

Rinossinusite aguda

Critérios clínicos de rinossinusite bacteriana (persistente, com piora ou grave), tratamento e reconhecimento precoce das complicações orbitárias e intracranianas

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Todo resfriado envolve os seios paranasais; só uma pequena parte evolui para rinossinusite bacteriana aguda. O diagnóstico é clínico e se baseia em três padrões (AAP 2013): persistente (coriza ou tosse diurna por mais de 10 dias sem melhora), com piora (piora da coriza, tosse ou febre após melhora inicial) ou grave (febre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ com secreção nasal purulenta por pelo menos 3 dias consecutivos). Radiografia e tomografia não distinguem sinusite viral de bacteriana e não devem ser pedidas no quadro não complicado. No padrão grave ou com piora, iniciar antibiótico; no persistente, antibiótico ou observação por mais 3 dias. A amoxicilina, com ou sem clavulanato, é a primeira escolha (50 mg/kg/dia ou, preferencialmente, 90 mg/kg/dia). Soro fisiológico nasal é o adjuvante mais útil; descongestionantes e anti-histamínicos não são recomendados. A maioria é tratada em casa (🟢/🟡), com reavaliação em 72 h. A celulite pré-septal (edema palpebral com olho normal) em criança > 1 ano sem toxemia pode ser tratada por via oral, com reavaliação em 24–48 h (🟡). Dor à movimentação ocular, proptose, alteração visual, edema palpebral em < 1 ano ou com toxemia, cefaleia intensa, vômitos, rigidez de nuca ou alteração neurológica exigem pronto-socorro (🔴).

1. O que é e como se apresenta

- **Definição:** inflamação da mucosa nasal e dos seios paranasais com duração inferior a 30 dias (AAP 2013, crianças de 1 a 18 anos).
- **Etiologia:** viral na grande maioria (acompanha o resfriado). Bacteriana: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* não tipável, *Moraxella catarrhalis*.
- **Faixa etária:** seios maxilares e etmoidais presentes desde o nascimento; frontais se desenvolvem a partir da idade escolar. A SBP lembra que crianças pequenas têm de 6 a 10 episódios de infecção viral por ano, cada um com comprometimento sinusal transitório.
- **Quadro clínico:** coriza de qualquer aspecto, obstrução nasal, tosse diurna (que pode piorar à noite), halitose, febre, cefaleia ou dor facial em crianças maiores, edema palpebral matinal discreto.
- **Três padrões de rinossinusite bacteriana (AAP 2013):**
 - **Persistente:** coriza ou tosse diurna, ou ambas, por mais de 10 dias sem melhora.
 - **Com piora ("dupla piora"):** piora da coriza, tosse diurna ou nova febre após melhora inicial.
 - **Grave:** febre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ e coriza purulenta por pelo menos 3 dias consecutivos.
- A AEPap usa os mesmos três padrões (piora após 6–7 dias; início grave com febre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ e secreção purulenta por 3–4 dias). O texto da SBP para famílias descreve sintomas

prolongados (acima de 12 dias), início grave e recaída após o 5º dia.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Resfriado com < 10 dias e melhora progressiva; ou padrão persistente em bom estado geral, sem febre alta	Suporte (soro fisiológico, analgesia). No padrão persistente, antibiótico ou observação por mais 3 dias com retorno garantido
● Moderada	Padrão com piora ou padrão grave (febre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ com secreção purulenta ≥ 3 dias), bom estado geral, sem sinais orbitários ou neurológicos; ou falta de melhora em 72 h de antibiótico	Antibiótico imediato; reavaliação em 48–72 h; trocar ou ampliar se não melhorar
● Moderada (celulite pré-septal)	Edema e hiperemia palpebral com motilidade ocular, acuidade visual e pupilas normais, sem proptose, em criança > 1 ano, sem toxemia e com seguimento garantido	Amoxicilina-clavulanato VO em dose alta (90 mg/kg/dia de amoxicilina) por 7–10 dias; reavaliação obrigatória em 24–48 h; hospital se piorar ou não melhorar
● Grave	Celulite orbitária (pós-septal): dor ou limitação da movimentação ocular, oftalmoplegia, proptose, diminuição da acuidade visual, quemose, edema que impede o exame do olho; celulite pré-septal em < 1 ano, com toxemia ou sem melhora em 24–48 h de antibiótico oral; cefaleia intensa, vômitos, rigidez de nuca, alteração de consciência, convulsão, déficit focal; edema frontal (tumor de Pott); toxemia	Encaminhar ao pronto-socorro/hospital para antibiótico parenteral, tomografia ou ressonância com contraste e avaliação de otorrinolaringologia, oftalmologia e, se necessário, neurocirurgia

