

# DESCOMPLICANDO AS PRINCIPAIS DOENÇAS DA **Cabeça e do Pescoço**



Estela de Oliveira Rodrigues  
Lara Baroni Carvalho  
Letícia Veiga Assis de Souza  
Rommel de Sousa Carneiro

**P**  
EDITORA  
**PASTEUR**

DESCOMPLICANDO AS PRINCIPAIS DOENÇAS DA  
**Cabeça e do Pescoço**

**Organizadores**

Estela de Oliveira Rodrigues  
Lara Baroni Carvalho  
Letícia Veiga Assis de Souza  
Rommel de Sousa Carneiro



2022

## Editor Chefe:

Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas

## Corpo Editorial:

Dr. Alaercio Aparecido de Oliveira (Faculdade INSPIRAR, UNINTER, CEPROMEC e Força Aérea Brasileira)  
Ana Karolina Santos Góes (Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)  
Dra. Aldenora Maria Ximenes Rodrigues  
MSc. Aline de Oliveira Brandão (Universidade Federal de Minas Gerais - MG)  
MSc. Bárbara Mendes Paz (Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)  
Dr. Daniel Brustolin Ludwig (Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)  
Dr. Durinézio José de Almeida (Universidade Estadual de Maringá - PR)  
Dr. Everton Dias D'Andréa (University of Arizona/USA)  
Dr. Fábio Solon Tajra (Universidade Federal do Piauí - PI)  
Francisco Tiago dos Santos Silva Júnior (Universidade Federal do Piauí - PI)  
Dra. Gabriela Dantas Carvalho  
Dr. Geison Eduardo Cambri  
MSc. Guilherme Augusto G. Martins (Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas (Universidade Federal do Piauí - PI)  
Dra. Hanan Khaled Sleiman (Faculdade Guairacá - PR)  
MSc. Juliane Cristina de Almeida Paganini (Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)  
Dra. Kátia da Conceição Machado (Universidade Federal do Piauí - PI)  
Dr. Lucas Villas Boas Hoelz (FIOCRUZ - RJ)  
MSc. Lyslian Joelma Alves Moreira (Faculdade Inspirar - PR)  
Dra. Márcia Astrês Fernandes (Universidade Federal do Piauí - PI)  
Dr. Otávio Luiz Gusso Maioli (Instituto Federal do Espírito Santo - ES)  
Dr. Paulo Alex Bezerra Sales  
MSc. Raul Sousa Andreza  
MSc. Renan Monteiro do Nascimento  
MSc. Talita Cristina Moreira Moraes (Centro Universitário Uniguairacá)  
Dra. Teresa Leal

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Editora Pasteur, PR, Brasil)

R696 RODRIGUES, ESTELA DE OLIVEIRA  
Descomplicando as principais doenças da cabeça e do pescoço  
RODRIGUES, E. de O. *et al.* - Irati: Pasteur, 2022.  
1 livro digital; 104 p.; ed. V; il.

Modo de acesso: Internet  
ISBN 978-65-815-4927-5  
<https://doi.org/10.29327/564833>  
1. Medicina 2. Ciências da Saúde 3. Cabeça  
I. Título.

CDD 610

CDU 61

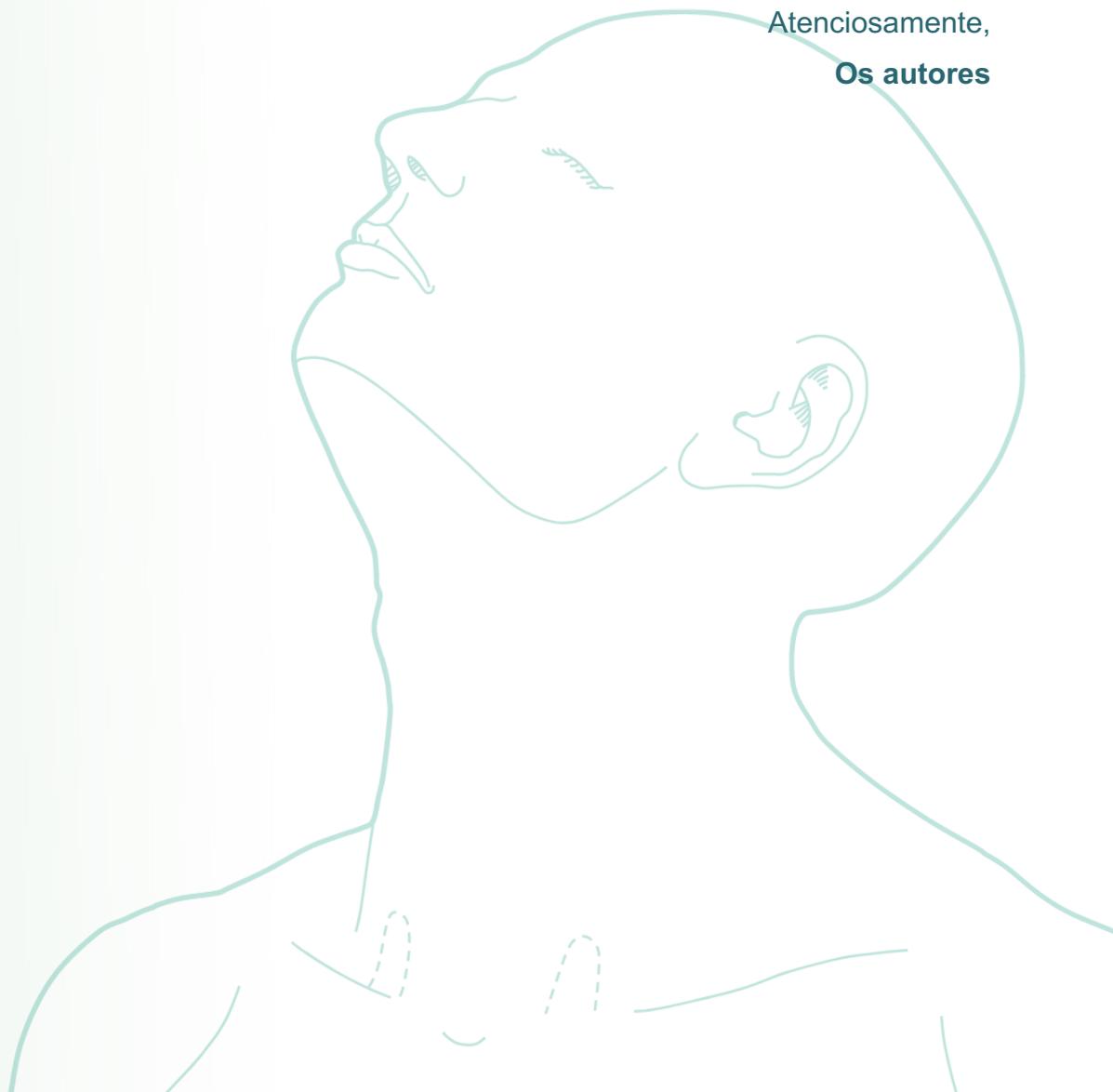
# Prefácio

Este livro foi elaborado com o objetivo de ajudar a entender um pouco mais sobre como surgem os sintomas principais, as formas de diagnóstico e o tratamento de 26 doenças diferentes que envolvem a cabeça e o pescoço. Esperamos que todos consigam compreender um pouco mais sobre essas patologias e que este livro esclareça algumas dúvidas sobre as mesmas.

O livro foi escrito por acadêmicos de Medicina sob orientação e auxílio de médicos formados. Todos os envolvidos buscaram oferecer conhecimento científico em linguagem clara e acessível a todos para facilitar a compreensão. As doenças mais comuns das especialidades médicas “otorrinolaringologia” e “cabeça e pescoço” estão aqui organizadas em seis seções, sendo elas: Cabeça, Câncer, Garganta, Nariz, Pescoço e Ouvido.

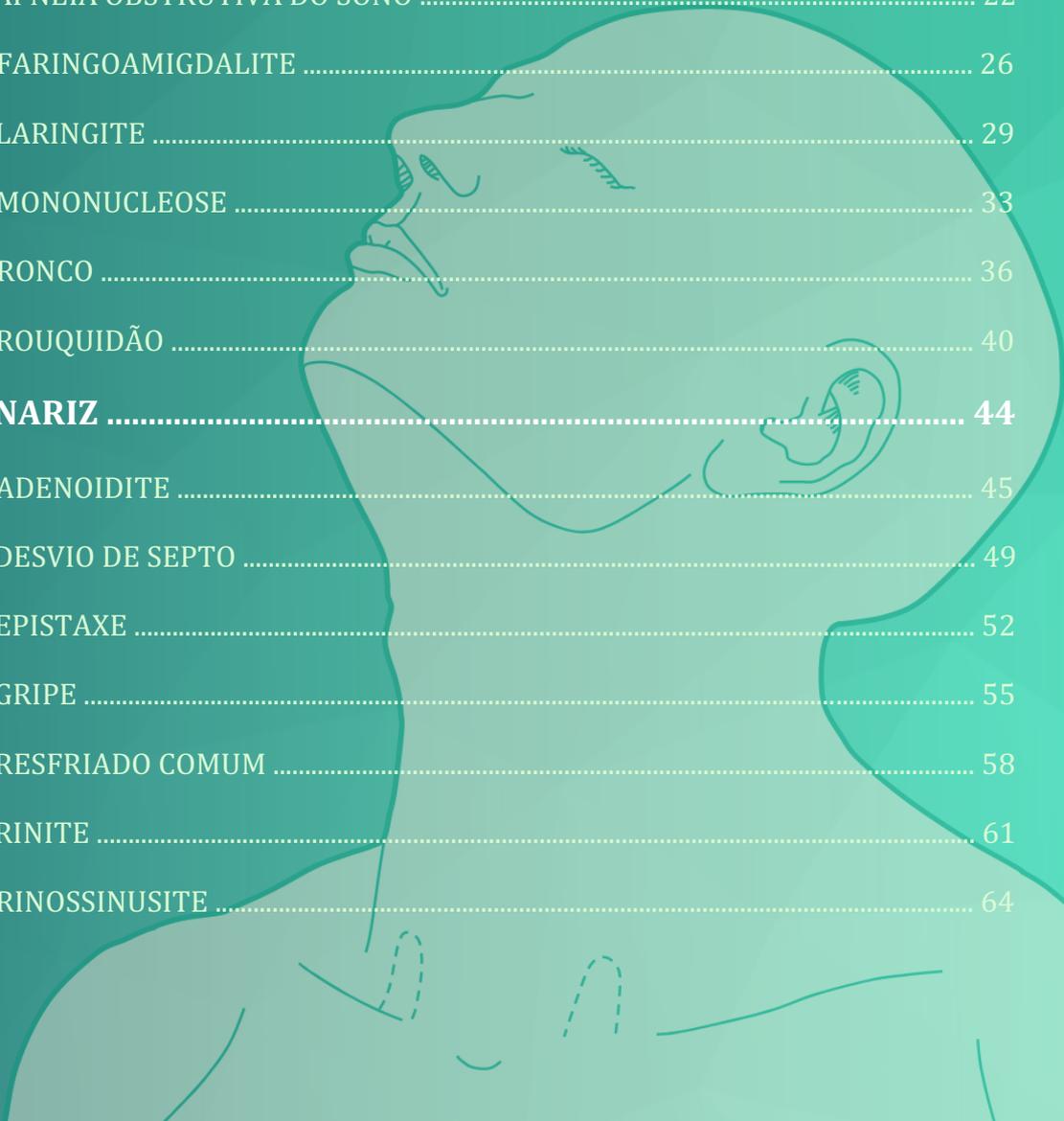
Dessa forma, esperamos que o conteúdo das páginas seguintes ajude você, leitor, a esclarecer e tirar suas dúvidas sobre as patologias aqui apresentadas.

Atenciosamente,  
**Os autores**



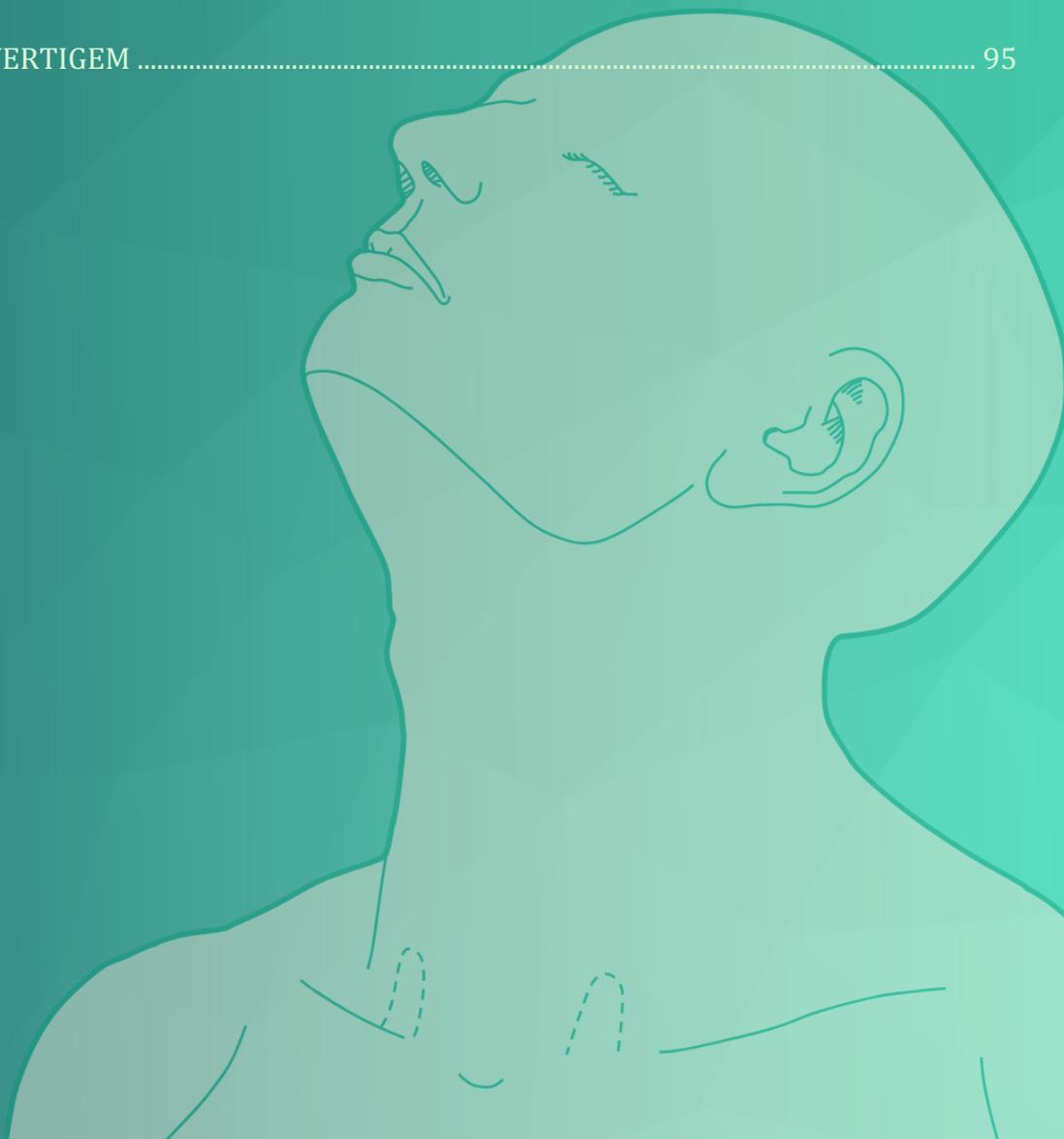
# Sumário

<b>SEÇÃO 1</b>	<b>CABEÇA</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1</b>	CEFALEIAS .....	2
<b>SEÇÃO 2</b>	<b>CÂNCER</b> .....	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO 2</b>	CÂNCER DE BOCA .....	7
<b>CAPÍTULO 3</b>	CÂNCER DE FARINGE .....	10
<b>CAPÍTULO 4</b>	CÂNCER DE LARINGE .....	14
<b>CAPÍTULO 5</b>	CÂNCER DE TIREOIDE .....	18
<b>SEÇÃO 3</b>	<b>GARGANTA</b> .....	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO 6</b>	APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO .....	22
<b>CAPÍTULO 7</b>	FARINGOAMIGDALITE .....	26
<b>CAPÍTULO 8</b>	LARINGITE .....	29
<b>CAPÍTULO 9</b>	MONONUCLEOSE .....	33
<b>CAPÍTULO 10</b>	RONCO .....	36
<b>CAPÍTULO 11</b>	ROUQUIDÃO .....	40
<b>SEÇÃO 4</b>	<b>NARIZ</b> .....	<b>44</b>
<b>CAPÍTULO 12</b>	ADENOIDITE .....	45
<b>CAPÍTULO 13</b>	DESVIO DE SEPTO .....	49
<b>CAPÍTULO 14</b>	EPISTAXE .....	52
<b>CAPÍTULO 15</b>	GRIPE .....	55
<b>CAPÍTULO 16</b>	RESFRIADO COMUM .....	58
<b>CAPÍTULO 17</b>	RINITE .....	61
<b>CAPÍTULO 18</b>	RINOSSINUSITE .....	64



## Sumário

<b>SEÇÃO 5</b>	<b>PESCOÇO</b> .....	<b>67</b>
<b>CAPÍTULO 19</b>	<b>BÓCIO</b> .....	<b>68</b>
<b>CAPÍTULO 20</b>	<b>CISTO TIREOGLOSSO</b> .....	<b>72</b>
<b>CAPÍTULO 21</b>	<b>HIPERTIREOIDISMO</b> .....	<b>76</b>
<b>CAPÍTULO 22</b>	<b>HIPOTIREOIDISMO</b> .....	<b>79</b>
<b>CAPÍTULO 23</b>	<b>NÓDULOS VOCAIS</b> .....	<b>83</b>
<b>SEÇÃO 6</b>	<b>OUVIDO</b> .....	<b>87</b>
<b>CAPÍTULO 24</b>	<b>LABIRINTITE</b> .....	<b>88</b>
<b>CAPÍTULO 25</b>	<b>OTITE MÉDIA AGUDA</b> .....	<b>91</b>
<b>CAPÍTULO 26</b>	<b>VERTIGEM</b> .....	<b>95</b>



SEÇÃO 1

**CABEÇA**

## Capítulo 1

# CEFALEIAS

Giovanna Takamatsu Freitas<sup>1</sup>  
Marina Bonucci Alves Costa<sup>1</sup>  
Juliana Marília Pereira de Oliveira<sup>2</sup>

1. Discente – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.
2. Graduada – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.



