



Algoritmos de abordagem de patologia ORL em MGF

Trabalho desenvolvido em conjunto com o Serviço de Otorrinolaringologia
do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

2018

Cláudia Margarida Silva¹; Joana Oliveira Gonçalves²; João Fonseca Neves³;

Revisão por: Luís Filipe Silva⁴; Ricardo Caiado⁵; Ana Rita Magalhães⁶; Joaquim Moita⁷; Carla Gapo⁵; Ana Margarida Amorim⁸; José Romão⁸;

1 - Interna de formação específica em medicina geral e familiar, USF de Prado

2 - Interna de formação específica em medicina geral e familiar, UCSP de Celas

3 - Interno de formação específica em otorrinolaringologia, CHUC

4 - Diretor do Serviço de otorrinolaringologia, CHUC

5 - Assistente de otorrinolaringologia, CHUC

6 - Assistente de medicina geral e familiar, USF Topázio

7 - Presidente da Associação Portuguesa do Sono; Coordenador do Centro de Medicina do Sono, CHUC

8 - Consultor de otorrinolaringologia, CHUC

Odinofagia

Dor de início súbito
Febre (>38°C)
Inflamação faringoamigdalina com/sem exsudados amigdalinos
Petéquias no palato e faringe posterior
Adenopatia cervical anterior dolorosa
Contexto epidemiológico
Exantema escarlatiniforme

Ausência de febre
Conjuntivite
Coriza
Tosse, rouquidão
Rinorreia
Ulceras orais
Exantemas/ enantemas
Diarreia

Amigdalite bacteriana?

Excluir complicações*

Teste de antígeno rápido (se disponível)

positivo

Criança: **Amoxicilina** 50mg/kg/dia, 12/12h, 10 dias /dose única de PenG.
Adulto: **Amoxicilina** 500mg-1g 8/8h ou 1g de 12-12h durante 10 dias / PenG dose única

Melhoria

Vigilância em CSP

Se...

- ≥ 7 no último ano
- ≥ 5/ano nos últimos 2 anos
- ≥ 3/ano nos últimos 3 anos
- antecedentes de ≥ 2 abscessos periamigdalinos

Referenciar para consulta ORL

Se idade < 3 anos, excepto se coabitante com AA por SGA

negativo

Fazer cultura do exsudato se indicado.

Amigdalite vírica?

Tratamento sintomático com **paracetamol** (criança: 10-15 mg/kg/dose, máx 6/6h) ou **ibuprofeno** (criança: 5-10 mg/kg/dose, máx 8/8h)

Referenciar para **SU de ORL** se:

- Complicações*
- Tumefação cervical
- Dispneia/ estridor
- Torcicolo/Limitação dos movimentos cervicais
- *Trismus*

Incluir no pedido de especialidade:

- Frequência dos episódios
- Antecedentes de roncopatia ou dificuldades de aprendizagem
- Tratamento já efetuado

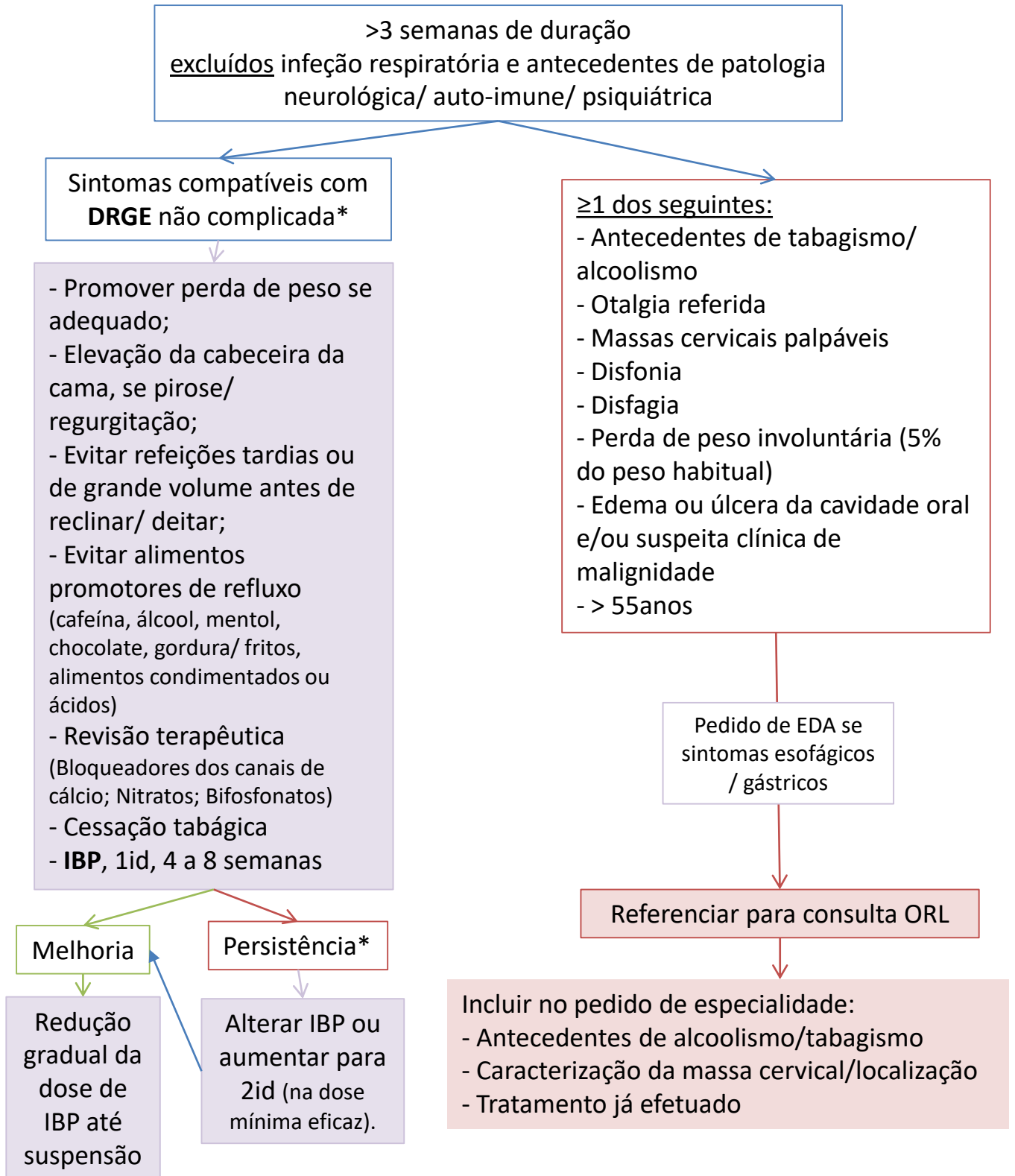
*Complicações supurativas (abscesso periamigdalino/para e retrofaringeo; Linfadenite cervical; Otomastoidite; condições sistêmicas; Meningite; Pneumonia; Fasceite necrotizante) ou não supurativas (febre reumática aguda; Glomerulonefrite; Coreia de Sydenham; Artrite reativa)

