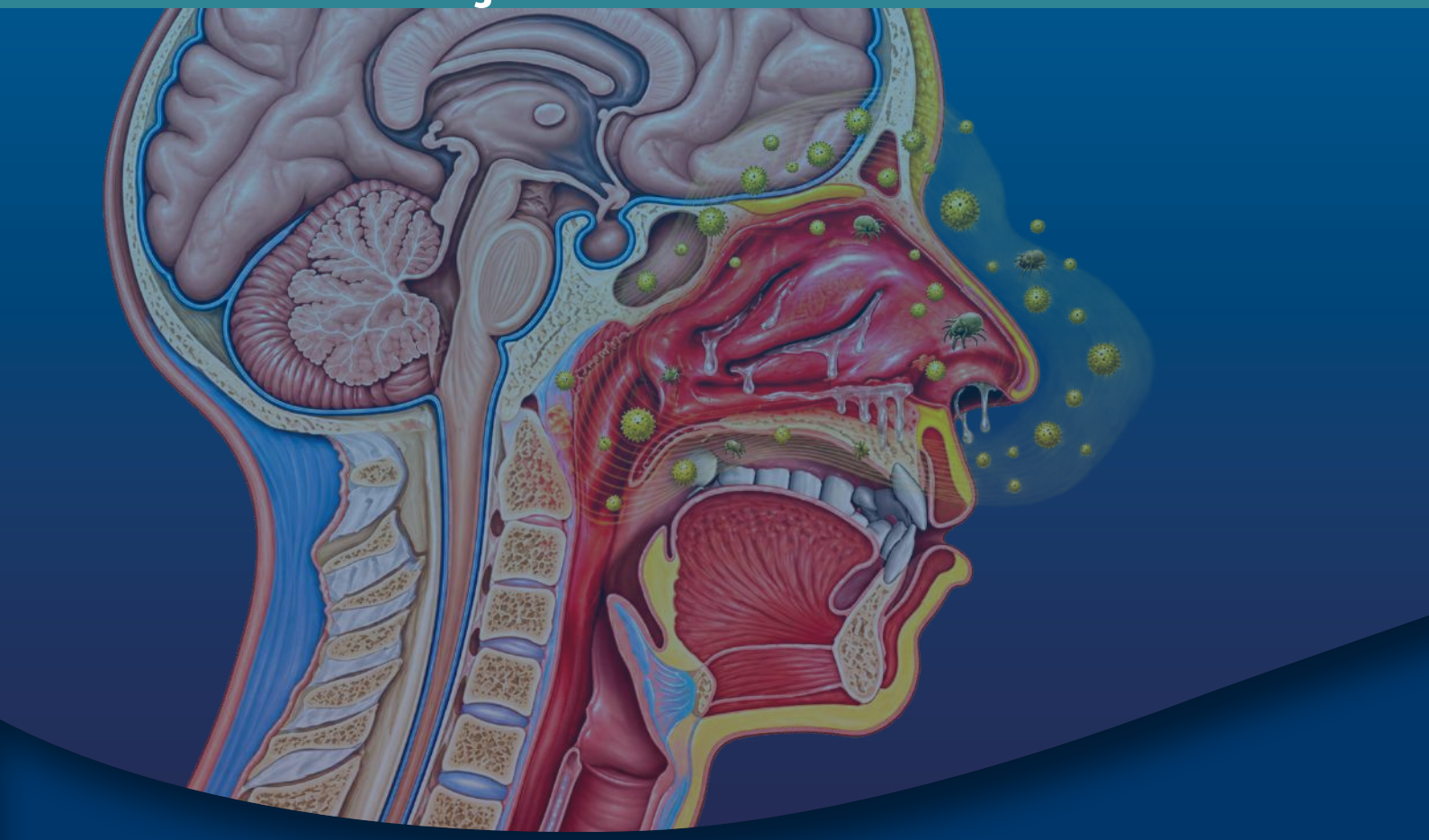
Position Paper sobre Corticosteroides Intranasais (CIN) nas Doenças Nasossinusais



ABOPE
Academia Brasileira de Otorrino Pediátrica

ACADEMIA BRASILEIRA DE RINOLOGIA
FUNDADA EM 14.11.1974

ABORL
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL

Position Paper sobre Corticosteroides Intranasais (CIN) nas Doenças Nasossinusais

Academia Brasileira de Rinologia, Academia Brasileira de Otorrinolaringologia Pediátrica e Departamento de Alergia da ABORL-CCF

Coordenadores: João Ferreira de Mello Júnior e Wilma Terezinha Anselmo-Lima

Colaboradores:

Anna Carolina Nogueira Arraes

Coordenadora do ambulatório de doença respiratória grave do HUPE-UERJ; Médica integrante da equipe do ambulatório de Rinologia e do ambulatório de Alergia/Imunologia UERJ.

Carolina Sponchiado Miura

Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo; Presidente da Academia Brasileira de Otorrinolaringologia Pediátrica - 2026-2027.

Eduardo Baptistella

Mestre em Orl CAPES; Pós Graduação Instituto Cleveland - Alergia/Imunologia

Eduardo Macoto Kosugi

Professor Adjunto Livre Docente do Setor de Rinologia da UNIFESP-EPM; Vice-Presidente da Academia Brasileira de Rinologia 2026.

Edwin Tamashiro

Professor Associado da Divisão de Otorrinolaringologia - FMRP/USP.

Eulalia Sakano

Professora Livre Docente da Faculdade de Medicina da Unicamp; Coordenadora do Setor de Rinologia do IOU – Unicamp.

Fabiana Cardoso Pereira Valera

Professora titular de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; Presidente da Academia Brasileira de Rinologia – 2026.

Fabrizio Ricci Romano

Doutor em ciências pela FMUSP. Pós-doutorado em Otorrinolaringologia pela FMUSP-RP. Coordenador de ORL do Sabará Hospital Infantil. Médico colaborador do setor de Rinologia da UNIFESP-EPM. Ex-Presidente da Academia Brasileira de Rinologia e da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia

Flavio Massao Mizoguchi

Membro do Departamento de alergia da ABORL-CCF; Preceptor de fellow no Centro de Rinite e Alergia do Hospital IPO-PR; Membro fundador e primeiro secretário da Associação Paranaense de Otorrinolaringologia- ASPO.

João Ferreira de Mello Jr

Professor livre-docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

João Vianney Brito de Oliveira

Membro do Departamento de Alergia da ABORL-CCF; Membro do Departamento de Rinites da ASBAI; Presidente da Sociedade de Otorrinolaringologia do Estado do Rio de Janeiro (biênio 2023/2024).

Juliana Alves de Sousa Caixeta

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás; Professora colaboradora voluntária da Universidade Federal de Goiás.

Olavo Mion

Professor Colaborador da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Renato Roithmann

Professor adjunto de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade Luterana do Brasil; membro do corpo científico associado do Departamento de Otorrinolaringologia do Mount Sinai Hospital, Toronto, Canadá.

Vitor Guo Chen

Professor da Disciplina de Otorrinolaringologia Pediátrica do Departamento de ORLCCP da UNIFESP-EPM; Vice-Presidente da Academia Brasileira de Otorrinolaringologia Pediátrica 2026-27.

Wilma Terezinha Anselmo-Lima

Professora Titular de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Indice

Parte 1 – Fundamentos 4

O que são corticosteroides? 4
Particularidades do Corticosteroide Intra nasal (CIN) 4
Mecanismo de ação 5
Principais moléculas disponíveis 6
Segurança e biodisponibilidade 6
Segurança local 7
Segurança sistêmica e eixo HPA 7
Segurança ocular 7
Segurança em crianças e crescimento 8
Populações especiais 8

Parte 2 – Indicações por doença 9

1. Rinite alérgica 9
2. Rinite não alérgica. 10
3. Rinossinusite aguda (RSA) 11
4. Rinossinusite Crônica sem Pólipo Nasal (RSCsPN) 14
5. Rinossinusite Crônica com Pólipo Nasal (RSCcPN) 15
6. Uso do CIN na perda do olfato 18
7. Pós-operatório de cirurgia nasossinusal 20
8. Hipertrofia de Adenoide 21
9. Rinite do Lactente 23
10. Uso de CIN Nasal para Tratamento de Sintomas Nasais em Gestantes 24
11. Quando não usar CIN 28
    Não usar 28
    Suspender temporariamente 28
    Usar com cautela e monitoramento 28
    Reavaliar o diagnóstico antes de manter 28

Parte 3 – Uso dos CIN na prática clínica 29

1. Spray Nasal 29
2. Lavagem nasal em alto volume com corticosteroide. 29
3. Como melhorar a adesão do paciente ao tratamento 30
4. Quando encaminhar ao especialista 32

Parte 1 – Fundamentos

O que são Corticosteroides?