## INTRODUÇÃO

A cefaleia, mais conhecida como dor de cabeça, é muito frequente na população em geral (SPECIALI, 2011), sendo um dos principais motivos de atendimento médico de urgência (SPECIALI *et al.*, 2018). Dependendo das características da dor, a cefaleia pode receber nomes específicos, como enxaqueca, cefaleia tensional ou cefaleia em salvas (SPECIALI *et al.*, 2018).

## DEFINIÇÃO

É o sintoma de dor na cabeça, sendo que essa dor pode ocorrer em qualquer parte da cabeça, incluindo couro cabeludo, pescoço e face.

## O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?

As cefaleias podem ter várias causas, como estresse, cansaço, período menstrual, ingestão de alguns alimentos ou de bebidas alcoólicas, luz forte, calor, fome, mudanças no padrão de sono, entre outras (SPECIALI, 2011). Além disso, se a dor de cabeça estiver relacionada a outra doença (como meningite, dengue, tumor cerebral etc.) ou a um trauma pode ser classificada como cefaleia secundária (SPECIALI *et al.*, 2018).

## SINAIS E SINTOMAS

A sintomatologia vai variar em relação ao tipo de cefaleia que o paciente apresenta. Em alguns tipos de cefaleia, como a cefaleia em salvas, o paciente vai apresentar dor excruciante unilateralmente, que pode vir associada com outras alterações autonômicas, como rinorreia, hiperemia conjuntival e lacrimejamento, edema palpebral, entre outras. Já a cefaleia tensional pode se manifestar com uma dor tipo pressão, que, na maioria das vezes, é bilateral, de fraca

intensidade e sem outros sintomas concomitantes (SPECIALI *et al.*, 2018; CHAVES *et al.*, 2009).

Por último, a cefaleia tipo migrânea pode se manifestar por dor tipo pulsante e de forte intensidade, que pode ser acompanhada de náuseas e vômitos, fotofobia (sensibilidade à luz), e fonofobia (sensibilidade ao som) (SPECIALI *et al.*, 2018; CHAVES *et al.*, 2009).

É importante ressaltar que em alguns casos de cefaleia tipo migrânea o paciente pode ter sintomas premonitórios (tais como irritabilidade, lentificação de memória e raciocínio, e desânimo) e aura (distúrbio visual) antes da crise de cefaleia (SPECIALI *et al.*, 2018; CHAVES *et al.*, 2009).

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico das cefaleias primárias vai ser clínico, levando em consideração sintomas relatados, localização da dor, sintomas associados, intensidade da dor, tempo de evolução, entre outros. Para as cefaleias secundárias, ou seja, associadas a doenças subjacentes, é necessário realizar exames, sejam eles laboratoriais ou de imagem. É fundamental diferenciar uma cefaleia primária de uma secundária, visto que as secundárias podem ter complicações graves e mesmo fatais, na dependência da etiologia da doença causadora da cefaleia (SPECIALI *et al.*, 2018; SÃO PAULO, 2018).

## TRATAMENTO

Para tratar uma crise de cefaleia, é importante conhecer qual sua etiologia (ANDRADE & ANDRADE JÚNIOR, 2011).

Para uma cefaleia tensional, o tratamento mais indicado é o uso de anti-inflamatórios e analgésicos por via oral, que majoritariamente

resolvem as crises. Em relação à cefaleia migrânea, são utilizados analgésicos e anti-inflamatórios por via endovenosa caso crise tiver duração menor que 72 horas. Se o paciente tem dor a mais de 72 horas, associa-se dexametasona ao tratamento anterior, e, se não houver melhora, é utilizado clorpromazina. É importante ressaltar a importância da reposição de fluidos e da utilização de antieméticos em casos que apre-

sentem náuseas e vômitos (SPECIALI *et al.*, 2018).

Já o tratamento das cefaleias em salvas vai se basear na administração de oxigênio a 100% ou sumatriptano por via subcutânea, se disponível. Nesses casos, não são administrados analgésicos ou opioides, já que não são efetivos para esse tipo de cefaleia (SPECIALI *et al.*, 2018).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, C.R.R. & ANDRADE JÚNIOR, F.C. Princípios de avaliação das cefaleias. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, v. 13, 2011.
- CHAVES, M.L.F. *et al.* Rotinas em neurologia e neurocirurgia. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- SÃO PAULO (Estado). Comitê de Classificação das Cefaleias da Sociedade Internacional de Cefaleia. Classificação internacional das cefaleias. 3 ed. São Paulo: Omnifarma, 2018. Disponível em: <https://ihs-headache.org/wp-content/uploads/2021/03/ICHD-3-Brazilian-Portuguese.pdf>. Acesso em: 03 Mar. 2022.
- SPECIALI, J.G. Cefaleias. Ciência e Cultura, v. 63, p. 38, 2011.
- SPECIALI, J.G. *et al.* Protocolo nacional para diagnóstico e manejo das cefaleias nas unidades de urgência do Brasil. Sociedade Brasileira de Cefaleia, 2018. Disponível em: <https://sbcefaleia.com.br/images/file%205.pdf>. Acesso em: 03 Mar. 2022.

SEÇÃO 2  
**CÂNCER**

## Capítulo 2

# CÂNCER DE BOCA

Felipe Rodrigo de Castro Meira<sup>1</sup>

Letícia Facchini de Abreu<sup>1</sup>

Francine Neves<sup>1</sup>

Isadora Marinho de Sousa Bechtluft<sup>2</sup>

1. Discente – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.

2. Graduada – FUNJOB - Faculdade de Medicina de Barbacena.



## INTRODUÇÃO

O câncer de boca (também conhecido como câncer de lábio e cavidade oral) é um dos tumores malignos mais comuns do mundo. Entretanto, mesmo que seu diagnóstico precoce seja relativamente mais fácil, ainda há muitos casos que se apresentam em estágio avançado da doença. Os carcinomas de células escamosas são o tipo histológico mais comum e constituem mais de 90% de todos os cânceres de boca (D'SOUZA & VEERANJANEYULU, 2018).

O tratamento cirúrgico é, de forma geral, o mais recorrente para essa patologia. Há sete regiões da cavidade oral que são usadas para classificar esse tipo de câncer (lábio, língua, assoalho da boca, bucal, palato duro, alveolar, trígono retromolar e palato mole) (WONG & WIESENFELD, 2018).

## DEFINIÇÃO

O câncer da boca é um tumor maligno que pode afetar os lábios e as estruturas da boca (MORO *et al.*, 2018).

## O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?

O fator causal para o câncer bucal está principalmente relacionado ao tabagismo e/ou a ingestão excessiva de álcool. Estudos apontam que o tabagismo confere um risco relativo em até sete vezes para o desenvolvimento de carcinoma espinocelular (CEC) oral e o álcool em excesso um risco em até seis vezes para o câncer oral (WONG & WIESENFELD, 2018).

Vários outros fatores podem predispor os tumores de boca como, por exemplo, a exposição ao sol sem proteção, que pode acarretar risco para o câncer de lábios, e a infecção pelo vírus HPV, que pode levar ao risco de câncer de orofaringe (BRASIL, 2021).

## SINAIS E SINTOMAS

Entre os sinais mais frequentes, destacam-se, na cavidade oral ou lábios, feridas que não cicatrizam por mais de 15 dias, áreas avermelhadas ou esbranquiçadas, locais isolados em coloração variando do preto ao marrom com crescimento recente, caroços que apresentaram alteração de tamanho repentino e indolente, gânglios palpáveis, problemas na mastigação, na deglutição e na fala e dificuldade de locomoção da região entre a boca e pescoço (SILVA *et al.*, 2018).

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do câncer bucal é feito após a biópsia de parte da lesão na cavidade oral, que será encaminhada para estudo anatomopatológico. De forma geral, faz-se necessária, também, a realização de exames de imagem como, por exemplo, a tomografia computadorizada para auxiliar o diagnóstico e verificar a extensão do tumor, possibilitando que o cirurgião e o oncologista consigam, em conjunto, definir o tratamento mais adequado (WONG & WIESENFELD, 2018).

## TRATAMENTO

O tratamento do câncer de cavidade oral varia de acordo com a gravidade do caso e com outros fatores como, por exemplo, a escolha do paciente, a qualidade de vida e os gastos necessários. Dessa forma, esse tratamento geralmente ocorre por meio de cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia. Em estágios mais avançados, a radioterapia e a quimioterapia podem ser realizadas simultaneamente (MARTINS *et al.*, 2021).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Câncer da cavidade oral. Rio de Janeiro: INCA, 2021.
- D'SOUZA, S. & VEERANJANEYULU, A. Preventive measures in oral cancer: an overview. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, v. 107, p. 72, 2018.
- MARTINS, C.A. *et al.* From diagnosis to cure: the role of the dentist in the treatment of oral cancer. *Research, Society And Development*, v. 10, 2021.
- MORO, J.S. *et al.* Oral and oropharyngeal cancer: epidemiology and survival analysis. *Einstein*, v. 16, 2018.
- SILVA, M.A. *et al.* Câncer de boca: ação educativa centrada na capacitação para o autoexame. *Revista Ciência em Extensão*, v. 14, p. 116, 2018.
- WONG, T.S.C. & WIESENFELD, D. Oral cancer. *Australian Dental Journal*, v. 63, p. 91, 2018.

## Capítulo 3

# CÂNCER DE FARINGE

Brena Peqna de Araujo<sup>1</sup>  
Giovanna Gaspar Sarrassini<sup>1</sup>  
Melissa Ávila Machado<sup>1</sup>  
Leandro Diniz e Garcia<sup>2</sup>

1. Discente – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.
2. Graduado – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.



## INTRODUÇÃO

A faringe é dividida em três partes que são nasofaringe, orofaringe e hipofaringe. As neoplasias que atingem a faringe também são divididas em três: câncer nasofaríngeo (identificado inicialmente com a alteração nas células escamosas da parte superior da faringe, atrás do nariz), orofaríngeo (distinguido pela presença dos carcinomas nas células escamosas na parte média da faringe, atrás da boca) e hipofaríngeo (definido pela presença dos cancros na parte inferior da faringe, atrás da laringe) (ABREU *et al.*, 2020).

O câncer de faringe é uma doença silenciosa. Dessa forma, os sinais e sintomas só aparecem no paciente com o agravamento da doença. Por isso, é necessário o diagnóstico precoce, uma vez que, quanto mais cedo o diagnóstico menos invasivo será o tratamento (ABE & ODA, 2021).

## DEFINIÇÃO

As neoplasias da cavidade oral e faringe são o 7º câncer mais frequente e a 9ª causa de morte por câncer no mundo, com aproximadamente 710 mil casos incidentes e 359 mil óbitos por ano. Dessa forma, observa-se que o câncer de faringe é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo (BOSETTI *et al.*, 2020).

## O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?

O câncer de faringe está muito associado ao tabagismo e consumo de bebidas alcóolicas. Além disso, o vírus HPV tem relação com tumores nas paredes faríngeas laterais e posteriores, assim como o vírus Epstein-Barr (EBV) que aumenta o risco de câncer da nasofaringe. A exposição a produtos químicos e má alimentação também estão associadas. Além destes fatores, o aumento da idade faz crescer a incidência de

tumores desta região, sendo mais prevalente em pacientes acima dos 60 anos, com prevalência ainda maior em homens (AWAN *et al.*, 2018).

## SINAIS E SINTOMAS

O câncer de faringe possui um processo silencioso. O diagnóstico precoce é mais complicado, visto que quando os sinais e sintomas aparecem o câncer já está em estado de metástase. Dentre as possíveis manifestações clínicas, pode-se citar dor na região do pescoço, dor no ouvido, dor ao deglutir ou mastigar, rouquidão, tosse, feridas na língua, queimação, emagrecimento e sangramentos (ABREU *et al.*, 2020).

## DIAGNÓSTICO

O câncer de faringe, em geral, possui um prognóstico ruim, uma vez que costuma ser detectado em estágios avançados. Em casos com detecção precoce – em estágios Tis (carcinoma *in situ*) ou T1 – observa-se melhores prognósticos e tratamentos menos invasivos (ABREU *et al.*, 2020).

Quanto à detecção precoce, é importante salientar o exame endoscópico, entretanto o uso de narcóticos durante o procedimento pode gerar uma redução do reflexo faríngeo (ABE & ODA, 2021).

Por questões de recursos de baixa qualidade, a validação baseada em vídeo obteve maior sucesso quando comparada com a por imagens (KONO *et al.*, 2021).

Vale ressaltar que o diagnóstico definitivo é realizado por biópsia guiada por endoscopia. Caso a endoscopia seja inconclusiva, realiza-se a biópsia do tecido pela ressonância magnética ou tomografia por emissão de pósitrons (PET) (KONO *et al.*, 2021).

## **TRATAMENTO**

O câncer de faringe pode ser tratado com cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia (STEUER *et al.*, 2017). Quanto mais precoce o diagnóstico, maior a probabilidade de o tratamento apresentar resultados. A terapêutica dos cânceres de faringe pode afetar a respiração, a fala e a deglutição. Como a preservação da voz é extremamente importante na qualidade de vida dos pacientes, algumas vezes a radioterapia pode ser empregada primeiro, deixando a cirurgia

para quando a radioterapia não for suficiente para o controle do tumor (OBID *et al.*, 2019).

Novas técnicas cirúrgicas foram desenvolvidas permitindo a preservação da função da faringe, mesmo em tumores avançados. O câncer de faringe deve ser combatido em várias frentes, desde o monitoramento e prevenção da doença até a otimização do tratamento. Os recursos modernos disponíveis oferecem a possibilidade de avanços significativos no tratamento do câncer de faringe (STEUER *et al.*, 2017).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABE, S. & ODA, I. Real-time pharyngeal cancer detection utilizing artificial intelligence: Journey from the proof of concept to the clinical use. *Digestive Endoscopy*, v. 33, p. 552, 2021.
- ABREU, G. K.N. *et al.* Analysis of factors influencing the appearance of pharyngeal cancer in the world population. *Research, Society and Development*, v. 9, e57991110257, 2020.
- AWAN, K.H. *et al.* Oral and pharyngeal cancer risk associated with occupational carcinogenic substances: systematic review. *Head & Neck*, v. 40, p. 2724, 2018.
- BOSETTI, C. *et al.* Global trends in oral and pharyngeal cancer incidence and mortality. *International Journal of Cancer*, v. 147, p. 1040, 2020.
- KONO, M. *et al.* Diagnosis of pharyngeal cancer on endoscopic video images by mask region-based convolutional neural network. *Digestive Endoscopy*, v. 33, p. 569, 2021.
- OBID, R. *et al.* The treatment of laryngeal cancer. *Oral Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, v. 31, 2019.
- STEUER, C.E. *et al.* An update on larynx cancer. *CA Cancer Journal for Clinicians*, v. 67, p. 31, 2017.

## Capítulo 4

# CÂNCER DE LARINGE

Bárbara Ferreira Rodrigues<sup>1</sup>  
Maria Fernanda Paiva de Oliveira<sup>1</sup>  
Nadyne Bezerra Pereira<sup>1</sup>  
André Brant Fróes<sup>2</sup>

1. Discente – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.
2. Graduado – ICS/Funorte - Instituto de Ciências da Saúde.



## INTRODUÇÃO

O câncer de laringe é um dos tumores mais recorrentes na região da cabeça e do pescoço, representando cerca de 20% dos casos, e possui maior incidência em homens com mais de 40 anos (LIANG *et al.*, 2020; FIGUEIREDO *et al.*, 2019). Estima-se que, para cada ano do triênio 2020-2022, 6.470 homens e 1.180 mulheres receberão esse diagnóstico no Brasil (INCA, 2019).

## DEFINIÇÃO

A laringe se divide em três partes: supraglote (acima das cordas vocais), glote (contém as cordas vocais) e subglote (abaixo das cordas vocais) (XAVIER *et al.*, 2021; ACS, 2021), com cerca de dois terços dos cânceres originando-se na glote (FIGUEIREDO *et al.*, 2019).

Ademais, a maioria dos cânceres de laringe origina-se na camada interna de revestimento desse órgão, que é formada por células escamosas, sendo chamado de carcinoma de células escamosas (ACS, 2021). Em relação ao carcinoma *in situ*, que é a forma mais precoce da patologia, apenas as células que revestem a laringe são acometidas, sem atingir suas camadas mais profundas e disseminar-se para outros órgãos. Nesse estágio, a maioria dos casos é curada, contudo, se não tratado, o carcinoma pode evoluir para formas mais avançadas da doença.

## O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2018), as principais causas de câncer de laringe são tabagismo e alcoolismo. Outros fatores de risco incluem: mau uso da voz, obesidade e trabalhos que envolvam exposição a óleo de corte, amianto, poeira de madeira, de

couro ou de cimento, formaldeído, sílica, fuligem de carvão, solventes orgânicos e agrotóxicos (INCA, 2018).

## SINAIS E SINTOMAS

Os sinais e sintomas que podem estar presentes no câncer de laringe são rouquidão persistente, alteração da qualidade da voz, dor de garganta que não melhora, dor ou dificuldade para deglutir, dor de ouvido, dificuldade para respirar ou falta de ar, sensação de “caroço” na garganta, perda de peso corporal e presença de massa no pescoço (INCA, 2018).

