

Urgências em otorrinolaringologia

Dra Priscila Fontinele Muniz

Medicina UFPI

Otorrinolaringologia HC-FMUSP

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

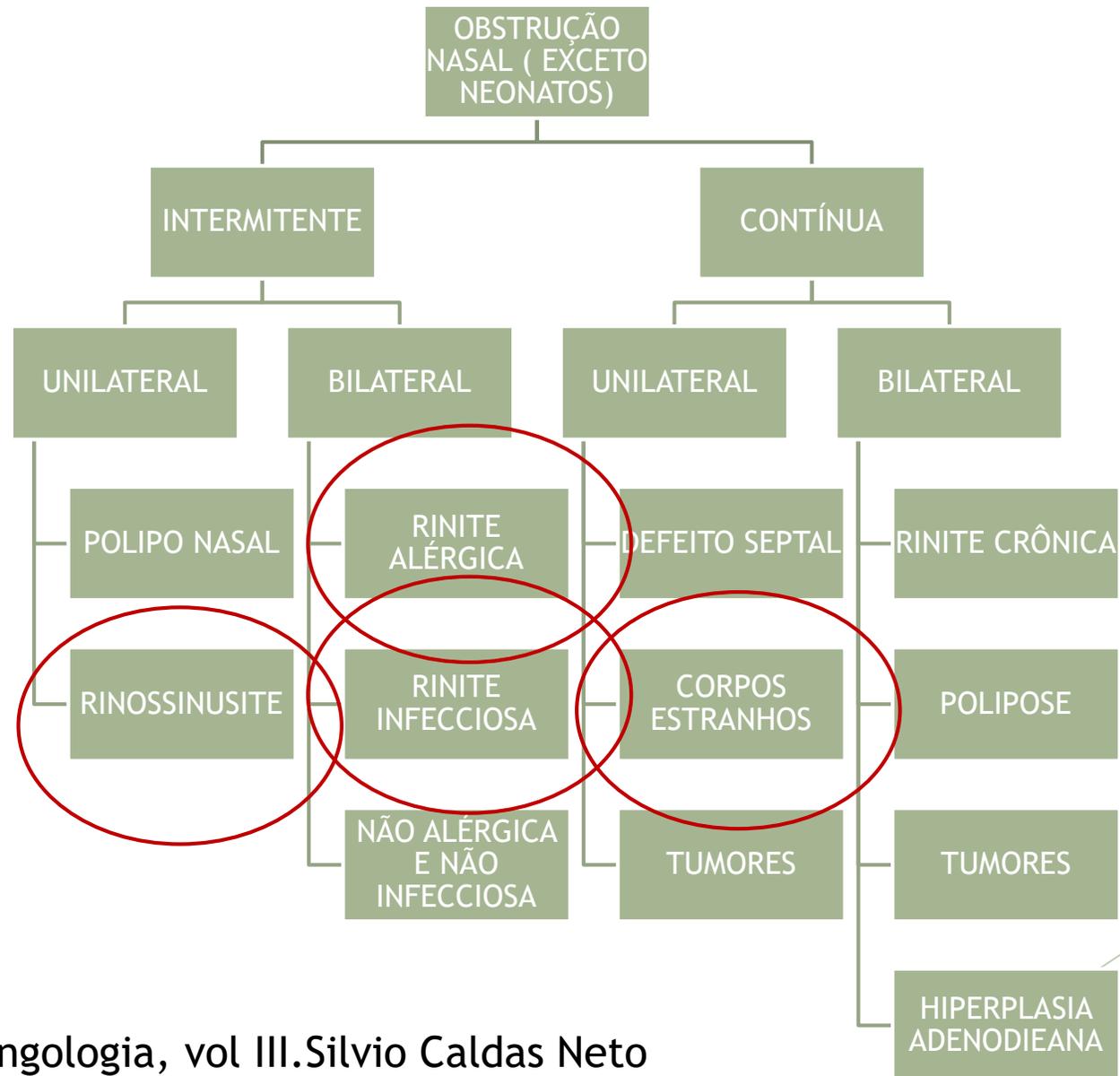
- ▶ **Seminários em Otorrinolaringologia**, Prof. Ricardo Bento, Dra. Aline Gomes Bittencourt, Prof. Dr. Richard Voegels. Editora: Fundação Otorrinolaringologia. 2013.
- ▶ **Tratado de Otorrinolaringologia**, Silvio Caldas Neto (et.al.) _ 2ª ed_ São Paulo: Roca, 2011

SITUAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS EM P.S

- ▶ OBSTRUÇÃO NASAL
- ▶ OTALGIA
- ▶ ODINOFAGIA/DISFAGIA/ROUQUIDÃO
- ▶ EPISTAXE
- ▶ PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA
- ▶ TONTURAS
- ▶ TRAUMAS
 - ▶ DO OSSO TEMPORAL
 - ▶ MAXILO-FACIAL
 - ▶ DA LARINGE

OBSTRUÇÃO NASAL

E complicações



Rinite alérgica

- ▶ Rinorréia+
 - ▶ Obstrução nasal +
 - ▶ Prurido/espirro
 - ▶ > 2 dias consecutivos e >1h/dia
- ▶ Sintomáticos:
Antihistamínicos +/- descongestionantes
- ▶ Profilático:
Cromoglicato, corticoesteróides,
antileucotrienos, imunoterapia.

10-40% dos casos de rinite tem associação com asma.

Exemplo de prescrição inicial:

Desloratadina 5mg, 01x ao dia por 07-30 dias.

Paracetamol 500mg + pseudoefedrina 30mg, 6/6h, no máximo até 07 dias.

(cuidado com as hiperplasias prostáticas, arritmias, HAS e glaucomas!)

Opção:

Bilastina 20 mg (Alektos ®) - maior perfil de segurança cardiovascular, em BULA.

Rinossinusite

- ▶ **Inflamação nariz e seios paranasais caracterizado por 2 ou mais sintomas:**
 - ▶ Obstrução/ congestão nasal
 - ▶ Rinorréia (anterior ou posterior)
 - ▶ Dor facial
 - ▶ Hiposmia (ou Tosse em crianças)
- ▶ **Duração**
 - ▶ Agudo: < 12 semanas
 - ▶ Crônico: ≥ 12 semanas
- ▶ **Rinossinusite aguda recorrente: 4 ou mais episódios de RSA/ano com Intervalos intercríticos assintomáticos**

Rinossinusite aguda

▶ Rinossinusite Aguda:

- ▶ Resfriado comum (RSA viral)
 - ▶ Sintomas < 10 dias
- ▶ RSA pós viral
 - ▶ Piora dos sintomas após 5 dias ou persistência dos sintomas após 10 dias(com menos de 12 semanas de duração)
- ▶ RSA bacteriana
 - ▶ Ao menos 3 dos sintomas abaixo:
 - ▶ Rinorréia (predominância unilateral) e secreção purulenta fossa nasal
 - ▶ Dor facial (predominância unilateral)
 - ▶ Febre (>38° C)
 - ▶ Aumento de PCR/ VHS
 - ▶ “double sickening” (piora dos sintomas após um início insidioso)

Rinossinusite aguda

Rx simples de SSPPNN

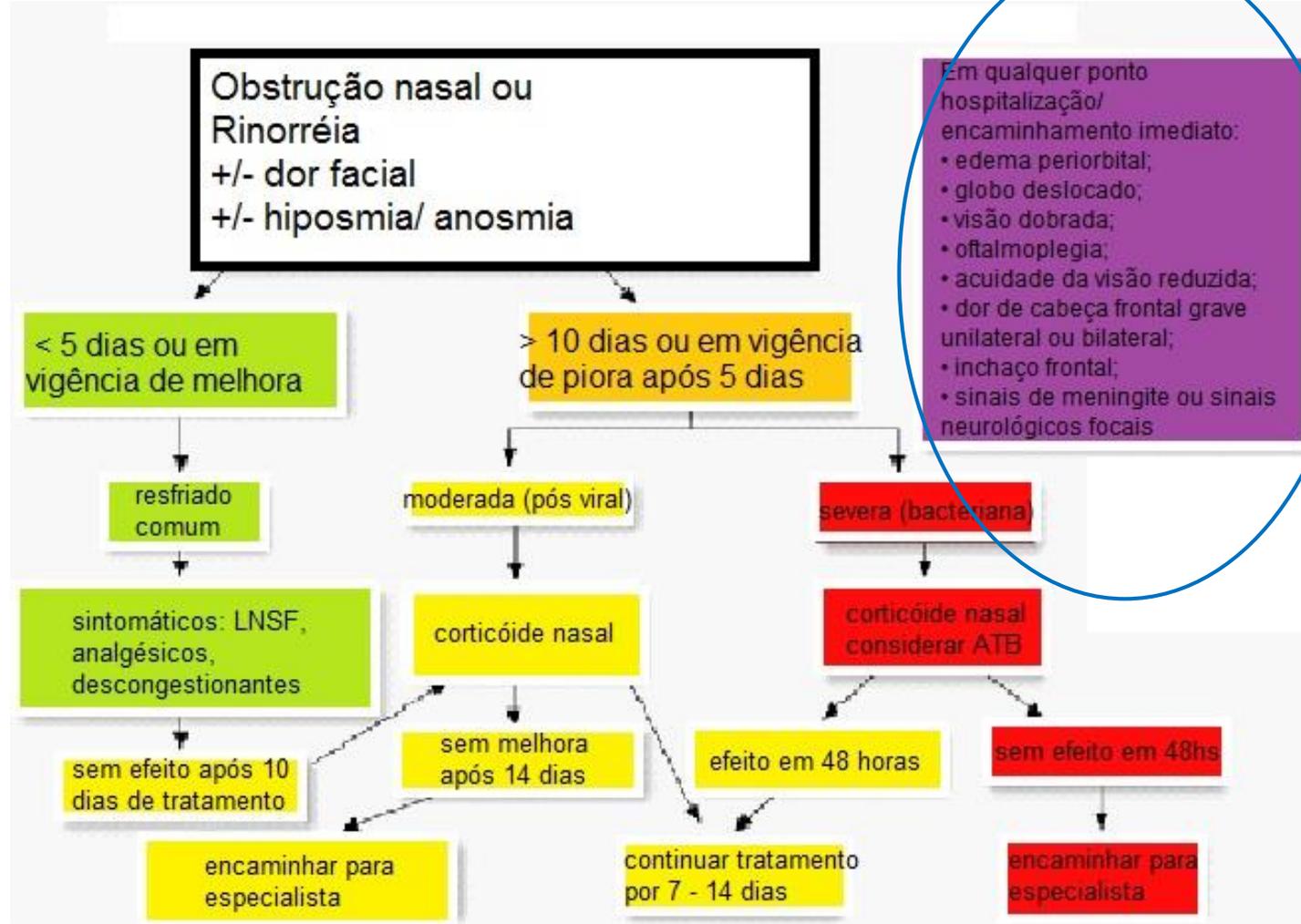
- ▶ **VALOR CONTROVERSO E DISCUTÍVEL!**

- ▶ Medidas gerais
- ▶ Lavagem nasal 3%
- ▶ Corticosteróide tópicos
 - ▶ Monoterapia em
 - ▶ Usar 14 dias, fluticasona
- ▶ Corticosteróide sistêmico
 - ▶ RSAB com dor forte
- ▶ Antibioticoterapia
 - ▶ Indicada: RSA grave
 - ▶ Considerada: Sinusite aguda
 - ▶ 7 a 10 dias (14 dias em casos graves)
 - ▶ Falha terapêutica

