

EXPERT OPINION 2017

ANTIBIOTICOTERAPIA PARA RINOSSINUSITE AGUDA BACTERIANA EM ADULTOS

Olavo Mion¹, Wilma T. Anselmo-Lima², Shirley S. N. Pignatari³, Francine Pádua⁴, Otávio Piltcher⁵, Márcio Nakanishi⁶, Renato Roithmann⁷, Fábio de Rezende Pinna⁸, Edwin Tamashiro⁹, Fabrício R. Romano¹⁰

1 - Presidente da Academia Brasileira de Rinologia, Professor Colaborador da Disciplina do Otorrinolaringologia da Universidade de São Paulo

2 - Presidente da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial, Professora Titular do Departamento de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

3 - Professora Adjunta do Departamento de Otorrinolaringologia e Cabeça e Pescoço da Universidade Federal de São Paulo

4 - Doutor em Otorrinolaringologia pela Universidade de São Paulo

5 – Professora Adjunta do Departamento de Otorrinolaringologia e Cabeça e Pescoço da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

6 - Doutor em Otorrinolaringologia pela Universidade de São Paulo. Pesquisador Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília.

7- Professor Adjunto de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade Luterana do Brasil. Membro do Corpo Científico do Departamento de Otorrinolaringologia do Hospital Mount Sinai em Toronto, província de Ontário - Canadá

8 - Doutor em Otorrinolaringologia pela Universidade de São Paulo, Professor Colaborador da Disciplina do Otorrinolaringologia da Universidade de São Paulo

9- Professor Doutor, Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Divisão de Otorrinolaringologia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

10 – Doutor em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Objetivos:

Atualização sobre as possibilidades de antibioticoterapia, doses de antibióticos e tempo de tratamento para rinosinusite aguda bacteriana sem complicações em adultos

Introdução:

A preocupação com o uso indiscriminado de antibióticos em rinosinusites agudas (RSA) é uma realidade, tendo em vista que a maioria dos quadros são de etiologia viral. Mesmo as formas mais leves de RSA de etiologia bacteriana não se beneficiam com o uso de antibióticos. Estima-se que aproximadamente 50 milhões de prescrições com antibióticos para rinosinusite, nos EUA, sejam desnecessárias¹.

Rinosinusite aguda bacteriana não-complicada é definida se os sintomas tiverem duração superior a 10 dias ou se os sintomas piorarem (5-7 dias) após uma melhora inicial.

TABELA 1 - Critérios para diagnóstico de RSA bacteriana não-complicada²

- | |
|--|
| • Qualquer tipo de secreção com predominância unilateral ou francamente purulenta no cavum |
|--|

• Dor intensa de aspecto unilateral
• Febre >38°C
• Elevação de VHS ou PCR
• Recaída dos sinais e sintomas (dupla piora)

Tratamento com antibióticos: importância do uso correto

O tratamento inicial de RSA bacteriana não-complicada deve ser de suporte, incluindo analgésicos, corticoide intranasal e lavagem nasal com solução salina³.

Os antibióticos estão indicados nos seguintes casos de rinossinusite aguda bacteriana^{2,4}:

- Casos de RSA bacteriana leve ou não complicada que apresentem piora ou não melhora com o tratamento inicial com medidas de suporte, como analgésicos e corticoides tópicos nasais.
- Formas mais graves, caracterizada por sintomas intensos (febre > 38°C e dor intensa em face).
- Imunossuprimidos, independente do tempo da doença.
- Outras comorbidades (Insuficiência renal crônica, diabetes, cardiopatias, insuficiência hepática, doença pulmonar crônica).

Tratamento com antimicrobianos:

A visão do tratamento com antimicrobianos da rinossinusite aguda bacteriana tem mudado muito nos últimos anos, e uma visão mais atualizada deste tipo de tratamento está sendo reforçada pela medicina baseada em evidências. A mudança constante e dinâmica da resistência bacteriana aos antimicrobianos e o surgimento de bactérias multirresistentes trouxeram uma nova visão deste tipo de tratamento. Por este motivo, colocamos abaixo duas tabelas. A primeira, a tabela 2, apresenta as medicações mais usadas no tratamento da rinossinusite aguda bacteriana e o tempo de tratamento em bula. A segunda tabela, a tabela 3, apresenta a visão do Expert Opinion da Academia Brasileira de Rinologia.