## DIAGNÓSTICO

Os estudos das imagens, feitos por meio de tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM), são importantes para determinar forma, tamanho, texturraa intensidade e extensão da invasão do tumor, possibilitando classificar o seu estágio clínico. No entanto, esses exames não mostram as lesões superficiais na mucosa, as quais são vistas na laringoscopia (KIM *et al.*, 2020; RAKGOR *et al.*, 2021). Nesse sentido, ela é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico dessa doença, uma vez que durante a sua execução é possível fazer a coleta de fragmentos do tumor para a realização do exame histopatológico (biópsia), o qual permite encontrar as alterações que irão confirmar o diagnóstico do paciente. Assim, juntamente com a TC ou a RM, a laringoscopia possibilita definir o estadiamento do tumor e as suas características, determinando a melhor opção de tratamento (INCA, 2018).

## TRATAMENTO

O tratamento é definido de acordo com a localização e a extensão que se encontra o tumor.

Nessa direção, os casos leves e moderados podem ser tratados com radioterapias ou cirurgias minimamente invasivas, como as endoscópicas e a laringectomia parcial (INCA, 2018). Em contrapartida, nos casos avançados é indicada a retirada completa da laringe (laringectomia total) associada à radioterapia (INCA, 2018).

É de suma importância diagnosticar a doença precocemente para que as chances de cura sejam

maiores (podendo chegar em 80-100% dos casos) e para evitar o uso de tratamento que possa causar deformidades físicas, problemas psicossociais, perda da voz fisiológica, traqueostomia definitiva e alterações na respiração e na deglutição (INCA, 2018). Todavia, quando isso não é possível, como no caso da laringectomia total, há a opção de realizar a reabilitação da voz com o uso de próteses fonatórias traqueoesofágicas (INCA, 2018).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN CANCER SOCIETY – ACS. What Are laryngeal and hypopharyngeal cancers? American Cancer Society, 19 jan. 2021. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/laryngeal-and-hypopharyngeal-cancer/about/what-is-laryngealand-hypopharyngeal.html>. Acesso em: 10 Mar. 2022.
- FIGUEIREDO, I.C. *et al.* Perfil e reabilitação fonoaudiológica de pacientes com câncer de laringe. *Codas*, v. 31, 2019.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. Câncer de laringe. Instituto Nacional de Câncer, 20 ago. 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-laringe>. Acesso em: 10 Mar. 2022.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
- KIM, H. *et al.* Use of narrowband imaging for the diagnosis and screening of laryngeal cancer: A systematic review and meta-analysis. *Wiley Online Library*, v. 9, p. 2635, 2020.
- LIANG, J. *et al.* Which risk factors are associated with stomal recurrence after total laryngectomy for laryngeal cancer? A meta-analysis of the laser 30 years. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 86, p. 502, 2020.
- RAJGOR, A.D. *et al.* The application of radiomics in laryngeal cancer. *The British Journal of Radiology*, v. 94, 2021.
- XAVIER, E.C.L. *et al.* Os sentidos de adoecidos acometidos por câncer de laringe submetidos a laringectomia total. *Enfermagem Em Foco*, v. 12, p. 326, 2021.

## Capítulo 5

# CÂNCER DE TIREOIDE

Júlia Sasseron Agostinho<sup>1</sup>  
Carolyna Tassar Estorani Martins<sup>1</sup>  
Jamille Costa Pereira<sup>1</sup>  
Natielly Silveira Santos<sup>2</sup>

1. Discente – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.
2. Graduada – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.



## INTRODUÇÃO

A tireoide é uma glândula situada na região anterior do pescoço e responsável pela secreção dos hormônios tiroxina, tri-iodotironina e calcitonina (BORGES *et al.*, 2020; DRAKE *et al.*, 2015). A neoplasia que atinge essa glândula representa cerca de 95% dos casos de neoplasias endócrinas. Entretanto, ainda assim, é considerada uma patologia rara, já que é equivalente a apenas 1% de todos os tipos de câncer (RAITZ *et al.*, 2015; VIANNA *et al.*, 2012).

## DEFINIÇÃO

Os carcinomas que atingem a glândula tireoide podem ser divididos em três classes de acordo com suas características histológicas: os diferenciados, nos quais as células de origem são as células foliculares, os não diferenciados, os quais se originam em células não tireoidianas, e os medulares, com origem em células para-foliculares. Os mais recorrentes são os carcinomas diferenciados (COELI *et al.*, 2005; VIANA *et al.*, 2021).

## O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?

Alguns fatores são capazes de aumentar o risco de o indivíduo desenvolver câncer de tireoide. Dentre eles, é possível citar história de exposição à radiação, especialmente na região do pescoço, e história familiar de câncer na tireoide. Além disso, estudos apontam que o iodo apresenta função protetora contra essa neoplasia; portanto, uma dieta com baixa ingestão desse mineral também pode ser considerada um fator de risco (COELI *et al.*, 2005).

## SINAIS E SINTOMAS

Em estágios iniciais, casos de carcinoma diferenciado da tireoide normalmente são assintomáticos e muitas vezes sinais são detectados em exames de rotina. Nos casos sintomáticos, é comum a aparição de um nódulo na região onde está localizada a glândula tireoide bem como inchaço e dor. Além disso, o paciente pode vir a apresentar rouquidão, tosse e dificuldade para deglutir (DEVITA *et al.*, 2015; NCI, 2021).

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do câncer de tireoide, bem como a classificação de seus diferentes tipos, envolve a realização da anamnese, seguida por exame físico para avaliação de possíveis alterações físicas na glândula, exames de imagem, exames laboratoriais e biópsia por punção aspirativa por agulha fina (PAAF) (RAITZ *et al.*, 2018).

## TRATAMENTO

O tratamento do câncer tireoidiano depende do tipo, da localização e extensão da neoplasia e também da análise individual dos fatores de risco (BRASIL, 2014). Segundo Borges *et al.* (2020), há vários protocolos terapêuticos possíveis nestes casos, como cirurgia, radioterapia, ou, ainda, associação entre vários protocolos.

Em casos nos quais o tumor é menor que 1 centímetro, normalmente, é realizada uma cirurgia de retirada total ou parcial da glândula. Simultaneamente, é indicada a radioablação, que é uma técnica que atua em metástases e em regiões remanescentes (VIANA *et al.*, 2021).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BORGES, A.K.M. *et al.* Câncer de tireoide no Brasil: estudo descritivo dos casos informados pelos registros hospitalares de câncer, 2000-2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, p. 20, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em oncologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- COELI, C.M. *et al.* Incidence and mortality from thyroid cancer in Brazil. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 49, p. 503, 2005.
- NATIONAL CANCER INSTITUTE – NCI. PDQ Adult Treatment Editorial Board. Thyroid cancer treatment: adult. Bethesda: National Cancer Institute, 2021.
- DEVITA, V.T. *et al.* Cancer: principles & practice of oncology. 10. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2015.
- DRAKE, R.L. *et al.* Gray's Anatomia clínica para estudantes. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
- RAITZ, G.M. *et al.* Câncer de tireoide: revisão sistemática de literatura. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA UNICESUMAR, 9., 3-5 nov. 2015., Maringá-PR. Maringá: UniCesumar, 2015.
- RAITZ, G.M. *et al.* Métodos diagnósticos para o câncer de tireoide: revisão sistemática de literatura. *Temas Em Saúde*, v. 18, p. 103, 2018.
- VIANA, C.C. *et al.* Análise do perfil socioepidemiológico de pacientes com câncer de tireoide atendidos a nível ambulatorial. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, p. 19048, 2021.
- VIANNA, D.M. *et al.* The histological rarity of thyroid cancer. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 78, p. 48, 2012.

### SEÇÃO 3

# GARGANTA

## Capítulo 6

# APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

Allan Tozzi Fernandes<sup>1</sup>

Giovani Caiolli Noel Scapin Santos<sup>1</sup>

João Henrique Orsi Neto<sup>1</sup>

Dayson de Assis Pereira<sup>2</sup>

1. Discente – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.

2. Graduado – UNIFAL - Universidade Federal de Alfenas.



## INTRODUÇÃO

A síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS) é uma doença caracterizada por episódios de obstrução completa ou parcial das vias aéreas superiores (VAS) durante o sono associados à redução da oxigenação sanguínea e a despertares noturnos. Está relacionada, principalmente, a alterações anatômicas, obesidade e hábitos de vida. Há maior prevalência da síndrome no sexo masculino em comparação às mulheres não menopausadas. Sua fisiopatologia consiste em redução do tônus da musculatura das VAS, alterações dos ciclos do sono e despertares noturnos. A SAHOS é uma importante causa de problemas cardiovasculares (PATIL *et al.*, 2019; JAVAHERI *et al.*, 2017).

## DEFINIÇÃO

Colabamento repetitivo das VAS durante o sono, causando redução do fluxo aéreo (hipopneia e/ou apneia) e resultando em hipoxemia.

## O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?

Durante o início do sono ocorre relaxamento da musculatura respiratória, reduzindo o tônus do músculo genioglossos e resultando em recuo da língua. Assim, indivíduos com alterações estruturais são mais propensos ao colabamento desta via, sendo este o fator fundamental para o desenvolvimento da SAHOS. O colabamento gera quadros de redução episódica/hipopneia ou cessação/apneia do fluxo aéreo, apesar do esforço respiratório (JAVAHERI *et al.*, 2017).

## SINAIS E SINTOMAS

Os episódios recorrentes de apneia e hipopneia levam o indivíduo a não atingir os estágios 3 e REM do sono, resultando na fragmentação do mesmo, e, assim, impedindo

que um sono reparador. A principal queixa do paciente é a sonolência diurna excessiva com comprometimento da qualidade de vida do indivíduo e de suas atividades da vida diária, acompanhada de cansaço excessivo, decréscimo na concentração, fadiga, falta de energia e despertares noturnos (precedidos por engasgos e/ou falta de ar e seguidos de respiração ofegante).

A ativação simpática, a hipoxemia e os despertares estão associados a maior prevalência de alterações metabólicas, disfunção cardiovascular e disfunção neurológica nesses indivíduos. As taxas de acidente vascular cerebral (AVC), arritmias cardíacas, demência, hipertensão arterial sistêmica, infarto do miocárdio, depressão e acidente com veículo automotor são mais altas em pacientes com SAHOS (JAVAHERI *et al.*, 2017; MOULA *et al.*, 2022; GOTTLIEB & PUNJABI, 2020).

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da SAHOS consiste na avaliação dos sinais, sintomas e fatores de risco observados durante a abordagem inicial do paciente. Além disso, é necessária a presença do(a) companheiro(a) do indivíduo para melhor esclarecimento das alterações apresentadas durante o sono.

Na avaliação clínica, é importante observar perturbações do sono, roncos noturnos, fadiga excessiva, sonolência diurna e cefaleia matinal. Além desses, são avaliados os fatores de risco como: obesidade, anomalias anatômicas da via aérea superior e do pescoço (aumento das amígdalas, adenoide, língua ou pescoço, e anomalias maxilomandibulares), tabagismo, etilismo, sexo masculino, mulheres menopausadas e idade avançada.

O padrão-ouro para o diagnóstico é a polissonografia supervisionada, que irá monitorar o padrão respiratório do paciente e a qualidade do sono. Os diversos parâmetros do exame geram o hipnograma, que mostra a distribuição das fases do sono, para observar se sua arquitetura está correta. Um índice de apneia-hipopneia (IAH) de  $\geq 15$  episódios/hora confirma o diagnóstico da doença (GOTTLIEB & PUNJABI, 2020; JAVAHERI *et al.*, 2017; STAVROU *et al.*, 2018).

## **TRATAMENTO**

O tratamento pode ser dividido em três categorias gerais (comportamental, clínico e cirúrgico) que variam de acordo com a gravidade da SAHOS definida pela polissonografia.

O tratamento comportamental consiste na higiene do sono, que corresponde à adequação dos horários do mesmo e do sono em ambiente

escuro e limpo, sem luzes e sons, além da evitação do consumo de alimentos estimulantes e álcool. A prática de exercícios físicos e dieta para redução de peso também são fundamentais.

O tratamento clínico consiste no uso da máscara de pressão positiva contínua na via aérea (CPAP), que funciona como uma prótese pneumática das vias aéreas, diminuindo a pressão de fechamento da laringe e mantendo-a aberta. O uso da CPAP consiste na terapia de primeira linha na SAHOS grave.

O tratamento cirúrgico é recomendado a pacientes incapazes de tolerar a terapia com CPAP. As modalidades cirúrgicas incluem correções anatômicas específicas para cada indivíduo, direcionadas pelos locais e estruturas que medeiam a obstrução, além da preferência do paciente (GOTTLIEB & PUNJABI, 2020; JU *et al.*, 2019; PATIL *et al.*, 2019).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GOTTLIEB, D.J. & PUNJABI, N.M. Diagnosis and management of obstructive sleep apnea: a review. *JAMA*, v. 323, p. 1389, 2020.
- JAVAHERI, S. *et al.* Sleep apnea: types, mechanisms, and clinical cardiovascular consequences. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 69, p. 841, 2017.
- JU, Y.E.S. *et al.* Obstructive sleep apnea treatment, slow wave activity, and amyloid- $\beta$ . *Annals of Neurology*, v. 85, p. 291, 2019.
- MOULA, A.I. *et al.* Obstructive sleep apnea and atrial fibrillation. *Journal of Clinical Medicine*, v. 11, p. 1242, 2022.
- PATIL, S.P. *et al.* Treatment of adult obstructive sleep apnea with positive airway pressure: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, v. 15, p. 335, 2019.
- STAVROU, V. *et al.* Brief review: ergospirometry in patients with obstructive sleep apnea syndrome. *Journal of Clinical Medicine*, v. 7, p. 191, 2018.

## Capítulo 7

# FARINGOAMIGDALITE

Estela de Oliveira Rodrigues<sup>1</sup>  
Letícia Veiga Assis de Souza<sup>1</sup>  
Lara Baroni Carvalho<sup>1</sup>  
Marley Patrick Vieira Silva<sup>2</sup>

1. Discente – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.
2. Graduado – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.



## INTRODUÇÃO

As faringoamigdalites, mais conhecidas como amigdalites ou até mesmo dor de garganta, são as infecções mais comuns e recorrentes das vias aéreas superiores e acometem, principalmente, a população infantil (PISSINI & PEIXOTO, 2018). Além dos sintomas da infecção da orofaringe (parte da garganta), o paciente também apresenta um mal-estar geral e, quando não tratada, a faringoamigdalite pode contribuir para o aparecimento de outras doenças como febre reumática e otite média. O meio mais comum de contágio é pelo contato direto com o doente, por secreções respiratórias (PITREZ & PITREZ, 2003).

## DEFINIÇÃO

É uma infecção da orofaringe de caráter viral ou bacteriano.

## O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?

Essa infecção pode ser de origem viral ou bacteriana, sendo que as de origem viral são as mais comuns (PISSINI & PEIXOTO, 2018).

O agente viral mais frequente é o rinovírus, mas a faringoamigdalite pode ser causada por adenovírus, vírus parainfluenza, vírus influenza, enterovírus e muitos outros.

O agente bacteriano que mais aparece é o *Streptococcus pyogenes*, seguido de *H. influenzae*, *S. aureus* e *M. catarrhalis* (MEDEIROS *et al.*, 2021).

## SINAIS E SINTOMAS

Assim como em outras doenças, cada paciente reage a faringoamigdalite de uma maneira.

Os sintomas mais observados incluem febre, dificuldade de deglutir, aumento dos linfonodos, coriza, obstrução nasal, espirros, amígdalas

aumentadas e avermelhadas e um mal-estar geral (MACIEL *et al.*, 2021).

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico, em geral, é estabelecido levando em consideração os sintomas que o paciente apresenta e a evolução desses com o passar dos dias, associando-os com achados do exame físico. Dessa forma, os sintomas que mais auxiliam no diagnóstico de faringoamigdalite são as amígdalas aumentadas e avermelhadas e os linfonodos aumentados.

Contudo, o que de fato confirma a doença é a realização de esfregaço da orofaringe, sendo esse um exame laboratorial (PITREZ & PITREZ, 2003).

## TRATAMENTO

Quando se trata de uma infecção causada por um agente viral, o tratamento é sintomático, ou seja, os medicamentos usados irão auxiliar no alívio dos sintomas uma vez que o quadro clínico viral normalmente desaparece dentro de 2-7 dias na criança e 7-10 dias no adulto. Nesse caso, o médico pode prescrever medicamentos como antitérmicos e anti-inflamatórios (MEDEIROS *et al.*, 2021).

Por outro lado, se a infecção for bacteriana, será necessário o uso de antibióticos para eliminar o agente bacteriano do organismo. A amoxicilina é o medicamento mais usado em associação ao tratamento dos outros sintomas comuns como, por exemplo, a febre. Àqueles pacientes que possuem alergia a amoxicilina, é indicado o uso de azitromicina.

O tratamento das faringoamigdalites bacterianas deve ser seguido da maneira correta para evitar complicações como a febre reumática e os diferentes tipos de otites.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MACIEL, P.H.N. *et al.* Indicação de corticoides no tratamento de faringoamigdalite infantil. *Revista Brasileira de Desenvolvimento*, v. 7, p. 80646, 2021.

MEDEIROS, B.G. *et al.* Cartilha de orientação para visitas domiciliares: identificação de faringite estreptocócica, febre e cardiopatia reumáticas em crianças. Recife: Do Autor, 2021.

PISSINI, M. & PEIXOTO, M.S. Uma abordagem fuzzy para auxiliar no diagnóstico médico das faringotonsilites. *Anais da Sociedade Brasileira de Matemática Computacional e Aplicada*, v. 6, 2018.

PITREZ, P.M.C. & PITREZ, J.L.B. Infecções agudas das vias aéreas superiores: diagnóstico e tratamento ambulatorial. *Jornal de Pediatria*, v. 79, p. S77, 2003.