Evidência CONTRA O USO:

- NEBULIZAÇÃO
- CROMOGLICATOS (RILAN ®)
- DESCONGESTIONANTE
- MUCOLÍTICO

Rinossinusite aguda



Quais as possíveis complicações?

1. Complicações orbitárias

1. edema periorbitário (91,2%), cefaléia (50%) e rinorréia (32%). Dor sinusal é frequente. Quemose, proptose, limitação de movimentação da musculatura extrínseca do olho e perda visual.
2. Avaliação oftalmológica, exames laboratoriais, tomografia computadorizada de SSPPNN, avaliação otorrinolaringológica.
3. antibioticoterapia endovenosa efetiva, corticóides (quando não houver contra-indicações) e lavagem nasal



Quais as possíveis complicações?

- ▶ Osteomielites
 - ▶ Se curso clínico agudo: cefaléia, febre e edema de pálpebras estão presentes. Possibilidade de abscesso subperiosteal.
 - ▶ Se curso clínico crônico: febre baixa, mal estar geral e edema. Podem ocorrer fístulas com secreção seropurulenta, seqüestro ósseo e secreção através do osso, com exacerbação cíclica.
 - ▶ Antibioticoterapia de amplo espectro endovenosa (clindamicina, por exemplo, que possui boa penetração óssea e atividade anti-estafilocócica), Tomografia computadorizada de SSPPNN para drenagem do abscesso.

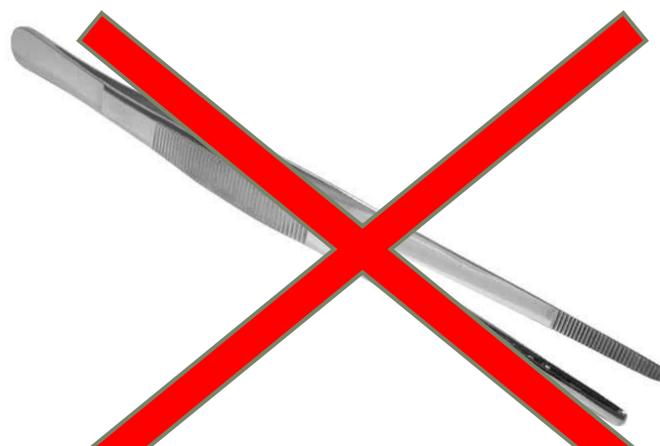


http://www.medicinanet.com.br/conteudos/casos/7463/rinossinusite_aguda_bacteriana_e_tumor_d_e_pott.htm

Corpo estranho nasal



Figura 1b. Radiografias simples em fronto-naso (bateria) e perfil (correntinha)



OTALGIA

E complicações

Otite Externa Difusa



Antibioticoterapia tópica*:

- preparações com polimixina ou gentamicina, 3x/d
- preparações de quinolonas (ciprofloxacina, ofloxacina), 2x/d

Antibióticos sistêmicos: casos com extensão da infecção além do CAE e no DM ou na AIDS

Fontes: [http://otorrinoesauade.com.br/otite-externa-difusa-aguda/;](http://otorrinoesauade.com.br/otite-externa-difusa-aguda/)

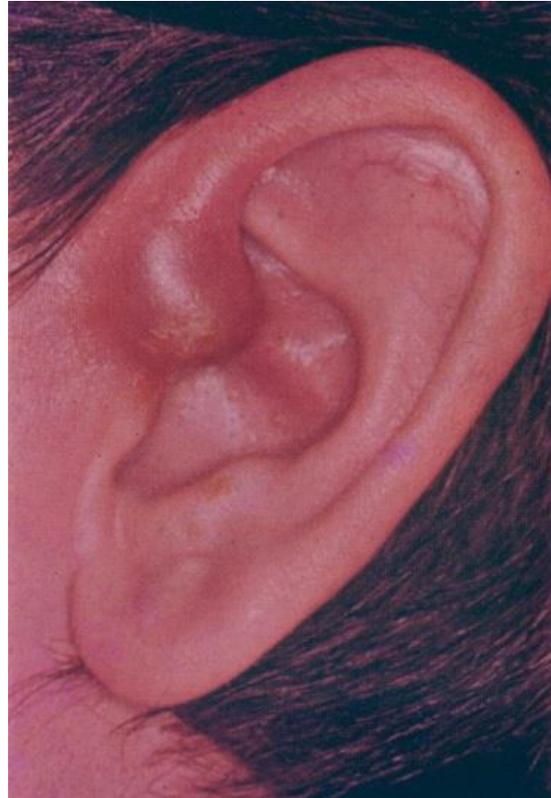
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72992004000200013&script=sci_arttext;

http://www.otosul.com.br/otite_externa.htm

Otite Externa Aguda Localizada

- ▶ Limitada a uma área do CAE
- ▶ Terço externo do conduto
- ▶ Trauma

- ▶ Dor localizada*
- ▶ Edema
- ▶ Eritema
- ▶ Ponto de flutuação
- ▶ Reação linfonodal
- ▶ Infiltração edematosa retroauricular



- Drenagem (?)
- Calor local seco com compressa, 3-4x/d
- AINE
- ATB oral e/ou tópico
- S. Aureus
- **Cefalexina, 250-500mg, 4x por dia**
-

Fonte: <http://www.portaldootorrino.com/doenca.php?id=38>

http://www.dgsotorrinolaringologia.med.br/ouv_otites.htm

Otite Externa Fúngica (Otomicose)

- ▶ Correção fatores predisponentes
- ▶ Remoção do material fúngico
- ▶ Agentes acidificantes e secativos: violeta de genciana
- ▶ Antifúngicos tópicos: clotrimazol (Canesten ®), ciclopirox olamina (Fungirox ®)
- ▶ Corticóides tópicos ou sistêmicos

- ▶ Evitar molhar o CAE
- ▶ Não ocluir o CAE



Otite Externa Bolhosa (Miringite Bolhosa)

- ▶ **DOLOROSA**
- ▶ Vesículas ou bolhas hemorrágicas na porção óssea do CAE e MT → rompem → otorréia serossanguinolenta
- ▶ Etiologia não estabelecida (*Mycoplasma sp* ? *Streptococcus pneumoniae*? *Haemophilus influenzae* ? Vírus ?)
- ▶ Vesículas desaparecem em 2 a 3sem
- ▶ Analgesia
- ▶ Corticoesteróides
- ▶ ATB tópicos e sistêmicos (eritromicina/claritromicina)
- ▶ Rompimento das bolhas (questionável)



Otite Externa Necrotizante

- ▶ Imunocomprometidos
- ▶ diabéticos (ph alto - menos lisozima)
- ▶ Idosos 
- ▶ Crianças
 - *forma grave rapidamente progressiva da doença já na fase inicial
- ▶ **Pseudomonas aeruginosa**
- ▶ Aspergillus fumigatus e a Candida albicans
- ▶ Outros agentes também descritos:
 - S. epidermidis
 - S. aureus
 - Proteus SP
 - Salmonella sp
 - Klebsiella sp.



Otalgia com piora progressiva e sem melhora com os tratamentos convencionais e envolvimento de pares cranianos

▶ Limpeza local

▶ ATB -EV

*quinolonas de segunda geração

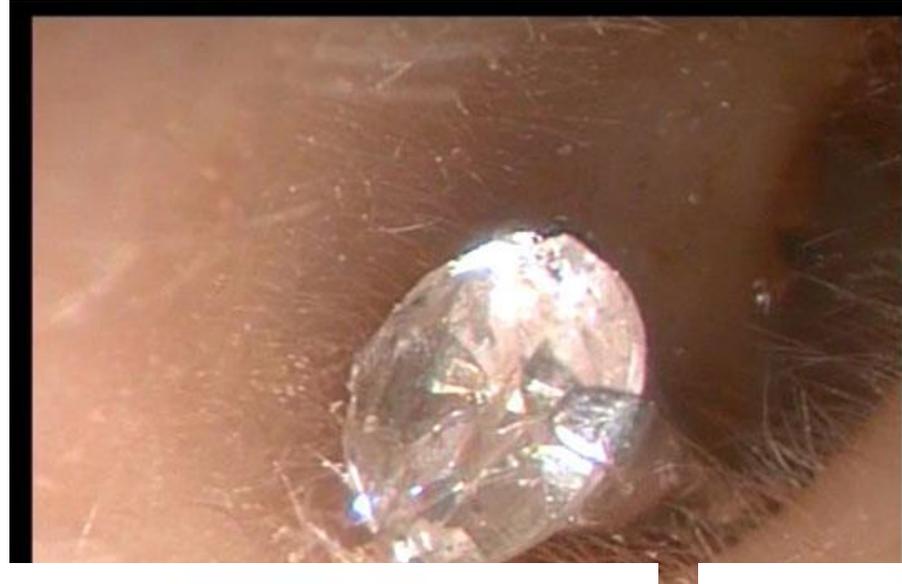
CIPROFLOXACINO

*cefalosporinas de terceira geração

CEFTAZIDIMA

▶ Gotas tópicas (controverso)

Corpo Estranho



Otite Média Aguda

► Diagnóstico clínico!