Máx: máximo de tomas diárias | h: horas | AA: amigdalite aguda | SGA: Streptococcus do grupo A | PenG: Penicilina G benzatínica, i.m.. (<27kg= 600.000 U | ≥27kg = 1.200.000 U) | CSP: cuidados de saúde primários | SU: serviço de urgência | ORL: otorrinolaringologia

Elaborado por Cláudia M. Silva, Joana O. Gonçalves, João F. Neves. Revisto por Ricardo Caiado e Ana Rita Magalhães

Bibliografia: Norma nº 020/2012. Palma RM, Mourão P. Amigdalofaringite aguda – proposta de abordagem baseada na evidencia. Rev Port Clin Geral 2002;18:385-98

Odinofagia



Disfonia

Aferir início e progressão; história de procedimentos cirúrgicos recentes envolvendo cabeça, pescoço ou tórax; intubação endotraqueal recente; medicação habitual e recente; história de abuso de tabaco e álcool; profissão (usuário de voz profissional?); história de infecção da garganta/laringe; DRGE ou patologia neurológica.

Verificar a presença de massa/nódulo na região cervical; dificuldade respiratória ou estridor; avaliar função tiroideia

Laringite aguda? (esforço vocal/ infecção/ alergia); Utilização de inalador corticoide? DRGE? TC em recuperação?

- Medidas de higiene vocal - Hidratação adequada; Evitar pigarreio; Ajustar volume vocal. Repouso vocal até 7 dias.
- Correção de técnica inalatória e ajuste da dose de CT.
- Tratamento adequado à etiologia

Reavaliação às 6-8 semanas

Melhoria

Seguimento nos CSP

Persistência de queixas

> 3 semanas

Tosse crónica / produção de muco excessiva; Disfagia; Sensação de CE faríngeo; AP de DRGE de difícil remissão, laringite ou asma;

Refluxo laringofaríngeo?

1 ou mais dos seguintes:

- Antecedentes de tabagismo
- Otalgia referida
- Disfagia
- Adenomegalias cervicais palpáveis
- > 40 anos

Suspeita de **neoplasia da laringe ou nódulo/paralisia de corda vocal**

Referenciar para consulta ORL

Incluir no pedido da Especialidade:

- Profissão
- Tempo de instalação
- Sintomas faringolaríngeos associados
- Sintomas sistémicos associados
- Hábitos tabágicos e alcóolicos

Referenciar para **SU de ORL** se:

- História de traumatismo ou compatível com corpo estranho laríngeo

Roncopatia

Início da roncopatia (infância/adulto); Ressonar habitual (>3x/semana); outras alterações do sono (ex. despertares noturnos, sudorese excessiva, postura anómala, sono agitado, **apneia**, **dispneia**, respiração de predomínio oral, enurese, parassónias) ou das atividades diárias (cefaleia de predomínio matinal, **hipersonolência diurna**, hiperatividade, dificuldades de aprendizagem)

Observação das vias respiratórias superiores e anatomia craniofacial;
Cálculo do IMC;
Exame cardiopulmonar (com oximetria);
Excluir fatores agravantes e avaliar fatores de risco

Tratar fatores agravantes

Alergia	Anti-H1, corticóides tópicos
Excesso de peso	Exercício físico, dieta saudável
Refluxo gastro-esofágico	Medidas antirrefluxo (ex elevação da cabeceira da cama) e alimentares, IBP
Fumo de tabaco	Cessaçãotabágica, evitar exposição

Avaliar fatores de risco/ concomitantes com SAOS

- Obesidade ou síndrome metabólico; doenças sindrômicas ou neuromusculares; Malformações craniofaciais (microretrognatia, hipoplasia do andar médio da face); idade < 1 ano; malácia das vias aéreas; DPOC; doença das células falciformes; adenoamigdalectomia prévia;
- Hipertensão arterial; Diabetes; Arritmias cardíacas; Doença coronária; História de acidentes de viação/trabalho; AVC; EAM

Sem melhoria com tratamento dos fatores agravantes?