## Capítulo 8

# LARINGITE

Isadora Liz Santos Pereira<sup>1</sup>  
Giovanna Takamatsu Freitas<sup>1</sup>  
Rodrigo Fonseca Vilela<sup>2</sup>

1. Discente – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.
2. Graduado – SUPREMA - Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora.



10.29327/564833.1-8



## INTRODUÇÃO

As laringites acometem, em sua maioria, as crianças e são responsáveis pela queixa de rouquidão. Podem ser divididas em processos agudos, com duração de até sete dias, ou crônicos, que persistem por semanas. É a inflamação da porção subglótica da laringe, que ocorre durante uma infecção por vírus respiratórios (PITREZ & PITREZ, 2003).

## DEFINIÇÃO

A laringite é qualquer processo inflamatório na laringe, podendo ter várias etiologias. A mais comum é por infecção viral, mas pode também ser causada por outros agentes infecciosos (bactérias, fungos entre outros) e por alergia (ABORL CCF, 2022).

## O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?

A etiologia mais comum é a infecciosa. As laringites podem se manifestar de várias maneiras (epiglotite, laringotraqueíte aguda, entre outras) e, por isso, tem vários agentes etiológicos, como *Haemophilus influenzae* B, vírus parainfluenza 1 e 2, *Bordetella pertussis* e *Histoplasma capsulatum* (MENDES *et al.*, 2003). É importante ressaltar que podem ocorrer casos de laringite não infecciosa, relacionados a reações alérgicas, como crupe espasmódico e angioedema (CAMPAGNOLO & BENNINGER, 2019).

## SINAIS E SINTOMAS

Os sinais e sintomas provenientes da condição patológica denominada laringite são diversos e, além de dependerem da causa, também dependem da gravidade da infecção. Os sintomas interferem significativamente na qualidade de vida dos indivíduos acometidos pela

doença. De maneira geral, os mais prevalentes são tosse, disfonia, dispneia, rouquidão, disfagia, pigarro, dor de garganta, falta de ar, dor de cabeça, febre, edema de mucosa e outros. A duração e a severidade de tais sintomas são variáveis (ABORL CCF, 2022).

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de laringite é feito mediante a análise da história clínica do paciente associada ao exame físico. Em casos em que há suspeita de infecção aguda por bactérias, pode-se solicitar um antibiograma com a finalidade de identificar o agente infeccioso.

Em situações em que os sintomas persistem de forma crônica, o otorrinolaringologista pode solicitar exames de videolaringoscopia, com o intuito de visualizar com mais precisão a região afetada, e de biópsia, caso sejam observadas alterações incomuns na região (SILVA FILHO *et al.*, 2017).

## TRATAMENTO

Com relação ao tratamento da laringite, há condutas divergentes, visto que é necessário investigar a etiologia da inflamação. Entretanto, repouso vocal, inalação de vapor aquecido, hidratação e abstenção do cigarro são práticas indicadas em todos os casos (PITREZ & PITREZ, 2003).

Diante de uma laringite bacteriana, é necessário o uso de antibióticos, sendo o principal a eritromicina. Em casos de presença de epiglotite e crupe com edema da região subglótica, a conduta é de uso de oxigênio associado com corticoide (dexametasona) e adrenalina inalatória. Podem ser prescritos também: analgésicos, para aliviar a dor; anti-inflamatórios, para amenizar a inflamação; e

anti-histamínicos, se laringite alérgica. Portanto, o tratamento é baseado no quadro clínico do paciente e no fator causador da doença (ABORL CCF, 2022).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL – ABORL CCF. Guidelines IVAS: infecções das vias aéreas superiores São Paulo, 2022. Disponível em: [https://www.aborlccf.org.br/imageBank/guidelines\\_completo\\_07.pdf](https://www.aborlccf.org.br/imageBank/guidelines_completo_07.pdf). Acesso em: 20 Mar. 2022.
- CAMPAGNOLO, A. & BENNINGER, M.S. Laringite alérgica: laringite crônica e sensibilização alérgica. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 85, 2019.
- MENDES, C. *et al.* Infecções do trato respiratório: principais agentes bacterianos e padrões de resistência: dados brasileiros do estudo internacional PROTEKT. *International Archives of Otorhinolaryngology*, v. 7, 2003.
- PITREZ, P.M.C. & PITREZ, J.L.B. Infecções Agudas das Vias Aéreas Superiores: diagnóstico e tratamento ambulatorial. *Jornal de Pediatria*, v. 79, p. 77, 2003.
- SILVA FILHO, E.B. *et al.* Infecções respiratórias de importância clínica: uma revisão sistemática. *Revista FIMCA*, v. 4, 2017.

## Capítulo 9

# MONONUCLEOSE

Estela de Oliveira Rodrigues<sup>1</sup>  
Ana Laura Dessimoni de Oliveira<sup>1</sup>  
Maria Eduarda Rodrigues Petrini<sup>1</sup>  
Cristiano Martins Trindade<sup>2</sup>

1. Discente – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.
2. Graduado – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.



## **INTRODUÇÃO**

A mononucleose, popularmente conhecida como doença do beijo, é uma doença considerada infecciosa e acomete todas as faixas etárias. Essa doença atinge principalmente os adolescentes e jovens adultos, sendo considerada rara após os 30 anos. Durante a infância, a maioria dos casos é assintomática e por isso podem passar despercebidos (OLIVERA *et al.*, 2017). Sua transmissão ocorre, principalmente, pelo contato com a saliva de indivíduos infectados, podendo ser transmitida também por outras secreções e pelo contato com sangue contaminado (FERREIRA, 2019).

## **DEFINIÇÃO**

Infecção viral que atinge a cavidade oral e as glândulas salivares e os linfonodos (FERREIRA, 2019).

## **O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?**

A mononucleose é doença causada pelo vírus Epstein-Barr (CAMERON *et al.*, 2019).

## **SINAIS E SINTOMAS**

Em alguns dos casos a mononucleose é assintomática. Porém, os sintomas clássicos são febre, faringite e linfadenopatia (NAUGHTON

*et al.*, 2021). Além desses, o paciente pode apresentar fadiga, dor de cabeça, mal-estar geral e irritação na pele (MOHSENI *et al.*, 2021).

## **DIAGNÓSTICO**

O maior desafio para o diagnóstico da mononucleose é que a mesma apresenta sinais e sintomas semelhantes aos de outras doenças, como, por exemplo, a amigdalite, popularmente conhecida como dor de garganta (PACHÊCO, 2021). Por isso, mesmo após o exame físico, é interessante solicitar exames laboratoriais como hemograma, teste de função hepática, pesquisa de anticorpo heterófilo e a detecção de anticorpos contra antígenos do vírus Epstein-Barr, a fim de diferenciar a mononucleose de outras doenças com manifestações clínicas semelhantes (PACHÊCO, 2021).

## **TRATAMENTO**

Em geral, as infecções são autolimitadas e se curam sozinhas, por isso o tratamento tende a ser sintomático com o uso de analgésicos. (CAMERON *et al.*, 2019). Contudo, em alguns casos, é indicado o uso de corticoides, antivirais e antibióticos. Também é recomendado ao paciente que faça repouso e mantenha uma alimentação saudável (FERREIRA, 2019).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CAMERON, A. *et al.* Infectious mononucleosis - not always a benign condition: a case report of infectious mononucleosis-associated acute acalculous cholecystitis. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, v. 21, p. 154, 2019.
- FERREIRA, A.R.C. Mononucleose infecciosa e síndromes mononucleósicas: etiologia, fisiopatologia, diagnóstico e terapêutica [monografia]. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2019.
- MOHSENI, M. *et al.* Mononucleosis (Nursing). StatPearls Publishing, 2021.
- NAUGHTON, P *et al.* Infectious mononucleosis: diagnosis and clinical interpretation. *British Journal of Biomedical Science*, v. 78, p. 107, 2021.
- OLIVERA, M.M. *et al.* Mononucleose infecciosa: a doença do beijo. *Mostra Científica da Farmácia*, v. 4, 2017.
- PACHÊCO, B.L. Conduta diagnóstica da mononucleose infecciosa. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, v. 2, p. 6, 2021.

## Capítulo 10

# RONCO

Ana Beatriz Pereira da Cruz<sup>1</sup>

Gabriella Zanin Pereira<sup>1</sup>

Sthefani Lima Tamelini<sup>1</sup>

Matheus Porto Pinto dos Santos<sup>2</sup>

1. Discente – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.

2. Graduado – UNIFAL - Universidade Federal de Alfenas.



## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos o ronco deixou de ser apenas um barulho que incomodava, para se tornar um sinal de alerta que pode indicar uma doença grave, sendo um som causado pela vibração dos tecidos da faringe quando o ar passa por esta região (BRASIL, 2017). O ronco habitual é comum na população, sua prevalência geral aumenta com a idade e é maior no sexo masculino do que no feminino. Além disso, o ronco também é associado ao índice de massa corporal (IMC), bem como ao risco de doenças cardiovasculares (CAMPOS *et al.*, 2020).

## DEFINIÇÃO

O ronco é um ruído provocado por estreitamento ou obstrução nas vias respiratórias superiores durante o sono. Esse estreitamento dificulta a passagem do ar e provoca a vibração dessas estruturas (CAMPOS *et al.*, 2020).

## O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?

O ronco possui várias causas e fatores predisponentes como dormir em decúbito dorsal, tabagismo e uso de substâncias que relaxam a musculatura da faringe, como o álcool ou medicamentos sedativos. Entre estes fatores também se destaca a síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS).

O ronco é uma das principais queixas de portadores da apneia obstrutiva do sono, distúrbio respiratório caracterizado por episódios repetidos de obstruções completas ou parciais das vias aéreas superiores durante o sono, apesar do esforço para respirar. A SAOS geralmente está associada a uma redução na saturação de oxigênio no sangue e é frequentemente acompanhada de sintomas diurnos associados, como sonolência diurna excessiva, fadiga e

diminuição da função cognitiva (CAMPOS *et al.*, 2020). Ademais, outro fator para o aparecimento do ronco é o sobrepeso e obesidade: a circunferência do pescoço e até o tamanho da língua aumentam de acordo com IMC (STUCK & HOF AUER, 2019).

## SINAIS E SINTOMAS

Os sintomas são divididos em diurnos e noturnos. Os diurnos podem ser devido à má eficiência do sono e redução do tempo de sono ao acordar, como sonolência excessiva diurna, cefaleia matinal, além de prejuízos na concentração, atenção e memória. Já os sintomas noturnos que podem ser apresentados são engasgos noturnos e noctúria (YAREMCHUK, 2020).

## DIAGNÓSTICO

O exame físico dos roncadores é inespecífico e dirigido para a cabeça e o pescoço, logo, é importante investigar maus hábitos, história clínica e a avaliação dessa região.

É importante se atentar sobre: duração do ronco, ganho de peso, consumo de álcool, função tireoidiana alergias, obstrução nasal, tempo na cama e se o ronco é posicional (CHAVES JUNIOR *et al.*, 2011).

O diagnóstico de “ronco simples” é dado por exclusão. É necessário descartar a síndrome de resistência das vias aéreas superiores (UARS) e a SAOS com uma polissonografia ou estudo do sono (CAMPOS *et al.*, 2020).

## TRATAMENTO

O tratamento isolado para o ronco não possui evidência, uma vez que são usados aparelhos como coadjuvantes para tratamento, como o aparelho de pressão positiva contínua (CPAP).

Os pacientes que precisam usar esse tipo de aparelho têm um grau acentuado de obesidade e apneia do sono. Também podem facilitar o tratamento dormir com o travesseiro elevado e perder peso. Em último caso, pode ser feita a cirurgia em palato mole para melhora do ronco (CAMPOS *et al.*, 2020).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Ronco. Biblioteca Virtual em Saúde, jul. 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/ronco/>. Acesso em: 19 mar. 2022.
- CAMPOS, A.L. *et al.* Insights into the aetiology of snoring from observational and genetic investigations in the UK Biobank. *Nature Communications*, v. 1, 2020.
- CHAVES JUNIOR, C.M. *et al.* Consenso brasileiro de ronco e apneia do sono: aspectos de interesse aos ortodontistas. *Dental Press Journal Of Orthodontics*, v. 16, 2011.
- STUCK, B.A. & HOFAUER, B. The diagnosis and treatment of snoring in adults. *Deutsches Arzteblatt International*, v. 116, 2019.
- YAREMCHUK, K. Why and when to treat snoring. *Otolaryngologic Clinics of North America*, v. 53, p. 351, 2020.

## Capítulo 11

# ROUQUIDÃO

Isadora Caldeira Teixeira Reis<sup>1</sup>  
Ana Paula Vasconcelos de Assis<sup>2</sup>

1. Graduada – FMP - Faculdade de Medicina de Petrópolis.
2. Graduada – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.



## INTRODUÇÃO

Rouquidão é o termo utilizado para descrever qualquer alteração na qualidade da voz. Não é considerada uma patologia em si, mas sim um importante sintoma de alguma patologia em curso.

Acomete crianças com uma prevalência de 4-23% (SOOD *et al.*, 2017) e em adultos pode chegar a acometer até um terço da população em algum momento da vida (STACHLER *et al.*, 2018). Majoritariamente, afeta professores, cantores, idosos e indivíduos que possuem uma elevada demanda vocal (STACHLER *et al.*, 2018), por isso a investigação da história social do paciente é de grande valia no diagnóstico precoce e manejo da rouquidão.

## DEFINIÇÃO

O termo é utilizado para descrever qualquer comprometimento da voz, como rouquidão ou restrição da performance vocal (REITER *et al.*, 2015).

## O QUE CAUSA ESSE DISTÚRPIO?

As causas desta manifestação são as mais diversas, correspondendo em sua maior parte por laringite aguda e crônica (42,1% e 9,7% respectivamente); disfonia funcional (30%); tumores benignos e malignos (31% e 3% respectivamente); fatores neurogênicos, como paralisia das cordas vocais (8%); envelhecimento (2%) e fatores psicogênicos (2,2%). Nesse contexto, a suspeição de uma doença de base em andamento ou a persistência de rouquidão por mais de três meses devem levar imediatamente à uma investigação clínica minuciosa por meio de laringoscopia indireta (REITER *et al.*, 2015).

## SINAIS E SINTOMAS

Na maior parte das vezes, o único sintoma é a rouquidão. No entanto, a depender da gravidade do quadro, a mesma pode ser acompanhada de outros sintomas que, por sua vez, podem auxiliar na distinção dos diagnósticos diferenciais. Quando associada à disfagia (dificuldade para engolir) de líquidos ou engasgos frequentes, deve-se pensar em insuficiência glótica (por paralisia ou atrofia de cordas vocais); quando surge associada à pirose (queimação no estômago), regurgitação ou tosse seca, a laringite de refluxo deve ser a principal hipótese diagnóstica (BORN & RAMEAU, 2021). Emagrecimento, odinofagia (dor de garganta) e hematêmese (vômitos com sangramento) devem direcionar para um processo maligno, principalmente quando associados à otalgia (dor de ouvido) e massa palpável em pescoço (STINNETT *et al.*, 2018).

## DIAGNÓSTICO

Inicialmente deve ser realizada a avaliação do pescoço pelo médico. Posteriormente, é essencial a visualização direta da laringe através de laringoscopia ou videoestroboscopia. Na laringoscopia é avaliada a integralidade das cordas vocais (STINNETT *et al.*, 2018).

Através da videoestroboscopia se avalia o órgão de forma estrutural e funcional e a vibração das cordas vocais, constituindo-se, portanto, o exame diagnóstico padrão-ouro em pacientes com rouquidão (STINNETT *et al.*, 2018).

A depender das investigações iniciais, exames de imagem como a tomografia computadorizada (TC) de pescoço e mediastino e testes laboratoriais podem ser solicitados (STINNETT *et al.*, 2018).

## **TRATAMENTO**

O tratamento depende diretamente do diagnóstico subjacente. Por isto, e compreendendo a importância da laringoscopia/ videoesfiboscopia, é possível conduzir os diagnósticos diferenciais adequados. Além disso, um médico clínico deve sempre saber quando é o momento de referenciar seu paciente a um especialista (otorrinolaringologista) para que este prossiga com a avaliação da laringe.

É importante estar atento às condições mais graves, que são aquelas que impactam diretamente a qualidade de vida do paciente. O olhar do médico também deve ser direcionado de forma mais atenta àqueles pacientes tabagistas e alcoólatras, uma vez que estes são importantes fatores de risco para as causas malignas de rouquidão. No geral, o manejo terapêutico se divide em farmacológico, cirúrgico e mudanças comportamentais (STINNETT *et al.*, 2018).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BORN, H. & RAMEAU, A. Hoarseness. *Medical Clinics of North America*, v. 105, p. 917, 2021.
- REITER, R. *et al.* Hoarseness. *Deutsches Ärzteblatt International*, v. 2, p. 229, 2015.
- SOOD, S. *et al.* Hoarseness in children. *British Journal of Hospital Medicine*, v. 78, p. 678, 2017.
- STACHLER, R.J. *et al.* Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia) (update). *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, v. 158, 2018.
- STINNETT, S. *et al.* Update on management of hoarseness. *Medical Clinics of North America*, v. 102, p. 1027, 2018.

## SEÇÃO 4

# NARIZ

## Capítulo 12

# ADENOIDITE

Rafael Oliveira Barros<sup>1</sup>

Leonardo Vieira Munhoz<sup>2</sup>

1. Graduado – UNIVAS - Universidade do Vale do Sapucaí.
2. Discente – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.



## INTRODUÇÃO

As adenoides compõem uma pequena parte do nosso sistema linfático, estando localizadas na parte posterior da nasofaringe, mais especificamente entre nossas orelhas e cavidade nasal e atrás do palato mole. Possuem grande importância nas infecções do trato aéreo superior e na disseminação da infecção para outros locais. Podem produzir infecções e disseminar patógenos causando quadros agudos ou crônicos como faringites, abscessos, afecções do palato, entre outras (WANG, 2020). Sua existência foi descrita pela primeira vez por Conrad Victor Schneider em 1661 (RUBEN, 2017).

