



REVISÃO SISTEMÁTICA DO USO DE ANTIBIÓTICOS NO TRATAMENTO DA RINOSSINUSITE AGUDA EM ADULTOS ANTIBIOTICS FOR CLINICALLY DIAGNOSED ACUTE RHINOSINUSITIS IN ADULTS

Referência: Lemjengre MB, van Driel ML, Merenstein D, Young J, De Sutter AL. Antibiotics for clinically diagnosed acute rhinosinusitis in adults. Cochrane Database Syst Rev 2012 Oct 17; 10: CD006089.

Pergunta:

A antibioterapia é sempre necessária no tratamento da rinosinusite?

Resumo:

A rinosinusite é uma infecção do trato respiratório superior geralmente de causa viral e é estimado que apenas 0,5% a 2% dos casos sejam complicados por uma infecção bacteriana. O diagnóstico é geralmente baseado em sinais e sintomas clínicos e a sua correcta identificação e posterior tratamento são necessários nos cuidados de saúde primários. Esta revisão sistemática procurou encontrar a melhor evidência sobre a eficácia da antibioterapia nesta patologia, em comparação com o placebo, na redução da duração ou gravidade, uma vez que a maioria dos estudos individuais disponíveis mostram resultados a favor do uso indiscriminado de antibióticos, contribuindo esta prescrição desnecessária para o aumento da resistência antimicrobiana na comunidade.

Foi realizada uma pesquisa na *Cochrane Central*, *MEDLINE* e *Embase*. Foram incluídos ensaios controlados e randomizados, sem restrições para a língua ou ano de publicação dos estudos (até Fevereiro de 2012). Foram, também, contactados os autores de forma a obter informação adicional.

Foram excluídos estudos que incluíam diagnósticos de rinosinusite baseados em exames complementares de diagnóstico, estudos que comparavam diferentes antibióticos entre si e antibióticos com outras classes farmacológicas, estudos em que mais de 50% dos participantes tinham apenas o diagnóstico de coriza, estudos onde os participantes tinham sinais e sintomas há mais de 30 dias e estudos onde não eram incluídos participantes com terapêutica placebo.

Os *outcomes* primários incluíram a proporção de participantes curados num determinado tempo específico. Os objectivos clínicos secundários consistiram na avaliação das medidas de bem-estar geral, na severidade ou duração dos diferentes sintomas clínicos, no

uso concomitante de outros medicamentos, nos efeitos adversos e na falha clínica do tratamento e eventos adversos do mesmo. Para estabelecer a qualidade dos artigos, os resultados foram avaliados de forma independente por dois revisores, tendo-lhe atribuído um nível de evidência de acordo com o sistema GRADE.

A revisão sistemática incluiu dez artigos, num total de 2450 participantes envolvidos. Os ensaios clínicos randomizados incluídos referem-se à comparação de antibióticos com placebo em pessoas com sinais ou sintomas de rinosinusite.

Quanto aos resultados obtidos, verificou-se que, em relação ao tempo de cura, 47% dos participantes tiveram remissão da sintomatologia após sete dias e 71% após 14 dias, independentemente de se encontrarem no grupo submetido a tratamento com antibiótico ou no grupo sob terapêutica com placebo. O uso de antibióticos pode encurtar o tempo de tratamento, mas só cinco em cada 100 participantes se irão curar mais rapidamente se lhes for administrado antibiótico em vez de placebo, no intervalo de tempo entre sete e 14 dias com NNT (Número Necessário Tratar) de 18 (Intervalo de Confiança de 95% = 10-115). O uso de antibióticos não aliviou mais rapidamente a dor associada à patologia ou a sensação de mal-estar associada à mesma. Os doentes submetidos a antibioterapia não retomaram mais rapidamente as suas actividades diárias nem tomaram menos analgésicos ou descongestionantes nasais que os doentes tratados com placebo.

Tendo em conta a presença de secreções purulentas, dez doentes em cada 100 vão experimentar uma resolução mais rápida se for administrado antibiótico. No entanto, inferiram-se dos resultados que 12 doentes em cada 100 (27% dos participantes que receberam tratamento com antibióticos e 15% daqueles que receberam placebo) experimentaram efeitos adversos com o tratamento. Por outro lado, mais participantes do grupo placebo precisaram de iniciar a terapia com antibióticos por um curso anormal de rinosinusite. Tendo em conta as complicações relacionadas com a patolo-



gia em estudo só ocorreu um caso de abscesso cerebral num doente sob tratamento com antibiótico.

Os autores concluem que o uso de antibióticos no tratamento da rinosinusite aguda clinicamente diagnosticada tem de ser ponderado. Pode haver um efeito terapêutico no uso desta classe farmacológica mas este efeito é pequeno e apenas cinco doentes em cada 100 vão experimentar uma cura mais rápida se foram submetidos a tratamento com antibiótico em vez de tratamento com placebo. A potencial vantagem da antibioterapia é o uso num contexto de presença de rinorreia purulenta. Contudo o potencial benefício tem de ser ponderado com os

efeitos adversos que esta medicação pode causar, nomeadamente eventos gastro-intestinais. Deste modo, tendo em conta a resistência aos antibióticos, a muito baixa incidência de complicações graves, a falta de benefício claro na rápida melhoria e o aumento dos efeitos secundários nos doentes submetidos a antibioterapia, não há lugar para o uso de antibióticos no doente com o diagnóstico clínico de rinosinusite aguda não complicada. Esta revisão não é válida como recomendação no tratamento de crianças, doentes imunodeprimidos e portadores de doença grave, uma vez que essas populações não foram incluídas nos estudos clínicos disponíveis.