Hipertrofia amigdalina?
Dificuldade respiratória nasal?

Referenciar a consulta ORL

Incluir no pedido da Especialidade:

- Duração da progressão
- Fatores de risco e comorbilidades
- Tratamentos prévios
- Consumos (tabaco, drogas)

Apneia Obstrutiva do Sono?

Referenciar para consulta Pneumologia/ Sono

Incluir no pedido da Especialidade:

- Idade, sexo, altura e peso (IMC), perímetro cervical, abdominal
- Profissão de risco? (condutor de pesados, ..)
- Comorbilidades
- Medicação habitual (BZD, antidepressivos...)
- Hábitos alcoólicos e tabágicos (ou outros)
- Higiene do sono (duração, nictúria, rotinas,...)
- Roncopatia, apneias objetivadas, sonolência diurna.
- Pontuação na escala de STOP Bang; Mallapati; Epworth

Obstrução Nasal

Obstrução nasal ± rinorreia anterior ou posterior ± sensação de plenitude/ pressão/dor facial ± hiposmia/anosmia (≥12 semanas, ≥ 2 das queixas)

Observação das fossas nasais: rinorreia purulenta, edema da mucosa, (pólipos)
Considerar diagnóstico e tratamento de comorbilidades (ex. atopia)

Bilateral, rinorreia (anterior ou posterior)
+/ prurido nasal +/- congestão nasal +/-
crises de estornutos {pode associar-se a
sintomas oculares}

Rinite alérgica?

Se sintomas >4 dias/semana durante >1mês
seguido ou alteração do sono/ prejuízo das
AVD/sintomas incomodativos, **pesquisar asma**

Prova terapêutica: **anti-H1 2ª geração,**
1-2id oral/nasal ± **corticoide nasal** ±
descongestionante nasal (<10 dias) +
lavagem nasal e evicção de irritantes

Reavaliação em 4/6 semanas

Melhoria

Vigilância
em CSP

Persistência de
queixas

Referenciar para
consulta ORL/
imunoalergologia

Incluir no pedido de especialidade:

- Profissão
- Duração dos sintomas
- Tratamentos prévios
- Consumos (tabaco, drogas)
- Patologia associada e estudo realizado

Unilateral

**Alterações estruturais ou
mecânicas (ex. desvio do septo,
polipose)? Suspeita de neoplasia?**

Referenciar para
consulta ORL

Incluir no pedido de especialidade:

- Profissão
- Duração da progressão
- Tratamentos prévios
- Consumos (tabaco, drogas)
- Estudo alérgico (se realizado)
- **TC seios perinasais**

Referenciar para **SU de ORL** se:

- Corpo estranho
- Crostas nasais recorrentes, hemorragia nasal volumosa de difícil cessação;
- Sintomas orbitários (edema/eritema periorbitário, desvio do globo ocular, alterações da visão)

Referenciar para **SU de Neurologia** se:

- Cefaleia frontal intensa ou alterações neurológicas

Epistaxis

História ou visualização de hemorragia nasal / pela orofaringe

Rinoscopia após retirar tamponamento feito pelo doente, lavagem com soro fisiológico da cara e nariz + avaliação da estabilidade hemodinâmica (TA e FC) + observação da orofaringe. Procura de causas locais e sistêmicas.

Há >12 dias

Há ≤12 dias

Desvio do septo?
Obstrução nasal?

presente

Utente satisfeito com a
estética e respiração nasal

não

Referenciar para
consulta ORL

sim

ausente

Medidas gerais - Evição de fatores de risco (ambiente quente e seco, IVAS, exposição a irritantes, (ex: tabaco, esforços físicos intensos) ou alérgenos), elevação da cabeceira da cama;

- Revisão da medicação habitual (anticoagulantes/antiagregantes).
- Monitorização do valor de TA (medicar se adequado)
- Compressão **se recidiva** (sentar direito, ligeiramente inclinado para a frente, respirar pela boca, apertar imediatamente acima das narinas e abaixo da base dura óssea durante 5min + gelo sobre o dorso do nariz, até 15min. Repetir até mais 10min se não cessar).

Sem hemorragia ativa

Hemorragia **ativa**

Ligeira,
anterior

Compressão nasal
e/ou
Tamponamento
nasal com
vasoconstritor /
hemostático (ex.
hemostático absorvível /
fenilefrina) + gelo
local

- Grave/ persistente;
- Compromisso hemodinâmico;
- Anticoagulantes/ antiagregantes;
- Corrimento nasal fétido;
- Hematoma ou desvio do septo;
- Obstrução nasal.