## DEFINIÇÃO

A adenoide compõe o sistema linfático do ser humano, sendo responsável pela absorção da linfa e principalmente pela defesa. Ao entrar em contato com patógeno e substâncias alérgicas, a adenoide pode ativar o sistema imunológico, acarretando uma inflamação local denominada adenoidite.

As adenoides, juntamente com as amígdalas linguais e amígdalas tubárias de Gerlach, formam o que é conhecido como anel de Waldeyer. Juntos, esses tecidos funcionam como uma parte essencial do sistema imunológico humano na infância (BOWERS & SHERMETARO, 2022).

A adenoidite é a inflamação do tecido adenoideano decorrente de infecções (principalmente virais), alergias ou irritação causada por refluxo ácido proveniente do estômago. É comumente associada a outros quadros inflamatórios de via aérea superior, como faringoamigdalites, rinossinusites e otite média

crônica. As inflamações crônicas palatinas e nasofaríngeas são lesões comuns na patologia pediátrica (VINTILESCU *et al.*, 2020).

## O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?

Na maioria das vezes, a adenoidite aguda é causada por uma infecção viral que pode evoluir para uma infecção bacteriana. Quando isso ocorre, as bactérias mais comumente isoladas são *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *S. pyogenes* e *S. aureus*. Os quadros crônicos geralmente são resultado de infecções polimicrobianas.

## SINAIS E SINTOMAS

Quadro de instalação aguda, apresentando secreção e obstrução nasal, roncos, febre, mau hálito e tosse seca. Raramente ocorre de forma isolada, sendo diagnosticada na maior parte das vezes em quadros inflamatórios mais abrangentes da via aérea superior, como em faringoamigdalites, faringites, rinossinusites e na doença do refluxo faringolaríngeo (BOWERS & SHERMETARO, 2022). Os quadros com duração maior que 90 dias (três meses) são considerados crônicos e geralmente apresentam menor produção de exsudato.

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é clínico, baseado em anamnese e exame físico. A nasofibrosopia é utilizada quando há dúvida, principalmente no diagnóstico diferencial de sinusite. No caso de infecção persistente, deve-se realizar a coleta de secreção nasal ou faríngea para cultura e antibiograma. A realização da radiografia de cavum pode auxiliar na visualização da hipertrofia adenoideana.

## TRATAMENTO

Nas infecções virais o tratamento é realizado com medicação sintomática (antialérgicos e analgésicos). Nas infecções bacterianas, amoxicilina e cefuroxima são boas opções de antibioticoterapia inicial. Para pacientes alérgicos à penicilina podem ser utilizadas claritromicina e azitromicina. Em caso de resistência, pode-se associar clavulanato à amoxicilina. Os antibióticos devem ser utilizados por dez dias. Nos quadros alérgicos podem ser usados corticoides nasais e/ou orais e anti-histamínicos.

Na adenoidite causada por doença do refluxo gastroesofágico, deve-se prescrever inibidores da bomba de prótons concomitantemente a medidas comportamentais antirrefluxo. Vale

ressaltar que a lavagem nasal com soro fisiológico 0,9% para a limpeza da cavidade nasal está indicada em todos os casos. A melhora ocorre em poucos dias e raramente evolui com complicações.

Nos quadros crônicos há possibilidade de uso de imunomoduladores, conferindo imunidade (WANG, 2020) e em casos extremos a realização da adenoidectomia, sendo uma das operações mais comumente realizadas em crianças (MILLER & GUPTA, 2021). A adenoidectomia é indicada nas seguintes ocasiões: rinosinusites/adenoidites, obstrução respiratória (decorrente de hipertrofia adenoideana isolada), otite média secretora, suspeita de neoplasia (linfomas) e AIDS (ABORL CCF, 2022).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL – ABORL CCF. Guidelines IVAS: infecções das vias aéreas superiores São Paulo, 2022. Disponível em: [https://www.aborlccf.org.br/imageBank/guidelines\\_comp\\_07.pdf](https://www.aborlccf.org.br/imageBank/guidelines_comp_07.pdf). Acesso em: 20 Mar. 2022.
- BOWERS, I. & SHERMETARO, C. Adenoiditis. StatPearls, 27 jan. 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536931/>. Acesso em: 12 Mar. 2022.
- MILLER, B.J. & GUPTA, G. Adenoidectomy. StatPearls, 31 mar. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535352/>. Acesso em: 12 Mar. 2022.
- RUBEN, R.J. The adenoid: its history and a cautionary tale. The Laryngoscope, v. 127, p. 13, 2017.
- VINTILESCU, S.B. *et al.* Comparative clinicopathological aspects of chronic tonsillitis and adenoiditis in children. Romanian Journal of Morphology and Embryology, v. 61, p. 895, 2020.
- WANG, H. Chronic adenoiditis. Journal of International Medical Research, v. 48, 2020.

## Capítulo 13

# DESVIO DE SEPTO

Maria Eduarda Clarinda Soares Pedroso<sup>1</sup>  
Rafaela Gontijo Lima<sup>1</sup>  
Vitória Teixeira de Oliveira<sup>1</sup>  
Elda Cristina de Souza Ribeiro Rodrigues<sup>2</sup>

1. Discente – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.
2. Graduada – UFU - Universidade Federal de Uberlândia.



## INTRODUÇÃO

O septo nasal divide a cavidade nasal em cavidade nasal direita e cavidade nasal esquerda. É composto por uma porção óssea (osso vômer, lâmina perpendicular do osso etmoide, crista septal do osso maxilar e do osso palatino, espinha nasal anterior da maxila e espinha nasal anterior do osso frontal) e uma porção cartilaginosa (cartilagem quadrangular do septo) (MENESES *et al.*, 2020; LOPES *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2018).

## DEFINIÇÃO

O desvio do septo nasal ocorre quando o septo não está devidamente centrado no nariz. O desvio de septo nasal pode ter diversas manifestações clínicas, variando desde pacientes assintomáticos até obstrução nasal que interfere na qualidade de vida e no crescimento da face. Algumas vezes, ainda, compromete a estética nasal com consequentes implicações psicológicas (MENESES *et al.*, 2020; LOPES *et al.*, 2018).

## O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?

São duas as principais causas do desvio de septo, sendo traumáticas e constitucionais. As traumáticas podem ocorrer tanto em crianças quanto em adultos, advindas de quedas, acidentes acometendo a face, entre outros. Já as constitucionais estão presentes desde o nascimento, se desenvolvendo com o passar da idade, em diferentes graus (RIBEIRO, 2020).

## SINAIS E SINTOMAS

Como principal sintoma, há a obstrução e/ou congestão nasal, que é a dificuldade em respirar pelo nariz. Esse sintoma pode apresentar-se

durante a atividade física ou até mesmo em repouso, em casos mais graves (RIBEIRO, 2020).

Da obstrução nasal são advindos perda de qualidade do sono, cansaço, roncopatia ou ressonar (com ou sem apneia do sono) e, ainda, secura da boca (RIBEIRO, 2020).

Outras queixas são dores de cabeça, crostas e epistaxis (sangramentos nasais recorrentes). Tem-se, ainda, em associação, rinite e/ou sinusite crônica (RIBEIRO, 2020).

Todos os sinais e sintomas mencionados são agravados de acordo com o grau do desvio.

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico envolve a clínica, observada por um otorrinolaringologista. Ainda, o exame de videoendoscopia nasal permite confirmação. Pode-se realizar uma tomografia computadorizada (TC) dos seios perinasais, mas o mais importante é a visualização direta do nariz (MENESES *et al.*, 2020; RIBEIRO, 2020).

## TRATAMENTO

São conhecidos alguns medicamentos e abordagens para alívio de sintomas do desvio de septo. Um deles é a lavagem com água salina. Ainda, são utilizados corticoides tópicos nasais, descongestionantes nasais ou anti-histamínicos, que melhoram a permeabilidade nasal (RIBEIRO, 2020). Porém, essas são abordagens sintomáticas. Para correção do desvio, é utilizada a septoplastia. Para sua recomendação, leva-se em consideração a sintomatologia e o grau do desvio de septo existente, principalmente, sendo que nem todos os pacientes possuem indicação para tal operação (RIBEIRO, 2020).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- LOPES, W.S. *et al.* Prevalência de desvio de septo nasal em crianças e adolescentes de um hospital terciário. *Revista de Medicina da UFC*, v. 58, n. 3, p. 25-29, 2018.
- MENESES, N.E. *et al.* Avaliação do diagnóstico do desvio de septo através do exame físico e imagenológico: um estudo comparativo. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, p. 39379, 2020.
- RIBEIRO, R. Desvio de septo nasal. *Saúdebemestar.pt.*, 2020. Disponível em: <https://www.saudebemestar.pt/pt/clinica/otorrino/desvio-de-septo-nasal/>. Acesso em: 23 mar. 2022.
- SILVA, D.S.N. *et al.* Avaliação da relação do desvio de septo com a obstrução do ducto nasolacrimal pela tomografia computadorizada helicoidal. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, v. 30, p. 47, 2018.

## Capítulo 14

# EPISTAXE

Marina Bonucci Alves Costa<sup>1</sup>  
Rodolfo Alvarenga Bastos<sup>1</sup>  
Leonardo Coelho Gomes<sup>2</sup>

1. Discente – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.
2. Graduado – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.



## INTRODUÇÃO

A epistaxe, também chamada de hemorragia nasal, é um sintoma muito comum que ocorre em 60% da população. Apesar de a maioria dos episódios ser simples e autolimitado, 6% dos casos necessita de atendimento médico (PEZZIN *et al.*, 2014), sendo uma das urgências mais frequentes na otorrinolaringologia (KOSUGI *et al.*, 2018).

## DEFINIÇÃO

É um sangramento que se origina no interior do nariz, sendo que a perda de sangue pode acontecer pelas narinas ou pela boca.

## O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?

A região do nariz possui muitos vasos sanguíneos e isso facilita a ocorrência das epistaxes. A partir disso, as epistaxes têm causas locais e sistêmicas. As causas locais são danos diretos na região, como traumas, infecção, alergia, clima frio/seco, uso de drogas, entre outras. As causas sistêmicas são doenças (hipertensão arterial ou doenças que alteram a coagulação) e até uso de medicamentos anticoagulantes (SCHLOSSER, 2009).

## SINAIS E SINTOMAS

O sinal presente é a doença em si, ou seja, o paciente irá apresentar uma hemorragia nasal. Em casos de hemorragia grave e de maior duração, o paciente pode apresentar tonturas devido a perda excessiva de sangue.

## EPIDEMIOLOGIA

A epistaxe é mais comum nos extremos das idades, ou seja, pacientes menores de 10 anos e acima de 45 anos são os mais afetados com esse tipo de sangramento, sendo que a necessidade de internação aumenta com a idade (PILTCHER *et al.*, 2015).

## CLASSIFICAÇÃO

Há, basicamente, dois tipos de epistaxes, uma anterior e uma posterior. A anterior é a mais comum, sendo presente, em média, em 95% dos casos, geralmente sendo autolimitada e de menor intensidade. Já a posterior, mais rara e com grande volume sanguíneo, necessita de atendimento especializado para sua solução (PILTCHER *et al.*, 2015).

## TRATAMENTO

Diante de um quadro de epistaxe inicial, não se deve inclinar a cabeça para trás para interromper o sangramento. Isso fará com que o sangue e coágulos escorram para a região da traqueia, o que comprometerá a via aérea do paciente (PILTCHER *et al.*, 2015). Desta forma, fora do ambiente hospitalar, deve-se pressionar a narina acometida, com a finalidade de estancar o sangramento do local, e inclinar a cabeça pra frente, a fim de eliminar coágulos formados dentro da cavidade nasal. Dessa forma, garante-se que a via aérea do paciente seja preservada (PILTCHER *et al.*, 2015). A seguir, deve-se procurar ajuda médica para avaliação e condutas a respeito do quadro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

KOSUGI, E.M. *et al.* Quebrando paradigmas na epistaxe grave: a importância de procurar o S-point. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 84, p. 290, 2018.

PEZZIN, L.S. *et al.* Epistaxe: da etiologia ao manejo. *Acta Médica*, v. 35, 2014.

PILTCHER, O.B. *et al.* Rotinas em otorrinolaringologia. Porto Alegre: Artmed, 2015.

SCHLOSSER, R.J. Epistaxis. *New England Journal of Medicine*, v. 360, p. 784, 2009.

## Capítulo 15

# GRIPE

Milena Nasser Dias<sup>1</sup>

Luciano Salgado Gomes<sup>1</sup>

Luise Rosa Figueiredo Souza<sup>2</sup>

1. Discente – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.
2. Graduada – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.



## INTRODUÇÃO

A gripe, também conhecida como influenza, é uma infecção viral que afeta as vias aéreas (nariz, cavidades nasais, faringe e laringe, cuja função é filtrar, aquecer e umidificar o ar) e os pulmões por um vírus (tipo A, B e C).

A gripe é diferente do resfriado, pois é causada por vírus diferentes e apresenta sintomatologia distinta. Os vírus da gripe causam sintomas mais graves, afetando células respiratórias mais profundas. O diagnóstico é baseado nos sintomas. Juntamente com exames laboratoriais e de imagem é possível fazer o diagnóstico diferencial da gripe (TESINI, 2021).

## DEFINIÇÃO

A gripe é uma infecção pulmonar e orofaríngea (parte da garganta) de caráter viral (MANGLIK *et al.*, 2022).

## O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?

A gripe é causada pela infecção viral através da inalação de gotículas provenientes de espirros, tosse e secreções nasais de uma pessoa infectada. Há três tipos diferentes de vírus que podem causar essa infecção são eles: tipo A, tipo B e tipo C. Esses três tipos se dividem em diversas cepas, o tipo A é o mais presente no cotidiano e é responsável por causar a maioria das gripes, a maioria dos outros casos são causados pelo tipo B. Já o tipo C é menos frequente e não gera uma doença típica gripal (TESINI, 2021).

## SINAIS E SINTOMAS

Assim como todas as doenças, a sintomatologia para cada paciente se difere em algumas partes (TESINI, 2021).

Os sintomas mais comuns na gripe são febre, dor no corpo, fadiga, dor de cabeça associada a fotofobia e sintomas respiratórios como tosse seca, secreção hialina no nariz, inflamação e dor na garganta (MANGLIK *et al.*, 2022).

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da gripe, na maioria das vezes, é clínico, principalmente em surtos do vírus em uma região. Em alguns casos é possível abrir mão de alguns testes, mas em pacientes hospitalizados indica-se o teste de reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa (RT-PCR) “para melhorar a detecção da infecção pelo vírus influenza” (UYEKI *et al.*, 2018, p. 4), e em pacientes ambulatoriais pode ser realizado os ensaios moleculares rápidos.

## TRATAMENTO

O tratamento da gripe é sintomático, podendo usar antivirais como o baloxavir que “foi associado a benefício clínico e atividade antiviral em pacientes com influenza não complicada” (HAYDEN *et al.*, 2018, p. 921). Em casos onde o paciente é considerado de alto risco, indica-se o uso de antivirais como o oseltamivir imediatamente. Outro ponto importante é a prevenção com a vacina, já que o ato de se vacinar contra o vírus influenza A é importante para a saúde coletiva, previne contra complicações graves e diminui a mortalidade e os gastos para a saúde pública (MELO, 2019).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HAYDEN, F.G. *et al.* Baloxavir marboxil for uncomplicated influenza in adults and adolescents. *New England Journal of Medicine*, v. 379, p. 913, 2018.

MANGLIK, N. *et al.* Group for research in pathology education (GRIPE): teaching and evaluation using distance learning, 50th Annual Meeting, 2021, held virtually. *Medical Science Educator*, v. 32, 2022.

MELO, T.C. Vacina para o vírus Influenza A (H1N1). *Referências em Saúde da Faculdade Estácio de Sá de Goiás-RRS-FESGO*, v. 2, P. 26, 2019.

TESINI, B.L. Influenza: gripe. *Manual MSD*, 2021. Disponível em: [msdmanuals.com/pt-br/profissional/doencas-infecciosas/virus-respiratorios/influenza](https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/doencas-infecciosas/virus-respiratorios/influenza). Acesso em: 10 Mar. 2022.

UYEKI, T.M. *et al.* Clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America: 2018 update on diagnosis, treatment, chemoprophylaxis, and institutional outbreak management of seasonal influenza. *Clinical Infectious Diseases*, v. 68, 2018.

## Capítulo 16

# RESFRIADO COMUM

Natasha Magagnin Amboni<sup>1</sup>

Maria Fernanda Mendes Moreira<sup>1</sup>

Andressa Rita Carvalho Morais<sup>2</sup>

1. Discente – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.
2. Graduada – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.



## INTRODUÇÃO

O resfriado comum é uma doença benigna autolimitada causada por vírus respiratórios. É a doença aguda mais frequente em todo o mundo, responsável por 500 milhões de casos por ano. A incidência média é de cinco a sete episódios por ano em crianças na idade pré-escolar e de dois a três episódios por ano na idade adulta (JAUME *et al.*, 2020).

## DEFINIÇÃO

De modo geral, o resfriado comum é uma infecção viral limitada à parte superior do sistema respiratório, que inclui basicamente o nariz, a boca e a garganta (ALLAN & ARROLL, 2014).

## O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?

O resfriado comum tem como agente causador mais de 200 tipos de vírus diferentes, que podem afetar o organismo causando esse grupo de sintomas que é bastante similar aos da família influenza (SHAHAN *et al.*, 2019). São tantos vírus com capacidade de causar os resfriados e eles evoluem com tanta rapidez, que é comum que a mesma pessoa tenha mais de um resfriado por ano (SIMON, 2014).