TABELA 2 – Tratamento indicado em bula das medicações:

Principais Opções de Antimicrobianos	Dose, Posologia	Tempo de tratamento em bula
Amoxicilina	500 mg, 3x/dia	7-14 dias
Amoxicilina	875 mg, 2x/dia	7-14 dias
Amoxicilina-Clavulanato	500 mg/ 125mg, 3x/dia	7-14 dias
Amoxicilina-Clavulanato	875 mg/125 mg, 2x/dia	7-14 dias
Axetil Cefuroxima	500 mg, 2x/dia	7-14 dias
Opção em pacientes alérgicos a β-lactâmicos	Dose, Posologia	Tempo de tratamento em bula
Claritromicina	500 mg, 2x/dia	7-14 dias
Levofloxacino	500 mg, 1x/dia	10 -14 dias
Levofloxacino	750 mg, 1x/dia	5 dias
Moxifloxacino	400 mg, 1x/dia	7 dias
Doxiciclina	100 mg, 2x/dia	10 a 14 dias
Opções em casos de falha terapêutica***	Dose, Posologia	
Amoxicilina	1000 mg, 3x/dia	7-14 dias
Amoxicilina em doses altas + Clavulanato	2000 mg Amx/125mg Clav, 2x/dia	7-14 dias
Levofloxacino	750 mg, 1x/dia	5 dias
Moxifloxacino	400 mg, 1x/dia	7 dias

Clindamicina	300 mg, 3-4x/dia	10 dias

TABELA 3 – Tratamento indicado pelo Expert Opinion da Academia Brasileira de Rinologia:

Principais Opções de Antimicrobianos	Dose, Posologia	Tempo de tratamento*	Considerações
Amoxicilina	500 mg, 3x/dia	7-14 dias	Antibiótico preferencial em pacientes sem suspeita ou confirmação de resistência bacteriana, sem uso de antibiótico prévio nos últimos 30 dias para o mesmo quadro.
Amoxicilina	875 mg, 2x/dia	7-14 dias	Antibiótico preferencial em pacientes sem suspeita ou confirmação de resistência bacteriana, sem uso de antibiótico prévio nos últimos 30 dias para o mesmo quadro.
Amoxicilina-Clavulanato	500 mg/ 125mg, 3x/dia	7-14 dias	Indicado para bactérias produtoras de β -lactamase. Diarreia ocorre em 1-10% casos
Amoxicilina-Clavulanato	875 mg/125 mg, 2x/dia	7-14 dias	Indicado para bactérias produtoras de β -lactamase. Diarreia ocorre em 1-10% casos
Axetil Cefuroxima	500 mg, 2x/dia	7-14 dias	Espectro de ação semelhante a amoxicilina-clavulanato. Opção em casos de reações alérgicas não-anafiláticas a penicilinas. Evidências de indução aumentada de resistência bacteriana em relação às penicilinas. ⁵
Opção em pacientes alérgicos a β -lactâmicos	Dose, Posologia	Tempo de tratamento*	Considerações
Claritromicina	500 mg, 2x/dia	7-14 dias	Considerar resistência elevada. Contraindicação para uso concomitante de estatinas.
Levofloxacino	500 mg, 1x/dia	5-7 dias	O <i>Food and Drug Administration</i> não recomenda a prescrição de fluorquinolonas a pacientes com RSA bacteriana quando houver outras opções de tratamento antimicrobiano, pois os riscos superam os benefícios nesses casos ^{6,**}
Levofloxacino	750 mg, 1x/dia	5-7 dias	
Moxifloxacino	400 mg, 1x/dia	5-7 dias	
Doxiciclina	100 mg, 2x/dia	7-14 dias	Reação de fotossensibilidade.
Opções em casos de falha terapêutica***	Dose, Posologia	Tempo de tratamento **	Considerações
Amoxicilina	1000 mg, 3x/dia	7-14 dias	Opção em suspeita ou confirmação de <i>S. pneumoniae</i> resistente à penicilina. Considerar efeitos gastrointestinais exacerbados.
Amoxicilina em doses altas + Clavulanato	2000 mg Amx/125mg Clav, 2x/dia	7-14 dias	Considerar efeitos gastrointestinais exacerbados.
Levofloxacino	750 mg, 1x/dia	5-7 dias	O <i>Food and Drug Administration</i> não recomenda a prescrição de fluorquinolonas a pacientes com RSA bacteriana quando houver outras opções de tratamento antimicrobiano, pois os riscos superam os benefícios nesses casos ^{6,****}
Moxifloxacino	400 mg, 1x/dia	5-7 dias	
Clindamicina	300 mg, 3-4x/dia	7-10 dias	Opção em caso de suspeita de infecção por anaeróbios ou <i>S. aureus</i> . Tomar com 300 mL de água por risco de lesão esofágica. Precaução: risco de pseudocolite membranosa e diarreia por <i>clostridium difficile</i> .