Reavaliação
em 15-30min

Melhoria

Vigilância
nos CSP

Persistência de
epistaxis

Referenciar para
SU ORL

Corpos Estranhos

História ou visualização de corpo estranho (CE)

Ouvido

Nariz

Garganta

CE animado

CE inerte

Imobilizar com **anestésico tópico** (ex. lidocaína) ou **vaselina líquida/ óleo** adequado

Referenciar para **SU ORL**

Referenciar para **SU ORL**

Remoção fácil

Remoção com pinça

Remoção difícil/ dúvidas

Referenciar para **SU ORL**

“sensação” de CE sem história compatível; duradoura; sem alterações à observação

- Antecedentes de tabagismo/alcoolismo
- Otalgia referida
- Disfagia/ rouquidão
- Sintomatologia unilateral persistente
- Adenomegalias cervicais palpáveis

Referenciar para consulta de ORL

Incluir no pedido de especialidade:

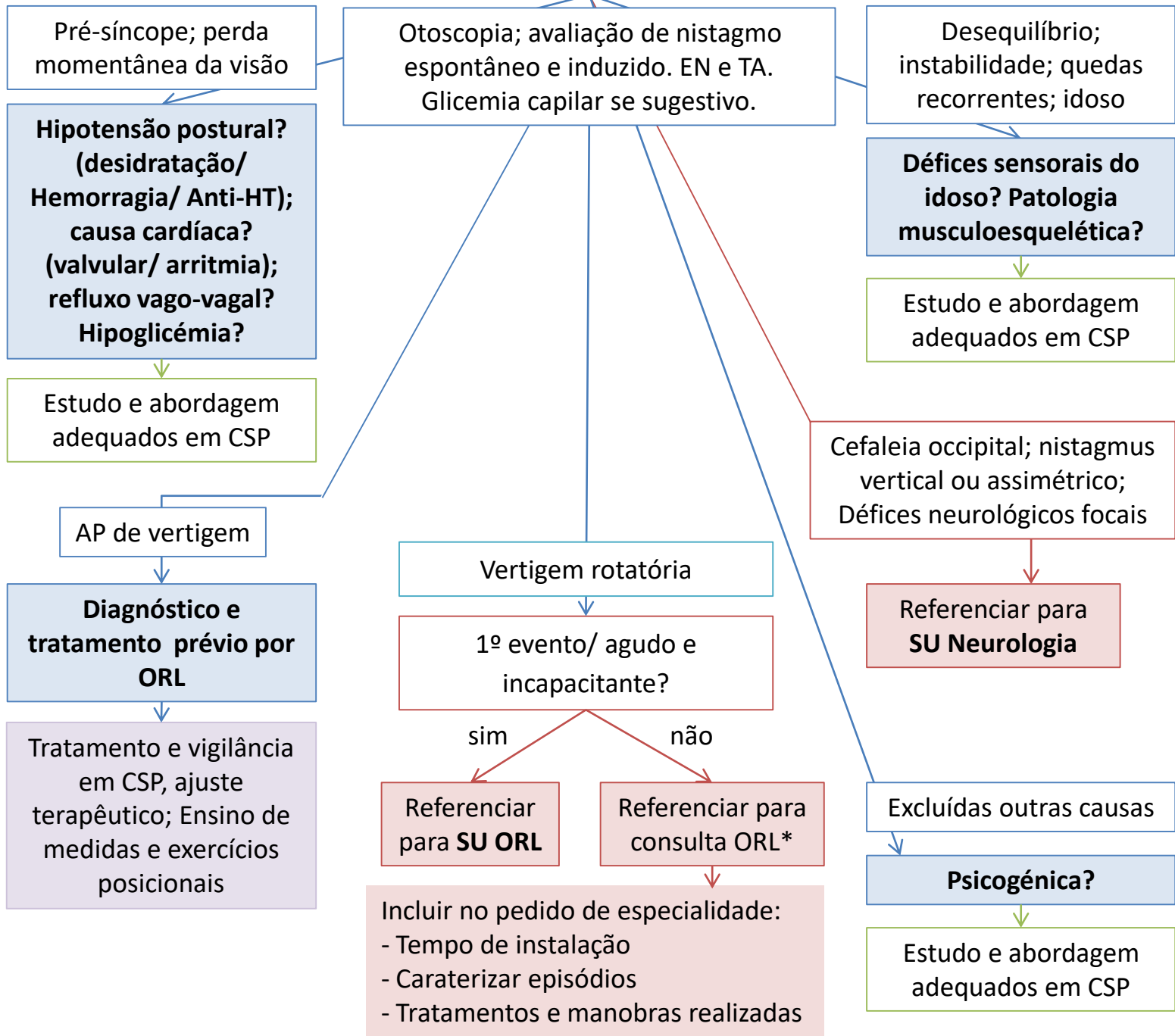
- Profissão
- Tempo de instalação
- Sintomas faringolaríngeos associados
- sintomas sistêmicos associados
- hábitos tabágicos e alcoólicos

Referenciar para **SU de ORL** se:

- Suspeita ou visualização de que o CE é uma **pilha** ou presença de **hematoma do septo**.

