

Diagnóstico Diferencial entre Adenoidite, Sinusite e Rinofaringite

Jayme Murahovshi

Caetana, 23 meses. Tosse, drenagem nasal posterior pela rinofaringe, obstrução nasal e febrícula. Diagnóstico diferencial entre adenoidite, sinusite e rinofaringite.

Quando li o enunciado deste caso... tive uma sensação de... “de onde vem a estranheza”? Desse termo *rinofaringite*. E porque a estranheza? Porque ele me deu a sensação ou impressão de um termo que já se usou bastante, mas praticamente não se usa mais, a tal ponto, que não consta dos livros de referência pediátrica e de otorrinolaringologia. Conclusão, rinofaringite não existe, o que me facilita o diagnóstico diferencial porque agora em vez de três eu tenho apenas duas possibilidades. Mas porque se usava tanto e agora não usa mais? Porque a rinofaringite era considerada a expressão do resfriado. Hoje se sabe que o resfriado não é uma rinofaringite, mas é na realidade uma **rinossinusite**. O que acontece? Os rinovirus, causadores dos resfriados, invadem a mucosa nasal, produzem uma inflamação não piogênica dessa mucosa, a qual se caracteriza por aumento da secreção e edema, e isso leva à obstrução nasal e obstrução dos óstios paranasais que são os orifícios de desembocadura das cavidades paranasais no meato nasal médio. Então, o resfriado é uma rinossinusite, ou mais rigorosamente uma rinossinusite aguda *não purulenta*. Como é que se manifesta o resfriado na prática comum? Rinorréia, ou seja, um corrimento nasal, um pouco de tosse e essa tosse é principalmente após o deitar, por causa do corrimento retro-nasal, um estado infeccioso leve (praticamente não há febre, ou febre baixa só nos dois primeiros dias) e a duração é curta. Quer dizer, há uma cura espontânea em até uma semana. Entretanto, nem sempre as coisas correm tão bem e com uma certa frequência na criança, ocorre uma infecção bacteriana, e aquela rinossinusite aguda não purulenta, agora se transforma numa rinossinusite aguda *purulenta*. Como se exprime, qual a expressão clínica da rinossinusite aguda purulenta, mais conhecida pelo nome abreviado de *sinusite*? Existem dois tipos de apresentação. O mais comum é o que se pode chamar de **resfriado prolongado**. Ora, o resfriado não é prolongado por natureza, ele se cura em até uma semana. Então, o que se chama de resfriado *prolongado*? É aquele que dura mais; na prática, é aquele que dura mais de dez dias sem tendência à melhora. Mas o que é que se prolonga? Duas coisas; ambas, ou uma das duas: a rinorréia, isto é, o corrimento nasal espesso,

ou a tosse, só que agora é uma tosse diurna e que pode piorar após deitar, mas **o que realmente caracteriza essa sinusite, tipo resfriado prolongado é uma tosse irritativa** durante o dia. E o segundo tipo de sinusite, pode-se chamar de **resfriado grave**. Ora, vimos também que o resfriado, por natureza, não apresenta um estado infeccioso grave; neste caso, o estado infeccioso vai se agravar, com o aparecimento de febre alta depois do terceiro dia de evolução, e o aparecimento de uma secreção nasal, agora purulenta. Em vez daquela secreção sero-hialina, isto é, líquida e mucosa, temos agora uma muco-purulenta. E a **adenóide**?

A adenóide é mais conhecida pela sua expressão crônica, quer dizer, a hipertrofia das adenóides que, clinicamente, se expressa por uma respiração bucal, (a criança que respira sempre de boca aberta) e o ronco noturno alto, aquele ronco que se ouve até do outro quarto. E **adenoidite aguda**? Adenoidite aguda pode ocorrer concomitante à tonsilite e/ou uma reagudização de um processo crônico de hipertrofia. Nesses casos ocorre febre e secreção retro-nasal a qual evidentemente também pode ocorrer na sinusite. De modo que, no caso que nos foi apresentado, **não existem dados clínicos suficientes para fazer o diagnóstico diferencial entre sinusite e adenoidite**. Mas **na prática isso não tem importância**, porque fica bem caracterizado que **se trata de um resfriado com infecção bacteriana secundária**. Infecção bacteriana se trata com antibiótico? Bom, nem sempre. Não é obrigatório o uso de antibióticos em toda infecção bacteriana e a otite é um ótimo exemplo em que muitos dos casos se curam sem antibiótico. No caso que nos foi apresentado, a criança tem 23 meses de vida. Isso significa que ela tem menos de dois anos, e até dois anos a criança está em risco infeccioso maior, de modo que seria mais uma indicação, aqui no caso, para uso de antibióticos. No entanto, se o **pediatra** for ousado, corajoso, e, principalmente, se tiver um ótimo vínculo com a família, ele **pode até esperar um pouco, não usar antibiótico imediatamente, fazer uma lavagem nasal com solução salina hipertônica e aguardar 48 horas, e se não houver melhora, então sim, utilizar os antibióticos indicados**.

Leituras recomendadas

1. Schwartz B. Rinossinusite viral ou bacteriana. In: SIH T. Infectologia em Otorrinopediatria. Revinter, Rio de Janeiro, 2002:103.
2. Wald E. Sinusite bacteriana aguda. In: Sih T. Manual de Otorrinopediatria da IAPO, Lys Gráfica & Editora, Guarulhos, 2006:145.
3. Camargos PAM. Faringite, adenoidite e amigdalite. In: Torelli E. Doenças Infecciosas na Infância e na Adolescência. Medisii, São Paulo, 2000:1566-1569.