE. Esta recomendação advém da análise de 2 estudos aleatorizados e controlados com placebo, em que um avaliou a eficácia do tratamento com roxitromicina 150mg 1id 12 semanas e outro com azitromicina 500mg 1id 12 semanas. No primeiro, foi observada uma melhoria significativa, mais evidente nos doentes com IgE normal (93%). No segundo estudo não foi encontrado efeito significativo, mas incluiu doentes com e sem pólipos nasais e com uma gravidade superior, pelo que existe a possibilidade de ter incluído um maior número de doentes com IgE aumentada (p. 149, 150).

Salienta-se ainda a ausência de referência ao tratamento com antileucotrienos na RSCsPN. No EPOS 2007 é descrito um estudo em que a adição de antileucotrienos ao tratamento com corticoide nasal em doentes com e sem polipose nasal demonstrou benefício clínico.

No entanto, este grupo farmacológico tinha nível de evidência III, grau de recomendação C, não sendo considerado relevante no tratamento da RSCsPN e apontando a necessidade de mais estudos controlados para avaliação da sua eficácia na RSC.

Quanto ao tratamento cirúrgico da RSC, é descrito que a cirurgia endoscópica dos SPN mostrou-se superior a procedimentos convencionais, incluindo polipectomia, *Caldwell-Luc*, antrostomia inferior e irrigação nasal, mas sem superioridade comprovada relativamente à esfenotomoidectomia convencional. Especificamente relativamente à RSCsPN, a cirurgia endoscópica é uma opção eficaz e segura nos doentes com falha do tratamento médico. Quanto à extensão do procedimento, as recomendações propõem que seja adequada à extensão da doença (p. 154-157).

QUADRO 3

Tratamento da RSCsPN

Tratamento	Evidên.	Recomend.	Relevância
Adultos			
Corticóide tópico	Ia	A	Sim
Irrigação salina	Ia	A	Sim
Lisados bacterianos (OM-85 BV)	Ib	A	Incerta
Antibióticos orais <4 semanas	II	B	Nas exacerbações
Antibióticos orais ≥12 semanas	Ib	C	Sim, especialmente se IgE não elevada
Corticóide oral	IV	C	Incerta
Mucolítico	III	C	Não
Inibidores da bomba de prótons	III	D	Não
Descongestionante oral / tópico	Sem dados	D	Não
Evicção alérgica em doentes alérgicos	IV	D	Sim
Adição de antihistamínico em doentes alérgicos	Sem dados	D	Não
Formulações herbais	Sem dados	D	Não
Imunoterapia	Sem dados	D	Não
Probióticos	Ib(-)	A(-)	Não
Antimicóticos tópicos	Ib(-)	A(-)	Não
Antimicóticos sistêmicos	Sem dados	A(-)	Não
Antibióticos tópicos	Ib(-)	A(-)	Não
Pós-operatório			
Corticóide tópico	Ia	A	Sim
Irrigação salina	Ia	A	Sim
Irrigação salina com xylitol	Ib	A	Sim
Irrigação salina com hipoclorito de sódio	IIb	B	Sim
Irrigação salina com champô pediátrico	III	C	Não
Antibióticos orais <4 semanas	II	B	Nas exacerbações
Antibióticos orais ≥12 semanas	Ib	C	Sim, especialmente se IgE não elevada
Corticóide oral	IV	C	Incerta
Antibióticos tópicos	Ib(-)	A(-)	Não
Crianças			
Irrigação salina	Ia	A	Sim
Tratamento do refluxo gastro-esofágico	III	C	Não
Corticóide tópico	IV	D	Sim
Antibióticos orais ≥12 semanas	Sem dados	D	Incerta
Antibióticos orais <4 semanas	Ib(-)	A(-)	Não
Antibióticos e.v.	III(-)	C(-)	Incerta