## SINAIS E SINTOMAS

No resfriado comum, geralmente o paciente apresenta sensação de desconforto ou mal-estar, coriza, congestão nasal, dor de garganta, espirros, tosse, olhos lacrimejantes e febre (normalmente baixa) (SCHONS *et al.*, 2019).

## DIAGNÓSTICO

Geralmente o diagnóstico do resfriado comum é clínico, ou seja, identifica-se os sintomas sem a necessidade da identificação do

vírus. Todavia, poderá ser realizada a coleta de uma amostra de secreção respiratória, caso seja necessária a identificação do agente etiológico (SCHONS *et al.*, 2019).

## TRATAMENTO

Entre as medidas não farmacológicas, é indicado o repouso inicial, umidificação do ar em locais muito secos e dieta a base de líquidos.

O tratamento farmacológico do resfriado comum é apenas sintomático, ou seja, não há indicação de antibiótico. Poderão ser indicados ao paciente:

a) anti-inflamatórios não esteroides (AINEs): propiciam alívio de sintomas como dor de cabeça, mal-estar, dores musculares e tosse;

b) analgésicos e antitérmico: indicados para sintomas como febre, cefaleia, dores musculares e inflamação da garganta;

c) ácido acetilsalicílico: é o protótipo dos analgésicos antitérmicos;

d) paracetamol: atividade analgésica e antitérmicos;

e) descongestionantes: utilizados para a congestão nasal, obstrução nasal ou “nariz entupido”;

f) anti-histamínicos: para sintomas alérgicos, como coriza, prurido nasal e prurido ocular;

g) antissépticos nasais, fluidificantes nasais e umectantes nasais: diminuem a viscosidade da secreção do muco brônquico, facilitando sua expulsão (SCHONS *et al.*, 2019).

As principais recomendações para prevenção do resfriado comum são lavar as mãos constantemente, evitar aglomerações e manter uma alimentação saudável. Sobre a vacinação, é importante salientar que ainda não há vacinas específicas contra o resfriado comum (SILVA FILHO *et al.*, 2017).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLAN, G.M. & ARROLL, B. Prevention and treatment of the common cold: making sense of the evidence. *CMAJ*, v. 186, p. 190, 2014.
- JAUME, F. *et al.* Common cold and acute rhinosinusitis: up-to-date management in 2020. *Current Allergy and Asthma Reports*, v. 20, p. 28, 2020.
- SCHONS, A.M. *et al.* Resfriado comum: estudo utilizando como instrumento a interdisciplinaridade. *Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas*, v. 3, 2019.
- SHAHAN, B. *et al.* Respiratory conditions: upper respiratory tract infections. *FP Essentials*, v. 486, p. 11, 2019.
- SILVA FILHO, E.B. *et al.* Infecções respiratórias de importância clínica: uma revisão sistemática. *Revista FIMCA*, v. 4, 2017.
- SIMON, H.B. Bacterial infections of the upper respiratory tract. *ACP Medicine*, 2014.

## Capítulo 17

# RINITE

Maria Fernanda Mendes Moreira<sup>1</sup>  
Ana Laura Veiga Assis de Souza<sup>1</sup>  
Daniel Francisco Pereira de Assis<sup>1</sup>  
Gabriela Santos de Souza<sup>2</sup>

1. Discente – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.
2. Graduada – UNIFAL - Universidade Federal de Alfenas.



## INTRODUÇÃO

A rinite é um problema de saúde pública devido a sua prevalência crescente, qualidade de vida reduzida, comorbidades associadas e, embora não seja uma enfermidade grave, há um custo socioeconômico considerável.

## DEFINIÇÃO

A rinite pode ser definida como uma inflamação da mucosa de revestimento nasal, a qual é clinicamente definida por quatro sintomas clássicos: coceira, espirros, corrimento e congestão nasal (ANDRAIA *et al.*, 2021).

## O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?

A rinite pode ser classificada em quatro subgrupos, cada qual determinando sua causa, sendo eles:

- a) rinite infecciosa: aguda, autolimitada, causada por vírus e pouco frequente por bactérias;
- b) rinite alérgica: é a forma mais comum, sendo induzida por inalação de alérgenos em indivíduos sensibilizados;
- c) rinite não alérgica não infecciosa: sem sinais de infecção e sem sinais sistêmicos de inflamação alérgica;
- d) rinite mista: rinite crônica com mais de um agente etiológico (SAKANO *et al.*, 2018).

## SINAIS E SINTOMAS

Os principais sintomas que envolvem as rinites são coceira no nariz, secreção de muco

aquoso, espirros e nariz entupido. Também pode haver manifestações nos olhos, como lacrimajamento, coceira, tosse seca e cansaço (CALDEIRA *et al.*, 2020).

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de rinite inicia-se com uma história direcionada, observando principalmente o padrão, cronicidade e os fatores desencadeantes dos sintomas. O exame da cavidade nasal é indicado com atenção à aparência do septo e dos cornetos inferiores. O teste cutâneo para aeroalérgenos é utilizado para demonstrar a presença ou ausência de anticorpos imunoglobulina E (IgE), diferenciando a rinite alérgica da não alérgica (AGNIHOTRI & MCGRATH, 2019).

## TRATAMENTO

Pode ser dividido em medicamentoso e não medicamentoso. O tratamento medicamentoso inclui o uso de anti-histamínicos, glicocorticoides, descongestionantes nasais, anticolinérgicos, lavagens nasais com soro, entre outros fármacos (CALDEIRA *et al.*, 2020).

O tratamento não medicamentoso inclui a prevenção da rinite, que tem como principais medidas para a redução da exposição do paciente aos agentes causadores da doença: manter o quarto bem ventilado e evitar tapetes, bichos de pelúcia e prateleiras, os quais podem acumular poeira, entre outras ações (ROCHA, 2017).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGNIHOTRI, N.T. & MCGRATH, K.G. Allergic and nonallergic rhinitis. *Allergy and Asthma Proceedings*, v. 40, 2019.
- ANDRAIA, R.L. *et al.* Systematic review of measures of disease severity in rhinitis. *International Forum of Allergy and Rhinology*, v. 11, 2021.
- CALDEIRA, L.E. *et al.* Rinite alérgica: classificação, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, v. 29, p. 95, 2020.
- ROCHA, D.P. Rinite alérgica em idade pediátrica [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2017.
- SAKANO, E. *et al.* IV Brazilian consensus on rhinitis: an update on allergic rhinitis. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 84, 2018.

## Capítulo 18

# RINOSSINUSITE

Leticia Alessandri Pereira<sup>1</sup>  
Natasha Magagnin Amboni<sup>1</sup>  
Laryssa Aparecida Oliveira Lomonaco<sup>1</sup>  
Jonas Augusto Ramos<sup>2</sup>

1. Discente – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.
2. Graduado – UFSJ - Universidade Federal de São João Del-rei.



## INTRODUÇÃO

A rinossinusite (RS) é caracterizada pela inflamação da mucosa do nariz e seios paranasais por consequência de processos infecciosos virais, bacterianos e fúngicos, podendo também estar associada a alergias, pólipos nasais e disfunção vasomotora da mucosa (MELLO, 2008).

## DEFINIÇÃO

É o processo inflamatório da mucosa nasal e dos seios paranasais, sendo classificada como aguda e crônica, divisão necessária para determinar o tratamento adequado. A RS aguda é caracterizada por sintomas inferiores a quatro semanas, sendo a viral comumente associada ao resfriado comum, com duração de até dez dias (HWANG & PATEL, 2021).

A rinossinusite subaguda representa a continuação de uma rinossinusite aguda não curada, cujos sintomas são menos severos que na fase aguda. Caracteriza-se por uma duração de 4 a 12 semanas.

A RS crônica é uma consequência de uma RS bacteriana não ou mal tratada, com duração maior que 12 semanas (HWANG & PATEL, 2021).

## O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?

A RS está associada a fatores ambientais, história familiar, IVAS (resfriado, gripe), rinite alérgica ou não alérgica, além de alterações anatômicas como hipertrofia de adenoides ou outras alterações estruturais do nariz (BIRD *et al.*, 2013).

## SINAIS E SINTOMAS

Os sintomas mais comuns são coriza, obstrução, dor/pressão facial e perda do olfato. O sintoma inflamatório que deve estar presente para caracterizar uma RS alérgica, seja de causa viral ou bacteriana, é a secreção nasal purulenta. Além disso, deve ser acompanhada de obstrução nasal, dor/pressão facial ou ambos (ORLANDI *et al.*, 2016). Pode ou não ser acompanhada de febre ou mau hálito.

## DIAGNÓSTICO

Presença de pelo menos dois dos seguintes sinais/sintomas, sendo necessária a presença de um dos dois primeiros: obstrução/congestão nasal, secreção nasal anterior e/ou posterior (secreção pós-nasal), dor ou pressão facial, diminuição do olfato e tosse (DECASTRO *et al.*, 2014). Apesar de incomum, o diagnóstico também pode ser feito por métodos alternativos como a endoscopia nasal, radiografia e tomografia computadorizada.

## TRATAMENTO

O tratamento da rinossinusite não bacteriana consiste no uso de anti-histamínicos, analgésicos, descongestionantes e lavagem nasal com solução salina (ORLANDI *et al.*, 2016). Os antibióticos e corticoides nasais não são recomendados na rinossinusite viral (ORLANDI *et al.*, 2016).

Para a RS bacteriana associa-se antibioticoterapia oral de 7 a 14 dias dependendo da intensidade do caso e reavaliações posteriores. Se ocorrer falha no tratamento clínico, dado por persistência dos sintomas por 6 a 12 semanas de tratamento, a cirurgia endoscópica pode ser considerada uma forma de tratamento. (FOKKENS *et al.*, 2020).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIRD, J. *et al.* Adult acute rhinosinusitis. *BMJ*, v. 346, f2687, 2013.

DECASTRO, A. *et al.* Rhinosinusitis. Primary Care: Clinics in Office Practice, v. 41, p. 47, 2014.

FOKKENS, W.J. *et al.* European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020, *Rhinology*, v. 58, p. 1, 2020.

HWANG, P.H. & PATEL, Z.M. Uncomplicated acute sinusitis and rhinosinusitis in adults: treatment.

UpToDate, 15 jun. 2021. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/acute-sinusitis-and-rhinosinusitis-in-adults-treatment>. Acesso em: 02 Jun. 2022.

MELLO, J.F. Diretrizes brasileiras de rinossinusites. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v. 74, 2008.

ORLANDI, R.R. *et al.* International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Rhinosinusitis. *International Forum of Allergy & Rhinology*, v. 6, S22, 2016.

SEÇÃO 5

**PESCOÇO**

## Capítulo 19

# BÓCIO

Jéssica Fraga Guimarães Barreiro<sup>1</sup>  
Edmilson Alves de Carvalho Neto<sup>2</sup>

1. Discente – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.
2. Graduado – IESVAP - Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba.



## INTRODUÇÃO

O bócio é uma alteração caracterizada pelo aumento da glândula tireoide, que se apresenta na região anterior do pescoço, formando uma espécie de nódulo ou caroço nessa região que se torna mais arredondado e mais largo do que o normal (DURAZZO *et al.*, 1997). Quando esse aumento ocorre de forma a comprimir a luz traqueal, pode causar sintomas respiratórios ao paciente, tornando-se algo mais grave e indicativo de tireoidectomia (retirada da tireoide) (KULCSAR *et al.*, 1997).

A causa evitável mais importante do aumento da tireoide é a deficiência de iodo. Os fatores de risco para o bócio incluem fatores biológicos intrínsecos como tabagismo, goitrogênios naturais, deficiência de selênio ou zinco e estresse emocional (FÜHRER *et al.*, 2012).

Devido aos avanços tecnológicos e fácil acesso aos exames de imagem (com destaque para o ultrassom), é realizado precocemente o diagnóstico dessa patologia. Todavia, ainda há lugares onde tanto os exames como a disponibilidade de atendimento médico especializado são inacessíveis. A procura por atendimento médico geralmente é realizada por pacientes não apenas com bócios volumosos, mas também por aqueles comprometidos por uma compressão traqueal, apresentando sintomas respiratórios como dispneia e ortopneia (CAPAZ *et al.*, 2019).

## DEFINIÇÃO

O bócio é uma alteração da tireoide caracterizada pelo aumento da glândula tireoide, que se apresenta na região anterior do pescoço, formando uma espécie de nódulo ou caroço nessa região, que se torna mais arredondado e

mais largo do que o normal (DURAZZO *et al.*, 1997).

## O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?

As causas são muitas, sendo as principais carência de iodo na dieta (bócio endêmico por ser comum nas regiões geográficas em que há deficiência desse elemento), Doença de Graves, Tireoidite de Hashimoto, proliferação dos folículos da glândula (bócio colóide), tumores, infecções e o uso de certos medicamentos (bócio esporádico) (KULCSAR *et al.*, 1997).

## SINAIS E SINTOMAS

Ao constituir massa grande e disforme o bócio pode comprimir a traqueia e provocar dificuldade para respirar e engolir, tosse irritativa, rouquidão e dilatação das veias do pescoço (CAPAZ *et al.*, 2019). Contudo, os sintomas mais comuns são aqueles decorrentes do aumento dos hormônios tireoidianos como taquicardia, insônia, agitação, sudorese abundante e olhos um pouco saltados (exoftalmia).

Em casos associados ao hipotireoidismo, a queda do metabolismo basal faz com que o organismo trabalhe mais lentamente e a pessoa sinta cansaço, sonolência, apatia, intestino preso e pulso lento (VIANA *et al.*, 2015).

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de um bócio tireoidiano leva em consideração o histórico de disfunção tireoidiana do paciente e sua causa somados à palpação da glândula. Considera-se também o resultado dos exames de sangue para medir a dosagem dos hormônios T3 e T4 e do TSH, que é produzido pela hipófise e regula o funcionamento de várias glândulas, dentre elas, a tireoide. Também podem ser solicitados

exames como ultrassonografia, cintilografia e biópsia para ajudar a fechar o diagnóstico e orientar na escolha do melhor tratamento (KULCSAR *et al.*, 1997). A avaliação diagnóstica de pacientes com bócio nodular consiste em avaliação clínica, exames bioquímicos, punção aspirativa por agulha fina (PAAF) e exames de imagem.

## **TRATAMENTO**

O tratamento varia de acordo com os sintomas, diagnóstico e tamanho, podendo ser feito por um seguimento clínico periódico, cirurgia ou radioterapia (CAPAZ *et al.*, 2019). Em grande parte, o problema estético do bócio pode ser controlado com medicamentos ou com iodo radioativo. A cirurgia para remoção total ou parcial da glândula deve ser indicada se ocorrerem complicações, como dificuldade

respiratória ou para engolir, ou a presença de nódulos e/ou tumores com sinais de malignidade (KULCSAR *et al.*, 1997). Bócios com até 150 g podem ser tratados com iodo radioativo. Acima disso, devem ser submetidos à tireoidectomia para evitar a intoxicação pelo hormônio (VIANA *et al.*, 2015).

Pacientes com tamanho de bócio multinodular modesto mas estável e níveis séricos normais de TSH também podem ser tratados por observação clínica anual. Neste segundo grupo, a terapia de supressão com levotiroxina é muitas vezes malsucedida e tem o potencial de efeitos adversos do hipertireoidismo exógeno. Para grandes bócios multinodulares não tóxicos com sintomas de compressão local, o tratamento preferencial é a cirurgia (HURLEY & GHARIB, 1996).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CAPAZ, R.A.C. *et al.* Bócio volumoso com compressão traqueal: relato de caso. *Revista Científica HMJMA*, v. 1, p. 35, 2019.
- DURAZZO, M.D. *et al.* Bócios tóxicos: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Medicina*, v. 76, p. 280, 1997.
- FÜHRER, D. *et al.* Euthyroid goiter with and without nodules: diagnosis and treatment. *Deutsches Ärzteblatt international*, v. 109, p. 506, 2012.
- HURLEY, D.L. & GHARIB, H. Evaluation and management of multinodular goiter. *Otolaryngologic Clinics of North America*, v. 29, p. 527, 1996.
- KULCSAR, M.A.V. *et al.* Bócios simples: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Medicina*, v. 76, p. 274, 1997.
- VIANA, V. *et al.* Relato de caso: Doença de Graves. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde*, v. 5, p. 23, 2015.

## Capítulo 20

# CISTO TIREOGLOSSO

Ana Carolina Abreu de Freitas Bejjani<sup>1</sup>

Larissa Prado Valerio<sup>1</sup>

Lucas Vitor Pichara Itaparica<sup>1</sup>

Aleandro Magalhães De Oliveira<sup>2</sup>

1. Discente – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.
2. Graduado – UFJF - Universidade Federal de Juiz de Fora.



## INTRODUÇÃO

O cisto cervical, chamado também de cisto tireoglosso, é o tipo congênito mais comum e tem maior prevalência em crianças com idade escolar, principalmente aos 5 anos, embora também possa aparecer em adultos, geralmente após alguma infecção de vias aéreas (PATEL & BHATT, 2019).

## DEFINIÇÃO

O cisto tireoglosso é situado na linha média do pescoço, podendo estar em qualquer ponto da base da língua até a glândula tireoide. Em sua maioria, são encontrados próximos ao osso hioide ou abaixo dele. Sendo assim, é de suma importância que seu diagnóstico seja feito de forma precoce, devido ao seu alto risco de malignização (LEE *et al.*, 2018; CASTELAN *et al.*, 2017).

## O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?

A glândula tireoide se desenvolve no dorso da língua durante o período embrionário. Assim, quando ocorre a proliferação de tecido epitelial e a sua invaginação, acontece a descida da tireoide através do ducto tireoglosso. Normalmente, na 5ª semana de desenvolvimento embrionário, haverá o desaparecimento do ducto, restando apenas o forame cego. Quando há a persistência dele, forma-se um cisto, em geral de conteúdo de secreções salivares, devido à sua proximidade com a boca. O acúmulo dessas substâncias pode gerar colonização e consequentes infecções bacterianas e inflamações (DONATTI *et al.*, 2020; PATEL & BHATT, 2019).