Corticosteroides compreendem os hormônios esteroides produzidos pelo córtex adrenal e seus análogos sintéticos, sendo classificados principalmente em glicocorticoides e mineralocorticoides.[1]

Os glicocorticoides participam da regulação do metabolismo de carboidratos, lipídeos e proteínas e exercem importantes efeitos anti-inflamatórios e imunomoduladores, enquanto os mineralocorticoides atuam predominantemente na homeostase hidroeletrolítica, por meio da regulação do transporte de íons em células epiteliais, especialmente nos túbulos renais.[1] A **Tabela 1** resume marcos históricos relevantes no desenvolvimento dos corticosteroides e de sua utilização terapêutica.[2]

Particularidades do CIN

Com o objetivo de maximizar a ação local na mucosa das vias aéreas e reduzir a exposição sistêmica, o dipropionato de beclometasona foi introduzido por via intranasal no início da década de 1970.[3]

Os corticosteroides intranasais (CIN) constituem um dos pilares do tratamento farmacológico da rinite alérgica (RA), devido à sua elevada eficácia anti-inflamatória e ao perfil benefício-risco favorável.[3,4,6] Também têm papel relevante em outras doenças inflamatórias nasais e nasossinusais, particularmente nas rinossinusites, conforme a indicação clínica.[3]

Os CIN diferem quanto à biodisponibilidade sistêmica, metabolismo de primeira passagem e afinidade pelo receptor glicocorticoide. Formulações mais antigas apresentam, em geral, maior biodisponibilidade sistêmica, como o dipropionato de beclometasona (~44%), a triancinolona acetonida (~46%), a flunisolida (~49%) e a budesonida (~31%). Em contraste, formulações mais recentes, como propionato de fluticasona, furoato de mometasona, furoato de fluticasona e ciclesonida, apresentam biodisponibilidade sistêmica muito baixa, geralmente <1%.[3,5]

Embora existam diferenças farmacocinéticas relevantes entre as formulações disponíveis, essas diferenças nem sempre se traduzem em disparidades clinicamente importantes de segurança sistêmica quando os CIN são utilizados

Tabela 1. Evolução histórica dos corticosteroides: da cortisona à terapia intranasal

Período	Marco histórico	Relevância
Década de 1930	Isolamento e caracterização dos hormônios do córtex adrenal	Estabelecimento das bases bioquímicas dos corticosteroides
1946	Síntese da cortisona	Possibilitou sua produção e posterior aplicação terapêutica
1948	Primeiro uso terapêutico da cortisona por Hench e colaboradores	Demonstração do seu potente efeito anti-inflamatório
1950	Prêmio Nobel para **Hench, Kendall e Reichstein**	Reconhecimento das descobertas relacionadas aos hormônios do córtex adrenal
Década de 1950	Desenvolvimento de corticosteroides sintéticos, incluindo **prednisona e prednisolona**	Maior potência anti-inflamatória e expansão das aplicações clínicas
Década de 1970	Introdução dos **corticosteroides intranasais**	Transição para uma terapia anti-inflamatória direcionada ao órgão-alvo
Atualidade	Desenvolvimento de moléculas com elevada atividade tópica e baixa biodisponibilidade sistêmica	**Maximização da eficácia local com mínima exposição sistêmica**

Fonte: Adaptado de Benedek TG. History of the development of corticosteroid therapy. Clin Exp Rheumatol. 2011;29 (Suppl 68):S5–S12.[2]

nas doses terapêuticas recomendadas.[4,6] Na prática clínica, tolerabilidade local, características sensoriais, técnica de administração, preferência do paciente, disponibilidade e adesão ao tratamento também influenciam a escolha da formulação.[4,6]

Mecanismo de ação

A maior parte dos efeitos anti-inflamatórios e imunomoduladores dos glicocorticoides (GCs) é mediada, direta ou indiretamente, pela interação com o receptor de glicocorticoide (GR), localizado predominantemente no citoplasma. Após sua ativação, o GR modula a transcrição gênica em células inflamatórias e estruturais, incluindo células epiteliais. Entre os principais mecanismos genômicos estão a transativação de genes anti-inflamatórios e a transrepressão de fatores de transcrição pró-inflamatórios, com redução da expressão de citocinas, quimiocinas, moléculas de adesão e enzimas envolvidas na resposta inflamatória. Além disso, efeitos não genômicos podem contribuir para respostas rápidas.[1] A **Figura 1** resume esses mecanismos.[3]

Os corticosteroides reduzem a inflamação alérgica por diferentes mecanismos genômicos e não genômicos, incluindo transativação, transrepressão, modificação da cromatina e sinalização mediada pela Src-quinase. (1) Ligação ao receptor glicocorticoide (GR). O corticosteroide atravessa a membrana celular e liga-se ao GR intracelular. A ligação promove a dissociação das proteínas associadas ao receptor, permitindo que o complexo corticosteroide–GR migre para o núcleo ou interaja com fatores de transcrição no citoplasma. (2) Transativação. No núcleo, o GR ativado forma dímeros e liga-se aos elementos de resposta aos glicocorticoides (GRE) nas regiões promotoras do DNA, aumentando a transcrição de genes anti-inflamatórios, como annexina-1, MKP-1, SLPI, GILZ e IκBα. (3) Modificação da cromatina.O GR interage com coativadores e correpressores que regulam a acetilação/desacetilação das histonas. Isso modifica a acessibilidade do DNA e pode aumentar a expressão de genes anti-inflamatórios ou reduzir a expressão de genes inflamatórios. (4) Transrepressão. O GR ativado interage diretamente com fatores de transcrição pró-inflamatórios, principalmente NF-κB e AP-1, impedindo sua ação sobre regiões promotoras e, consequentemente, reduzindo a transcrição de genes