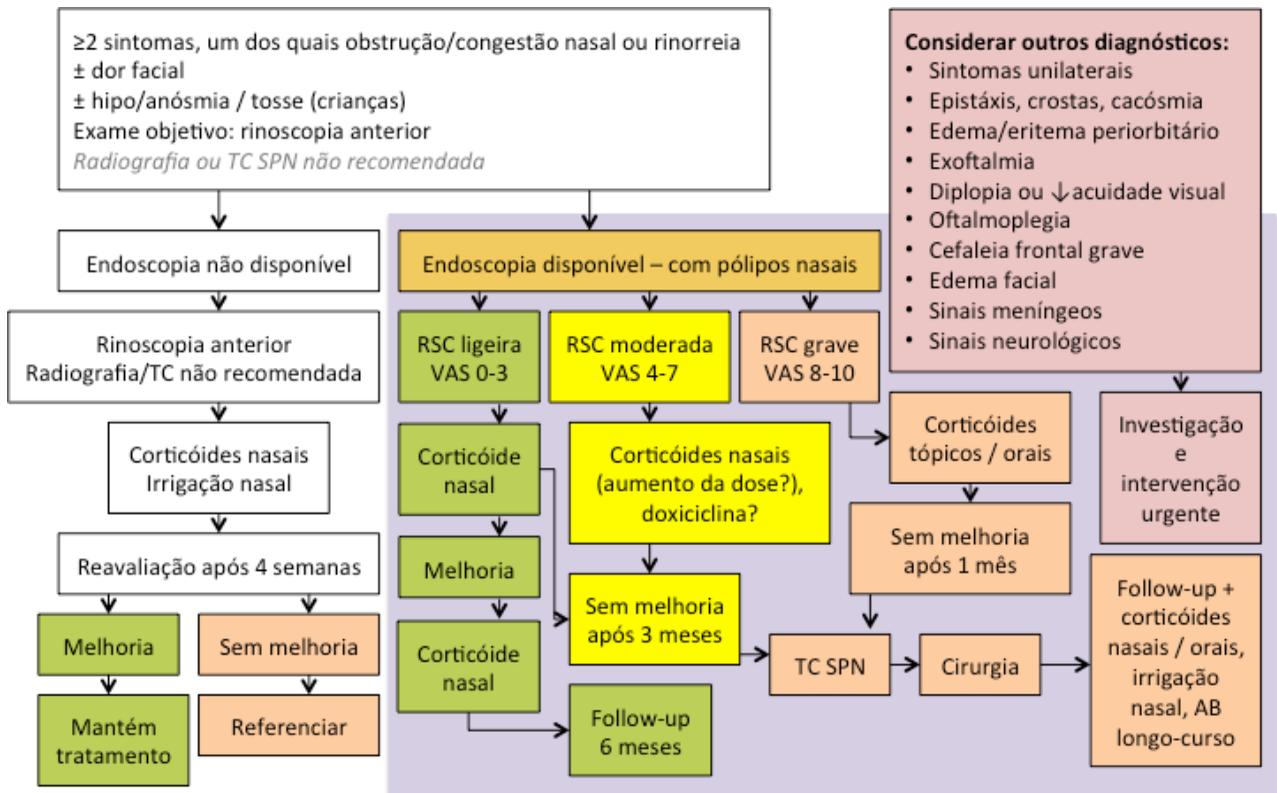
Evidên.: Categoria de evidência. Recomen.: Força da recomendação. Ib(-): estudo 1b com resultados negativos. A(-): recomendação A para a não utilização. III(-): estudo III com resultados negativos. C(-): recomendação C para a não utilização.

Rinossinusite crónica com pólipos nasais (RSCcPN)

Na Figura 3 é apresentado o protocolo de atuação na RSC nos cuidados de saúde primários (secção – endoscopia não disponível) (p. 215) e por especialista ORL (secção – endoscopia disponível) (p. 218). O Quadro 4 (p. 217) mostra as evidências e recomendações para o tratamento da RSCcPN no adulto antes e após cirurgia aos SPN. Nos adultos com RSCcPN devem ser inquiridos sintomas da via aérea inferior e de hipersensibilidade

ao ácido acetilsalicílico e outros AINE: 50% dos doentes com RSC têm asma, 7% dos doentes com asma têm pólipos nasais (p. 116) e 60-70% dos asmáticos com hipersensibilidade ao ácido acetilsalicílico têm pólipos nasais (p. 124). A tríade composta por RSCcPN, asma e hipersensibilidade ao ácido acetilsalicílico é designada por doença respiratória exacerbada pela aspirina e caracteriza-se por doença mais grave e necessidade de maior número de cirurgias (p. 124).