Normalmente, os cistos são indolores e aumentam lentamente. Quando atingem grandes extensões, eles podem causar manifestações e

sintomatologias, como dificuldade de deglutição, problemas respiratórios, em decorrência da proximidade anatômica com a traqueia, e até mesmo fístulas (DONATTI *et al.*, 2020; PATEL & BHATT, 2019).

Ainda, pode haver evolução para doenças malignas, como carcinoma papilar do ducto tireoglosso ou adenoma folicular, que podem ser impedidas se houver descoberta precoce, aumentando a importância do rastreamento (DONATTI *et al.*, 2020; PATEL & BHATT, 2019).

## SINAIS E SINTOMAS

Trata-se de um nódulo arredondado, suave e indolor na região central e frontal do pescoço, que se move quando o paciente deglute ou coloca a língua para fora. Podem ocorrer extravasamentos do conteúdo líquido deste cisto por meio de uma pequena abertura na pele próxima ao nódulo. Outra manifestação clínica é a sua infecção recorrente, podendo gerar rubor, dor local e edema nesta topografia do pescoço. Caso o cisto atinja grandes dimensões, devido à sua proximidade com outras estruturas cervicais, pode causar sintomas como dificuldade de engolir ou até mesmo queixas respiratórias (TAHA *et al.*, 2022).

## DIAGNÓSTICO

O cisto pode ser diagnosticado através do exame clínico, no qual se observa a presença de tumoração palpável na linha média do pescoço. Ainda assim, a ultrassonografia cervical é o padrão-ouro e pode diferenciar componentes sólidos e císticos, além de ser um exame barato, não invasivo e sem uso de radiação ou sedação, o que auxilia na condução do caso, uma vez que a maioria dos pacientes são pediátricos. Já a cintilografia de tireoide é utilizada para excluir a

presença de tireoide ectópica (DONATTI *et al.*, 2020).

### **TRATAMENTO**

O tratamento do cisto do ducto tireoglosso é realizado através da cirurgia Sistrunk, que se

trata da dissecação deste ducto e sua retirada completa junto à parte medial do osso hioide para que não haja resquícios, evitando malignidade e infecções recorrentes (TAHA *et al.*, 2022).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASTELAN, J.B. *et al.* Cisto ducto tireoglossos: relato de caso e revisão de literatura. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 46, p. 125, 2017.

DONATTI, E.B. *et al.* Carcinoma papilífero primário de ducto do cisto tireoglossos: relato de caso. *Salusvita*, v. 39, p. 111, 2020.

LEE, D.H. *et al.* Unusual coexisting thyroglossal duct cyst and second branchial cleft fistula in an adult. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 84, p. 398, 2018.

PATEL, S. & BHATT, A.A. Thyroglossal duct pathology and mimics. *Insights into Imaging*, v. 10, 2019.

TAHA, A. *et al.* Thyroglossal duct cyst, a case report and literature review. *Diseases*, v. 10, p. 7, 2022.

## Capítulo 21

# HIPERTIREOIDISMO

Letícia Veiga Assis de Souza<sup>1</sup>

Estela de Oliveira Rodrigues<sup>1</sup>

Lara Baroni Carvalho<sup>1</sup>

Iara Proença Xavier<sup>2</sup>

1. Discente – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.
2. Graduada – UFOP - Universidade Federal de Ouro Preto.



## **INTRODUÇÃO**

A glândula tireoide, localizada no pescoço, é responsável pela secreção de alguns hormônios necessários para que nosso corpo funcione adequadamente: o T3 (iodotironina) e o T4 (tiroxina) (REIS & ANDRADE, 2021). Para que esses hormônios sejam liberados pela glândula tireoide é necessário que a mesma receba um estímulo hormonal do hormônio tireostimulante (TSH) e da presença de iodo. Dessa forma, qualquer alteração em uma dessas fases pode levar ao aparecimento de alguns sintomas que irão resultar no mau funcionamento da tireoide (KASPERAVICIUS, 2020).

## **DEFINIÇÃO**

O hipertireoidismo é caracterizado pelo aumento da produção e liberação dos hormônios tireoidianos pela glândula tireoide (MAIA *et al.*, 2013).

## **O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?**

A principal causa de hipertireoidismo é a Doença de Graves, uma doença autoimune na qual o corpo produz anticorpos que irão atacar a glândula tireoide (HALL, 2017).

## **SINAIS E SINTOMAS**

A sintomatologia mais comum inclui o aumento da frequência cardíaca, perda de peso, suor excessivo, nervosismo, sono desregulado, queda de cabelo, perda de apetite, pele quente e úmida, tremor, palpitação e bócio (MAIA *et al.*, 2013). O paciente também pode apresentar alterações oculares chamadas exoftalmia, em que o mesmo parece ter “olhos saltados” (HALL, 2017).

## **DIAGNÓSTICO**

O diagnóstico é através de exames de sangue, em que são dosados os níveis dos hormônios tireoidianos TSH e T4 (HALL, 2017).

## **TRATAMENTO**

Inicialmente, o tratamento é realizado através do medicamento metimazol. Se o paciente não responder de forma positiva a esse medicamento, inicia-se o tratamento com iodo radioativo, mas, em alguns casos, o uso deste não apresenta bons resultados, sendo necessária a remoção cirúrgica da glândula tireoide (HALL, 2017).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- HALL, J.E. Hormônios metabólicos da tireoide. In: HALL, J.E. Guyton & Hall Tratado de fisiologia médica. Rio de Janeiro: Elsevier Health Sciences, 2017.
- KASPERAVICIUS, J.P. Prevalência de hipotireoidismo e hipertireoidismo e fatores associados [trabalho de conclusão de curso]. Passo Fundo: Universidade Federal da Fronteira do Sul, 2020.
- MAIA, A.L. *et al.* Consenso brasileiro para o diagnóstico e tratamento do hipertireoidismo: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 57, p. 205, 2013.
- REIS, J.R.S. & ANDRADE, L.G. Acompanhamento farmacêutico de pacientes com distúrbio na glândula da tireoide. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 7, p. 753, 2021.

## Capítulo 22

# HIPOTIREOIDISMO

Lara Baroni Carvalho<sup>1</sup>  
Estela de Oliveira Rodrigues<sup>1</sup>  
Letícia Veiga Assis de Souza<sup>1</sup>  
André Álvares Figueiredo Silva<sup>2</sup>

1. Discente – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.
2. Graduado – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.



## INTRODUÇÃO

Hipotireoidismo é um quadro resultante da deficiência na produção de hormônios da glândula tireoide denominados T3 (tri-iodotironina) e T4 (tiroxina).

Quando os hormônios produzidos por essa glândula estão baixos, ocorre a produção de TRH (terapia de reposição hormonal) pelo hipotálamo, o qual estimula a produção de TSH pela hipófise. O TSH alcança a tireoide, estimulando a síntese de seus hormônios T3 e T4. Quando esses hormônios aumentam, inibe-se a secreção do TRH e também do TSH, diminuindo, assim, a síntese de hormônios tireoidianos.

A forma mais comum é o hipotireoidismo primário, que é a deficiência hormonal causada devido à incapacidade, parcial ou total, da tireoide de produzir hormônios. O hipotireoidismo também pode se apresentar de outras maneiras, como hipotireoidismo congênito, central e subclínico (OLIVEIRA & MALDONADO, 2014).

## DEFINIÇÃO

O hipotireoidismo é a disfunção na produção dos hormônios da tireoide, aumentando os níveis de TSH, sendo a causa mais frequente a Tireoidite de Hashimoto. Além disso, tal doença causa uma redução das funções vitais do corpo (SILVA *et al.*, 2015).

## O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?

A causa mais frequente do hipotireoidismo é a tireoidite autoimune crônica (Tireoidite de Hashimoto). O hipotireoidismo também pode resultar do tratamento do hipertireoidismo com cirurgia, radiação com iodo ou após o uso de drogas antitireoidianas. Várias formas de tireoidite, como pós-parto, subaguda e silenciosa,

também podem causar hipotireoidismo permanente ou transitório.

A deficiência pode ser consequência de doenças infecciosas, radioterapia, alterações da tireoide, defeitos na produção e liberação dos hormônios tireoidianos ou defeitos congênitos na síntese dos hormônios da tireoide.

Tanto a deficiência como o excesso de iodo são causas de hipotireoidismo primário, assim como uso de certos fármacos (lítio, entre outros).

## SINAIS E SINTOMAS

Os sintomas mais comuns são cansaço, intolerância ao frio, falta de ar aos esforços, ganho de peso, alteração da memória e do raciocínio, intestino preso, depressão, irregularidade menstrual, falta de libido, fraqueza, dor muscular e rouquidão. Ao exame físico nota-se ressecamento da pele, palidez, pele fria, diminuição do suor, movimentos e fala lentificados, inchaço palpebral, facial e periférico, perda de cílios ou sobrancelhas, queda de cabelo, hipertensão ou bócio (BRENTA *et al.*, 2013).

## DIAGNÓSTICO

Em caso de suspeita de hipotireoidismo, solicita-se exame de TSH. A confirmação se faz pela dosagem de TSH e de T4 livre no sangue.

No hipotireoidismo primário há elevação do TSH com diminuição do T4 livre, enquanto na forma subclínica possui aumento discreto de TSH, com o T4 livre dentro do esperado. Já o hipotireoidismo central é a diminuição no T4 livre associado ao TSH não elevado.

Pode também solicitar a dosagem dos anticorpos antitireoidianos anti-TPO e anti-Tg, pois, se em altas quantidades no sangue (principalmente o anti-TPO), reforçam a possibilidade de tireoidite autoimune.

## TRATAMENTO

O tratamento do hipotireoidismo é feito através de reposição com levotiroxina, medicação com poucos efeitos colaterais e tomada uma vez ao dia em jejum (SILVA *et al.*, 2011).

Orientações do tratamento com levotiroxina:

- Tomar medicamento pela manhã, em jejum (30 minutos antes do café);

- Ajustar dose em 25  $\mu\text{g}$  por vez (12,5  $\mu\text{g}$  em idosos ou cardíacos);

- Realizar novo TSH após 4-6 semanas de cada ajuste de dose;

- Após atingir o controle (TSH normal), dosar o TSH anualmente (SILVA *et al.*, 2011).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRENTA, G. *et al.* Diretrizes clínicas práticas para o manejo do hipotireoidismo. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 57, p. 265, 2013.

SILVA, A.S. *et al.* Os distúrbios tireoidianos e suas abordagens principais na atenção primária à saúde. Revista da AMRIGS, v. 55, p. 380, 2011.

SILVA, M. *et al.* Avaliação do nível de TSH em um grupo de pacientes ambulatoriais. Rev. AMRIGS, p. 273-275, 2015.

OLIVEIRA, V. & MALDONADO, R.R. Hipotireoidismo e hipertireoidismo: uma breve revisão sobre as disfunções tireoidianas. Interciência & Sociedade, v. 3, 2014.

## Capítulo 23

# NÓDULOS VOCAIS

Isabella Sales dos Santos<sup>1</sup>  
Nathalia Ferreira Souza<sup>1</sup>  
Rafaela de Cássia Nunes Neves<sup>1</sup>  
Isadora Marinho de Sousa Bechtluft<sup>2</sup>

1. Discente – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.
2. Graduada – FUNJOB - Faculdade de Medicina de Barbacena.



## INTRODUÇÃO

A voz humana é o resultado do som produzido pela passagem do ar pelas pregas vocais, modificado pelas estruturas articulares. Anteriormente, na região anatômica dessas pregas podem ser encontradas lesões, mais especificamente na metade da área de maior vibração glótica, são os chamados nódulos vocais (BEHLAU *et al.*, 2017). Esses são comuns da laringe, tanto na população adulta quanto pediátrica, e são patologias comuns que interferem na emissão da voz. Um diferencial dessa afecção é o fato de responder com eficácia à terapia da fala na grande maioria dos casos. Quando isso não ocorre, é importante que haja investigação complementar do quadro clínico (SIMÕES, 2019).

## DEFINIÇÃO

Os nódulos vocais são lesões benignas e pequenas causadas por uma reação do tecido ao constante estresse induzida pelo movimento brusco e frequente das pregas vocais. Comumente, crescem no ponto médio da superfície interna das cordas vocais e, por norma, os nódulos são bilaterais, esbranquiçados e simétricos (SIMÕES, 2019).

## O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?

As lesões benignas da laringe citadas acima são ocasionadas majoritariamente em decorrência do mau uso da voz associado a hábitos inadequados no que diz respeito à fala (SILVA, 2018). O trauma fonatório, que decorre do uso excessivo ou incorreto da voz, aumenta o nível de stress mecânico e esse aumento na força de colisão entre as cordas vocais resulta em edema e aumento da pressão na membrana dessas. Assim, os eventos agressores contínuos geram

lesões nas cordas vocais que afetam sua anatomia e alteram seu padrão vibratório normal (SIMÕES, 2019). As alterações incluem ainda a perda de componentes ricos em ácido hialurônico que contribuem para elasticidade das cordas vocais e aumentam os depósitos de fibronectina, componente da matriz extracelular associado a remodelação e cicatrização, o que favorece a rigidez das cordas vocais (SIMÕES, 2019).

## SINAIS E SINTOMAS

Os nódulos vocais provocam alteração na produção normal da voz, causando disфонia. Dessa forma, a reação manifesta-se com rouquidão seguida de fadiga vocal, dor de garganta e falha na emissão do som ao longo do dia. Ademais, o paciente pode apresentar pigarro e dificuldade de respirar em casos mais avançados (SILVA, 2018).

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é realizado principalmente pelo histórico do paciente, pela queixa clínica e por meio de exames visuais, como a laringoscopia indireta com fibra óptica rígida ou flexível e a estroboscopia, que consiste em um aparelho endoscópico que permite a visualização dos movimentos das pregas vocais. Todos eles se dedicam a estabelecer o diagnóstico de nódulos, pólipos, granulomas e papilomas das cordas vocais. Por vezes, é necessário que o médico colete uma pequena porção de tecido para que seja encaminhado ao exame anatomopatológico (biópsia), a fim de definir a histologia da lesão e se certificar de que o crescimento não é canceroso (SASAKI, 2020).

O futuro do diagnóstico, para o qual a visualização direta por fibra óptica e a estro-

boscopia são o padrão-ouro atual, pode vir a utilizar imagens de banda estreita e videoqui-mografia. A utilidade clínica do ultrassom e da tomografia de coerência óptica é mais remota devido à baixa disponibilidade e alto custo (NAUNHEIM, 2017).

## **TRATAMENTO**

O tratamento de nódulos, pólipos e granulomas das cordas vocais consiste em evitar irritativos da laringe e manter o repouso vocal. Se a causa for o uso excessivo da voz, pode ser necessária a realização de fisioterapia vocal, conduzida por um fonoaudiólogo, a fim de auxiliar o paciente sobre técnicas de fala e/ou canto, sem atrito abrupto das cordas vocais. O

fonoaudiólogo, profissional mais capacitado para acompanhamento vocal, pode dispor ainda de programas de treinamento de computador para ajudar as pessoas a evitar a tensão vocal ou diminuir o tom da fala. Medidas adicionais para aqueles que usam sua voz profissionalmente incluem assegurar uma hidratação adequada (aporte oral e inalatório) e modificações na dieta em casos específicos.

A maioria dos nódulos e granulomas envolvem sem tratamento. Os que se mantêm podem ser removidos cirurgicamente quando houver indicação médica, mas é importante ressaltar que há grande probabilidade de recidivas (SASAKI, 2020).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEHLAU, M. *et al.* Higiene vocal: cuidando da voz. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2017.
- NAUNHEIM, M.R. Benign vocal fold lesions: update on nomenclature, cause, diagnosis, and treatment. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, v. 25, p. 453, 2017.
- SASAKI, C.T. Pólipos, nódulos e granulomas das pregas vocais. MSD Manuals, jul. 2020. Disponível em: [msdmanuals.com/pt-br/profissional/distúrbios-do-ouvido,-nariz-e-garganta/distúrbios-laríngeos/pólipos-nódulos-e-granulomas-das-pregas-vocais](https://msdmanuals.com/pt-br/profissional/distúrbios-do-ouvido,-nariz-e-garganta/distúrbios-laríngeos/pólipos-nódulos-e-granulomas-das-pregas-vocais). Acesso em: 14 Mar. 2022.
- SILVA, S.S.L. Principais patologias laríngeas em professores. *Distúrbios da Comunicação*, v. 30, p. 767, 2018.
- SIMÕES, F.A. Pólipos e nódulos das cordas vocais [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2019.

## SEÇÃO 6

# OUVIDO

## Capítulo 24

# LABIRINTITE

Katia Mara Tavares<sup>1</sup>

Yan Tavares Carrilho de Castro<sup>1</sup>

Letícia Veiga Assis de Souza<sup>1</sup>

Priscilla Okazaki Caldas Vaz<sup>2</sup>

1. Discente – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.
2. Graduada – FMP - Faculdade de Medicina de Petrópolis.



## **INTRODUÇÃO**

A labirintite é o distúrbio causado por sintomas de tontura e vertigem relacionadas a alterações que afetam o labirinto (estrutura interna do ouvido) (TRONCOSO & NUNES, 2019).

## **DEFINIÇÃO**

Labirintite é um processo inflamatório de origem infecciosa que acomete os órgãos do labirinto, causando vertigens que podem ser de origem periférica (labirinto) ou central - sistema nervoso central (EDLOW *et al.*, 2018).

## **O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?**

Trata-se de uma inflamação que pode levar à infecção que ocorre por disseminação de bactérias, secundária à otite média. Entre outras causas estão doenças autoimunes, traumas, hipoglicemia, alteração circulatória, efeito colateral de remédios e aumento de pressão.