Bactérias	Vírus (35%)
<i>Streptococcus pneumoniae</i> (20 – 40%)	Rinovírus
<i>Haemophilus influenzae</i> (15 – 30%)	Adenovírus
<i>Moraxella catarrhalis</i> (10 – 20%)	Influenza

	Diagnóstico de certeza?	
	SIM	NÃO
< 6M	TODOS	TODOS
6M-2 ANOS	TODOS	GRAVES
>2 ANOS	GRAVES	“WAIT AND SEE”

AAP: Não graves: otalgia leve, febre <39°, unilaterais.

OMA: Tratamento Clínico

Sem alergia a Penicilina

- ▶ Amoxicilina
- ▶ Início: 40-45mg/kg/dia ou em caso de falha terapêutica em 48h deve ser aumentada a dose de amoxicilina para 90mg/kg/dia.
- ▶ Sem melhora em 72h: Amoxicilina-clavulanato, cefuroxima, cefdinir ou cefpodoxima
- ▶ Sem melhora em mais 72h ou vômitos/diarréia.: Ceftriaxone 50mg/kg/dia IM em 3 doses em 3 dias seguidos ou clindamicina.

OMA: Tratamento Clínico

▶ Com alergia a Penicilina

▶
Macrolídeo: claritromicina (7,5mg/kg/dia/ divide por 2) ou 250mg de 12 em 12 h

▶ Sem melhora em 72h: clindamicina

40mg/kg/dia ou 600mg EV de 8/8h

Ou 300mg/vo/ de 8/8h

Klaricid® 125mg/5ml

Dose: $\text{Peso} \times 0,3$ (no máximo 10 ml)

Ou

Klaricid® 250mg/5ml

Dose: $\text{Peso} \times 0,15$ (no máximo 5ml)

Dalacin ® 300mg/2ml (ou 600mg/4ml) EV: 40mg/kg/dia
PESO X 0,08 : 8/8H

Complicações de Otites

- ▶ Extensão do processo infeccioso/inflamatório para além dos limites do revestimento mucoperiosteal da orelha média (ABORL).
- ▶ Quando suspeitar?
 - ▶ Vertigem súbita + nistagmo horizontal
 - ▶ Cofose recente
 - ▶ Paresia ou paralisia facial
 - ▶ Dor retroorbitária
 - ▶ Febre em OMC
 - ▶ Edema e dor retroauriculares
 - ▶ Cefaleia + letargia
 - ▶ Sinais meníngeos
 - ▶ Papiledema
 - ▶ Confusão mental
 - ▶ Convulsões

Complicações de Otites

▶ O Que fazer?

- ▶ Internação
- ▶ Antibioticoterapia venosa
- ▶ Corticoterapia venosa
- ▶ TC de ossos temporais + crânio **com contraste**
- ▶ Miringotomia
- ▶ Colher cultura da secreção da OM

▶
Outros (individualizar): audiometria, TC de pescoço, punção lombar, cirurgia, interconsultas.

Quais as possíveis complicações?

▶ Otomastoidite

- ▶ Quando há comprometimento do periósteo da mastoide -> hiperemia, calor e rubor na região retroauricular.
- ▶ Mais comum em crianças abaixo de 10 anos.
- ▶ Febre, otalgia, hiperemia e edema retroauriculares, protusão do pavilhão e apagamento do sulco retroauricular.
- ▶ Internação hospitalar no mínimo 72h para ATB EV.
 - ▶ Penicilina semissintética + ceftriaxone
 - ▶ Se não houver resposta em 72h: mastoidectomia simples (controverso).



Quais as possíveis complicações?

- ▶ **Abscesso subperiosteal**
- ▶ Clínica: abaulamento retroauricular, apagamento do sulco retroauricular e deslocamento do pavilhão para frente, febre, toxemia, dor intensa.
- ▶ Tratamento: ATB venoso e drenagem do abscesso.

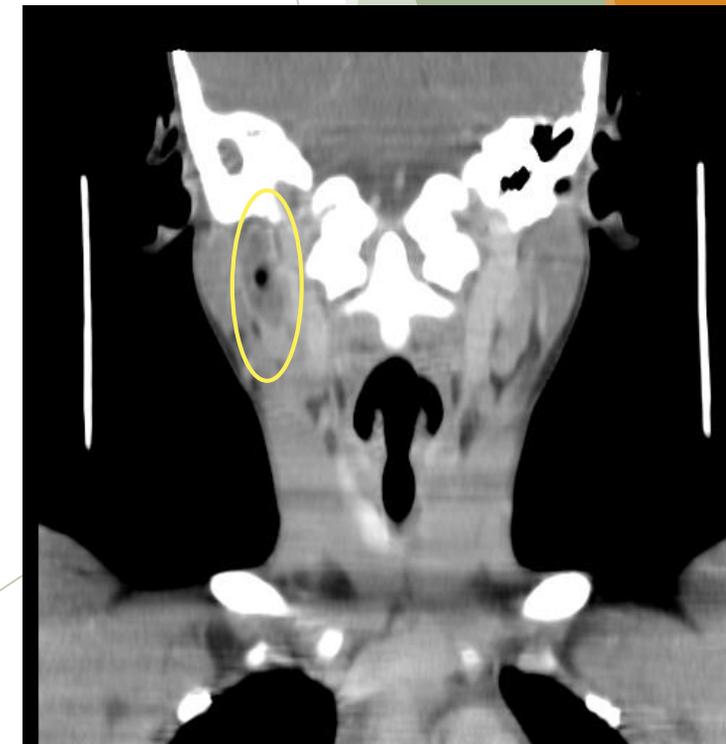


<http://www.bancodeimagensortl.com.br/>

Quais as possíveis complicações?

▶ Abscesso de Bezold

- ▶ Ruptura da cortical da ponta da mastoide - ranhura do digástrico.
- ▶ Pouco frequente - 2% dos casos; mais comum em adultos.
- ▶ Abscesso percorre o trajeto do ECM, entre a sua bainha e o m. digástrico.
- ▶ Clínica: dor na ponta da mastoide, restrição cervical, apagamento da depressão retromandibular, dor a palpação ECM.
- ▶ Tratamento: ATB venoso, mastoidectomia e exploração cervical.



Quais as possíveis complicações?

▶ Paralisia Facial Periférica

- ▶ Instalação rápida ou mesmo súbita. Clínica: PFP + OMA/OMC
- ▶ OMA: prognóstico bom; ATB venoso, Corticoide, miringotomia com coleta de secreção para cultura.
 - ▶ Mastoidectomia:
 - ▶ se não houver melhora após 2-3 semanas
- ▶ OMC: cirurgia o mais breve possível - trajeto do facial deve ser explorado para identificação do segmento acometido;

Quais as possíveis complicações?

▶ Petrosite + Sd de Gradenigo

- ▶ Extensão do processo infeccioso até as células do ápice petroso - complicação tardia e rara.
- ▶ Clínica: OMA/OMC + dor persistente de forte intensidade, tipo nevrálgica, na região auricular/mastoidea com irradiação retro-orbitária.
- ▶ Gradenigo: otite média, dor retro-orbitária e paralisia do abducente.
- ▶ Tratamento: ATB venoso + drenagem cirúrgica é o preconizado. Manter o tratamento clínico pelo menos 1 mes após a cirurgia.

Quais as possíveis complicações?

▶ Labirintite

- ▶ Clínica: vertigem periférica intensa, incapacitante, náuseas, vômitos, perda auditiva profunda e zumbido. Nistagmo horizontal: no início para o lado afetado.
- ▶ Tratamento: ATB + antieméticos e antivertiginosos. Miringotomia. Programar abordagem cirúrgica ou então indicar caso não haja melhora com tto clínico.

Quais as possíveis complicações?

▶ Meningite

- ▶ Complicação intracraniana mais frequente; mais comum em crianças (90%).
- ▶ Agentes: *H. influenzae* e Pneumococo - esta com elevada morbimortalidade. OMC: *Proteus*, *Staphylo* ou anaeróbios.
- ▶ Clínica: cefaleia, fotofobia, vômitos, febre elevada, letargia e sinais de irritação meníngea.
- ▶ Diagnóstico: coleta de LCR - aspecto turvo, aumento de proteínas e glicose baixa.
- ▶ Tratamento: ATB venoso, mastoidectomia se OMC ou meningite recorrente - evidenciar a via de comunicação.

FARINGITES E LARINGITES

E complicações

Faringotonsilites virais

- ▶ QC: dor de garganta, febre, exsudato na faringe e tonsilas, mialgia, obstrução nasal e coriza.
- ▶ Curso autolimitado e melhora espontânea
- ▶ TTO: Sintomáticos e hidratação

Faringotonsilites virais

▶ Mononucleose infecciosa

- ▶ Epstein Barr vírus
- ▶ Período de Incubação: 30-45 dias
- ▶ Transmissão: saliva ou contato próximo
- ▶ Mononucleose simile: HIV agudo, Sífilis secundária, Rubéola, Toxoplasmose, CMV, Adenovírus, Hepatites e Dça de Chagas Agudo
- ▶ Edema de úvula e palato, Adenomegalia posterior, Hepatoesplenomegalia (principalmente em cça < 4anos)
- ▶ 8% rash eritematoso cutâneo
 - ▶ Uso de betalactâmicos -> 70-100%
- ▶ TTO: Fazer REPOUSO (risco de rotura esplênica), ATB (se infecção bacteriana secundária)



Faringotonsilites virais

► Herpes

- HSV 1
- 1-5 anos
- Incubação: 2-12 dias
- QC: Gengivoestomatite com ou sem Linfonomegalia
- Vesículas (sangram facilmente ao toque) -> úlceras (exsudato acinzentado)
- TTO: Antirretrovirais em imunodeprimidos