FIGURA 3
Protocolo de atuação na RSC (cuidados de saúde primários) e RSCcPN



RSC: Rinossinusite crónica. TC SPN: Tomografia computadorizada dos seios perinasais. VAS: Escala analógica visual

Nas crianças com RSCcPN é mandatória a investigação de fibrose cística, já que esta é um das poucas causas de polipose nasal em idade pediátrica (p. 136). Dado que a abordagem diagnóstica e a terapêutica desta patologia são muito específicas, não são apresentados o algoritmo nem as recomendações de tratamento para a RSCcPN na criança.

No que se refere ao tratamento médico da RSCcPN surgem várias novidades relativamente ao documento anterior, como o tratamento com doxiciclina e com anticorpo monoclonal anti-interleucina⁵ (IL-5). Num estudo com doxiciclina (100mg exceto no primeiro dia com 200mg) durante 20 dias, em comparação com placebo, foi observada diminuição do tamanho dos pólipos, da rinorreia posterior e de marcadores

pró-inflamatórios (p. 180), pelo que surge agora a recomendação A para um curso curto de antibioterapia oral com este fármaco. Dois estudos aleatorizados e controlados com placebo demonstraram eficácia do tratamento com anti IL-5 (mepolizumab ou reslizumab) na redução do tamanho dos pólipos nasais, para já não comercializados no mercado português. No entanto, como estes estudos foram realizados em doentes graves, com múltiplas cirurgias prévias, não é possível recomendar a sua utilização pré-operatoriamente (p.182).

Quanto ao tratamento com antileucotrienos, embora a recomendação seja para a não utilização, são descritos vários estudos em que este fármaco se mostrou significativamente mais eficaz que o placebo e com

QUADRO 4

Tratamento da RSCcPN no adulto

Tratamento	Evidên.	Recomend.	Relevância
Corticóide tópico	Ia	A	Sim
Corticóide oral	Ia	A	Sim
Antibióticos orais <4 semanas	Ib e 1b(-)	C	Sim, com efeito pequeno
Antibióticos orais ≥12 semanas	III	C	Sim, especialmente se IgE não elevada
Capsaicína	II	C	Não
Inibidores da bomba de protões	II	C	Não
Desensibilização à aspirina	II	C	Incerta
Furosemida	III	D	Não
Imunossupressores	IV	D	Não
Irrigação salina	Ib	D	Sim, para alívio sintomático
Antibióticos tópicos	sem dados	D	Não
Anti-IL5	sem dados	D	Incerta
Formulações herbais	sem dados	D	Não
Descongestionante oral / tópico	sem dados	D	Não
Mucolítico	sem dados	D	Não
Adição de antihistamínico em doentes alérgicos	sem dados	D	Não
Antimicóticos tópicos	Ia(-)	A(-)	Não
Antimicóticos sistémicos	Ib(-)	A(-)	Não
Antileucotrienos	Ib(-)	A(-)	Não
Anti-IgE	Ib(-)	A(-)	Não
Pós-operatório			
Corticóide tópico	Ia	A	Sim
Corticóide oral	Ia	A	Sim
Antibióticos orais <4 semanas	Ib	A	Sim, efeito pequeno
anti-IL5	Ib	A	Sim
Antibióticos orais ≥12 semanas	Ib	C	Sim, especialmente se IgE não elevada
Adição de antihistamínico em doentes alérgicos	Sem dados	D	Não
Furosemida	III	D	Não
Irrigação salina	Sem dados	D	Incerta
Antileucotrienos	Ib(-)	A(-)	Não
Anti-IgE	Ib(-)	C	Incerta

Evidên.: Categoria de evidência. Recomen.: Força da recomendação. Ia(-): estudo 1a com resultados negativos. Ib(-): estudo 1b com resultados negativos. A(-): recomendação A para a não utilização

benefício quando adicionado ao corticoide nasal, sendo a sua eficácia mais significativa em doentes com rinite alérgica concomitante (p. 185, 186). É ainda referido que o tratamento com antileucotrienos pode ser eficaz em doentes com doença respiratória exacerbada pela aspirina, embora sem maior eficácia do que nos doentes que toleram o ácido acetilsalicílico (p.127).