“Tonturas”

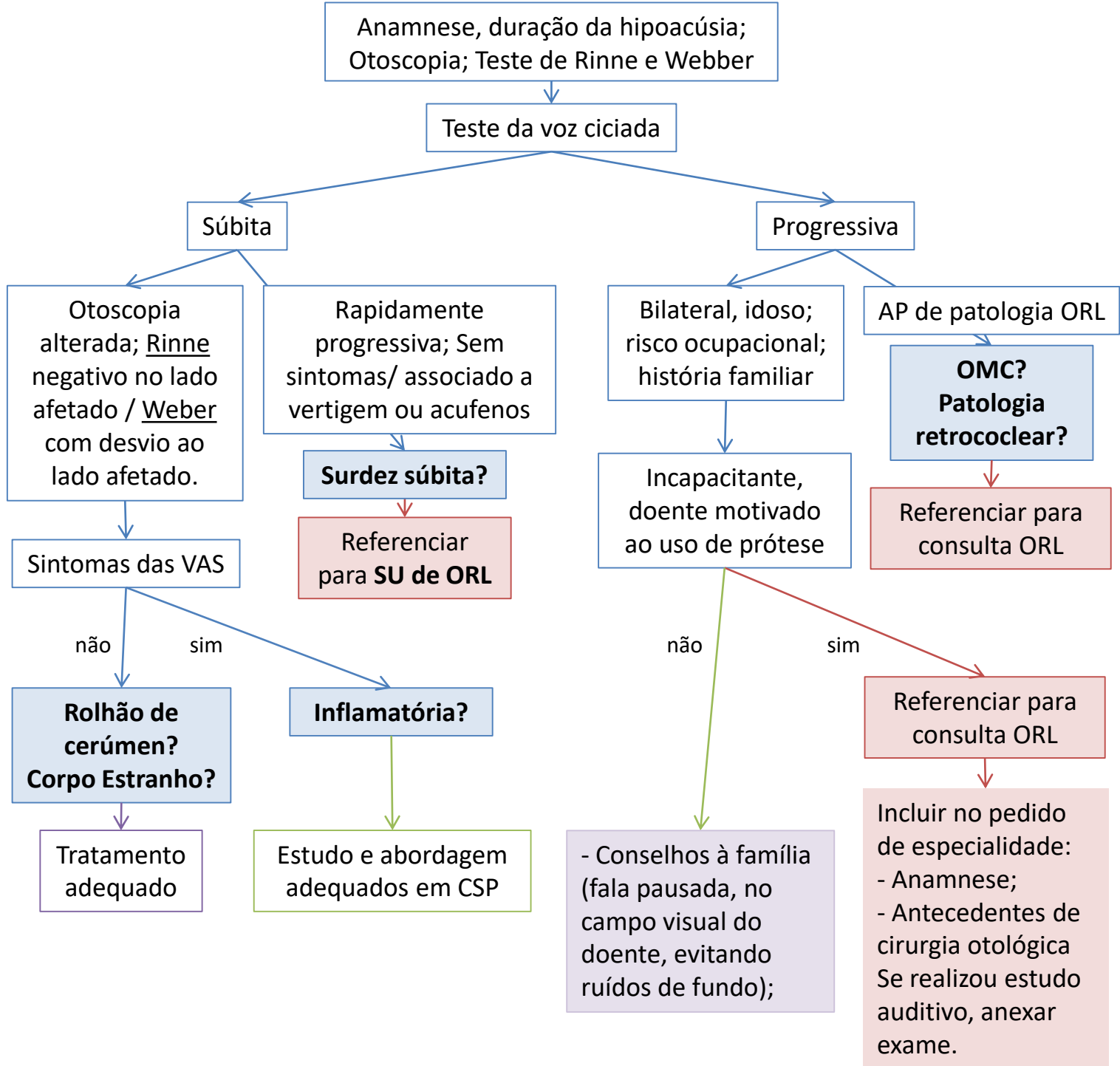
Caracterização, duração, progressão e desencadeantes (movimentos ou situações). AP de patologia cardiovascular, oftalmológica, musculo-esquelética ou endocrinológica; História de trauma. FRCV; episódios prévios. Medicação habitual.



*Na vertigem rotatória não incapacitante se houver forte suspeita de VPPB realizar (se capacidade):