Faringotonsilites virais

- ▶ Herpangina
 - ▶ *Coxsackie* 2, 3, 4, 5, 6, 8 e 10
 - ▶ Via Oral-Fecal ou respiratoria
 - ▶ 1-7 anos
 - ▶ *Oroscopia: lesões hiperemiadas com vesiculas ao centro principalmente em FARINGE POSTERIOR(pilares das tonsilas, palato mole e úvula, parede posterior da faringe)
 - ▶ Principal complicação: Miocardite(20%)

Faringotonsilites bacterianas

▶ Estreptocócicas

- ▶ **QC:** início súbito de dor de garganta, febre acima de 38,5C, cefaléia, náuseas e odinofagia intensa, podendo ter otalgia reflexa.
- ▶ **Ao EF:** hiperemia e hipertrofia de tonsilas com ou sem exsudato, petéquias em palato e nódulos linfáticos anteriores dolorosos a palpação
- ▶ Antibioticoterapia reduz:
 - ▶ - febre e dor de garganta (<24h)
 - ▶ - complicações (não)supurativas (OMA, sinusite aguda e abscessos)
 - ▶ - risco de FR em >2/3 casos
 - ▶ Retorna as atividades 24h após início do ATB
- ▶ Tratamento:
 - ▶ Penicilina G Benzatina dose única 600.000 (< 20kg) e 1.200.000 (> 20kg)
 - ▶ Amoxicilina 40mg/kg/dia por 10 dias
 - ▶ Clavulin, Cefalosporina de 2 geração ou Clindamicina
 - ▶ CTC: aumenta a chance de resolução completa da dor em <24h



Faringotonsilite estreptocócica complicações

- ▶ Não Supurativas:
 - ▶ Escarlatina
 - ▶ Febre reumática
 - ▶ GNDA
 - ▶ Sd choque tóxico
 - ▶ Transtorno neuropsiquiátrico
- ▶ Supurativas:
 - ▶ Abscesso periamigdaliano
 - ▶ Abscesso parafaíngeo

Faringotonsilite estreptocócica

complicações supurativas

- ▶ **Abscesso Tonsilar:** Sialorréia, Alteração da voz, Abaulamento da tonsila acometida e Odínofagia.
 - ▶ TTO: Drenagem, ATB, analgésico e Antiinflamatórios
- ▶ **Abscesso Periamigdaliano:** Coleção purulenta entre a capsula da amígdala e a fáscia do músculo constritor superior da faringe.
 - ▶ Odínofagia, disfagia, halitose, voz de batata quente, trismo
 - ▶ TTO: Drenagem, Clavulin, higiene oral e Dieta Leve
- ▶ **Abscesso Parafaríngeo:** Trismo e limitação do Movimento Cervical; às vezes pode apresentar meningismo

Laringite catarral aguda

- ▶ Surgimento súbito
- ▶ Após uma nasofaringite viral ou bacteriana
- ▶ Globus, tosse (inicialmente seca, evolui para produtiva), disfonia >> afonia.
- ▶ Febre ausente ou baixa, estado geral bom, curso de 08-15 dias.
- ▶ Bacteriana > viral
- ▶ Atb de amplo espectro (amoxi-cla, ceftriaxona, macrolídeo, quinolona) ; ctc nos casos mais graves(dexametasona), nebulização com SF+ CTC.
- ▶ DIETA, IBP

Laringotraqueíte (“crupe viral”, “tosse de cachorro”)

- ▶ Parainfluenza 1 e 2, VSR, Rinovírus, Enterovírus
- ▶ Edema glótico, subglótico, traqueal e bronquial
- ▶ PI de 2-6 dias, precedido de IVAS, evoluindo pra tosse rouca, odinofagia e estridor laríngeo.
 - ▶ Monitorizar desconforto respiratório em crianças pequenas
- ▶ Ar úmido
- ▶ Corticóide VO (EV a depender da gravidade _ dexametasona) e Inalatório (budesonida)
- ▶ Adrenalina inalatória _ casos graves>>> IOT

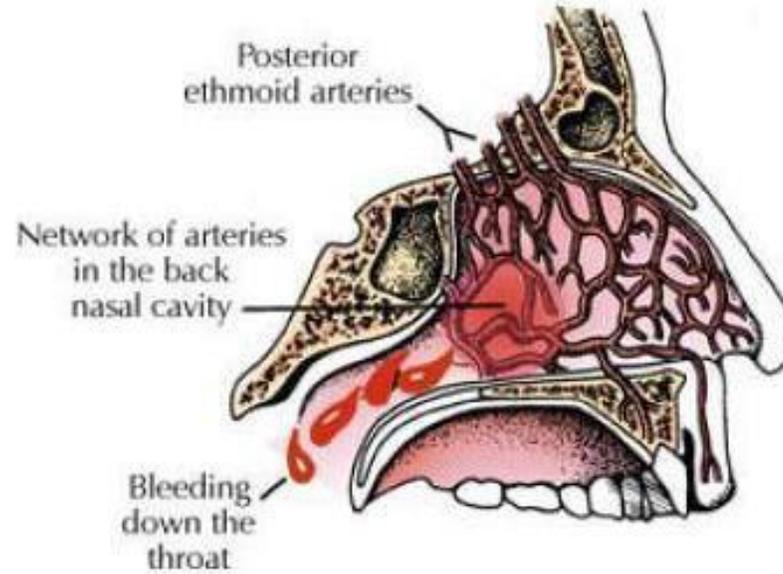
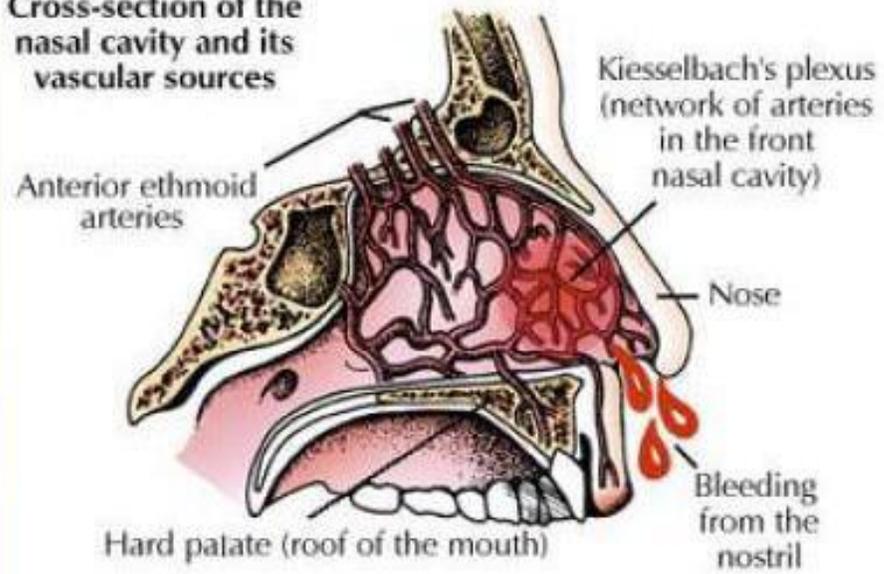
EPISTAXE

The background features a series of overlapping, semi-transparent geometric shapes. On the right side, there are large, angular shapes in various shades of green and olive. A prominent, solid orange shape is positioned vertically on the far right. The overall composition is minimalist and modern, with a clean white background.

Epistaxe

- ▶ Epistaxe é definida como um sangramento de origem na mucosa nasal decorrente de uma alteração da hemostasia normal do nariz.
 - ▶ anormalidades na mucosa nasal,
 - ▶ perda da integridade vascular,
 - ▶ alterações da cascata de coagulação.
- ▶ Hemorragia Nasal é qualquer sangramento que se exterioriza pelas fossas nasais independente da origem.
- ▶ 60% da população;
- ▶ 6% dos episódios requer atenção médica;
- ▶ 0,0016 % serão hospitalizados;
- ▶ Taxa de mortalidade < 0,01%;
- ▶ Distribuição bimodal da incidência
- ▶ idiopática (70%);

Cross-section of the nasal cavity and its vascular sources



Epistaxe: Fisiopatologia

Fatores locais:

Trauma

 Digital

 Lesões e fraturas

 Tubos e sondas

 Escoriações crônicas

Cirurgias

Processos Inflamatórios da Mucosa Nasal

Medicações nasais

Corpos Estranhos

Tumores

Alterações Anatômicas

Outras causas locais

 CPAP nasal ou cateter de oxigênio

 Irritantes químicos e drogas ilícitas.

Fatores Sistêmicos:

Doença de Osler-Weber-Rendu (Teleangiectasia Hemorrágica Hereditária)

 Teleangiectasias+epistaxes recidivantes+história familiar de hemorragia.

 Expectante, ou intervenção: ablação a laser, ligadura arterial, embolização, dermosseptoplastia, técnica de Young.

Discrasias sanguíneas

 Doença de Von Willebrand

 Hemofilia

 Plaquetopenias

Malformações Vasculares;

HAS

Anticoagulação

Drogas

Fatores diversos

Epistaxe: Manejo terapêutico

▶ Objetivos básicos:

- ▶ Determinar a intensidade de sangramento e reposição volêmica, se necessário;
- ▶ Identificação da etiologia e do ponto sangrante (idealmente);
- ▶ Controle terapêutico, mediante medidas locais ou invasivas.

Anamnese

- ▶ Intensidade do sangramento, como número de toalhas sujas, por exemplo;
- ▶ a frequência (se episódio único e isolado ou recorrente);
- ▶ duração;
- ▶ se uni ou bilateral;
- ▶ história de trauma nasal (acidentes, cirurgias nasais ou manipulação digital da cavidade nasal);
- ▶ hábitos e vícios;
- ▶ uso de medicações (antiagregantesplaquetários e anticoagulantes);
- ▶ doenças associadas;
- ▶ história familiar de sangramentos.