O tratamento cirúrgico na RSCcPN tem demonstrado uma melhoria dos sintomas mais significativa que na RSCsPN. Quanto à extensão do procedimento, foi observado que a etmoidectomia radical (nasalização) tem menor taxa de recorrência e maior benefício funcional do que a etmoidectomia funcional, que existe benefício na realização de antróstomia alargada em doentes com RSC maxilar recalcitrante e, que o procedimento de Lothrop endoscópico modificado é uma muito boa opção em caso de persistência de RS frontal após sinusotomia frontal (p. 188, 189).

No EPOS 2012 foram ainda criados capítulos que descrevem patologias com metodologias diagnósticas específicas e/ou tratamentos diferentes dos previamente abordados, como é o caso da fibrose cística (p. 117), da rinosinusite fúngica alérgica (p. 130), das imunodeficiências (p. 128) e da doença respiratória exacerbada pela aspirina (p. 93, 124 e 187). Em relação a esta última, salienta-se a importância de testar AINE alternativos e a possibilidade de realização de protocolos de dessensibilização ao ácido acetilsalicílico por especialistas em Imunoalergologia.

São também pela primeira vez apresentadas e caracterizadas as raras complicações que podem advir da RSC, como o mucocelo, a osteíte, a erosão e a expansão óssea, a formação de osso metaplásico e a neuropatia ótica (p. 111-115).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O EPOS 2012 é um documento extenso, de revisão da literatura atualizada e que pretende também ter esquemas de atuação baseados na mais recente evidência científica. Da sua leitura e da comparação com o anterior documento de 2007 foram encontradas várias alterações e novidades com potencial implicação na prática clínica, de que se destacam as seguintes:

- A inclusão da tosse como critério de diagnóstico de rinosinusite nas crianças.
- A classificação da RSA em viral, pós-viral e bacteriana, com sugestão de critérios para o diagnóstico de uma etiologia bacteriana.
- A indicação, com recomendação grau A, para a irrigação nasal salina e a utilização de AINE/paracetamol na RSA.
- A sugestão de critérios de controlo de RSC e a definição de RSC de difícil tratamento.
- A introdução de capítulos específicos e com tratamento diferencial para complicações da RSC, doença respiratória exacerbada pela aspirina, fibrose cística, rinosinusite fúngica alérgica e imunodeficiências.
- O ênfase dado à hipertrofia das adenóides/adenoidite

enquanto diagnóstico diferencial e fator de agravamento da RSC na criança pequena, sendo a adenoidectomia o primeiro procedimento cirúrgico indicado nesta faixa etária.

- A observação de que a eficácia do tratamento de longa duração com macrólido é condicionada pelo nível de IgE total.

- O potencial da doxiciclina e do anticorpo anti-IL5 no tratamento da RSC com polipose nasal.

No entanto, deve ser realçado que serão necessários estudos futuros para validar as ferramentas diagnósticas propostas, confirmar a eficácia de determinadas abordagens terapêuticas e cirúrgicas e definir critérios que possam prever a resposta à terapêutica.

Referências bibliográficas:

1. European Academy of Allergology and Clinical Immunology. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps. *Rhinol Suppl.* 2005;(18):1-87.
2. Fokkens W, Lund V, Mullol J, et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007. *Rhinol Suppl.* 2007;(20):1-136.
3. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, Bachert C, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012. *Rhinol Suppl.* 2012;(23):1-298.
4. Lindbaek M, Hjortdahl P, Johnsen UL. Use of symptoms, signs, and blood tests to diagnose acute sinus infections in primary care: comparison with computed tomography. *Fam Med.* 1996;28(3):183-8.
5. Hastan D, Fokkens WJ, Bachert C, Newson RB, et al. Chronic rhinosinusitis in Europe – an underestimated disease. A GA²LEN study. *Allergy.* 2011;66(9):1216-23.
6. Bezerra TF, Piccirillo JF, Fornazieri MA, de M Pilan RR, et al. Cross-Cultural Adaptation and Validation of SNOT-20 in Portuguese. *Int J Otolaryngol.* 2011;306529
7. Kosugi EM, Chen VG, Fonseca VM, Cursino MM, et al. Translation, cross-cultural adaptation and validation of SinoNasal Outcome Test (SNOT): 22 to Brazilian Portuguese. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2011;77(5):663-9.