



Sinusite/Rinossinusite

1. Condição Médica

A Sinusite refere-se à inflamação dos seios paranasais, sendo que o termo clinicamente mais adequado deve ser rinossinusite, que é a inflamação tanto dos seios paranasais como da mucosa nasal. A rinossinusite é uma doença frequente e de impacto significativo no desempenho esportivo, tanto em competição quanto no treinamento. Existem dois tipos de rinossinusite: rinossinusite aguda bacteriana (RSAB) e rinossinusite crônica (RSC).

2. Diagnóstico

A. História Médica

A RSAB é um diagnóstico clínico com sinais de infecção do trato respiratório superior com sintomas de duração superior a 7 dias, sem melhora ou com melhora seguida de agravamento. Os dois principais agentes causadores de RSAB são o *streptococcus pneumoniae* e a *haemophilus influenzae*. A RSC é uma doença inflamatória que envolve a mucosa nasal e os seios paranasais. Os sintomas da RSC são geralmente de menor intensidade do que os da RSAB, mas a sua duração excede as 4 semanas, normalmente utilizados como limite superior para o diagnóstico de RSAB. Os principais agentes causadores da RSC são o *streptococcus pneumoniae*, a *haemophilus influenzae* e anaeróbios. O diagnóstico de RSC é provável quando há a presença de dois ou mais sintomas principais, durante pelo menos 8 a 12 semanas, acompanhada de inflamação documentada dos seios paranasais ou da mucosa nasal.

B. Critérios de Diagnóstico

Tabela de sintomas RSAB

- Dor e/ou pressão facial
- Obstrução nasal
- Secreção nasal purulenta / Drenagem pós-nasal incolor
- Diminuição ou perda do olfato (hiposmia/anosmia)

O diagnóstico de RSAB requer a presença de 2 ou mais sintomas, um dos quais deve ser a Obstrução nasal ou a Drenagem pós-nasal, a duração dos sintomas deve ser superior a 7 dias, sem melhora.

O diagnóstico é baseado na história clínica e no exame físico. Não são necessárias aspirações nasais e cultura do exsudado. Não é necessário o exame radiológico para a RSAB sem complicações.

Rinossinusite Crônica (RSC)

A RSC é diagnosticada com base na história clínica, mas deve ser confirmada com pelo menos uma constatação objetiva por endoscopia nasal ou tomografia computadorizada.

Controlo de Sintomas de RSC

- Congestão facial
- Dor e/ou pressão facial
- Obstrução nasal
- Secreção nasal purulenta / Drenagem pós-nasal incolor
- Diminuição ou perda do olfato (hiposmia/anosmia)

O diagnóstico requer a presença de pelo menos 2 sintomas, durante 8 a 12 semanas, acompanhados de inflamação documentada dos seios paranasais ou da mucosa nasal. A RSC é um diagnóstico clínico que deve ser confirmado com pelo menos um sinal objetivo, como secreção nasal purulenta, pólipos na endoscopia ou velamento dos seios na tomografia computadorizada. É necessário uma avaliação objetiva para descartar o diagnóstico diferencial da enxaqueca, abscessos dentários, rinite alérgica e dor facial idiopática persistente.

3. Boas Práticas no tratamento médico

A. Nome das substâncias proibidas

A associação de um anti-histamínico de 1ª geração (sedativo) com um descongestionante oral (pseudoefedrina - PSE). O uso de PSE está principalmente reservado para crises de exacerbações agudas de sinusite. Um atleta com RSC bem controlada não deve ter uma necessidade regular de administração da PSE. Atenção que a PSE é efetivamente proibida SOMENTE em competição (ver Cuidados, abaixo). Não é necessária AUT para o seu uso fora de competição.

- Via de Administração: Oral
- Frequência: Conforme indicação no rótulo do fabricante.
- As formulações com anti-histamínicos não são proibidas.
- Embora cada caso deva ser julgado individualmente, é altamente improvável que uma AUT seja concedida para dosagens supraterapêuticas de PSE, uma vez que existem outras alternativas de tratamento.
- Duração recomendada: até 8 semanas, conforme necessário para o controle dos sintomas.
- Cuidado: A pseudoefedrina é proibida em competição para uma concentração urinária acima do limite de 150 ng/ml (desde 1 de Janeiro de 2010). A dose máxima estabelecida, baseado no consumo das doses terapêuticas, foi definido para um limite de 240 mg, que devem ser administrados segundo esquema abaixo:
 - 4 administrações diárias (uma a cada 4-6 horas) de comprimidos de 60 mg (ou 2 tomas de 30 mg) ou
 - 2 administrações diárias (uma a cada 12 horas) de comprimidos de 120 mg (liberação prolongada), ou
 - 1 administração diária de um comprimido de 240 mg (liberação prolongada). A solicitação da AUT deve demonstrar a presença da patologia, evidenciada pela história e exame físico, para além de tentativas fracassadas de substâncias não proibidas.