Complicações a reconhecer

- **Orbitárias (as mais comuns, predominam em crianças menores):** celulite periorbitária (pré-septal), celulite orbitária, abscesso subperiosteal, abscesso orbitário, trombose do seio cavernoso. Sinais de envolvimento pós-septal: dor à movimentação ocular, oftalmoplegia, proptose, perda visual.
- **Intracranianas (predominam em adolescentes, a partir da sinusite frontal):** meningite, empiema epidural ou subdural, abscesso cerebral, trombose de seios venosos.
- **Ósseas:** osteomielite frontal com abscesso subperiosteal (tumor de Pott).

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Imunodeficiência, fibrose cística, discinesia ciliar, anomalias craniofaciais.
- Asma e rinite alérgica mal controladas (recorrência).

- Menores de 2 anos, creche, vacinação pneumocócica incompleta e antibiótico recente (maior risco de pneumococo resistente, segundo protocolos que seguem a AAP).
- Dificuldade de reavaliação.

3. Diagnóstico no consultório

- **Clínico**, pelo tempo e padrão de evolução. A cor da secreção não diferencia etiologia viral de bacteriana.
- **Exame**: rinoscopia anterior (mucosa, secreção no meato médio), orofaringe (secreção posterior), otoscopia, palpação facial, **inspeção palpebral e da motilidade ocular**, exame neurológico sumário.
- **Imagem (AAP 2013)**: radiografia, tomografia, ressonância ou ultrassom não devem ser usados para diferenciar rinossinusite bacteriana de viral. Tomografia com contraste ou ressonância apenas se houver suspeita de complicação orbitária ou do sistema nervoso central (proptose, alteração da motilidade ocular, fotofobia, convulsão, sinais focais). A SBP também desaconselha radiografia.
- **Laboratório**: desnecessário no quadro não complicado.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- Resfriado ainda dentro da evolução esperada (até 10 dias, com melhora).
- Corpo estranho nasal (secreção unilateral, fétida).
- Rinite alérgica (prurido, espirros, sem febre).
- Adenoidite e hipertrofia adenoideana (ronco, respiração oral).
- Coqueluche (tosse em acessos prolongada).
- Celulite periorbitária por outra causa (picada, trauma, dacriocistite).
- Na unilateralidade persistente com epistaxe: pólipos, tumor, atresia coanal parcial.

4. Tratamento em casa

Decisão (AAP 2013):

- Padrão grave ou com piora: antibiótico.
- Padrão persistente: antibiótico ou observação por mais 3 dias, com reavaliação garantida.
- Reavaliar em 72 h: se piorar ou não melhorar, iniciar antibiótico (se em observação) ou trocar de esquema (se já em uso).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Amoxicilina (1ª escolha)	50 mg/kg/dia (AIDPI/SBP; em 2 ou 3 tomadas) ou 90 mg/kg/dia (dose alta; AAP/IDSA; máx. 2 g/dose) — preferível, sobretudo se < 2 anos, creche, vacinação incompleta, antibiótico recente ou alta resistência (a AAP aceita 45 mg/kg/dia no baixo risco)	12/12 h (50 mg/kg/dia: 12/12 h ou 8/8 h)	10 a 14 dias na prática usual (a AAP não define duração ótima; alternativa: 7 dias após a resolução); AEPap: 5 dias se > 2 anos com melhora em 72 h, 7–10 dias de 6 meses a 2 anos	AEPap usa 80–90 mg/kg/dia em 3 doses
Amoxicilina-clavulanato	90 mg/kg/dia de amoxicilina + 6,4 mg/kg/dia de clavulanato (AAP; formulação 14:1, conforme bula)	12/12 h	Como acima	Padrão grave, falha, antibiótico recente, < 2 anos em creche; AEPap usa formulação 8:1
Cefuroxima axetil, cefpodoxima ou cefdinir	Conforme bula	12/12 h	Como acima	Alergia à penicilina não anafilática (AAP, AEPap)
Ceftriaxona IM/IV	50 mg/kg (máx. 1 g)	Dose única diária	1 dose, seguida de antibiótico oral se melhora	Vômitos ou intolerância oral
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver dor ou febre	Máx. 75 mg/kg/dia (SBP), nunca > 4 g/dia
Ibuprofeno	5–10 mg/kg/dose	6–8 h, conforme bula	Enquanto houver dor ou febre	AEPap recomenda como analgésico
Soro fisiológico nasal	Gotas, spray ou lavagem	Várias vezes ao dia	Enquanto houver sintomas	Adjuvante mais útil (SBP, AEPap)