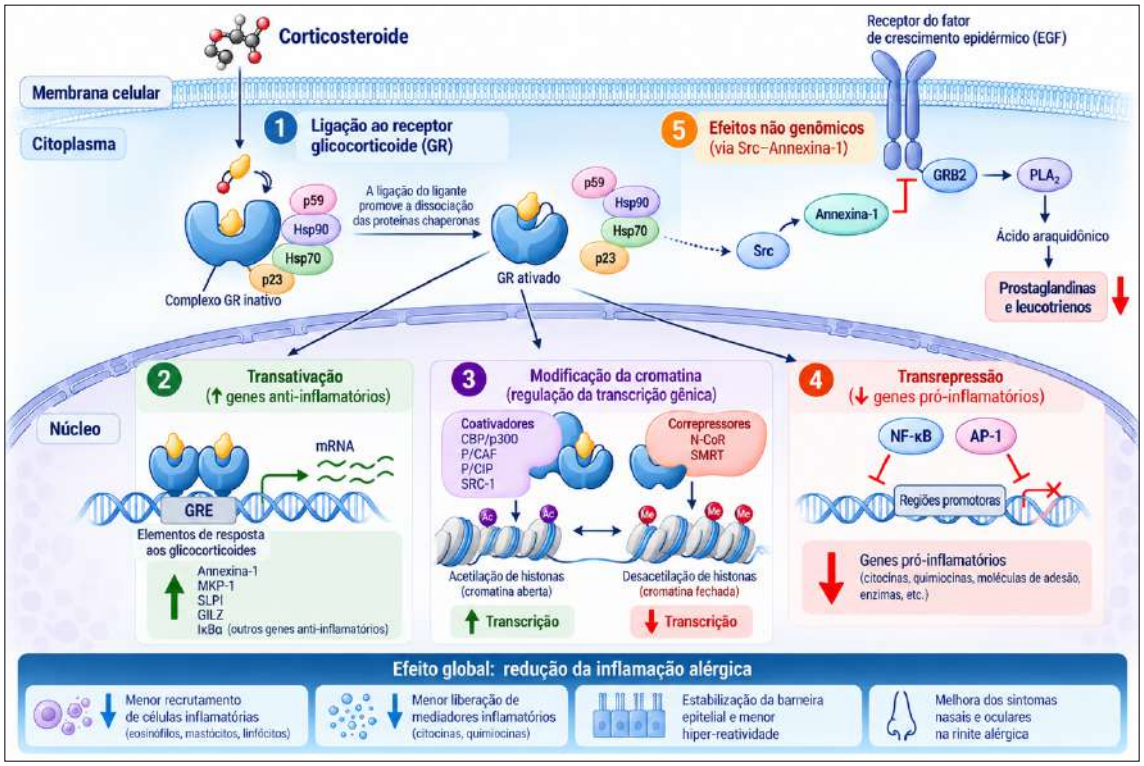


Figura 1. Mecanismos genômicos e não genômicos de ação dos corticosteroides. Adaptado e traduzido de Front Pharmacol. 2019;10:294. doi:10.3389/fphar.2019.00294. Licenciado sob CC BY 4.0. A figura original foi modificada quanto ao design, organização gráfica e terminologia

pró-inflamatórios. (5) Efeito não genômico / Src–annexina-1.A dissociação do complexo GR libera Src, levando à ativação da annexina-1 e interferindo na sinalização EGF–Grb2–PLA_2. O resultado é redução da formação de ácido araquidônico e,consequentemente, menor produção de prostaglandinas e leucotrienos.

Principais moléculas disponíveis

Na **Tabela 2**, apresentamos os principais corticosteroides, com suas características farmacológicas. Na **Tabela 3**, os principais CIN disponíveis no Brasil.

Segurança e biodisponibilidade

Historicamente, as preocupações com a segurança dos corticosteroides intranasais foram mais relevantes para formulações associadas a maior exposição sistêmica. As moléculas mais recentes foram desenvolvidas para maximizar a atividade anti-inflamatória tópica e reduzir a biodisponibilidade sistêmica. Nesse contexto, propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas — como afinidade pelo receptor de glicocorticoide, lipofilicidade, ligação às proteínas plasmáticas, biodisponibilidade oral e metabolismo de primeira passagem — contribuem para o perfil farmacológico e de segurança de cada formulação.[3,5]

Tabela 2. Características farmacológicas, farmacocinéticas e de segurança comparativas dos corticosteroides intranasais utilizados na rinite alérgica

Característica	Dipropionato de beclometasona	Budesonida	Triancinolona acetonida	Propionato de fluticasona	Furoato de fluticasona	Furoato de mometasona	Ciclesonida
Biodisponibilidade sistêmica relativa	Moderada	Moderada	Moderada	Muito baixa	Muito baixa	Extremamente baixa	Extremamente baixa
Metabolismo de primeira passagem	Moderado	Extenso	Moderado–extenso	Extenso, mediado pelo CYP3A4	Extenso	Extenso	Extenso, mediado pelo CYP3A4
Afinidade pelo receptor glicocorticoide	Moderada	Moderada	Moderada	Alta	Muito alta	Muito alta	Alta após conversão em des-CIC
Frequência habitual de administração	2×/dia	1–2×/dia	1×/dia	1–2×/dia	1×/dia	1×/dia	1×/dia
Eventos adversos locais mais comuns	Epistaxe, irritação nasal, ressecamento	Irritação nasal, ressecamento, epistaxe	Epistaxe, desconforto e irritação nasal	Epistaxe, gotejamento pós-nasal, alteração do olfato, irritação da garganta	Epistaxe, nasofaringite, irritação da garganta	Epistaxe, irritação nasal, ressecamento	Irritação nasal, epistaxe, desconforto sensorial
Efeitos sobre o eixo HPA	Preocupações históricas	Sem supressão clinicamente relevante	Sem supressão clinicamente relevante	Sem supressão clinicamente relevante	Sem supressão clinicamente relevante	Sem supressão clinicamente relevante	Sem supressão clinicamente relevante
Dados sobre crescimento pediátrico	Preocupações históricas	Geralmente favoráveis	Geralmente favoráveis	Geralmente favoráveis	Geralmente favoráveis	Geralmente favoráveis	Geralmente favoráveis
Tolerabilidade sensorial	Perfil sensorial convencional	Geralmente bem tolerada	Geralmente bem tolerada	Alteração do olfato e gotejamento pós-nasal	Perfil sensorial favorável	Tolerabilidade sensorial favorável	Menor escorrimento, com perfil de irritação variável
Principais considerações clínicas	Perfil farmacocinético menos favorável	Uso clínico de longo prazo estabelecido, com perfil de segurança aceitável	Uso clínico de longo prazo estabelecido, com perfil de segurança aceitável	Baixa biodisponibilidade sistêmica e extenso metabolismo mediado pelo CYP3A4	Exposição sistêmica muito baixa	Exposição sistêmica muito baixa	Pró-fármaco, com ativação e exposição sistêmica mínima

HPA = eixo hipotálamo–hipófise–adrenal; des-CIC = desisobutiril-ciclesonida, metabólito ativo da ciclesonida.

Fonte: Traduzido de Maglica M, Batinović F, Gudelj M, et al. Biomedicines. 2026;14[7]:1536. doi:10.3390/biomedicines14071536. Licensed under CC BY 4.[0].

Tabela 3. Corticosteroides intranasais disponíveis no Brasil.

Corticosteroide	Apresentação	Faixa etária	Posologia
Beclometasona	50 µg/jato	6–12 anos >12 anos	1–2 jatos/narina • 2×/dia 2 jatos/narina • 2×/dia
Budesonida	32, 50, 64 ou 100 µg/jato	>6 anos	1–2 jatos/narina • 1×/dia
Propionato de fluticasona	50 µg/jato	4–11 anos >11 anos	1 jato/narina • 1–2×/dia 2 jatos/narina • 1–2×/dia
Furoato de fluticasona	27,5 µg/jato	2–11 anos >12 anos	1 jato/narina • 1×/dia 2 jatos/narina • 1×/dia
Furoato de mometasona	50 µg/jato	2–11 anos >12 anos	1 jato/narina • 1×/dia 2 jatos/narina • 1×/dia
Triancinolona	50 ou 55 µg/jato	4–12 anos >12 anos	1 jato/narina • 1×/dia 2 jatos/narina • 1×/dia

Nota: a ciclesonida intranasal 50 µg foi retirada do mercado brasileiro em 2023.

Fonte: Adaptado do V Consenso Brasileiro de Rinites – 2024 (Solé D, et al.).