- Manobra de Dix-Hallpike → Se positiva, manobra de Epley

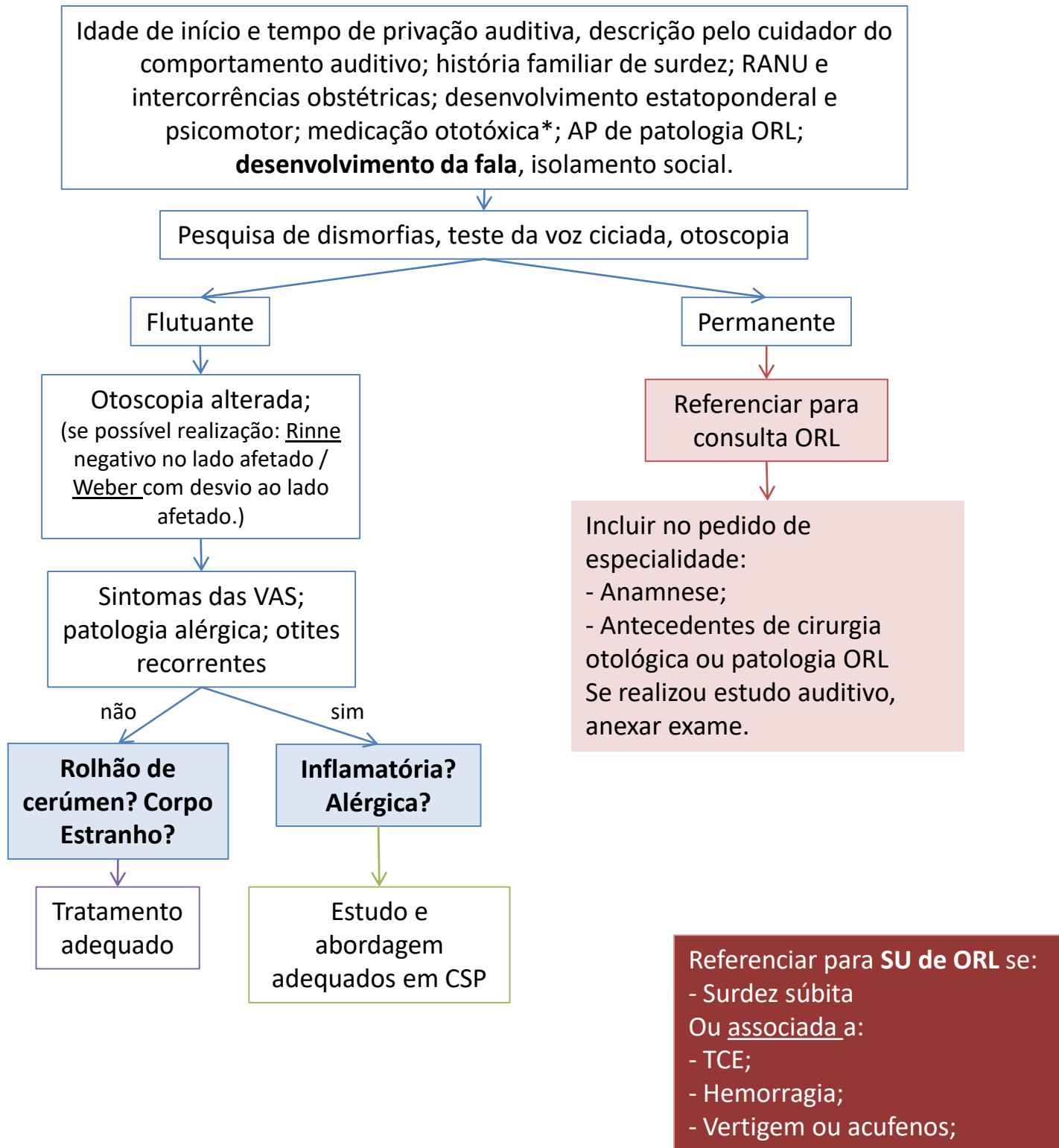
Surdez no adulto



Referenciar para **SU de ORL** se associada a:

- TCE; corpo estranho;
- Vertigem;
- Hemorragia;