Comentário

As infecções do tracto respiratório superior contribuem para um elevado número de consultas nos Cuidados de Saúde Primários. Estima-se que nos Estados Unidos estas sejam a terceira maior causa de recorrência à consulta, estando entre elas a rinosinusite.¹

Dada a dificuldade de distinção entre a etiologia bacteriana e viral, continua a ser feito um uso indiscriminado de antibióticos pelos médicos de família no tratamento desta patologia. No entanto, apenas 0,5 a 2% dos episódios de etiologia viral são complicados por sobreinfecção bacteriana.² Na rinosinusite viral a sintomatologia pode persistir por 14 ou mais dias e posteriormente pode haver sobreinfecção bacteriana por obstrução da drenagem dos seios perinasais, promovendo a colonização e o crescimento bacteriano ao nível das fossas nasais e orofaringe.

Os sintomas cardinais como obstrução nasal, dor facial unilateral, dor à pressão ou à mastigação, rinorreia anterior ou posterior purulenta são sugestivos de rinosinusite, no entanto, não podem ser utilizados como forma de distinção entre causa viral ou bacteriana dado que a purulência das secreções pode não ser sinónimo de presença de bactérias, mas apenas de presença de neutrófilos por activação da reacção imunitária. O padrão e a duração da doença são os principais determinantes da distinção entre etiologia viral ou bacteriana. A rinosinusite de etiologia viral caracteriza-se pela presença de sinais e sintomas

típicos desta patologia há menos de dez dias e sem agravamento da sintomatologia desde o início da doença.² Por outro lado, a rinosinusite de etiologia bacteriana refere-se à presença de sinais e sintomas há mais de dez dias com progressivo agravamento.² Embora os sinais/sintomas de dor facial, odontalgia, febre, fadiga, anosmia e sensação de pressão timpânica, associados separadamente a rinorreia purulenta, indicarem a suspeição de uma infecção bacteriana, esta pode não o ser efectivamente.

Por outro lado, há que referir que enxaquecas, cefaleias tensionais e abscessos dentários podem imitar a dor da rinosinusite aguda, mas a ausência de secreção nasal purulenta exclui, de todo, esta patologia.

O correcto diagnóstico e tratamento de rinosinusite são importantes na actividade diária do médico de família.

Esta revisão sistemática procura encontrar a melhor evidência sobre a necessidade do uso de antibióticos no tratamento desta patologia, recorrendo à comparação com placebo. Para tal foi realizada uma metanálise, segundo a metodologia adequada e com homogeneidade entre os vários estudos incluídos. Os resultados mostram que 47% dos doentes estão assintomáticos após uma semana independentemente de estarem ou não sob antibioterapia e 71% dos doentes encontram-se curados após 14 dias. No entanto, é de referir que o conceito de cura varia entre os vários estudos incluídos, o que pode levantar



questões acerca da comparação entre eles.

Estes mesmos resultados indicam que esta classe farmacológica não deve ser prescrita como tratamento de primeira linha no tratamento da rinossinusite não complicada (OCEBM: Nível de evidência 1).³

Estes dados são semelhantes aos de outros estudos e normas de orientação clínica recentes, nomeadamente as normas do *National Institute for Health and Clinical Excellence* que defendem que a antibioterapia apenas deve ser prescrita duas semanas e meia após o início do quadro clínico.⁴

Estas indicações não são aplicáveis a todos os grupos populacionais, nomeadamente a crianças, doentes crónicos e imunodeprimidos, devendo por isso ser realizados mais estudos de boa qualidade metodológica que abranjam os mesmos.

Não obstante às limitações apresentadas, estes dados podem ser relevantes na prática clínica diária dada a generalização da prescrição de antibióticos nesta patologia, uma vez que a maioria das situações de rinossinusite aguda é de etiologia viral, para a qual deve ser realizado apenas tratamento sintomático, não havendo nesta, qualquer benefício clínico na prescrição de antibioterapia. Esta prescrição pode mesmo contribuir para o aumento de resistência aos

antimicrobianos, para a ocorrência de reacções alérgicas/efeitos secundários e para o aumento de interacções farmacológicas.

Ana Catarina Lopes

Interna em formação específica em Medicina Geral e Familiar

USF S. Domingos

Rita Condeço de Carvalho

Interna em formação específica em Medicina Geral e Familiar

USF Locomotiva

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Young J, De Sutter A, Merenstein D, van Essen GA, Kaiser L, Varonen H, et al. Antibiotics for adults with clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet* 2008 Mar 15; 371 (9616): 908-14.
2. Rosenfeld RM, Andes D, Bhattacharyya N, Cheung D, Eisenberg S, Ganiats TG, et al. Clinical practice guideline: Adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007 Sep; 137 (3 Suppl): S1-31.
3. OCEBM Levels of Evidence Working Group. "The Oxford 2011 Levels of Evidence". Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Disponível em: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653> [acedido em 10/12/2012].
4. NHS. Respiratory tract infections – antibiotic prescribing: Prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care. NICE clinical guideline; 2008 July. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12015/58249/58249.pdf> [acedido em 10/12/2012].

CONFLITOS DE INTERESSE

As autoras declararam não apresentar nenhum conflito de interesses.