A causa mais comum é a vertigem posicional paroxística benigna (VPPB), que é o descolamento ou desprendimento de pedrinhas de carbonato de cálcio que ficam em uma membrana gelatinosa no labirinto (MELO NETO *et al.*, 2013).

## **SINAIS E SINTOMAS**

Os sintomas apresentados são tontura (desordem de orientação espacial), vertigem (sensação rotacional, na qual o paciente sente

que o ambiente ou ele mesmo gira), falta de equilíbrio, náuseas, vômitos, mal-estar geral, perda auditiva, diminuição da capacidade de entender a fala, zumbido ou sensação de pressão no ouvido e espasmos involuntários no globo ocular. Os sintomas começam, de repente, de três a quatro dias após o início da inflamação, e podem durar minutos, horas ou dias (DOMMARAJU & PERERA, 2016).

## **DIAGNÓSTICO**

O diagnóstico é feito através de anamnese e exame físico. A avaliação clínica e o exame otoneurológico são essenciais para o diagnóstico. Um exame neurológico anormal pode acusar um comprometimento central, sendo necessário um exame de imagem (EDLOW *et al.*, 2018).

## **TRATAMENTO**

A identificação e o tratamento precoce são essenciais para preservar a função do órgão. O tratamento é feito à base de medicações que proporcionem a redução dos sintomas, como antivertiginosos, antieméticos, antibióticos e, se necessário, corticoides. O objetivo é proteger o epitélio sensorial da orelha interna.

Sendo o quadro crônico, encaminhar o paciente para médico especialista para realização de tratamentos específicos – reabilitação vestibular (CAVALCANTE, 2014).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAVALCANTE, V.R.B. Análise das características de formação e do conhecimento sobre doenças vestibulares de médicos no Sertão Paraibano [dissertação]. Santos: Universidade Católica de Santos, 2014.

DOMMARAJU, S. & PERERA, E. An approach to vertigo in general practice. *Australian Family Physician*, v. 45, p. 190, 2016.

EDLOW, J.A. *et al.* A new diagnostic approach to the adult patient with acute dizziness. *The Journal of emergency medicine*, v. 54, p. 469, 2018.

MELO NETO, J.S. *et al.* Vestibular rehabilitation in patients with benign paroxysmal positional vertigo. *Revista CEFAC*, v. 15, p. 510, 2013.

TRONCOSO, A.T. & NUNES, C.P. Discussão em vertigem, labirintite e diagnósticos diferenciais. *Revista de Medicina de Família e Saúde Mental*, v. 1, 2019.

## Capítulo 25

# OTITE MÉDIA AGUDA

Ana Carolina Gasparotto<sup>1</sup>  
Luiza Rabello Trindade<sup>1</sup>  
Milene Fernandes Aguiar<sup>1</sup>  
Stheffani Martins Moreira dos Anjos<sup>2</sup>

1. Discente – UNIFENAS - Alfenas Universidade José do Rosário Vellano.
2. Graduada – FAMEMA - Faculdade de Medicina de Marília.



## INTRODUÇÃO

A otite média aguda (OMA) é desencadeada por um processo inflamatório na orelha média, ocorrendo essencialmente na tuba auditiva (NOGUEIRA *et al.*, 2021). É uma doença de comum prevalência entre 6 meses e 2 anos de idade, podendo atingir crianças mais velhas, e é menos comum em adolescentes e adultos (PLITCHER *et al.*, 2018).

## DEFINIÇÃO

A infecção se desenvolve quando os microrganismos presentes na região da garganta se estabelecem na secreção inflamatória acumulada na orelha média. Com a proliferação desses microrganismos nesse local, ocorre a manifestação de sinais e sintomas típicos de infecção (PLITCHER *et al.*, 2018).

## O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?

A otite média aguda é causada por vários fatores, porém, ocorre, principalmente, por infecção viral, bacteriana ou ambas (SILVA, 2019).

A OMA é normalmente considerada uma infecção bacteriana, sendo *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Moraxella catarrhalis* os principais agentes bacterianos causadores dessa doença. Entretanto, a maioria dos casos de OMA ocorre juntamente ou logo após uma infecção viral na região respiratória (SILVA, 2019).

## SINAIS E SINTOMAS

Dor de ouvido, irritabilidade, dor de cabeça, diarreia, vômitos, perda de apetite e febre, além de redução ou perda de audição, são os principais sinais e sintomas da otite média

aguda, principalmente em crianças (SILVA, 2019; NOGUEIRA *et al.*, 2021).

O “puxar a orelha” e a irritabilidade podem ser os únicos sinalizadores de dor em crianças menores (SILVA, 2019).

## DIAGNÓSTICO

Segundo a Academia Americana de Pediatria, o diagnóstico é clínico, sendo necessário pelo menos um dos critérios abaixo:

- Abaulamento moderado ou severo de membrana timpânica;
  - Presença de otorreia (secreções que saem pelo ouvido) de início recente não relacionada à otite externa;
  - Abaulamento leve de membrana timpânica;
- Além de:
- Início recente (< 48 horas) de dor de ouvido (em bebês podem apresentar manuseio excessivo da orelha);
  - Hiperemia (vermelhidão) relevante de membrana timpânica.

A indicação de exames diagnósticos é feita apenas com suspeita de complicações como mastoidite (tomografia computadorizada de mastoide), meningite (exame do líquido cefalorraquidiano), abscesso cerebral (tomografia computadorizada ou ressonância magnética de crânio), labirintite, paralisia facial e trombose (MORI & NANBU, 2021).

## TRATAMENTO

O uso de medicamentos para dor (analgésicos) e febre (antitérmicos) deve ser imediato, uma vez que os antibióticos demoram cerca de 48 horas para atenuar o quadro de febre e otalgia (dor de ouvido). Dentre os analgésicos mais usados, há a dipirona, o paracetamol e o ibuprofeno.

O tratamento recomendado para casos considerados não complexos é com amoxicilina (45-90 mg/Kg/dia dividida em duas ou três doses), que também pode ser associada a inibidores de beta-lactamase em casos de pacientes com comorbidades severas ou suspeita de infecções resistentes. Sobre a duração do tratamento, a indicação é de pelo menos dez dias, especialmente para os pacientes mais graves com características de risco que indicam a necessidade do tratamento com antibiótico. Para pacientes com alergia a penicilinas sem gravidade, podem ser utilizadas cefalosporinas de segunda ou terceira geração, clindamicina e preferencialmente macrolídeos, especialmente a claritromicina. A azitromicina e o cefaclor não podem ser utilizados, já que possuem um alto índice de resistência (ABORL CCF, 2017).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL – ABORL CCF. I Campanha sobre uso de antibióticos em infecções de vias aéreas superiores. S.l.: ABORL CCF, 2017.

MORI, M. & NANBU, D. Otite média aguda em crianças e adolescentes: diretrizes para o diagnóstico e tratamento. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira, ago. 2021.

NOGUEIRA, T.M. *et al.* Otite média aguda. In: SILVA, A.F. Revisões em clínica médica. Rio de Janeiro: Autografia, 2021.

PLITCHER, O.B. *et al.* Como evitar o uso inadequado de antibióticos nas infecções do trato respiratório superior?: posição de um painel de especialistas. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. v. 84, p. 265, 2018.

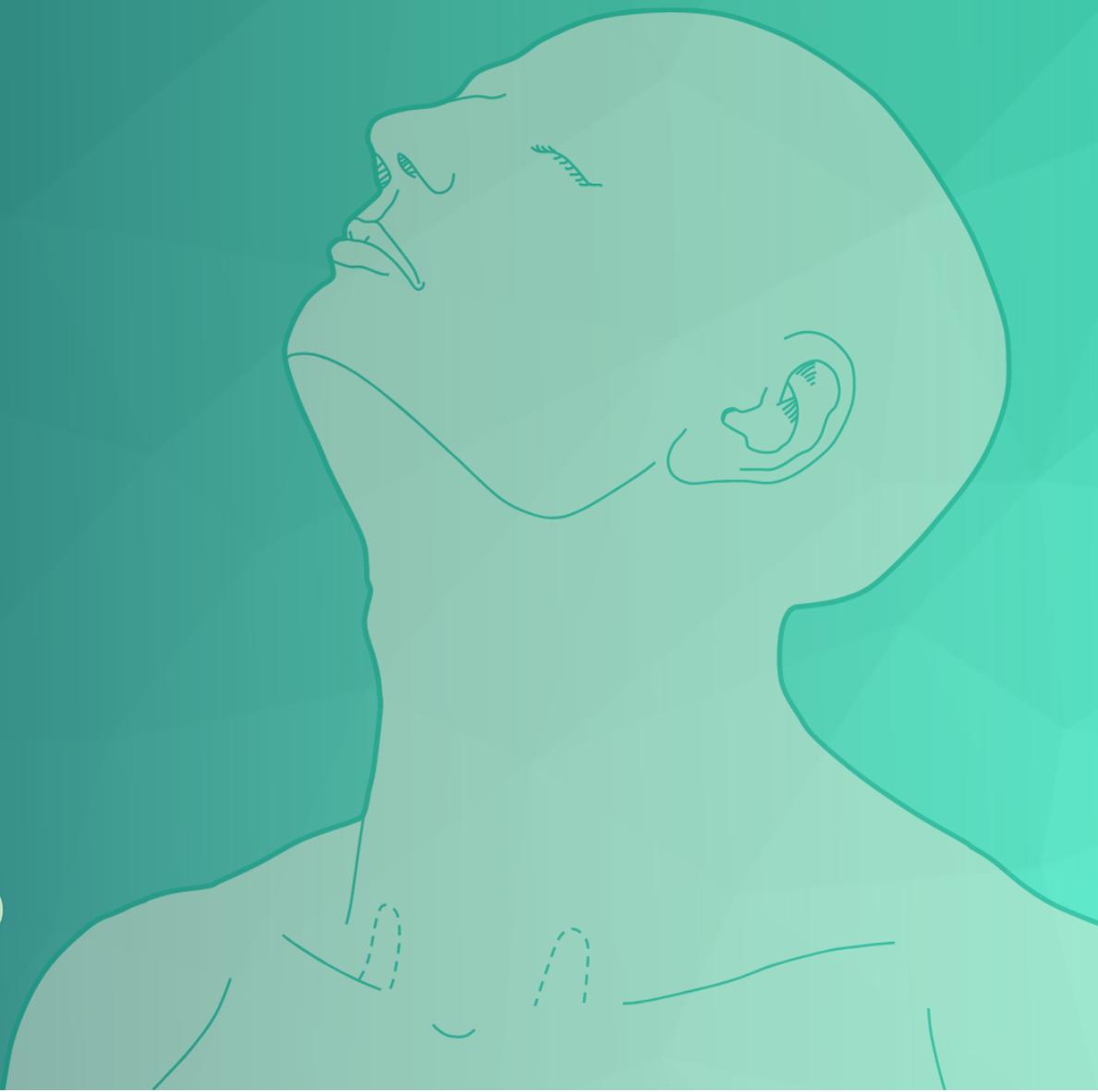
SILVA, M.M. Detecção de vírus respiratórios por PCR em tempo real em crianças com otite média aguda recorrente [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, 2019.

## Capítulo 26

# VERTIGEM

Carollayne Mendonça Rocha<sup>1</sup>  
Rommel de Sousa Carneiro<sup>2</sup>

1. Discente – UNIFENAS - Alfnas Universidade José do Rosário Vellano.
2. Docente – UNIFENAS - Alfnas Universidade José do Rosário Vellano.



## INTRODUÇÃO

Vertigem é certa forma de tontura sentida tal como uma noção de movimento em que não há movimento verdadeiro. A população comumente sente que ela, o local, ou os dois estão girando (BRONSTEIN, 2018).

## DEFINIÇÃO

Podemos definir a vertigem como uma alucinação de movimento que pode ser rotacional (movimento de rotação – movimento em torno de si) ou translacional (movimento de translação – movimento de um ponto a outro): é a famosa “tonteira”. Para ocorrer essa sensação, é preciso que uma das seguintes vias esteja afetada: sistema visual, vestibular ou de propriocepção (informação postural, posicional, encaminhada ao sistema nervoso central pelos receptores encontrados em músculos, tendões, ligamentos e articulações ou pele) (TRONCOSO & NUNES, 2019).

## O QUE CAUSA ESSA DOENÇA?

Vertigem é frequentemente causada por distúrbios de segmentos do ouvido e do cérebro que estão envolvidos na correção do equilíbrio (KIM *et al.*, 2021; BRITO, 2019).

## SINAIS E SINTOMAS

Na população com vertigem, alguns sintomas podem ser preocupantes. Dentre eles:

- Dificuldade ao deambular (andar);
- Dor de cabeça;
- Desmaio;
- Dor no pescoço;
- Dificuldade para ouvir;
- Dificuldade para ver;
- Dificuldade para falar e engolir;

- Dificuldade para movimentar um braço ou uma perna (MARTINS, 2016; MANO, 2015).

Indivíduos com tontura também podem vomitar e sentir náuseas (mal-estar no estômago), ter problemas de equilíbrio e dificuldade para andar. Algumas pessoas apontam manobras involuntárias dos olhos durante um episódio de tontura (MATOS, 2021).

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é feito por meio de perguntas feitas aos pacientes de forma bem dirigida (anamnese) sobre os sintomas e, depois disso, faz-se um exame físico. O que consegue se identificar no histórico do paciente e o que se encontra no decorrer do exame físico normalmente sugere um motivo para a vertigem (ALVARENGA *et al.*, 2011; KIM *et al.*, 2019).

No decorrer do exame físico, os olhos, o sistema neurológico e os ouvidos são especialmente importantes. Os olhos são inspecionados quanto a movimentos irregulares. Testa-se a audição e avaliam-se os ouvidos quanto a danos no tímpano e no canal auditivo. Além disso, também é feito um exame neurológico de forma completa, dando peculiar atenção aos testes para a parte do equilíbrio, coordenação e marcha. Alguns exames mais específicos podem ser essenciais, mas isso vai depender da análise precisa da anamnese e do exame físico (KIM *et al.*, 2019; AHMADI *et al.*, 2020).

## TRATAMENTO

A vertigem será tratada sempre que for possível. Náuseas e vômitos podem ser tratados com anti-histamínicos (MANO, 2015; BERTOL & RODRÍGUEZ, 2008).

O tratamento das crises é feito com supressores vestibulares, como por exemplo anti-

histamínicos, antieméticos e sedativos. Podem ser realizadas, também, algumas manobras terapêuticas, como por exemplo a manobra de Epley (manobra feita pelo profissional da saúde), que é uma manobra tipo cambalhota da cabeça. Além disso, algumas situações podem ser evitadas, como levantar-se de forma rápida, guardar objetos em lugares difíceis de alcançar, dentre outras (BERTOL & RODRÍGUEZ, 2008; RASTEIRO, 2018).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHMADI, S.A. *et al.* Modern machine-learning can support diagnostic differentiation of central and peripheral acute vestibular disorders. *Journal of Neurology*, v. 267, p. 143, 2020.
- ALVARENGA, G.A. *et al.* Vertigem posicional paroxística benigna sem nistagmo: diagnóstico e tratamento. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 77, p. 799, 2011.
- BERTOL, E. & RODRÍGUEZ, C.A. Da tontura à vertigem: uma proposta para o manejo do paciente vertiginoso na atenção primária. *Revista de APS*, v. 11, 2008.
- BRITO, J.S. Livro de ouro da medicina. Paracatu: Clube de Autores, 2019.
- BRONSTEIN, A. Tonturas: diagnóstico e tratamento-uma abordagem prática. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2018.
- KIM, H.A. *et al.* Hemodynamic orthostatic dizziness/vertigo: diagnostic criteria. *Journal of Vestibular Research*, v. 29, p. 45, 2019.
- KIM, H.J. *et al.* Update on benign paroxysmal positional vertigo. *Journal of Neurology*, v. 268, p. 1995, 2021.
- MANO, P. Abordagem e complicações medicamentosas na tontura. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 14, 2015.
- MARTINS, T.F. Prevalência e tratamento da tontura: investigação do impacto de condições de saúde e hábitos de vida na redução dos sintomas em pacientes submetidos a um programa reabilitação vestibular na Atenção Primária à Saúde [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.
- MATOS, W.F. Sintomas vestibulares em crianças com e sem queixa de dificuldade escolar. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2021.
- RASTEIRO, P.A.C. Distúrbios vestibulares periféricos, seus principais sintomas e características semiológicas e o papel da fisioterapia na reabilitação. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2018.
- TRONCOSO, A.T. & NUNES, C.P. Discussão em vertigem, labirintite e diagnósticos diferenciais. *Revista de Medicina de Família e Saúde Mental*, v. 1, 2019.

## Índice Remissivo

Adenoide 45  
Alergia 61  
Amigdalite 26  
Apneia 22

Boca 7

Câncer 7, 10, 14, 18  
Cefaleia 2  
Cisto 72  
Cordas vocais 40, 83  
Coriza 55, 58, 64

Desmaio 95  
Doença do beijo 33  
Dor 29, 45, 64, 91  
Dor de cabeça 2  
Dor de garganta 26  
Dor no corpo 55, 58

Enxaqueca 2  
Espirro 61  
Equilíbrio 95

Faringe 10  
Febre 55  
Ferida 7

Ganho de peso 79  
Garganta 10, 14

Herpes 33  
Hormônios tireoidianos 18, 76, 79

Inflamação 26, 29, 91

Labirintite 88  
Laringe 14, 29

Mal-estar 58

Nariz 45, 49, 52, 61  
Nódulo 68, 83

Ouvido 88, 91

Pescoço 68, 72  
Respiração 22, 36, 49  
Ronco 36

Sangramento nasal 52  
Sangue 52  
Seios nasais 64  
Septo nasal 49  
Som 40  
Sono 22, 36

Taquicardia 76  
Tireoide 18, 68, 72, 76, 79  
Tontura 88, 95

Vírus 33  
Voz 40, 83