Surdez na criança

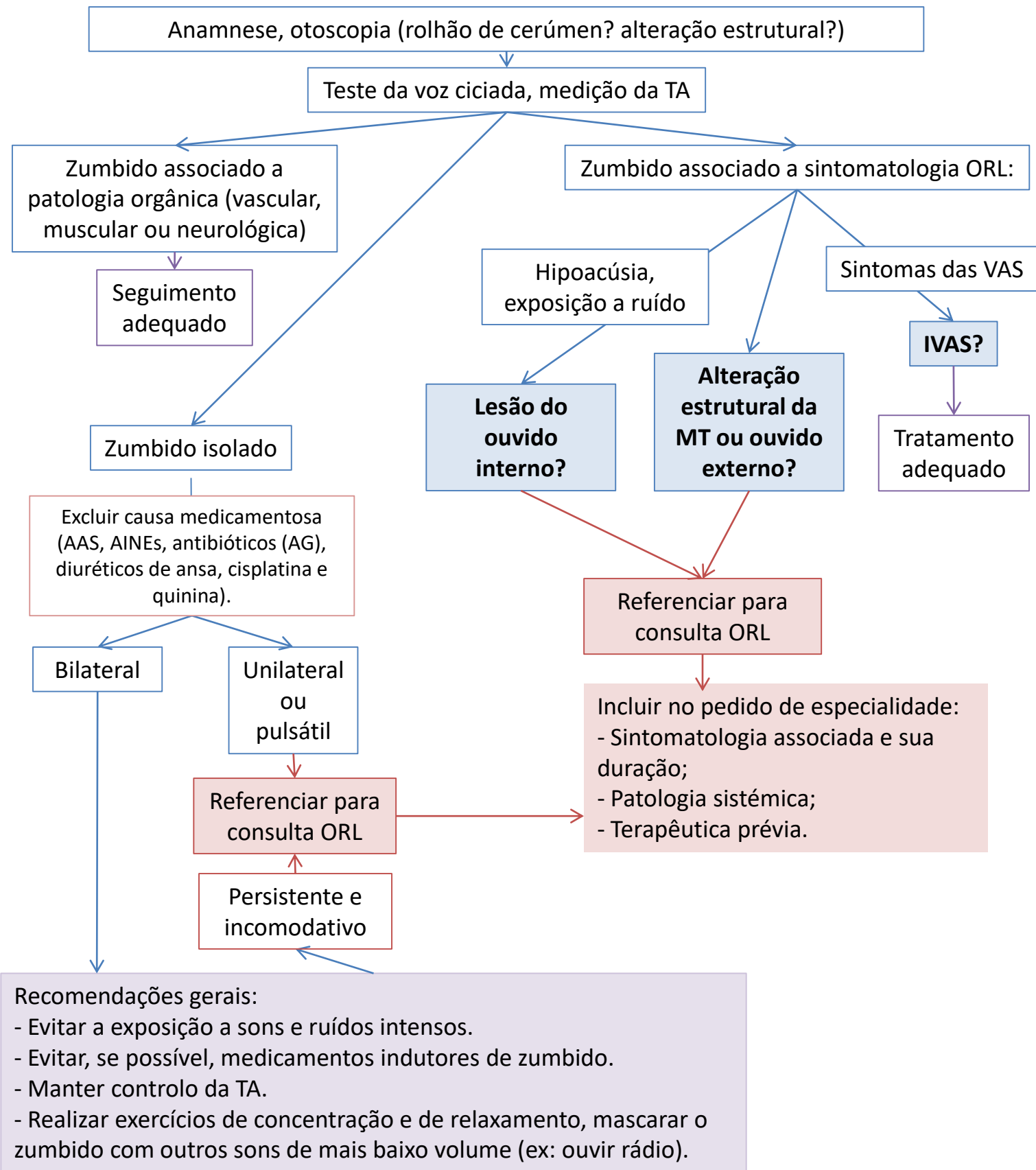


* *Risco superior em dose elevada, longa duração ou associação:* aspirina, AINEs, aminoglicosídeos, diuréticos de ansa, agentes antineoplásicos | TCE: traumatismo craneoencefálico | AP: antecedentes pessoais | OMC: otite média crônica | SU: serviço de urgência | ORL: otorrinolaringologia | CSP: cuidados de saúde primários | VAS: vias aéreas superiores | RANU: Rastreio auditivo neonatal universal | AINEs: anti-inflamatório não esteroide

Elaborado por Cláudia M. Silva, Joana O. Gonçalves, João F. Neves. Revisão: Luís Silva

Bibliografia: Norma nº 018/2015 de 11/12/2015 atualizada a 14/07/2017; American Academy of Pediatrics, Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics*. 2007 Oct. 120(4):898-921; Roland PS. Summary of the findings of a joint consensus panel on the use of potentially ototoxic ototopicals. *Ear Nose Throat J*. 2004; 83(9 Suppl 4):13-4;

Acufenos



Recomendações gerais:

- Evitar a exposição a sons e ruídos intensos.
- Evitar, se possível, medicamentos indutores de zumbido.
- Manter controlo da TA.
- Realizar exercícios de concentração e de relaxamento, mascarar o zumbido com outros sons de mais baixo volume (ex: ouvir rádio).

Otalgia

Início súbito (<48h) ± hipoacusia, prurido; a dor aumenta com a pressão do tragus, tração do pavilhão ou mastigação. | Otoscopia: edema e hiperemia do CAE ± otorreia purulenta;

Otite Externa?

Celulite do pavilhão auricular e/ou tecidos periauriculares? Suspeita de parésia do nervo facial?

ausente

presente

Referenciar para SU ORL

Antibiótico tópico (quinolona), 7 dias (oral em imunodeprimido, DM ou infecção exuberante | em **tampão** 24-48h se edema CAE) ± **corticoide tópico** + **evicção de água no CAE**.

Reavaliação no final do tratamento.

Melhoria

Vigilância

Persistência de queixas

Referenciar para consulta ORL

Incluir no pedido de especialidade:

- Duração da sintomatologia, lateralidade, cor e odor da otorreia
- Sintomas associados
- Patologia sistêmica (em particular, se diabetes ou imunossupressão)
- Terapêutica prévia

História de IVAS, rinite alérgica ou hipertrofia adenoamigdalina; Percepção do som “dentro de um túnel” e de “autofonia”. Hipoacusia | Otoscopia: tímpano deprimido, horizontalização do cabo do martelo, retração da porção superior da MT, hiperemia da MT ± nível líquido. | Rinne negativo no lado afetado / Weber com desvio ao lado afetado.

Otite Seromucosa Bilateral?

Otite Seromucosa Unilateral?