Formulações como furoato de mometasona, propionato de fluticasona, furoato de fluticasona e ciclesonida apresentam exposição sistêmica muito baixa após administração intranasal, em grande parte devido à reduzida biodisponibilidade da fração deglutida e ao extenso metabolismo de primeira passagem.[3,5] Embora os glicocorticoides sistêmicos possam produzir importantes efeitos metabólicos, as evidências disponíveis não demonstram alterações metabólicas clinicamente relevantes com os CIN utilizados nas doses recomendadas.[3,4] Diferenças farmacocinéticas entre moléculas não se traduzem necessariamente em diferenças clínicas relevantes; tolerabilidade local, características sensoriais, preferência do paciente e adesão podem ter maior impacto na prática.[4,6]

Segurança local

Os eventos adversos locais são geralmente leves e incluem epistaxe, queimação, ardência, ressecamento, espirros, irritação nasal e desconforto faríngeo. A epistaxe é o evento local mais bem documentado e ocorre com maior frequência com CIN do que com placebo.[7] Complicações estruturais clinicamente significativas, como perfuração septal, são raras. A técnica de aplicação é relevante: direcionar o jato lateralmente, afastando-o do septo, e preferencialmente utilizar a mão contralateral pode reduzir trauma septal e epistaxe.[7,8]

Segurança sistêmica e eixo HPA

A supressão do eixo hipotálamo–hipófise–adrenal (HPA) constitui uma preocupação histórica relacionada à exposição sistêmica aos corticosteroides. Entretanto, estudos farmacodinâmicos com as formulações intranasais atualmente utilizadas, quando administradas nas doses terapêuticas recomendadas, em geral não demonstram supressão clinicamente significativa do eixo HPA.[3,4] Esse perfil favorável está relacionado sobretudo à baixa biodisponibilidade sistêmica e ao intenso metabolismo de primeira passagem das moléculas mais recentes. Ainda assim, deve-se considerar a exposição cumulativa em pacientes que utilizam corticosteroides simultaneamente por diferentes vias e em situações que aumentem sua exposição sistêmica.

Segurança ocular

Glaucoma, catarata e aumento da pressão intraocular são complicações bem estabelecidas da exposição prolongada aos corticosteroides sistêmicos e constituem preocupações potenciais durante o uso intranasal prolongado. Entretanto, revisões sistemáticas e metanálises não demonstraram aumento clinicamente significativo da pressão intraocular, glaucoma ou catarata associado aos CIN nas doses recomendadas em pacientes sem doença ocular prévia.[3,9] Em indivíduos com glaucoma, hipertensão ocular ou outros fatores

de risco oftalmológicos, recomenda-se avaliação individualizada durante tratamentos prolongados.

Segurança em crianças e crescimento

Em crianças, a preocupação com crescimento linear deve ser considerada, especialmente em tratamentos prolongados e quando há exposição concomitante a corticosteroides por outras vias. A evidência disponível é globalmente tranquilizadora nas doses recomendadas, embora estudos individuais tenham demonstrado pequenas diferenças de velocidade de crescimento com algumas formulações. Uma metanálise em rede recente, envolvendo 43 ensaios clínicos randomizados e 10.897 participantes pediátricos, não identificou diferenças significativas entre os CIN avaliados quanto a cortisol ou crescimento.[10] Recomenda-se utilizar a menor dose eficaz e acompanhar o crescimento longitudinalmente em crianças em uso crônico.

Populações especiais

A segurança dos corticosteroides intranasais tem sido extensivamente estudada em crianças, enquanto as evidências em outras populações especiais são mais limitadas. Durante a gestação, os dados disponíveis são, em geral, tranquilizadores para budesonida, beclometasona, propionato e furoato de fluticasona e furoato de mometasona, embora a quantidade e a qualidade das evidências variem entre as moléculas. A budesonida dispõe do conjunto histórico mais amplo de dados de segurança na gestação.[3] A escolha deve considerar controle da doença materna, dose mínima eficaz e experiência de segurança da formulação.

Durante a lactação, a baixa exposição sistêmica decorrente da administração intranasal sugere reduzida probabilidade de exposição clinicamente relevante do lactente. A escolha terapêutica deve considerar a gravidade da doença materna, a necessidade de tratamento e a experiência de segurança disponível para cada molécula.[3]

Atenção adicional é necessária em pacientes com comprometimento hepático significativo ou em uso de inibidores potentes do citocromo P450 3A4 (CYP3A4), situações nas quais a exposição sistêmica a determinados corticosteroides pode aumentar.[3,5] Também é prudente considerar a carga total de corticosteroides quando o paciente utiliza simultaneamente formulações intranasais, inalatórias, tópicas dermatológicas ou sistêmicas.

Recomendações

Os corticosteroides intranasais apresentam perfil de segurança globalmente favorável quando utilizados nas doses recomendadas. O risco individual depende da molécula, dose, técnica de aplicação, duração do tratamento, exposição concomitante a corticosteroides por outras vias, interações medicamentosas e características do paciente. A menor dose eficaz, associada à técnica correta de aplicação e à reavaliação periódica da necessidade terapêutica, constitui uma estratégia racional para maximizar o benefício e minimizar eventos adversos.

Referências

1. Liu D, Ahmet A, Ward L, Krishnamoorthy P, Mandelcorn ED, Leigh R, et al. A practical guide to the monitoring and management of the complications of systemic corticosteroid therapy. Allergy Asthma Clin Immunol. 2013 Dec 15;9(1):30. doi:10.1186/1710-1492-9-30
2. Burns CM. The History of Cortisone Discovery and Development. Rheum Dis Clin North Am. 2016 Feb;42(1):1–14. doi:10.1016/j.rdc.2015.08.001
3. Boldes T, Nageris B, Kassem F, Biadsee A. Intranasal Corticosteroids: A Personalized Medicine Approach. IMAJ. 2024 May;26(5):324–32.
4. Maglica M, Batinović F, Gudelj M, Bošković B, Mizdrak I, Radić S, et al. Safety Profile of Intranasal Corticosteroids in Allergic Rhinitis: A Comprehensive Review. Biomedicines. 2026 Jul 9;14(7):1536. doi:10.3390/biomedicines14071536
5. Fowler J, Rotenberg BW, Sowerby LJ. The subtle nuances of intranasal corticosteroids. J Otolaryngol Head Neck Surg. 2021 Jan 1;50(1). doi:10.1186/s40463-020-00480-z
6. Sousa-Pinto B, et al. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA)-EAACI Guidelines—2024–2025 Revision: Part I—Guidelines on Intranasal Treatments. Allergy. 2026. doi:10.1111/all.70131.
7. Wu EL, Harris WC, Babcock CM, Alexander BH, Riley CA, McCoul ED. Epistaxis Risk Associated with Intranasal Corticosteroid Sprays: A Systematic Review and Meta-analysis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2019;161(1):18–27. doi:10.1177/0194599819832277.
8. Lechien JR, et al. Pharmacology, particle deposition and drug administration techniques of intranasal corticosteroids for treating allergic rhinitis. Clin Transl Allergy. 2023;13:e12228. doi:10.1002/clt2.12228.
9. Valenzuela CV, Liu JC, Vila PM, Simon L, Doering M, Lieu JEC. Intranasal Corticosteroids Do Not Lead to Ocular Changes: A Systematic Review and Meta-analysis. Laryngoscope. 2019;129(1):6–12. doi:10.1002/lary.27209.
10. Li Y, et al. Efficacy and safety of various corticosteroids in the treatment of children with allergic rhinitis: A systematic review and network meta-analysis. J Evid Based Med. 2024. doi:10.1111/jebm.12645.

Parte 2 – Indicações por doença

1. Rinite alérgica

1. Indicação

Os corticosteroides tópicos intranasais (CIN) na formulação de spray intranasal são considerados medicamentos de primeira linha para controle da rinite alérgica sendo eficazes tanto no controle dos sintomas nasais quanto oculares.[1,2]

Classificação da rinite alérgica quanto à duração dos sintomas:[1]

- **Intermitente** – Sintomas por menos de 4 dias por semana ou menos de 4 semanas por ano.
- **Persistente** – sintomas por mais de quatro dias por semana e mais de 4 semanas por ano.

Para avaliação da gravidade do quadro utiliza-se uma escala visual analógica (EVA) de 0 a 10 em que zero representa ausência de sintomas e/ou impacto no dia a dia (sono, trabalho, lazer) e 10 sua máxima intensidade segundo avaliação do paciente.[1]

- EVA≥5 é considerada doença não controlada.
- EVA entre 3 e 5 é considerada doença parcialmente controlada.
- EVA<3 é considerada doença controlada.

2. Evidência

Seu tratamento envolve diferentes classes de medicamentos como anti-histamínicos orais, CIN, sua associação com anti-histamínicos intranasais (AH1N) entre outras. Segundo a iniciativa ARIA de 2024 os CIN ou sua associação CIN+AH1IN podem ser prescritos para todos os casos de rinite alérgica (**Quadro 1**).[3] A associação CIN+AH1IN apresenta algumas vantagens em relação aos CIN isolados pois possuem um início de ação mais precoce assim como maior potência e efetividade. Sendo assim, é a preferência para os casos mais graves.[4]

3. Como usar

Quadro 1: Farmacoterapia inicial da rinite alérgica.