Buscando encontrar um fator etiológico presente e direcionar condutas

Estimativa da perda volêmica

	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV
Perda volêmica (ml)	Até 750	750-1500	1500-2000	>2000
Perda volêmica (%)	Até 15%	15%-30%	30%-40%	>40%
FC	<100	100-200	120-140	>140
PA	Normal	Normal	Diminuída	Diminuída
FR	14-20	20-30	30-40	>35
Débito urinário (ml/hr)	>30	20-30	5-15	Insignificante
Nível de consciência	Pouco ansioso	Moderadamente ansioso	Ansioso, confuso	Confuso, letárgico
Reposição indicada	Cristalóide	cristalóide	Cristalóide e sangue	Cristalóide e sangue

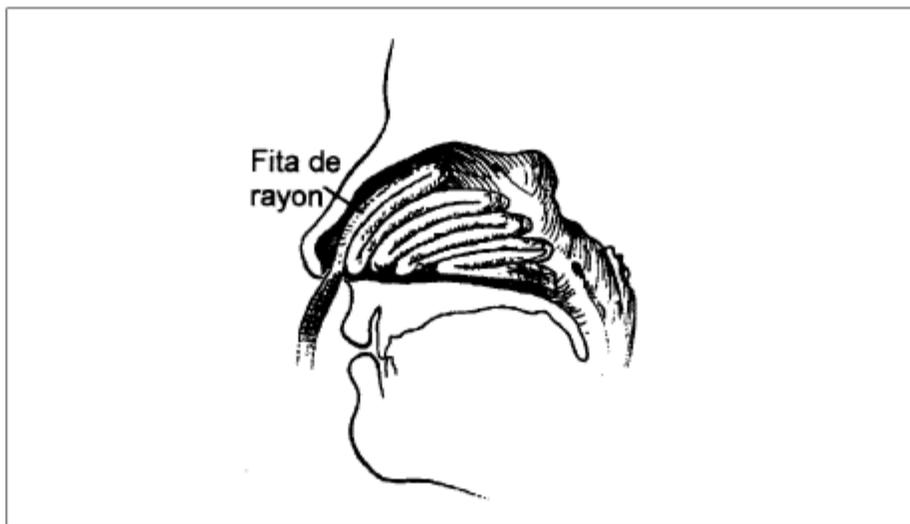
Epistaxe: Tratamento

1. Cuidados gerais, lavagem nasal, vasoconstricção tópica
2. Rinoscopia anterior com cauterização química ou elétrica
3. Tamponamento nasal anterior
4. Eletrocoagulação guiada por endoscópio nasal
5. Tamponamento nasal posterior
6. Tratamento cirúrgico

Retirado de: Rev Ass Med Brasil 1999; 45(2): 189-93. Tratamento da epistaxe. A. P. S. BALBANI, G. G. S. FORMIGONI, O. BUTUGAN. Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Epistaxes anteriores

- ▶ **Cauterização química:**
 - ▶ Vasoconstrição local;
 - ▶ Nitrato de prata ou ácido tricloroacético;
 - ▶ Deve ser limitada a um dos lados do septo nasal ou a um intervalo de 4 a 6 semanas para evitar perfuração septal
- ▶ **Cauterização elétrica:**
 - ▶ Sangramentos mais volumosos e persistentes;
 - ▶ Se muito profundo ou repetido muitas vezes, pode lesar o pericôndrio da cartilagem septal.
- ▶ **Complicações:**
 - ▶ Rinorréia, formação de crostas, queimaduras na pele do vestíbulo, além de ulceração e perfuração septal;
 - ▶ Recorrência de sangramento após a cauterização :5,8%
- ▶ **Tamponamento**
 - ▶ Sangramento ativo difuso, não localizado, ou na ausência de resposta à cauterização
 - ▶ Gaze com vaselina;
 - ▶ Dedo de Luva;
 - ▶ Merocel;
 - ▶ Espumas absorvíveis;
- ▶ **Tamponamento contralateral.**



Dann L. Severe epistaxis. *Aust Fam Physician* 1994; 23(2): 153-55.

Complicações dos tamponamentos

- ▶ Reflexo vagal,
- ▶ Ulcerações,
- ▶ Perfuração septal,
- ▶ Sinusite,
- ▶ Sinéquia,
- ▶ Hipoxemia,
- ▶ Arritmias,
- ▶ Síndrome do Choque Tóxico.
- ▶ Necrose alar, de columela e de palato.

Epistaxes posteriores

- ▶ Tamponamento
- ▶ Internação para estabilização hemodinâmica e observação clínica.
- ▶ tampões antero-posteriores:
 - ▶ Gaze;
 - ▶ Sonda de Foley;
 - ▶ Epistat
- ▶ Preparo para cirurgia de ligaduras arteriais.

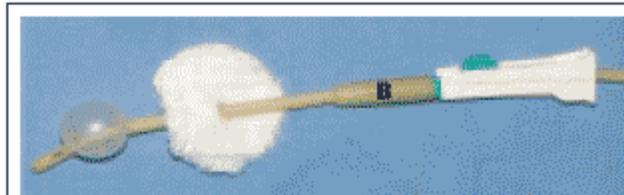


Figura 4.



Figura 5.

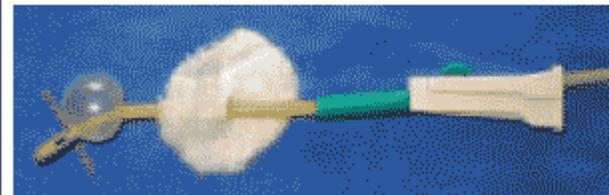
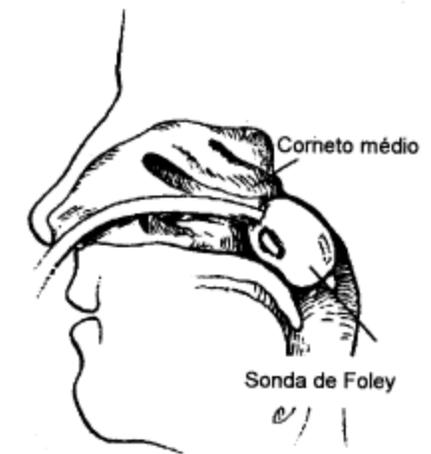
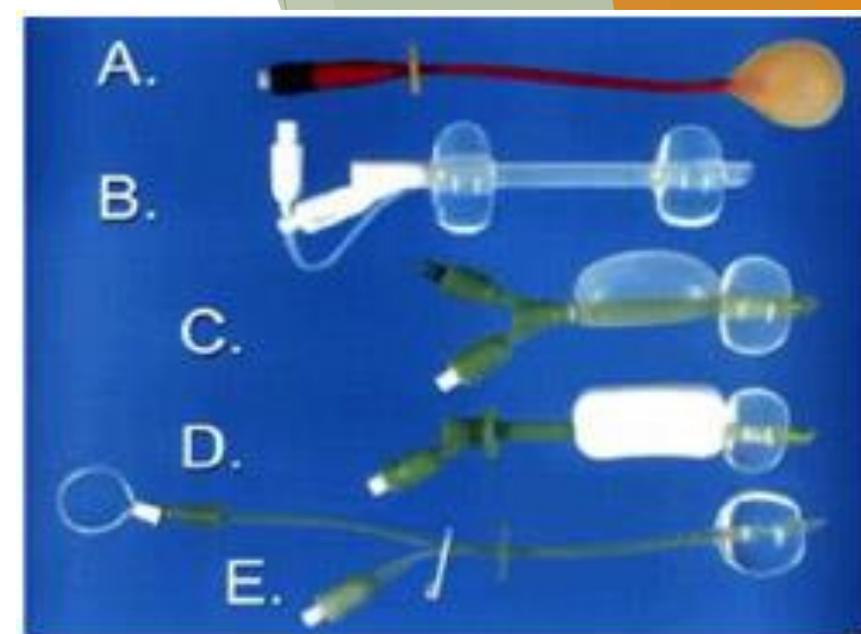


Figura 6.

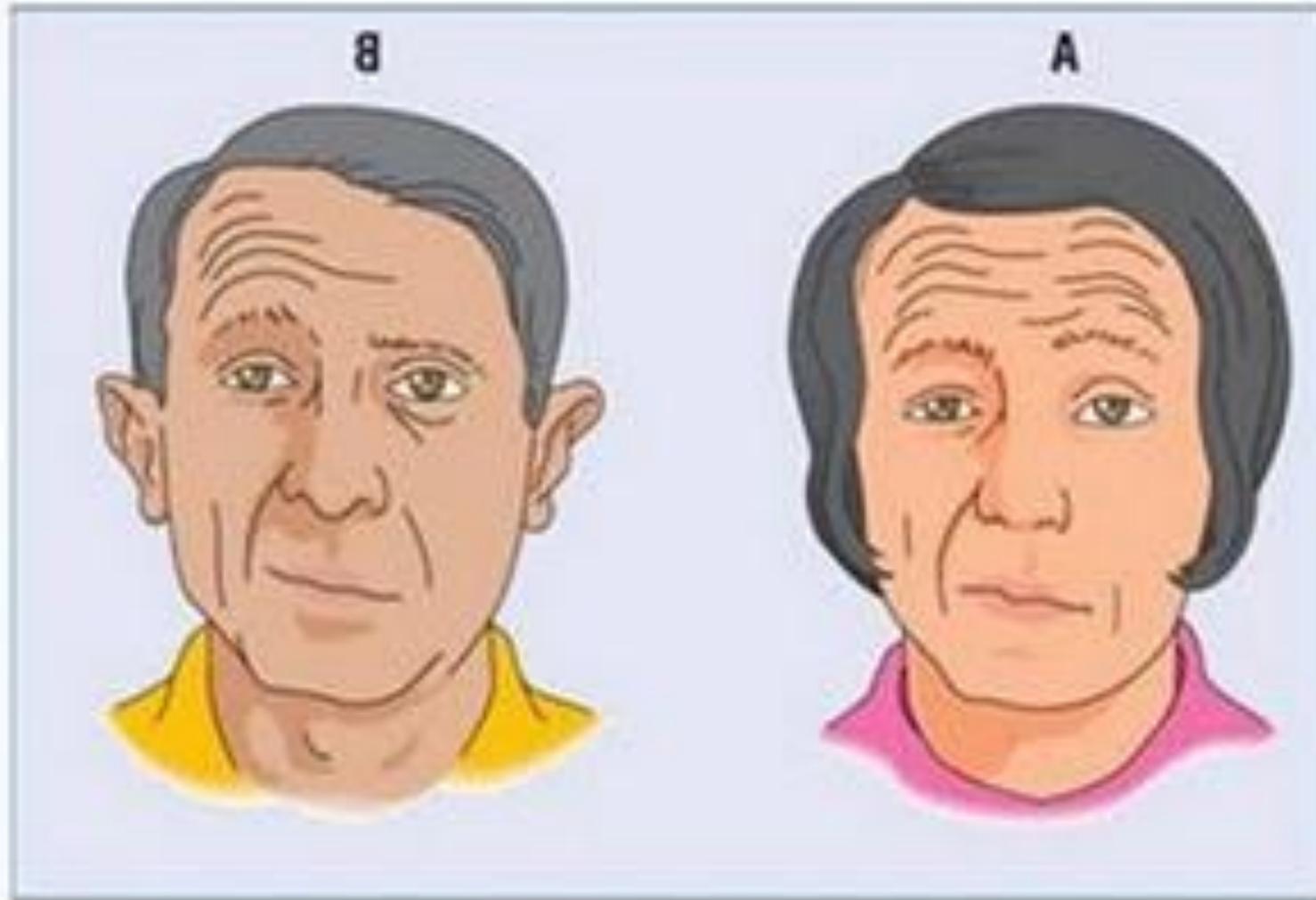
Figuras 4, 5 e 6. Algumas possíveis combinações dos instrumentos sugeridos para fixação externa da sonda de Foley utilizada no tamponamento nasal posterior. Vide legenda das Figuras 1 e 2. Na Figura 6, a linha tracejada representa local para secção e remoção da extremidade de coleta do tubo, na tentativa de reduzir contato indesejável com a faringe.