Terapêutica com **corticoide nasal** ± **descongestionante nasal** (<10 dias) + **lavagem nasal** | (se rinite alérgica/ rinorreia) **anti-H1 2ª geração**, **1-2id** oral/nasal e evicção de irritantes

Reavaliação em 4-6 semanas

Reavaliação em 3-4 semanas

Melhoria

Vigilância

Persistência de queixas

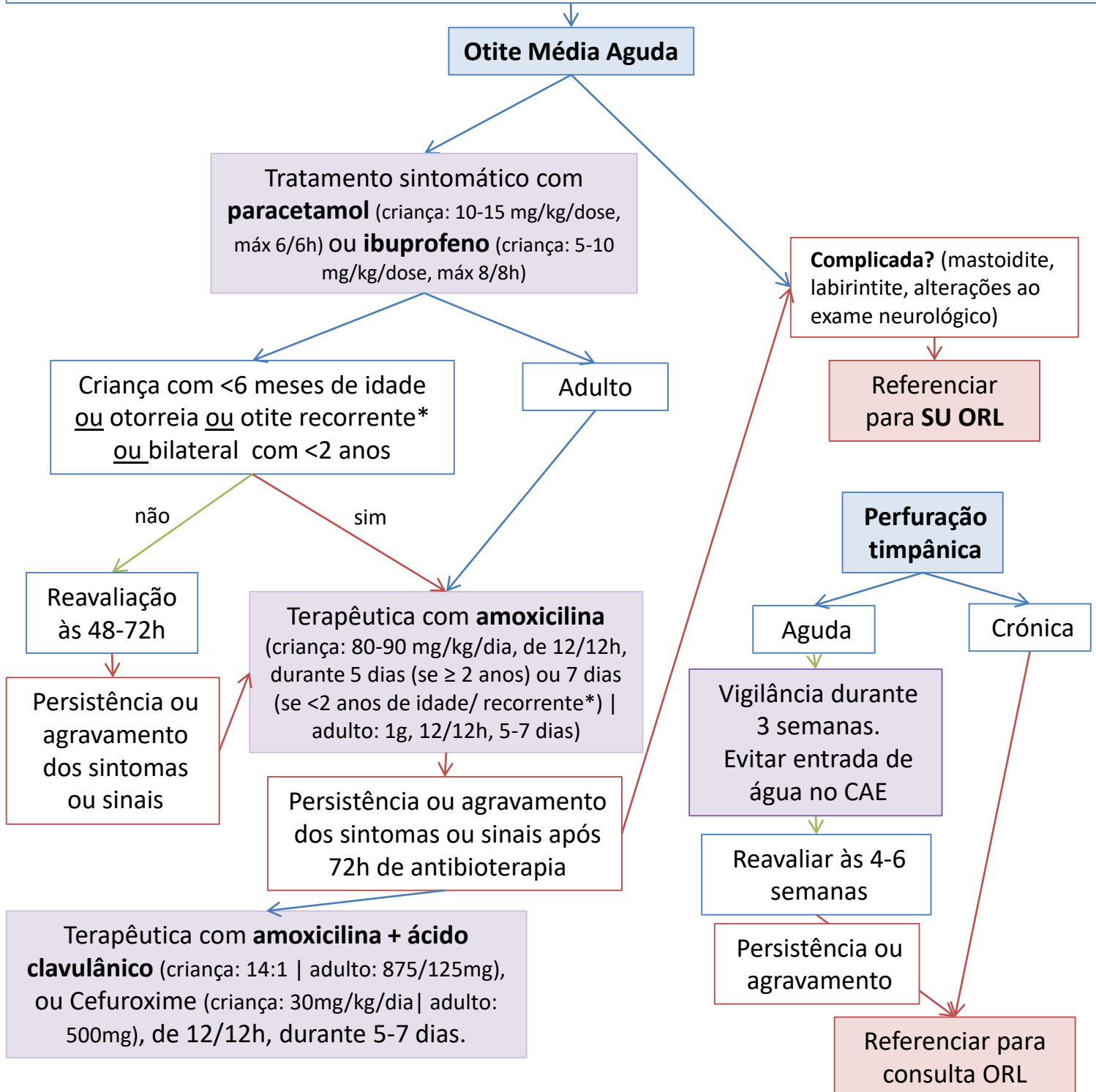
Referenciar para consulta ORL

Incluir no pedido de especialidade:

- Sintomas associados e sua duração.
- Patologia sistêmica (em particular, se diabetes ou imunossupressão)
- Terapêutica prévia

Otalgia

Otalgia diminui com o início da otorreia; **febre** ± hipoacusia ± acufeno. Criança: irritação, prostração, febre, leva a mão ao ouvido ou encosta cabeça | **Otosopia**: MT com abaulamento moderado-grave ou otorreia recente não devida a otite externa ou MT com abaulamento ligeiro + otalgia (irritabilidade no lactente) ou eritema intenso da MT. (Bolhas na MT – miringite bulhosa). | **Rinne** negativo no lado afetado / **Weber** com desvio ao lado afetado.



*recorrente (≥ 3 episódios em 6 meses ou ≥4 no último ano)

MT: membrana timpânica | CAE: canal auditivo externo | SU: serviço de urgência | ORL: otorrinolaringologia | AINE: anti-inflamatório não esteroide

Elaborado por João Neves, Cláudia M Silva, Joana Gonçalves, Revisto por Ricardo Caiado, Assistente de ORL no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Bibliografia: Norma nº 007/2012 atualizada a 28/10/2014. | Otites na prática clínica, João Paço, 2010 | Natal BN, Chao JH. Otitis Media in Emergency Medicine. Medscape Reference, 2010