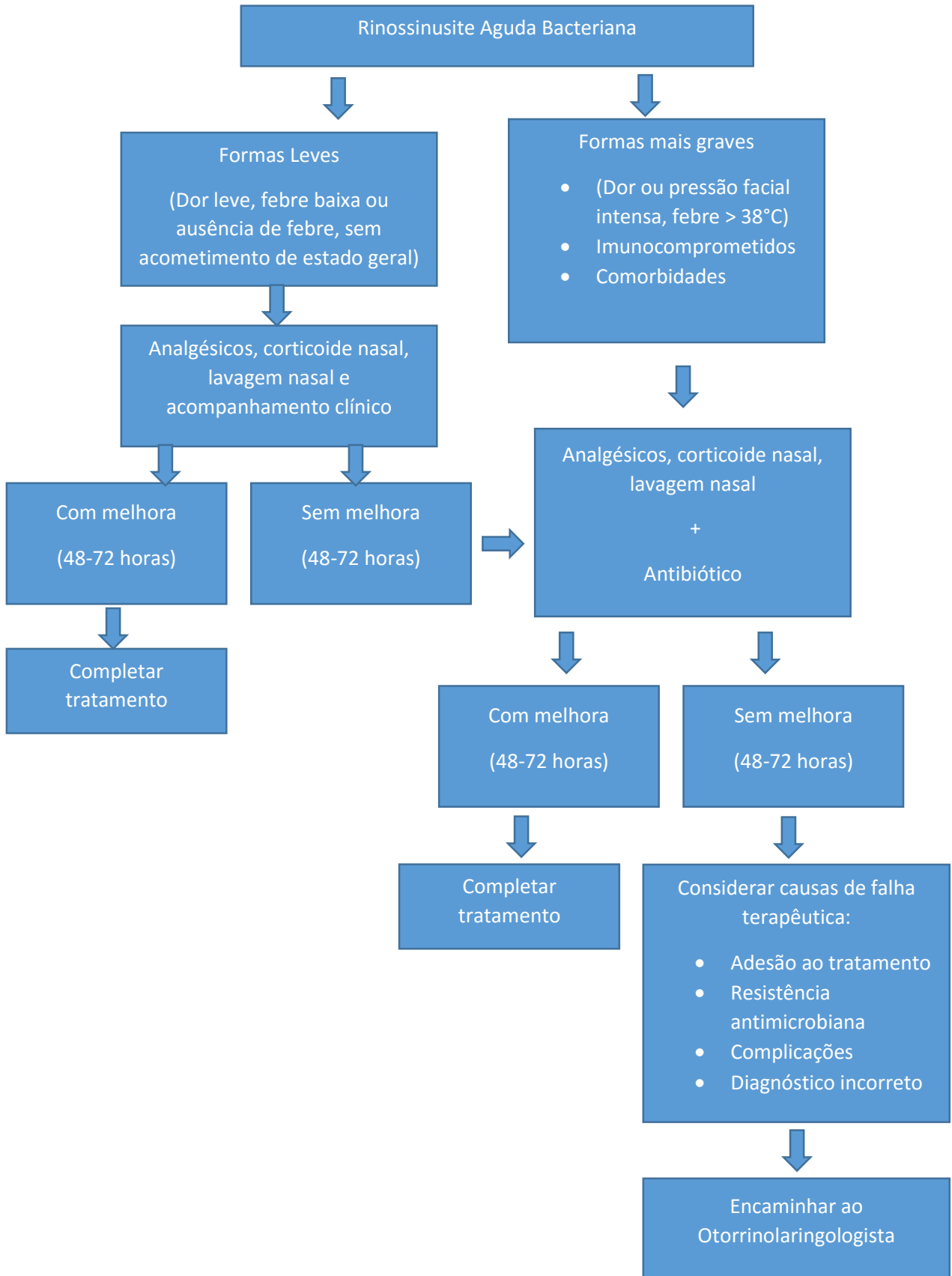
* Existe uma tendência de se utilizar antibioticoterapia por menos tempo com mesma eficácia, a fim de minimizar efeitos colaterais e geração de resistência bacteriana.