EVA<5	EVA≥5	
	Intermitente	Persistente
Anti-H1 ou CIN ou CIN+AH1IN	Anti-H1ou CIN+AH1IN ou CIN	CIN+AH1IN ou CIN
Considerar CIN+ AH1IN nos pacientes com histórico de falha terapêutica		

OBS: Considerar CIN+AH1IN nos pacientes com histórico de falha terapêutica e casos mais graves. EVA – escala visual analógica; Anti-H1 – anti-histamínico oral não sedante; CIN – corticosteroide intranasal; AH1IN – anti-histamínico intranasal. Adaptado de ARIA 2024.[3,4]

4. Limitações e ressalvas

Existem duas combinações de CIN+AH1IN disponíveis no Brasil. Uma contém propionato de fluticasona e azelastina (crianças maiores de 6 anos e adultos) e outra furoato de mometasona e olopatadina (crianças maiores de 12 anos de idade e adultos). Pelo efeito dos anti-histamínicos tópicos essas formulações apresentam um rápido início de ação, sendo mais efetivos que a utilização do corticosteroide tópico intranasal com anti-histamínico oral.[1,2] A associação CIN+AH1IN é mais efetiva no controle dos sintomas que os CIN. Entretanto, apresentam maior custo e alguns pacientes reclamam do gosto da medicação.[2] Seu custo mais elevado deve ser considerado na prescrição.[4]

5. Recomendações

Recomendamos os CIN como tratamento de primeira linha da rinite alérgica. Considerando o custo, a associação CIN+AH1IN deve ser considerada como primeira opção quando se desejar rápido início de ação ou houver histórico de falha com o uso pregresso de CIN.

Referências

1. Solé D, Kuschnir FC, Pastorino AC, Constantino CF, Galvão C, Chong E Silva DC, et al. V Brazilian Consensus on Rhinitis - 2024. Braz J Otorhinolaryngol. 2025 Jan-Feb;91(1):101500. doi: 10.1016/j.bjorl.2024.101500.
2. Wise SK, Damask C, Roland LT, Ebert C, Levy JM, Lin S, et al. Allergic rhinitis - 2023. Int Forum Allergy Rhinol. 2023 Apr;13(4):293-859. doi: 10.1002/alr.23090.
3. Bousquet J, Schünemann HJ, Sousa-Pinto B, et al. Concepts for the Development of Person-Centered, Digitally Enabled, Artificial Intelligence-Assisted ARIA Care Pathways (ARIA 2024). J Allergy Clin Immunol Pract. 2024 Oct;12(10):2648-2668.e2
4. Sousa-Pinto B, Bousquet J, Vieira RJ, Schünemann HJ, Zuberbier T, Bognanni A, Togias A, et al. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA)-EAACI Guidelines-2024-2025 Revision: Part I-Guidelines on Intranasal Treatments. Allergy. 2026 Apr;81(4):954-976. doi: 10.1111/all.70131.

2. Rinite não alérgica

1. Indicação

A rinite não alérgica corresponde a uma síndrome heterogênea, portanto é necessário identificar o fenótipo.

Quando o corticosteroide intranasal faz mais sentido?[1,2,3]

Perfil clínico	Conduta prática
Obstrução predominante ± inflamação	CIN é opção de primeira linha
NARES / eosinofilia nasal	Racionalidade clínica favorável a CIN
Rinite mista	CIN frequentemente útil
Rinorreia aquosa isolada (gustatória/senil)	CIN pode não ser a melhor monoterapia; considerar ipratrópio*

OBS: Brometo de ipratrópio não está disponível comercialmente no Brasil para aplicação tópica nasal.

Racional 3

Obstrução + inflamação	CIN
Obstrução + rinorreia/espirros	CIN ou anti-histamínico intranasal
Controle insuficiente	Considerar CIN + anti-histamínico intranasal

OBS: CIN corticosteroide tópico intranasal.

2. Evidência

O nível de evidência para o uso de CIN nas rinites não alérgicas é baixo.[2] Contudo, o CIN pode ser considerado como monoterapia inicial, sobretudo quando predominarem obstrução e/ou inflamação.

3. Como usar

No caso de resposta insuficiente:

- Confirmar diagnóstico
- Revisar técnica e adesão
- Identificar sintoma/fenótipo dominante
- Rever gatilhos e exposições
- Reavaliar diagnósticos diferenciais

4. Limitações e ressalvas

Diferenciais importantes

Rinite alérgica local, rinite mista, rinossinusite crônica ± pólipos, rinite medicamentosa, alterações estruturais, hipertrofia de cornetos, exposição ocupacional/irritantes, rinite hormonal, rinorreia liquórica quando pertinente dentre outros.[1,3]

5. Recomendações

Sugerimos CIN quando predominarem obstrução e/ou componente inflamatório, particularmente em NARES, rinite mista e fenótipos com congestão. Em rinorreia aquosa isolada, o CIN pode não ser a melhor monoterapia; a resposta deve ser reavaliada após revisão do diagnóstico, técnica e adesão.

Referências

1. Dykewicz MS, Wallace DV, Amrol DJ, Baroody FM, Bernstein JA, Craig TJ, Dinakar C, et al. Rhinitis 2020: A practice parameter update. J Allergy Clin Immunol. 2020 Oct;146(4):721-767. doi: 10.1016/j.jaci.2020.07.007.
2. Segboer C, Gevorgyan A, Avdeeva K, Chusakul S, Kanjanaumporn J, Aeumjaturapat S, Reeskamp LF, et al. Intranasal corticosteroids for non-allergic rhinitis. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Nov 2;2019(11):CD010592. doi: 10.1002/14651858.CD010592.pub2.
3. Hellings PW, Klimek L, Cingi C, Agache I, Akdis C, Bachert C, Bousquet J, et al. Non-allergic rhinitis: Position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Allergy. 2017 Nov;72(11):1657-1665. doi: 10.1111/all.13200.

3. Rinossinusite aguda (RSA)

1. Indicação

O corticosteroide tópico nasal (CIN) na rinossinusite aguda (RSA) oferece benefício sintomático pequeno, dependente de dose e duração, em especial nas formas mais prolongadas da RSA. Interessante observar como as diretrizes recomendam diante deste efeito modesto: o EPOS2020 pondera que seu efeito modesto não justifica o uso do CIN nos quadros iniciais de RSA, devendo ser reservado somente para os quadros mais duradouros e muito sintomáticos; já o ICAR-RS-2021 considera que os benefícios, mesmo que modestos, associados ao baixíssimo risco compensam o seu uso em todas as RSA. O Consenso Brasileiro de Rinossinusites (Evidências e Experiências 2024) considera opção o seu uso em RSA viral (RSAV), com benefício nos quadros mais graves de RSAV; e recomenda seu uso em dose dobrada nas RSA bacterianas (RSAB) no lugar do antibiótico nas RSAB leves e em associação ao antibiótico nas RSAB graves.[1-3]

2. Evidência

O racional para o CIN na RSA é a redução do edema e da inflamação da mucosa nasossinusal, com consequente melhora sintomática, sobretudo da congestão nasal e da dor facial.