Embora raro, é possível que o limite estabelecido possa ser alcançado em alguns indivíduos que tomam doses terapêuticas, em particular 6-20 horas após a administração de um comprimido de liberação prolongada.

Por isso, a AMA informa que os atletas devem parar a toma dos comprimidos com PSE 24 horas antes do período de competição.

B. Nome das substâncias proibidas:

Glicocorticóides sistêmicos (GCS)

Um curto tratamento com medicamentos orais de GCS: (por exemplo, prednisona 30-40 mg) pode ser necessário na rinosinusite crônica (com ou sem pólipos), seja para o controle inicial, tratamento precoce da doença ou para o tratamento de recidivas ou exacerbações. O tratamento prolongado com GCS sistêmicos é raro, porém pode acontecer quando há a presença de um quadro complicado de polipose nasal. Os GCS orais são proibidos apenas em competição.

- Via de Administração: Oral
- Frequência: Uma vez dia.
- Duração recomendada do tratamento: Período deve ser curto e limitado a 4-5 dias.
- Requisitos AUT: É necessária ser concedida uma AUT para o uso de glicocorticóides orais em competição. No pedido para a AUT deve constar um diagnóstico claro da rinosinusite crônica.

É muito raro que o uso de glicocorticóides intravenosos possa ser usado no tratamento da sinusite. Embora a administração intravenosa não ser proibida no tratamento de internações hospitalares, ainda assim seria necessário solicitar uma AUT para qualquer substância proibida, que possivelmente possa ser administrada por via intravenosa. Os glicocorticóides sistêmicos são apenas proibidos durante o período de competição.

4. Outros tratamentos alternativos não proibidos

- Assegurar a hidratação adequada.
- Os Antibióticos como amoxicilina /clavulanato. As fluoroquinolonas de segunda escolha podem ser úteis em situações de resistência bacteriana ou complicações. É recomendado a prevenção de anaeróbios na RSC.
- Corticosteróides intranasais tópicos podem melhorar as taxas de recuperação e melhorar os sintomas.
- Analgésicos como o paracetamol ou anti-inflamatórios não esteróides (AINE's), podem proporcionar alívio dos sintomas.
- Irrigações nasais com soluções salinas e descongestionantes nasais tópicos (gotas ou sprays - por exemplo a xilometazolina) podem proporcionar alívio dos sintomas.
- Mucolíticos, anti-histamínicos e modificadores dos leucotrienos podem ser úteis na RSC.
- Devem ser encaminhados para um especialista, quando houver casos com presença de pólipos nasais.
- A cirurgia pode trazer benefícios e pode ser indicada para os atletas que não responderam ao tratamento terapêutico convencional.
- Os testes para alergias podem ser indicados em atletas com RSC, que possam ter uma componente atópica.

5. Consequências para a saúde no caso de ausência do tratamento

A falha no tratamento da sinusite ou uma falha na resposta ao tratamento pode levar a tosse crônica, complicações orbitárias ou complicações neurológicas intracranianas, incluindo cegueira, oftalmia, meningite, abscesso cerebral ou osteomielite.

6. Monitorização do Tratamento

O tratamento é monitorado pelo médico assistente a fim de assegurar a eficácia do esquema de tratamento.

7. Validade da AUT e processo de revisão recomendado

É necessária uma AUT para a utilização de pseudoefedrina e de glicocorticóides orais em competição. Como o tratamento da sinusite tende a ser de curto prazo, a AUT também será de curta duração.

8. Medidas de Prevenção Apropriadas

Um atleta que não responda à terapêutica convencional, ou apresenta sintomas graves, deve ser encaminhado para um otorrinolaringologista para investigação de outras condições subjacentes. Os sinais e sintomas de alerta incluem:

- Sintomas graves incomuns
- Toxicidade sistêmica
- Estado mental alterado
- Forte dor de cabeça
- Inchaço da região orbitária ou alteração na acuidade visual

9. Referências

Desrosiers M, Evans GA, Keith PK, Wright ED, Kaplan A, Bouchard J, Ciavarella A, Doyle PW, Javer AR, Leith ES, Mukherji A, Robert Schellenberg R, Small P, Witterick IJ. Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2011 May;40 Suppl 2:S99-193. And *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2011Feb 10;7(1):2.

Ozturk F, Bakirtas A, Ileri F, et al. Efficacy and tolerability of systemic methylprednisolone in children and adolescents with chronic rhinosinusitis: a double-blind, placebo-controlled randomized trial. *J Allergy Clin Immunol*. 2011 Aug;128(2):34852. Epub 2011 May 31.

Rosenfeld RM, Andes D, Bhattacharyya N, Cheung D, Eisenberg S, Ganiats TG, Gelzer A, Hamilos D, Haydon RC, Hudgins PA, et al: Clinical practice guideline: adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007, 137: S1-31.