**Deve ser considerado individualmente, de acordo com a gravidade da doença.

*** Ausência de resposta ou piora clínica após 48-72 horas de tratamento.

**** Precauções: risco de tendinopatia, artropatias, prolongamento de intervalo QT (*torsades de pointes*), problemas na retina e toxicidade para sistema nervoso central e periférico.⁶

ORGANOGRAMA PARA TRATAMENTO DA RINOSSINUSITE AGUDA BACTERIANA SUGERIDO PELO EXPERT OPINION DA ACADEMIA BRASILEIRA DE RINOLOGIA



Objetivo do Organograma

O organograma acima tem a função de orientar médicos generalistas no tratamento com antibioticoterapia da rinosinusite aguda bacteriana. Devemos salientar que o diagnóstico correto é o que leva ao sucesso do tratamento da rinosinusite aguda bacteriana com antimicrobianos.

Após o diagnóstico (ver tabela 1), podemos classificar a rinosinusite aguda bacteriana em dois grandes grupos, de acordo com a gravidade dos sintomas, em: Formas leves ou Formas mais graves.

Se a doença for uma rinosinusite aguda bacteriana leve, devemos prescrever, como tratamento inicial, analgésicos, corticoide nasal e lavagem nasal. Após este tratamento inicial, o paciente deve ter acompanhamento clínico por 48 a 72 horas. Neste caso, se ele melhorar, deve-se terminar o tratamento com as mesmas medicações até que os sintomas cessem. Se o paciente não melhorar com o tratamento inicial, então, além de analgésicos, corticoide nasal e lavagem nasal, acrescenta-se o antibiótico, segundo os critérios utilizados na tabela 2.

No caso de uma rinosinusite aguda bacteriana na forma mais grave, devemos prescrever, como tratamento inicial, analgésicos, corticoide nasal e lavagem nasal e antibiótico, este último, segundo os critérios utilizados na tabela 2. Estes pacientes, por serem pacientes com comorbidades, ou imunocomprometidos, ou com formas mais graves de rinosinusite aguda (dor ou pressão facial intensa, febre > 38°C), também devem ser acompanhados com atenção pelo médico. Se o paciente melhorar em 48 a 72 horas, completa-se o tratamento, observando-se o tempo do antibiótico segundo a tabela 2.

Se o paciente não melhorar com analgésicos, corticoide nasal e lavagem nasal e antibiótico em 48 a 72 horas, deve-se considerar como falha terapêutica, cujas causas mais comuns são adesão ao tratamento, resistência antimicrobiana, complicações, diagnóstico incorreto.

Neste caso em especial de falha terapêutica, recomenda-se então o encaminhamento ao otorrinolaringologista, pois este é o especialista apto a cuidar de casos de falha terapêutica da rinosinusite aguda bacteriana.

Referências Bibliográficas

1. Anselmo-Lima WT, Sakano E, Tamashiro E et al. Rhinosinusitis: evidence and experience: October 18 and 19, 2013 - Sao Paulo. Brazilian journal of otorhinolaryngology 2015; 81:S1-s49.
2. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012. Rhinol Suppl 2012:3 p preceding table of contents, 1-298.
3. Dass K, Peters AT. Diagnosis and Management of Rhinosinusitis: Highlights from the 2015 Practice Parameter. Current allergy and asthma reports 2016; 16:29.
4. Desrosiers M, Evans GA, Keith PK et al. Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis. Journal of otolaryngology - head & neck surgery = Le Journal d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale 2011; 40 Suppl 2:S99-193.
5. Dancer SJ. The problem with cephalosporins. J Antimicrob Chemother 2001; 48:463-478.

6. Administration FaD. FDA Drug Safety Communication: FDA updates warnings for oral and injectable fluoroquinolone antibiotics due to disabling side effects. Available at: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm511530.htm>. Accessed Nov 11th 2016.