RSA viral e variações

A revisão Cochrane de 2015 sobre RSAV reuniu três ensaios randomizados, com 353 participantes entre 2 e 14 anos e adultos, e não demonstrou benefício sobre a duração ou a gravidade dos sintomas da RSAV.[4] A revisão Cochrane de 2013 sobre RSA incluiu quatro ensaios, com 1.943 participantes e diagnóstico confirmado por imagem ou endoscopia. A resolução ou melhora ocorreu em 73% dos pacientes com CIN e em 66,4% dos pacientes com placebo (RR [1,11]; IC 95% 1,04–1,18), o que corresponde a RAR de 6,6% e NNT de aproximadamente 15.[5] A metanálise de Hayward et al. sobre RSA, com seis ensaios clínicos, obteve diferença de risco de 0,08 (IC 95% 0,03–0,13) e NNT de 13 (IC 95% 8–33), com heterogeneidade moderada (I^2 = 47%) [13]. Estas metanálises demonstraram que doses superiores produziram melhores efeitos: mometasona 800 µg/dia produziu NNT de 8 enquanto 400 µg/dia, NNT de [14]; mometasona 400 µg/dia foi superior ao placebo (RR [1,10]; IC 95% 1,02–1,18), enquanto 200 µg/dia não foi (RR [1,04]; IC 95% 0,98–1,11). Além disso, demonstraram que 2 semanas de tratamento não produziram diferença significativa, enquanto 3 semanas de tratamento levavam à diferença de risco de 0,11 (NNT 9).[4-6]

Considerando RSA viral com mais tempo de evolução (provável critério de RSA viral prolongada do Consenso Brasileiro de Rinossinusites1, Meltzer et al. randomizaram 981 pacientes com 12 anos ou mais e RSA não complicada com pelo menos 7 dias de história, mas sem critérios de RSAB. Mometasona 200 µg duas vezes ao dia por 15 dias foi superior ao placebo ($p < 0,001$) e à amoxicilina 500 mg três vezes ao dia ($p = 0,002$). A dose de 200 µg uma vez ao dia não superou a amoxicilina.[7] Keith et al., com 737 pacientes de RSA com pelo menos 8 dias de história, mas sem critérios de RSAB, mostraram que fluticasona furoato 110 µg uma ou duas vezes ao dia por 14 dias reduziu o escore de sintomas maiores, mas sem diferença no tempo até a melhora (mediana de 7 versus 8 dias).[8]

RSA bacteriana

Na RSA bacteriana, o CIN associado ao antibiótico acelera a melhora dos sintomas em pacientes com 12 anos ou mais, sobretudo em quem tem rinite alérgica ou episódios recorrentes. Seu papel é o de adjuvante: não há ensaio que sustente o CIN como substituto do antibiótico.

O ensaio CAFFS randomizou 95 adultos com agudização sobre rinossinusite recorrente ou crônica. Todos receberam cefuroxima 250 mg duas vezes ao dia por 10 dias e xilometazolina por 3 dias, com fluticasona propionato 200 µg/dia ou placebo por 21 dias. O sucesso clínico foi de 93,5% com fluticasona e 73,9% com placebo (p = 0,009), com mediana até o sucesso de 6 versus 9,5 dias. A RAR calculada é de 19,6%, com NNT aproximado de [5]; os autores relatam NNT de 6.[9]

Meltzer et al. (2000)10 e Nayak et al.[11] testaram mometasona adjuvante em agudizações de rinossinusite recorrente, em pacientes com 12 anos ou mais. No primeiro, 407 pacientes receberam amoxicilina-clavulanato por 21 dias, com mometasona 400 µg duas vezes ao dia ou placebo. O escore total de sintomas caiu mais com mometasona, sobretudo cefaleia, congestão e dor facial. [17] No segundo, com 967 pacientes, mometasona 200 ou 400 µg duas vezes ao dia melhorou o escore total em 50% a 51%, contra 44% com placebo (p ≤ 0,017), sem supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.[11] Os ensaios adjuvantes compõem a maior parte das revisões sistemáticas que sustentam o efeito global descrito na seção anterior.[12,13]

RSA em crianças abaixo de 12 anos

A evidência para o CIN na RSA de crianças abaixo de 12 anos não sustenta o uso rotineiro em nenhum fenótipo. [1-3,12,13]. Os três ensaios pediátricos disponíveis testaram o CIN junto com antibiótico (**Tabela 1**).

Os três estudos apontam na mesma direção, mas têm limitações graves: risco de viés (perdas elevadas, ausência de mascaramento), imprecisão (amostras pequenas) e evidência indireta (sempre com antibiótico, desfechos heterogêneos). A taxa de cura de 4% com amoxicilina no ensaio de Rahmati[16] é incompatível com a história natural da doença, e o NNT derivado dele (aproximadamente 3) não deve ser usado. A revisão de Wannasuphoprasit e Bhutta[17] chega à mesma conclusão: a evidência é consistente em adultos e crianças acima de 12 anos, e limitada nas mais novas.

3. Limitações e ressalvas

A principal limitação é a evidência indireta. Os ensaios mais favoráveis incluíram agudizações sobre doença recorrente ou crônica, e não RSA bacteriana esporádica. Além disso, a maioria exigiu confirmação por imagem, o que seleciona pacientes diferentes dos atendidos em consultório.

Na RSA bacteriana grave, ou quando há suspeita de complicação orbitária ou intracraniana, o CIN não tem papel

Tabela 1. Ensaios pediátricos associando CIN ao antibiótico.

Estudo	População	Intervenção e comparador	Resultado	Principal limitação
Barlan et al., 1997.[14]	151 crianças até 15 anos; 89 completaram	Amoxicilina-clavulanato + budesonida 50 µg por narina 2×/dia, versus placebo, por 3 semanas	Melhora mais precoce de tosse e rinorreia na 2ª semana	Perda de 41% dos pacientes
Yilmaz et al., 2000.[15]	52 crianças com sinusite maxilar aguda	Cefaclor + budesonida 100 µg 2×/dia, versus cefaclor + pseudoefedrina, por 10 dias	Maior taxa de recuperação com budesonida (p < 0,05)	Comparador ativo, sem placebo
Rahmati et al., 2013.[16]	100 crianças de 2 a 14 anos	Amoxicilina 80–100 mg/kg/dia + fluticasona, versus amoxicilina isolada, por 14 dias	Cura completa em 42% versus 4%	Ensaio aberto; cura implausível no controle

terapêutico principal. Ele não deve atrasar a antibioticoterapia, a investigação por imagem ou o encaminhamento.

4. Como usar

Quando a decisão for pelo uso de CIN na RSA em adultos, recomendamos o uso em dose dobrada por no mínimo 2 semanas.

Quando a decisão for pelo uso de CIN na RSA em crianças abaixo de 12 anos, recomendamos o uso em dose habitual e idade mínima aprovadas em bula para cada molécula.

5. Recomendações

Crianças acima de 12 anos e adultos:

- Consideramos opção o uso de corticosteroides intranasais em dose dobrada na rinossinusite aguda viral, com maiores benefícios nos quadros mais intensos.
- Recomendamos o uso de corticosteroides intranasais em dose dobrada na rinossinusite aguda bacteriana, como alternativa aos antibióticos nos quadros leves e em associação aos antibióticos nos quadros graves.

Crianças até 12 anos:

- Sem recomendação ao uso de corticosteroides intranasais na rinossinusite aguda.
- Caso a decisão seja pelo seu uso, recomendamos respeitar a dose habitual e idade mínima aprovadas em bula de cada molécula.