Dose de amoxicilina — conduta adotada: 50 mg/kg/dia (AIDPI/SBP; em 2 ou 3 tomadas) ou 90 mg/kg/dia (dose alta; AAP/IDSA); a dose de 90 mg/kg/dia é preferível pelo tipo de resistência do pneumococo: a resistência se deve à alteração das proteínas ligadoras de penicilina (PBP), e não à betalactamase — por isso é vencida por concentrações mais altas de amoxicilina e não pelo clavulanato.

Paracetamol. Atenção ao efeito cumulativo: o uso repetido por 48–72 h, especialmente em doses no limite máximo, em criança desidratada, desnutrida, com jejum prolongado ou somando mais de um produto com paracetamol, aumenta o risco de hepatotoxicidade — não ultrapassar a dose diária, não usar por mais de 48–72 h sem reavaliação médica e conferir outros medicamentos que contenham paracetamol.

- **Evitar** sulfametoxazol-trimetoprima e azitromicina como alternativas (resistência elevada do pneumococo, segundo a AAP).
- Em alergia imediata grave (anafilaxia), discutir com especialista; a AEPap cita macrolídeo ou levofloxacino (uso fora da bula) em casos selecionados.
- **Corticoide nasal:** evidência limitada em crianças (AAP sem recomendação formal; AEPap limitada); o NICE o recomenda apenas a partir de 12 anos.
- **Não usar:** descongestionantes e anti-histamínicos (AEPap não recomenda; AAP sem recomendação formal); mucolíticos; antibiótico para resfriado com menos de 10 dias em melhora.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Sinais de celulite orbitária (pós-septal): dor ou limitação da movimentação ocular, proptose, diplopia, redução da acuidade visual, quemose, edema que impede o exame do olho.
- Celulite pré-septal em < 1 ano, com toxemia, sem seguimento garantido ou sem melhora em 24–48 h de antibiótico oral.
- Sinais intracranianos: cefaleia intensa ou progressiva, vômitos, rigidez de nuca, fotofobia, alteração do nível de consciência, convulsão, déficit focal.
- Edema frontal ou da fronte (tumor de Pott).
- Toxemia, sinais de sepse.
- Falha de dois esquemas de antibiótico oral, imunossupressão (AEPap).
- Incapacidade de tomar medicação oral.

O NICE NG79 recomenda encaminhamento hospitalar nas complicações periorbitárias ou intraorbitárias, nas intracranianas e na infecção sistêmica grave.

