



Sinusite/ Rinossinusite

1. Condição Médica

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

2. Diagnóstico

A. História Médica

A RSAB é um diagnóstico clínico resultante de uma infeção do trato respiratório superior com sinais e sintomas de duração superior a 7 dias, sem melhoria ou com melhoria 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 perinasais. Os sintomas da RSC são geralmente de menor intensidade do que os da RSAB, mas a sua duração excede as 4 semanas, que são frequentemente utilizadas como limite superior para o diagnóstico de RSAB. Os principais agentes causadores da RSC são o *Streptococcus pneumoniae*, a *haemophilus influenzae* e bactérias anaeróbias. O diagnóstico de RSC é provável se estiverem presentes 2 ou mais sintomas principais durante pelo menos 8 a 12 semanas, juntamente com inflamação documentada dos seios perinasais ou da mucosa nasal.

B. Critérios de Diagnóstico

Tabela de sintomas RSAB

Dor facial/pressão/sensação de preenchimento

Obstrução nasal

Purulência nasal / Drenagem posterior incolor

Olfato: hiposmia/anosmia

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

O diagnóstico é baseado na história clínica e no exame físico. A cultura ao exsudado nasal e ao aspirado sinusal não são necessárias. Não é necessário o exame radiológico para a RSAB sem complicações.

Rinossinusite Crónica (RSC)

A RSC é diagnosticada em termos clínicos, mas deve ser confirmada com pelo menos 1 resultado objetivo por endoscopia ou tomografia computadorizada.

Controlo de Sintomas de RSC

Congestão facial/ sensação de preenchimento

Dor facial/pressão/ sensação de preenchimento

Obstrução nasal

Purulência nasal / Drenagem posterior incolor

Olfato: hiposmia/anosmia

O diagnóstico requer pelo menos 2 sintomas presentes durante 8 a 12 semanas e, além disso, inflamação documentada dos seios perinasais ou da mucosa nasal. A RSC é um diagnóstico clínico que deve ser confirmado com pelo menos um sinal objetivo, como purulência nasal, polipose nasal na endoscopia ou opacificação do seio na tomografia computadorizada. É necessária a avaliação objetiva para descartar o diagnóstico diferencial da enxaqueca, abscessos dentários, rinite alérgica e síndromes atípicos de dor facial.

3. Boas Práticas Médicas

A. Denominação das substâncias proibidas

Associação de um anti-histamínico de 1ª geração (sedativo) com um descongestionante oral (pseudoefedrina - PSE). O uso de PSE está principalmente reservado para episódios de exacerbações agudas de sinusite. Um atleta com RSC bem controlada não deverá ter necessidade regular de administrar um PSE. É de referir que a PSE é proibida SOMENTE em competição (ver Precauções, abaixo). Não é necessária AUT para o uso fora de competição

- Vias de Administração: Oral
- Frequência: Como indicado no RCM do fabricante.
- As formulações com anti-histamínicos não são proibidas
- Embora cada caso deva ser julgado individualmente, é improvável que uma AUT seja concedida para doses supra-terapêuticas de PSE, quando existe outro tratamento alternativo.
- Duração recomendada: mais de 8 semanas de acordo com a necessidade de controlo dos sintomas.
- PRECAUÇÃO: A pseudoefedrina é proibida em competição quando a concentração urinária estiver acima do limiar de 150 µg/ml (desde 1 de Janeiro de 2010). O valor limite foi estabelecido baseado na ingestão de doses terapêuticas de PSE, definindo como dose máxima diária de 240 mg de PSE tomados da seguinte forma:
 - 4 administrações diárias (uma a cada 4-6 horas) de um comprimido de 60 mg (ou comprimidos de 30 mg x 2), ou
 - 2 administrações diárias (uma a cada 12 horas) de um comprimido de 120 mg (libertação prolongada), ou
 - 1 administração diária de um comprimido de 240 mg (libertação prolongada). A solicitação da AUT deve demonstrar a presença da patologia, evidenciada por história e exame físico, para além de tentativas de tratamento mal sucedidas com substâncias permitidas.

Embora raro, é possível que o limiar estabelecido possa ser atingido por alguns indivíduos com doses terapêuticas, em particular 6-20 horas após a administração de um comprimido de libertação prolongada. **Por isso, a AMA aconselha que os atletas deixem de tomar comprimidos com PSE 24 horas antes do período de competição.**

B. Denominação das substâncias proibidas:

Glucocorticosteroides sistémicos (GCS)

Um tratamento curto com preparações orais de GCS: (por exemplo, prednisona 30-40 mg) pode ser necessário na rinossinusite crónica (com ou sem pólipos), quer para o controle inicial e tratamento precoce da doença, quer para o tratamento de recidivas ou exacerbações. O tratamento prolongado com GCS sistémicos é raro, a menos que esteja também presente polipose nasal complicada. Os GCS orais são proibidos apenas em competição.

- Vias de Administração: Oral

- Frequência: Uma vez dia.
- Duração do Tratamento recomendada: Período finito de tempo, como 4-5 dias.
- Requisitos AUT: É necessária uma AUT para o uso de glucocorticosteroides orais em competição. A solicitação de AUT deve demonstrar um diagnóstico claro de rinossinusite crónica.

É rara utilização de glucocorticosteroides intravenosos no tratamento da sinusite. Embora o uso de uma infusão intravenosa não seja proibida no âmbito de uma admissão hospitalar, seria necessário solicitar uma AUT retroativa para qualquer substância proibida, administrada por via intravenosa. Os glucocorticosteroides sistémicos são apenas proibidos durante o período de competição.

4. Outros tratamentos alternativos permitidos

- Assegurar a hidratação adequada.
- Antibióticos como amoxicilina / clavulanato. As fluoroquinolonas de segunda linha podem ser úteis em situações de resistência bacteriana ou complicações. É recomendada a cobertura de anaeróbios na RSC.
- Corticosteroides tópicos intranasais podem ajudar a melhorar as taxas de recuperação assim como os sintomas.
- Analgésicos como o paracetamol ou anti-inflamatórios não esteroides, podem proporcionar alívio dos sintomas.
- Irrigações salinas e descongestionantes nasais tópicos, nebulização ou gotas (p. ex. xilometazolina) podem proporcionar alívio dos sintomas.
- Mucolíticos, anti-histamínicos e modificadores dos leucotrienos podem ser úteis na RSC.
- Referenciar para um especialista, caso existam pólipos nasais.
- A cirurgia pode ser benéfica e indicada para atletas em que houve falha da terapêutica médica.
- Os testes para determinação das alergias podem ser indicados em atletas com RSC com possível componente atópica.

5. Consequências para a saúde em caso de adiamento do tratamento

O fracasso no tratamento da sinusite ou uma falha na resposta ao tratamento pode levar a tosse crónica, complicações orbitárias ou complicações neurológicas intracranianas, incluindo cegueira, oftalmite, meningite, abscesso cerebral ou osteomielite.

6. Monitorização do Tratamento

O tratamento é controlado pelo médico assistente para assegurar a eficácia do regime de tratamento.

7. Validade da AUT e processo de revisão recomendado

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

8. Medidas de Prevenção Apropriadas

Um atleta que não responda à terapêutica, ou com sintomas graves, deve ser encaminhado para um otorrinolaringologista para pesquisa de outras condições subjacentes. Os sinais e sintomas de alarme incluem:

- Sintomas graves incomuns

- Toxicidade sistémica
- Alteração do estado mental
- Cefaleia intensa
- Edema da órbita 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):348-52. 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.