Dann L. Severe epistaxis. *Aust Fam Physician* 1994; 23(2): 153-55.

Paralísia Facial Periférica

The background features abstract, overlapping geometric shapes in shades of green and orange, primarily concentrated on the right side of the slide. The shapes are semi-transparent, creating a layered effect. The overall design is clean and modern.



periférica

central

PFP

- CONSCIENTE?
- ORIENTADO?
- DÉFCIT DE FORÇA OU SENSIBILIDADE?
- CEFALÉIA? SINAIS MENÍNGEOS?
- ALTERAÇÕES DE PARES CRANIANOS?
- P.A. DIASTÓLICA ≥ 120 MMHG?

Anamnese

- ▶ Tempo de instalação dos sintomas
 - ▶ Súbito
 - ▶ Progressivo
 - ▶ Recorrente
- ▶ Sintomas precedendo o quadro?
- ▶ Sintomas associados
 - ▶ Hipoacusia
 - ▶ Zumbido
 - ▶ Vertigem
 - ▶ Dor retroauricular e otalgia
 - ▶ Ardor no olho
 - ▶ Alterações de lacrimejamento
- ▶ Cirurgias Previas ?
- ▶ Historia Familiar?

História e exame físico	Recomendado Fortemente
Testes laboratoriais	Recomendado Fortemente Contra
Diagnóstico por imagem	Recomendado Contra
Corticosteróides	Recomendado Fortemente
Monoterapia anti-viral	Recomendado Fortemente Contra
Terapia anti-viral + Corticosteróides	Optativo
Proteção ocular	Recomendado Fortemente
Eletrodiagnóstico com paralisia incompleta	Recomendado Contra
Eletrodiagnóstico com paralisia completa	Optativo
Descompressão do nervo facial	Sem recomendação
Acupuntura	Sem recomendação
Terapia fisioterápica	Sem recomendação
Seguimento clínico	Recomendado

- ▶ **Tratamento HC**
 - ▶ **Proteção ocular**
 - ▶ Metilcelulose 1% 1 gota 1/1h
 - ▶ Pomada Vit. A + D à noite + Oclusão ocular
 - ▶ **Medicamentoso (até 5 dia)**
 - ▶ Aciclovir 2 g / dia por 10 dias
 - ▶ Dexametasona (HC) - 8 mg/dia por 10 dias; 4 mg/dia por 5 dias; 2 mg/dia por 5 dias
- ▶ **Orientações**
- ▶ **Acompanhamento multidisciplinar (Fisioterapia e Psicoterapia)**

- ▶ **Protocolo UpToDate**
- ▶ **Adultos:** 60- 80mg prednisona por dia por 7 dias. Paralisias severas HB IV ou mais associar valaciclovir 1000mg 3x ao dia por 7 dias
- ▶ **Crianças :** 2 mg/kg de prednisona por 5 dias associado a valaciclovir 20mg/kg por 7 dias em paralisias severas
- ▶ ****Preferencialmente iniciado até 3o dia dos sintomas**

OUTRAS PFP

- ▶ **PARALISIA TRAUMÁTICA**
 - ▶ **COMPLETA E IMEDIATA: ABORDAGEM CIRURGICA IMEDIATA**
 - ▶ **INCOMPLETA OU PROGRESSIVA: CORTICOTERAPIA, PROTEÇÃO OCULAR, SEGUIMENTO.**
- ▶ **POR HERPES AURICULAR (Síndrome de Ramsay-Hunt)**
 - ▶ **aciclovir via oral 800 mg cinco vezes ao dia por 10 dias +**
 - ▶ **dexametasona 8 mg por dia durante 10 dias seguido de 4 mg por 5 dias e 2 mg por mais 5 dias**

TONTURA

The background features abstract, overlapping geometric shapes in various shades of green and orange. The shapes are layered, creating a sense of depth and movement. The colors range from light, muted greens to vibrant oranges and darker olive greens. The overall composition is modern and minimalist.

TONTURAS

- ▶ **Sensação de alteração de equilíbrio corporal**
 - ▶ Comum;
 - ▶ Incapacidade e diminui produtividade;
 - ▶ Aumentam com a idade - importante causa de consultas > 75 anos de idade.
- ▶ **Tipos:**
 - ▶ Vestibular X Extra-vestibular
 - ▶ Rotatória (vertigem) - típicas de síndromes periféricas;
 - ▶ Não rotatória (oscilantes, asc/descendentes, flutuantes...) - mais comuns em centrais
 - ▶ Extra-vestibular: “falsas vertigens”: escurecimento visual, perda de consciência, ataxia... - exame vestibular normal

É central?

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (identificam a causa em 70% dos pacientes);

- CONSCIENTE?
- ORIENTADO?
- DÉFICIT DE FORÇA, SENSIBILIDADE **OU MARCHA**?
- CEFALÉIA? SINAIS MENÍNGEOS?
- ALTERAÇÕES DE PARES CRANIANOS?
- P.A. DIASTÓLICA ≥ 120 MMHG?

- **NISTAGMO** COM DIREÇÃO VARIÁVEL? VERTICAL?

RNM

- ▶ Isquemias Vasculares;
- ▶ Enxaqueca;
- ▶ Esclerose Múltipla;
- ▶ Tumores da região do ângulo pontocerebelar

É periférica?

▶ 2ª Anamnese:

- ▶ Início e duração (segundos, minutos a hora, semanas...)
- ▶ Intensidade e frequência (gravíssimos, leves...)
- ▶ Fatores desencadeantes, melhora ou piora
- ▶ Sintomas associados: auditivos / neurovegetativos.

▶ Exame físico:

- ▶ Exame do equilíbrio estático: tendência a queda, que pode ser compensada pela visão
- ▶ Sinal de Romberg vestibular
- ▶ Pesquisa de nistagmo

VESTIBULOPATIAS PERIFÉRICAS

The background features abstract, overlapping geometric shapes in shades of green and orange. The shapes are layered, creating a sense of depth and movement. The colors are muted and naturalistic, with the green ranging from light to dark and the orange being a warm, earthy tone. The overall composition is clean and modern.

Hipóteses Diagnósticas	Prevalência (%)
Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB)	19,0
Hidropsia endolinfática (incluindo síndrome de Ménière)	17,7
Labirintopatias de origem metabólica	14,1
Migrânea vestibular	9,3
Vestibulopatias de origem vascular	6,5
Vertigem pós-traumática	6,5
Insuficiência vertebrobasilar	6,3
Neurite vestibular	3,3
Surdez súbita	2,6
Síndrome cervical	2,2
Cinetose	2,2
Outros	10,3

Labirintopatias metabólicas

- ▶ Alta sensibilidade do labirinto a alterações metabólicas
- ▶ Precipitantes
 - ▶ Distúrbios do metabolismo dos carboidratos (mais comum)
 - ▶ Hiperlipidemia
 - ▶ Hipo/hipertireoidismo
 - ▶ Alterações do metabolismo do cortisol e da DHEA
 - ▶ Hiperuricemia
- ▶ Quadro Clínico:
 - ▶ Pressão nos ouvidos e na cabeça - queixa auditiva mais comum
 - ▶ Zumbido e hipoacusia; flutuação ou cabeça oca / vertigem; associação com neuropatia diabética

Grupo	Indicação	Sugestões de uso
Corticosteróides	<ul style="list-style-type: none"> • Neurite vestibular; • Combate/prevenção de sintomas vertiginosos, náuseas/vômitos 	<ul style="list-style-type: none"> • Dexametasona 0,15 mg/kg ou 10mg EV 2x ao dia • Prednisona 1 mg/kg até 60mg, 1x ao dia, VO (diminuição de 20% da dose a cada 4 dias)
BBloq	<ul style="list-style-type: none"> • Migrânea vestibular • Zumbido (teste da lidocaína) 	- Propanolol 40-80mg até 8/8h
Antiepilépticos		<ul style="list-style-type: none"> • Carbamazepina 400-600mg/dia • Topiramato 50-150mg/dia • Ac valproico 600-900mg/dia • Lamotrigina 25-100mg/dia
Antidep tricíclicos		- Amitriptilina 50-100mg/dia
ISRS		- Citalopram 10-20mg/dia
Vasodilatadores		- Doença de Menière