Como encaminhar

1. Analgesia e antitérmico antes do transporte.
2. Não atrasar a transferência para exames no consultório.
3. Oxigênio e posição lateral de segurança se houver rebaixamento de consciência ou convulsão.
4. Contatar o serviço de destino e informar suspeita de complicação orbitária ou intracraniana (necessidade de imagem com contraste e especialistas); acionar o SAMU (192) se houver sinais neurológicos.
5. Relatório com data de início, padrão de evolução, antibióticos e doses, alergias.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "O resfriado costuma melhorar em até 10 dias. Secreção amarela ou verde, sozinha, não significa sinusite por bactéria."
- "Lave o nariz com soro fisiológico várias vezes ao dia."
- Em observação: "Se não houver melhora em 3 dias, ou se piorar, retorne para iniciar o antibiótico."
- Com antibiótico: "Espera-se melhora em 72 horas. Se não melhorar, retorne. Complete o tempo de tratamento."
- Retornar se: coriza ou tosse por mais de 10 dias sem melhora; piora depois de ter melhorado; febre alta com secreção purulenta por 3 dias.
- Ir ao pronto-socorro se: inchaço ou vermelhidão ao redor do olho, olho "saltado", dor ao mexer o olho, visão dupla ou turva; dor de cabeça forte, vômitos, pescoço duro, sonolência, convulsão; inchaço na testa.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Critérios de bacteriana	Sintomas > 12 dias, início grave, recaída após 5º dia (texto para famílias)	Persistente > 10 dias, com piora, grave ($\geq 39^{\circ}\text{C}$ e secreção purulenta ≥ 3 dias)	Duração típica de 2–3 semanas; sem critério pediátrico específico	Segue o NICE	Persistente > 10 dias, piora após 6–7 dias, grave $\geq 39^{\circ}\text{C}$ (AEPap)
Imagem	Radiografia desaconselhada	Não para diferenciar; tomografia ou ressonância com contraste se complicação	Não rotineira	Segue o NICE	Não rotineira
Estratégia antibiótica	Antibiótico na forma bacteriana	Grave ou piora: antibiótico; persistente: antibiótico ou observar 3 dias	Sem antibiótico como padrão; ≤ 10 dias sem antibiótico; > 10 dias sem melhora: nenhum ou prescrição adiada	Segue o NICE	Antibiótico nos padrões bacterianos
Primeira escolha	Não especifica dose no material consultado	Amoxicilina 45 ou 80–90 mg/kg/dia, com ou sem clavulanato	Fenoximetilpenicilina 5 dias; amoxicilina-clavulanato se sistemicamente doente	Segue o NICE	Amoxicilina 80–90 mg/kg/dia; clavulanato em situações especiais
Duração	Não especificada	10–14 dias ou 7 dias após resolução	5 dias	Segue o NICE	5 dias (> 2 anos com melhora); 7–10 dias (6 meses a 2 anos)
Adjuvantes	Soro fisiológico	Sem recomendação formal	Corticoide nasal ≥ 12 anos	Segue o NICE	Soro fisiológico; sem descongestionantes ou anti-histamínicos
Encaminhamento	Edema de olhos ou prostração intensa	Imagem e manejo hospitalar nas complicações	Complicações orbitárias, intracranianas, sepse	Segue o NICE	Complicações, falha de 2 esquemas, imunossupressão

Leitura: há consenso de que o diagnóstico é clínico, de que a imagem não diferencia etiologia e de que as complicações orbitárias e intracranianas exigem hospital. AAP e a AEP compartilham os três padrões clínicos e a amoxicilina como primeira escolha. As divergências estão na intensidade do tratamento: o NICE parte de nenhum antibiótico e usa penicilina V por 5 dias, enquanto a AAP mantém cursos longos (10–14 dias) e a AEPap já adota cursos curtos (5 dias) nos maiores de 2 anos que melhoram. A SBP não dispõe, no material consultado, de dose ou duração específicas; os padrões clínicos descritos para famílias são próximos aos da AAP.

PONTOS PRÁTICOS

1. Não diagnosticar sinusite bacteriana por secreção colorida; usar os três padrões (> 10 dias, piora após melhora, grave).
2. Não pedir radiografia de seios da face.
3. No padrão persistente em bom estado, observar mais 3 dias é aceitável se o retorno for garantido.
4. Amoxicilina 50 mg/kg/dia ou, preferencialmente, 90 mg/kg/dia (resistência do pneumococo por PBP, vencida pela dose e não pelo clavulanato); amoxicilina-clavulanato em menores de 2 anos em creche, antibiótico recente ou quadro grave.
5. Examinar pálpebras e motilidade ocular em toda sinusite; edema palpebral com olho normal (> 1 ano, sem toxemia) é pré-septal e se trata por via oral com reavaliação em 24–48 h; com dor à movimentação ocular ou proptose é urgência.
6. Reavaliar em 72 h; falha de dois esquemas é critério de encaminhamento.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria. Rinossinusite na infância (Pediatria para Famílias). sbp.com.br
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Especialistas da SBP apresentam diretrizes atualizadas sobre rinite e rinossinusite pediátricas, 2025. sbp.com.br
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamentos de Pediatria Ambulatorial e Infectologia. Manejo da febre aguda, 2021. [PDF](#)
- American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Acute Bacterial Sinusitis in Children Aged 1 to 18 Years, 2013 (resumo AAP). aafp.org

- MedStar Family Choice. Diagnosis and Management of Acute Sinusitis in Children Aged 1 to 18 Years (adaptação da diretriz AAP 2013), 2024. [PDF](#)
- NICE. NG79 — Sinusitis (acute): antimicrobial prescribing, 2017. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- AEPap. Algoritmos — Sinusitis (atualização novembro 2025). [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.