Referências

1. Academia Brasileira de Rinologia; Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. Rinossinusites: evidências e experiências – 2024. Anselmo-Lima WT, coordenadora. São Paulo: ABORL-CCF; 2024. p. 15-24, 33.
2. Orlandi RR, Kingdom TT, Smith TL, Bleier B, DeConde A, Luong AU, et al. International consensus statement on allergy and rhinology: rhinosinusitis 2021. Int Forum Allergy Rhinol. 2021 Mar;11(3):213-739. doi: 10.1002/alr.22741.
3. Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, Hellings PW, Kern R, Reitsma S, et al. Executive summary of EPOS 2020 including integrated care pathways. Rhinology. 2020;58(2):82-111. doi:10.4193/Rhin20.601
4. Hayward G, Thompson MJ, Perera R, Del Mar CB, Glasziou PP, Heneghan CJ. Corticosteroids for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(10):CD008116. doi:10.1002/14651858.CD008116.pub3
5. Zalmanovici Trestioreanu A, Yaphe J. Intranasal steroids for acute sinusitis. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(12):CD005149. doi:10.1002/14651858.CD005149.pub4
6. Hayward G, Heneghan C, Perera R, Thompson M. Intranasal corticosteroids in management of acute sinusitis: a systematic review and meta-analysis. Ann Fam Med. 2012;10(3):241-9. doi:10.1370/afm.1338
7. Meltzer EO, Bachert C, Staudinger H. Treating acute rhinosinusitis: comparing efficacy and safety of mometasone furoate nasal spray, amoxicillin, and placebo. J Allergy Clin Immunol. 2005;116(6):1289-95.
8. Keith PK, Dymek A, Pfaar O, et al. Fluticasone furoate nasal spray reduces symptoms of uncomplicated acute rhinosinusitis: a randomised placebo-controlled study. Prim Care Respir J. 2012;21(3):267-75. doi:10.4104/pcrj.2012.00039
9. Dolor RJ, Witsell DL, Hellkamp AS, et al. Comparison of cefuroxime with or without intranasal fluticasone for the treatment of rhinosinusitis. The CAFFS Trial: a randomized controlled trial. JAMA. 2001;286(24):3097-105.
10. Meltzer EO, Charous BL, Busse WW, et al. Added relief in the treatment of acute recurrent sinusitis with adjunctive mometasone furoate nasal spray. J Allergy Clin Immunol. 2000;106(4):630-7. doi:10.1067/mai.2000.109056
11. Nayak AS, Settipane GA, Pedinoff A, et al. Effective dose range of mometasone furoate nasal spray in the treatment of acute rhinosinusitis. Ann Allergy Asthma Immunol. 2002;89(3):271-8. doi:10.1016/S1081-1206(10)61954-0
12. Wald ER, Applegate KE, Bordley C, Darrow DH, Glode MP, Marcy SM, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years. Pediatrics. 2013;132(1):e262-80.
13. Piltcher OB, Kosugi EM, Sakano E, et al. How to avoid the inappropriate use of antibiotics in upper respiratory tract infections? A position statement from an expert panel. Braz J Otorhinolaryngol. 2018;84(3):265-79. doi:10.1016/j.bjorl.2018.02.001
14. Barlan IB, Erkan E, Bakir M, Berrak S, Başaran MM. Intranasal budesonide spray as an adjunct to oral antibiotic therapy for acute sinusitis in children. Ann Allergy Asthma Immunol. 1997;78(6):598-601. doi:10.1016/S1081-1206(10)63223-1
15. Yilmaz G, Varan B, Yilmaz T, Gürakan B. Intranasal budesonide spray as an adjunct to oral antibiotic therapy for acute sinusitis in children. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2000;257(5):256-9. doi:10.1007/s004050050234
16. Rahmati MB, Mohebi S, Shahmohammadi S, Rezai MS. Fluticasone nasal spray as an adjunct to amoxicillin for acute sinusitis in children: a randomized controlled trial. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2013;17(22):3068-72.
17. Wannasuphoprasit Y, Bhutta MF. Management of acute rhinosinusitis in children. Paediatr Respir Rev. 2025;56:3-9. doi:10.1016/j.prrv.2025.04.004

4. Rinossinusite Crônica sem Pólipo Nasal (RSCsPN)

1. Indicação

Os CIN são habitualmente prescritos como primeira linha de tratamento para pacientes com rinossinusite crônica sem pólipos nasais (RSCsPN). Entretanto, as evidências de benefício são menos robustas que nas formas com pólipo, com benefício em geral discreto e variável, conforme o sistema de administração dos CIN.

2. Evidência

Em uma metanálise publicada em 2024, que avaliou 10 ensaios clínicos envolvendo 751 pacientes, observou-se que os CIN promoveram melhora no escore total de sintomas em pacientes com RSCsPN (Δ 0.4; IC 95%: 0.3–0.6; p < 0.0001), quando agrupados globalmente sob todas as formas de administração [1]. Pacientes com RSCsPN sem alergia, no entanto, não apresentaram melhora do escore de sintomas totais com o uso de sprays nasais de corticosteroides (Δ 0.04; IC 95%: -0.9–1.0 ; p = 0.94). Pacientes tratados com fluticasona administrada por dispositivo de exalação (EDS-Flu, ainda não disponível no Brasil) ou corticosteroides administrados por catéter nasal apresentaram resultados melhores quando comparados com placebo (odds ratio [OR]: 3.4; 95% CI: 1.9–6.0; p < 0.0001; OR: 12.4; 95% CI: 1.8–83.8; p < 0.01), enquanto pacientes tratados com spray nasal não apresentaram diferença significativa (OR: 1.8; 95% CI: 0.9–4.0; p = 0.12) [1]

Dois estudos randomizados multicêntricos, controlados por placebo, que avaliaram a eficácia do tratamento por 24 semanas utilizando o dispositivo de exalação de fluticasona (EDS-Flu) em pacientes com RSCsPN (ReOpen 1 e ReOpen2), observaram uma melhora significativa dos sintomas (escore composto e SNOT-22) em relação ao placebo, tanto nas doses de 186 µg duas vezes ao dia quanto na dose de 372 µg duas vezes ao dia em relação ao placebo, com melhora a partir da semana 4 até a 24ª semana de avaliação (p < 0,05). Adicionalmente, EDS-Flu promoveu melhora objetiva da opacificação dos seios maxilares/etmoide na tomografia computadorizada, além de reduzir as agudizações em aproximadamente 56-66%.(2) Uma análise mais recente dos ReOpen, publicada em 2026, encontrou magnitude de benefício semelhante em pacientes com e sem pólipos para sintomas, melhora do SNOT-22 e das opacificações no maxilar e etmoide à TC, além de reduzir exacerbações agudas em até 66% .[3]

Em um estudo realizado exclusivamente em pacientes com RSCsPN e sem cirurgia prévia, comparando lavagem de alto volume com mometasona (2,4 mg) versus spray nasal de mometasona (50 µg, 2 jatos por narina) demonstrou melhora significativa em ambos os grupos (81% de melhora no grupo irrigação vs. 64% no grupo spray). Embora houvesse tendência em favor da lavagem nasal com mometasona, tal diferença não foi estatisticamente significativa tanto na endoscopia nasal quanto na redução do SNOT-22. [4]

Um ensaio brasileiro publicado em 2026, realizado em 67 pacientes com RSC não operados, randomizados entre budesonida em spray ou lavagem, ambas com 1.000 µg/dia, não apresentaram diferenças no SNOT-22 ao final do tratamento. O spray nasal de budesonida foi superior em alguns desfechos endoscópicos da amostra global, sobretudo nos grupos com pólipos e DACC (doença atópica do compartimento central). No entanto, em um pequeno subgrupo sem pólipo nasal (n=13), não foram encontradas diferenças significativas entre spray nasal e lavagem. [5]

3. Como usar

Os sprays nasais devem ser utilizados em dose habitual, conforme recomendado em bula, ou eventualmente em dose dobrada em caráter off-label, a depender da condição clínica.

Os corticosteroides mais utilizados nas lavagens de alto volume são a budesonida (0,5-1 mg, duas vezes ao dia) e a mometasona (2-2,4 mg, uma vez ao dia), diluídos em 240 mL de solução fisiológica. Ambos os medicamentos são utilizados em caráter off-label.

4. Limitações e ressalvas

Os dispositivos de entrega por exalação ainda não estão disponíveis no Brasil.

As doses dobradas de spray nasal, assim como os corticosteroides aplicados em alto volume de solução fisiológica, são indicações off-label, devendo ser consideradas com cautela em pacientes que apresentam contraindicação ou condições que exijam cautela com o uso de corticosteroides sistêmicos (diabetes, hipertensão, glaucoma, crianças, entre outros).

5. Recomendações

Apesar dos benefícios modestos e variáveis em pacientes com RSCsPN, consideramos o uso de CIN na forma de spray uma opção inicial razoável, especialmente nos pacientes não operados.

Já em casos operados, a aplicação de CIN diluído em soluções de alto volume pode ser útil, embora a superioridade em relação aos sprays ainda seja incerta.

Deve-se ter cautela no uso de doses dobradas, especialmente em grupos de risco ou em usos prolongados.