Grupo	Indicação	Sugestões de uso
Ação antiagregante e moduladora de fluxo na microcirculação		<ul style="list-style-type: none"> •Ginkgo Biloba 80 – 120mg 1-2x/dia •Pentoxifilina 400mg 2-3x/dia (inicio 2-4sem)
Anti-histamínicos e anticolinérgicos	<ul style="list-style-type: none"> •Combate e prevenção de sintomas vertiginos/vômitos 	<ul style="list-style-type: none"> •Dimenidrato 1,25mg/kg ou 50mg, IV/IM/VO, 6/6h •Prometazina 25-50mg IM 8/8h •Metoclopramida 0,25-0,5mg/kg ou 10mg, IV/IM/VO/VR 8/8h •-Meclizina 50mg VO 2x/dia •Domperidona 0,25mg/kg ou 10mg VO 8/8h
Potencializadores do sist gabaérgico		<ul style="list-style-type: none"> •Diazepam 5-10mg IV/IM/VO a cada 4-6h •Clonazepam 0,5-1mg VO/SL 12/12h
Antagonistas serotoninérgico		<ul style="list-style-type: none"> •Ondansetrona 4-8mg IV/VO 8/8h

Tontura Postural-Perceptual Persistente (TPPP)

- ▶ Distúrbio somatoforme (interface entre otoneurologia e psiquiatria);
- ▶ Sistema de manutenção da estabilidade postural se torna hiper-reativo ao movimento em pacientes de perfil ansioso, especialmente em ambientes com alta demanda visual;
- ▶ QC: tontura persistente por mais de 3 meses, sem que exista uma justificativa clínica para a sua persistência; ansiedade/ choque emocional, piora com movimentos da cabeça ou com estímulos visuais complexos;
- ▶ Tto: ISRS, mudança de hábitos alimentares, reabilitação vestibular, psicoterapia

Trauma maxilo facial

The background features abstract, overlapping geometric shapes in various shades of green and orange, creating a modern, layered effect on the right side of the slide.

Epidemiologia

- Adulto - jovem
- Sexo Masculino
- Frequência: Nariz (35%) > Mandíbula > Osso Zigomático
- Causas:
 - Acidentes automotivos
 - Agressão
 - Quedas
 - Esportes
 - Acidente de Trabalho

Manejo

ATLS:

A (Airway): via aérea com proteção da coluna cervical;

B (Breathing): respiração e ventilação.

C (Circulation): circulação com controle de hemorragia;

D (Disability): estado neurológico;

E (Exposition): exposição e controle do ambiente.

Manejo

- História clínica: traumas antigos, tipo de trauma, ângulo do impacto, tipo de ferimento e energia do trauma devem ser averiguados
- Exame físico: assimetrias, equimose (sinal de guaxinim, periórbitoria), instabilidade, inoclusão, paresias, parestesias, dor, hipoacusia, diplopia, enoftalmia e alterações visuais devem ser diagnosticadas.

Exames de imagem

- Radiografia: .Papel muito limitado. .Útil em casos de fratura de mandíbula;
- Tomografia computadorizada: .Insubstituível na suspeita de fratura;
- Ressonância magnética: .Se suspeita de lesão intracraniana ou cervical.

TRAUMA NASAL

▶ Exame Externo:

- ▶ Deformidades nasais, desvios ou afundamentos, lacerações, hemorragia, equimoses, hematomas ou edema.
- ▶ Palpação: Crepitação, mobilidade, depressão óssea, afundamento ou irregularidades indicativos de fratura
- ▶ Eminências malares, margens da órbita, arcos zigomáticos, mandíbula e os dentes
- ▶ Rinorreia: fístula liquórica traumática? (dosagem de glicose ou de β -transferrina do líquido nasal para diagnóstico)

▶ Exame Interno:

- ▶ Sangramento, hematoma septal, laceração, desvio, perfuração ou exposição das estruturas osteocartilaginosas.
- ▶ Crianças edema precoce.



TRAUMA NASAL

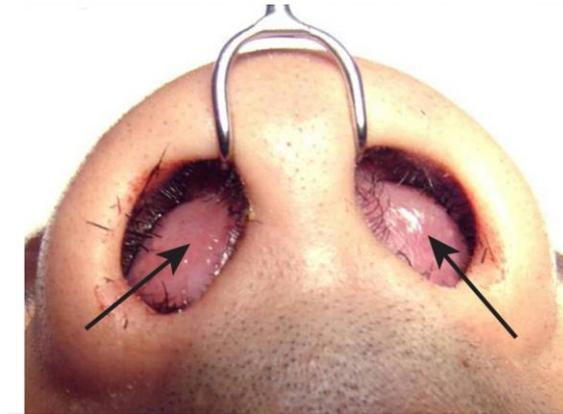
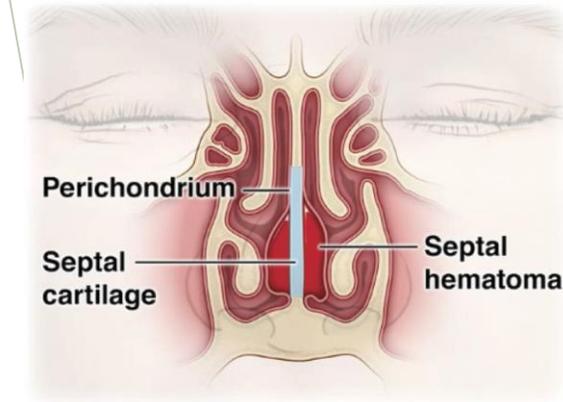
Exames complementares

- ▶ Radiografia: normal em 47% de pacientes com fratura nasal.
- ▶ Telescopia nasal rígida: avaliação de todo o septo (especialmente o septo ósseo posterior e a região do vômer) e para procurar outras afecções endonasais após o trauma.
- ▶ Tomografia computadorizada: alterações da movimentação ocular, com suspeita de uma fratura do complexo naso-orbitotmoidal ou orbitárias associadas, quando há rinoliquorreia, para excluir lesões intracranianas, maloclusão dentária, para avaliar a presença de fratura de mandíbula.
- ▶ Ultrassonografia: discutida (gestantes)



TRAUMA NASAL

- ▶ Tratamento
- ▶ Conservador se: sem desvios, sem deformidades estéticas ou funcionais.
- ▶ Tratar: Fraturas nasais que apresentem desvios e/ou instabilidade.
 - ▶ Tempo entre o trauma e o tratamento: Fraturas nasais simples podem ser tratadas na apresentação ou 7 a 15 dias após o trauma.
 - ▶ Três a seis horas após o trauma - menos edema
- ▶ Tratamento de urgência das fraturas nasais: fraturas nasais abertas, associadas a uma fratura da base anterior do crânio, ou associadas a complicações (lesão de vias lacrimais, hematoma de septo, fístula liquórica, sangramento abundante, alteração visual).
- ▶ Atenção! Hematoma septal
- ▶ Se não forem abordados resultam em necrose e perfuração da cartilagem septal, ou então podem se tornar organizados, resultando em fibrose subpericondral com obstrução parcial da fossa nasal.



FRATURAS DO SEIO FRONTAL

- ▶ 5% a 15% das fraturas maxilofaciais, estando associadas a outras fraturas de face em 66% dos casos.
- ▶ **Antibioticoprofilaxia**
 - ▶ Prevenir sinusites e sepsé intracraniana
 - ▶ Ceftriaxone ou ceftazidima + metronidazol, para cobertura anaeróbia.
 - ▶ Fraturas abertas: antibioticoterapia é mantida por pelo menos 2 semanas.
 - ▶ Fraturas fechadas e fraturas isoladas da parede anterior sem deslocamento: uso de antibióticos é controverso.
- ▶ **Tratamento**
 - ▶ Fraturas da parede anterior: fraturas **sem** desvio **não** necessitam de intervenção cirúrgica.

FRATURAS NASO-ETMOIDO-ORBITÁRIAS

- Retrusão do andar médio da face e do nariz - afundamento dos ossos nasais.
- Telecanto traumático pode ocorrer decorrente do deslocamento ou desinserção do ligamento cantal medial.

É obrigatória a avaliação oftalmológica e a tomografia computadorizada,

FRATURA NASO-ETMOIDE -ORBITARIA



[Prof. Dr. José Victor Maniglia FAMERP](#)

Fratura do osso temporal



- ▶ Grandes centros urbanos - acidentes automobilísticos e crimes com arma de fogo
- ▶ 2 tipos de trauma:
 - ▶ Não penetrante (fechado)
 - ▶ Penetrante (por armas de fogo)
- ▶ Osso temporal: base lateral do crânio, relação com estruturas anatômicas importantes
 - ▶ Art. Carótida interna
 - ▶ V. Jugular interna
 - ▶ Seios Venosos
 - ▶ Pares cranianos (V a XII)
- ▶ Epidemiologia:
 - ▶ > 50% acidentes automobilísticos (motocicleta)
 - ▶ Atropelamentos, quedas, acidentes de trabalho
 - ▶ FAF

Avaliação do paciente vai depender:

- ▶ estado clínico,
- ▶ nível de consciência
- ▶ métodos diagnósticos disponíveis

Sinais e sintomas

- ▶ **Hipoacusia**
- ▶ Principal queixa no paciente consciente
- ▶ PAC ou PANS
- ▶ **Vertigem**
- ▶ Geralmente sintoma tardio
- ▶ **PFP**
- ▶ Tempo de início da paralisia
- ▶ **Otorréia e rinorréia**
- ▶ **Hipoestesia facial e diplopia**
- ▶ Lesão do V e VI par é menos comum
- ▶ **Hemotímpano**
- ▶ **Sinal de Battle (equimose retroauricular)**
- ▶ **Equimose periorbitária**
- ▶ **Otorragia**
- ▶ **Nistagmo**
- ▶ **Lesão do n. Facial**
- ▶ **Otoliquorréia**
- ▶ **Herniação de tecido cerebral**
- ▶ **CAE ou orelha média**
- ▶ **Rinoliquorréia**
- ▶ **Tuba auditiva**
- ▶ **Lesão do V e VI par**

Conduitas

- ▶ **Hemotímpano: NAF**
- ▶ **Perfurações de MT**
 - ▶ Laceração simples: 90% casos fechamento 24 - 48h
 - ▶ Gotas: se ferimento contaminado (jato de água)
 - ▶ Laceração extensa CAE: tampão para evitar estenose
- ▶ **Lesão ossicular**
 - ▶ Mais comum: disjunção incudoestapediana (com ou sem deslocamento da bigorna em relação ao martelo) > fratura da crura do estapédio
- ▶ **PANS**
 - ▶ Podem apresentar alguma melhora, porém tendem a persistir
- ▶ **Tontura: Geralmente concussão labiríntica e melhora com atividade. VPPB geralmente resolução espontânea**
- ▶ **Fístula Liquórica: Normalmente resolução espontânea em até 2 semanas**
- ▶ **PFP Completa imediata: Dexametasona e proteção ocular**

TRAUMA LARINGEO

The background features abstract, overlapping geometric shapes in shades of green and orange. The shapes are layered, creating a sense of depth and movement. The colors are muted and naturalistic, with the green ranging from light sage to dark forest green, and the orange being a warm, earthy tone. The overall composition is clean and modern.

- ▶ Funções da Laringe:
 - ▶ Proteção de via aérea
 - ▶ Respiração
 - ▶ Fonação
- ▶ 1% de todos os traumas contusos
- ▶ Homens adultos jovens
- ▶ Alta morbimortalidade a depender do tipo

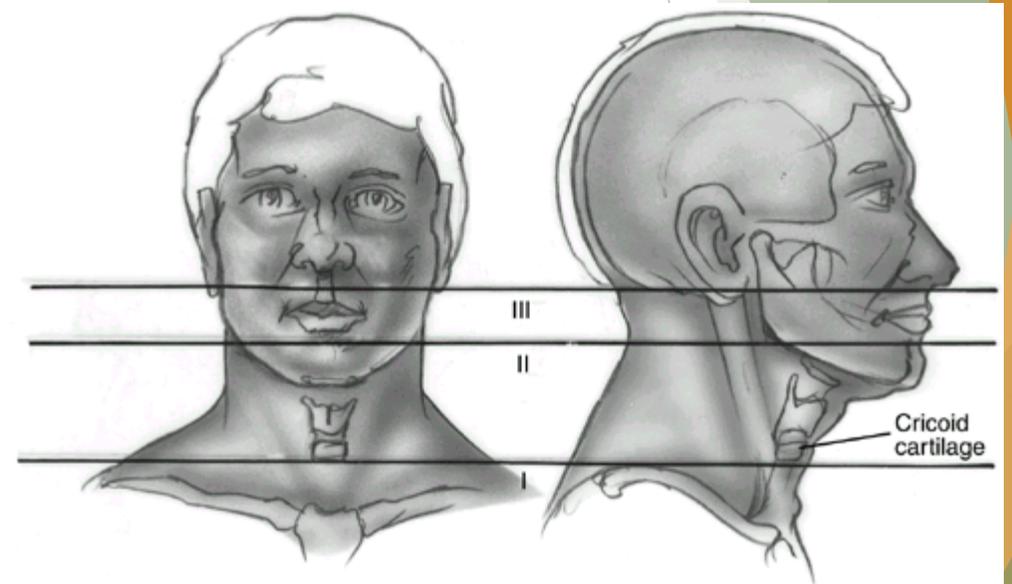


FIG. 73-8. Horizontal entry zones of the neck for penetrating injuries to the neck. (Modified from Jurkovich GJ. The neck. In: Early care of the injured patient. Moore EE, ed. Toronto: BC Becker, 1990:126.)

▶ **ANAMNESE:**

- ▶ Local do trauma
- ▶ Mecanismo de trauma
- ▶ Tempo passado
- ▶ Contaminação do ferimento

▶ **LESÕES ASSOCIADAS:**

- ▶ Vasculares
- ▶ Coluna cervical
- ▶ Pares cranianos
 - ▶ IX, X (n. Laríngeo recorrente), XI, XII
- ▶ Lesões faciais
- ▶ Sistema digestivo

SINAIS E SINTOMAS:

- ▶ **Alteração da voz**
 - ▶ Mais comum
 - ▶ Modificação arquitetura laríngea/obstrução fluxo aéreo (hematoma/edema)
 - ▶ Paresia PV (lesão n. Laríngeo recorrente/deslocamento junção cricoaritenóidea)
 - ▶ Tosse
- ▶ **Sangue**
 - ▶ desconfiar trauma de mucosa
- ▶ **Disfagia**
- ▶ **Dor/odinofagia**

- ▶ **Dispnéia**
 - ▶ Imediata ou tardia
 - ▶ Diferenciar de etiologia pulmonar
- ▶ **Estridor**
 - ▶ Paralisa bilateral PPVV
 - ▶ Paralisa unilateral com edema glote/subglote
 - ▶ Edema importante com mobilidade preservada
- ▶ **Aspiração**
 - ▶ Imobilidade de PPVV

▶ Manejo inicial - ATLS

▶ **Evitar IOT**

- ▶ Falso trajeto
- ▶ Completar desinserção laringo-traqueal
- ▶ Lesão mucosa

▶ VA instável - TQT com anestesia local sem hiperextensão cervical

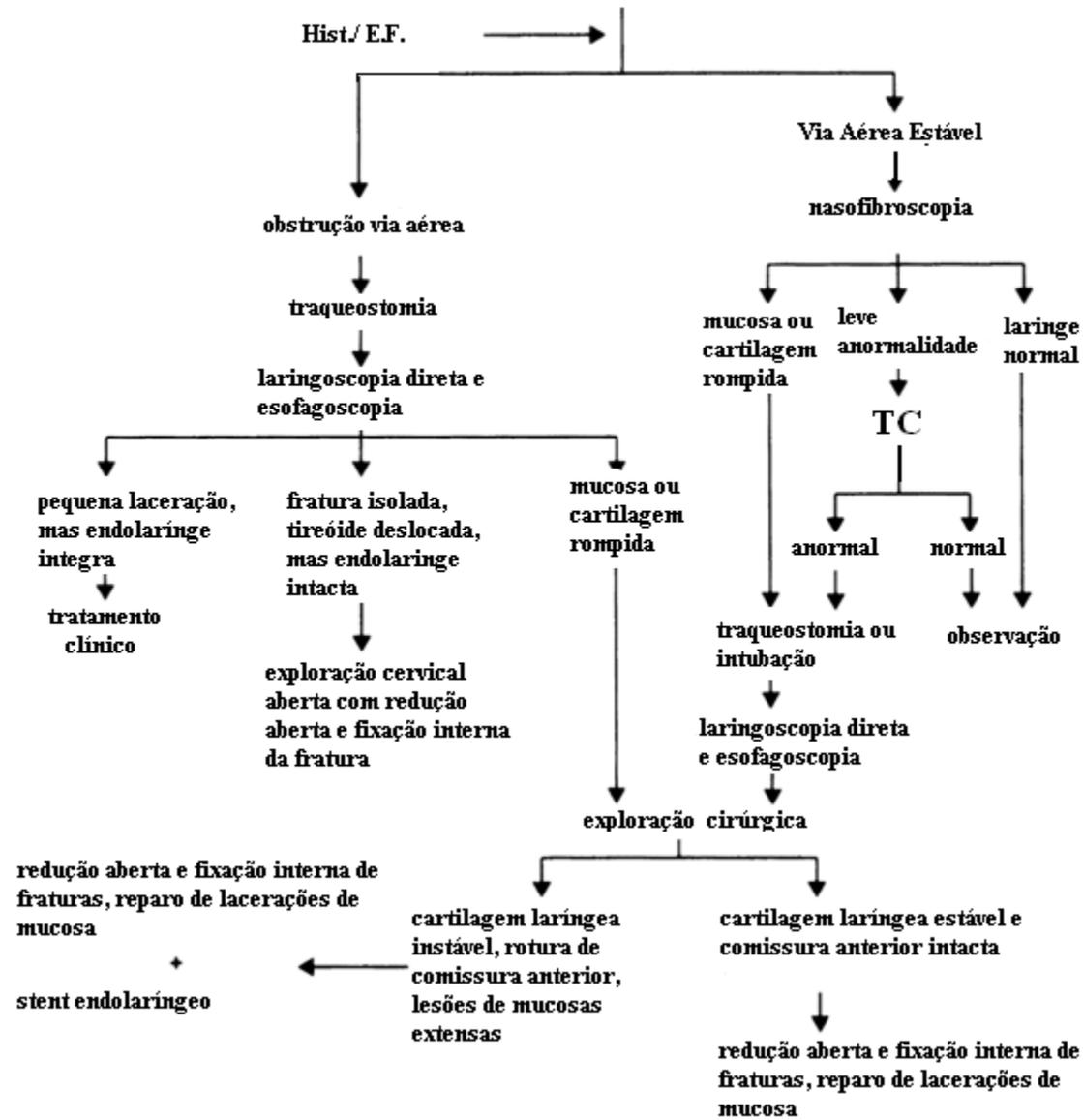
▶ EXAMES COMPLEMENTARES

- ▶ Rx cervical: Fratura de osso híóide, cartilagem tireóide, cricóide
- ▶ Rx de tórax: Pneumotórax, Pneumomediastino

▶ TC cervical

- ▶ Exame de escolha para avaliação não invasiva
- ▶ Suspeita de lesão laríngea pela história/EF sem evidências óbvias para intervenção cirúrgica

Suspeita de Trauma laríngeo



TRATAMENTO CLÍNICO

▶ Indicações

- ▶ Lacerações mucosas mínimas
- ▶ Ausência de obstrução respiratória
- ▶ Não acomete comissura anterior
- ▶ Fraturas não desalinhadas da cartilagem tireóide, sem exposição da mesma
- ▶ Mobilidade normal de pregas vocais, sem luxação de cartilagem aritenoide
- ▶ Hematomas ou edema pequenos
- ▶ Pequena laceração de mucosa sem exposição de cartilagem, sem perda de mucosa e sem comprometimento das bordas livres das pregas vocais em comissura anterior

Jejum inicialmente

Observação intensiva por no mínimo 24-48 h

Oxímetro de pulso continuamente

Nasofibroscopias seriadas

Decúbito elevado - diminuir edema
Repouso vocal

O2 úmido

Tratamento profilático para refluxo gastroenteral

Antibioticoterapia - quando há quebra da integridade da mucosa

Uso de corticóide - reduzir a formação de tecido de granulação e fibrose

Não é labirintite.
Não fazer RX de face.
Pode fazer corticoide.
Encaminhe!