Referências

1. https://doi.org/10.1002/alr.23367 Bhat AM, Heiland LD, Nguyen SA, Rathi VK, Schlosser RJ, Soler ZM. Topical steroids for chronic rhinosinusitis without nasal polyps: A systematic review and meta-analysis. Int Forum Allergy Rhinol. 2024; 14: 1477–1487. https://doi.org/10.1002/alr.23367
2. Palmer JN, Adappa ND, Chandra RK, Davis GE, Mahdavinia M, Messina J, Ow RA, Patel ZM, Peters AT, Sacks H, Schlosser RJ, Sindwani R, Soler ZM, White AA, Wise SK, Mahmoud RA. Efficacy of EDS-FLU for Chronic Rhinosinusitis: Two Randomized Controlled Trials (ReOpen1 and ReOpen2). J Allergy Clin Immunol Pract. 2024 Apr;12(4):1049-1061. doi: 10.1016/j.jaip.2023.12.016. Epub 2024 Jan 18. PMID: 38244014.
3. Schlosser RJ, Adappa ND, Chandra RK, Davis GE, Mahdavinia M, Messina J, Patel ZM, Peters AT, Sindwani R, Soler ZM, White AA, Wise SK, Palmer JN. Efficacy of Exhalation Delivery System With Fluticasone in Chronic Rhinosinusitis With Versus Without Polyps. Otolaryngol Head Neck Surg. 2026 Aug 26. doi: 10.1002/ohn.70406. Epub ahead of print. PMID: 42647052.
4. Jiramongkolchai P, Peterson A, Kallogjeri D, et al. Randomized clinical trial to evaluate mometasone lavage vs spray for patients with chronic rhinosinusitis without nasal polyps who have not undergone sinus surgery. Int Forum Allergy Rhinol. 2020; 10(8): 936-943. doi:10.1002/alr.22586
5. Lima Luz-Matsumoto GR, Cabernite Marchetti E, Lobato Gregorio L, Mesquita Callegari F, Macoto Kosugi E. High-dose steroid nasal spray is better than nasal irrigation in nonoperated chronic rhinosinusitis: a randomized clinical trial. Rhinology. 2026 Apr 1;64(2):161-170. doi: 10.4193/Rhin24.532. PMID: 41486776.

5. Rinossinusite Crônica com Pólipo Nasal (RSCcPN)

1. Indicação

Historicamente, os corticosteroides tópicos nasais representam a primeira linha de tratamento para a rinossinusite crônica com pólipos nasais (RSCcPN), com grande corpo de evidência agregado para tal. RSCcPN tem evidência mais robusta de eficácia de tratamento com corticosteroides tópicos nasais que rinossinusite crônica sem pólipos nasais (RSCsPN), incluindo estudos sobre dose dobrada, concentrações maiores, método de administração e uso antes e depois de cirurgia endoscópica nasossinusal, possibilidade maior grau de recomendação.[1,2]

Mais recentemente, com a melhor compreensão dos mecanismos fisiopatogênicos e maior capacidade de endofenotipagem da RSCcPN, há percepção de que os corticosteroides tópicos nasais têm indicação mais precisa na RSCcPN com resposta inflamatória do tipo 2 (T2). Dentre as RSCcPN com resposta T2 temos: rinossinusite crônica (RSC) eosinofílica, doença atópica do compartimento central (DACC), doença respiratória exacerbada por anti-inflamatório (DREA), rinossinusite fúngica alérgica (RSFA) e granulomatose eosinofílica com poliangiite (GEPA). [1]

2. Evidência

De 2020 em diante, duas metanálises robustas foram publicadas sobre o uso de corticosteroide em RSCcPN. [3,4]

Bognanni et al. (2022)[3] realizaram revisão sistemática GRADE com metanálise em rede que incluiu 61 ensaios clínicos randomizados e controlados (ECR) somando 7.176 participantes. Foram analisadas 8 modalidades de administração de corticosteroides tópicos nasais. Quanto à obstrução nasal, 31 ECR (4.539 participantes) apresentaram dados sobre o efeito de spray, lavagem, stents, gotas, alta dose de spray e dispositivos de exalação. Métodos que apresentaram melhora dos sintomas: sprays (diferença média -0,51; IC 95% -0,61 a -0,41; alta confiabilidade), stents (diferença média -0,31; IC 95% -0,54 a -0,08; moderada confiabilidade) e dispositivos de exalação (diferença média -0,35; IC 95% -0,51 a -0,18; moderada confiabilidade). Spray em alta dose pode levar a melhora (diferença média -0,51; IC 95% -0,85 a -0,16; muito baixa confiabilidade). Quanto à cirurgia de resgate, 8 ECR (1.306 participantes) apresentaram dados sobre o efeito do spray, stents, gotas e dispositivos de exalação. Métodos que apresentaram redução da necessidade de cirurgias de resgate: dispositivos de exalação (diferença média -4,3%; IC 95% -6,9% a -0,9%; moderada confiabilidade), stents (diferença média -10,3%; IC 95% -12,9% a -0,2%; baixa confiabilidade) e spray (diferença média -10,7%; IC 95% -13% a -2,1%; muito baixa confiabilidade). Em relação ao escore de olfato, 25 ECR (4.036 participantes) apresentaram dados sobre o efeito do spray, stents, lavagem, gotas e dispositivos de exalação. Stents provavelmente melhoraram o olfato (diferença média 3,81; IC 95% 1,22 a 6,39; moderada confiabilidade). Sprays (diferença média 3,24, IC 95% 2,05 a 4,42; baixa confiabilidade), dispositivos de exalação (diferença média 4,10; IC 95% 1,69 a 6,52; baixa confiabilidade) e gotas (diferença média 5,03; IC 95% 1,89 a 8,18; baixa confiabilidade) talvez possam melhorar o olfato. Em relação ao Escore de Pólipo Nasal (EPN), 24 ECR (3.668 participantes) apresentaram dados sobre o efeito do spray, stents, lavagem, gotas e injeções locais. Somente spray (diferença média -0,64; IC 95% -0,85 a -0,43; alta confiabilidade) e dispositivos de exalação (diferença média -0,56; IC 95% -0,97 a -0,14; alta confiabilidade) diminuíram o tamanho dos pólipos nasais.

Wang et al. (2026) realizaram, segundo as diretrizes PRISMA, metanálise de ensaios clínicos randomizados e não randomizados incluindo 11 estudos com 3.542 pacientes, sendo 6 ECR, 3 coortes retrospectivas, 1 estudo observacional prospectivo e 1 análise baseada em registros. Em relação ao SNOT-22, 5 estudos foram incluídos com diferença média de -16,00 (IC 95% -18,91 a -13,09), indicando redução substancial e com relevância clínica, porém com grande heterogeneidade a ser considerada. Apesar disso, o efeito foi consistente entre os estudos, com redução de SNOT-22 favorecendo o grupo corticosteroide tópico. Em relação ao escore endoscópico, 4 estudos foram incluídos (primariamente escore de Lund-Kennedy), com diferença média de -2,32 (IC 95% -2,71 a -1,94) em favor da terapia com corticosteroide tópico, com heterogeneidade moderada provavelmente devido ao status cirúrgico e métodos de aplicação. E em relação à redução no uso de corticosteroides sistêmicos, 5 estudos foram avaliados, com odds ratio agrupado de 0,30 (IC 95% 0,27 a 0,34), indicando uma redução de 70% da chance de usar corticosteroide sistêmico nos pacientes tratados com corticosteroide tópico, sendo este efeito tanto clínica quanto estatisticamente significativa ($p < 0,0001$).

3. Como usar

Não há uniformização sobre doses, duração do tratamento e modos de aplicação dos corticosteroides tópicos nasais para RSCcPN. As diretrizes consideram opcional o uso de doses dobradas do corticosteroide tópico em spray (em relação à dose padrão para rinite alérgica) no tratamento da RSCcPN. Além disso, a duração do tratamento varia bastante entre os estudos, sendo considerado opcional utilizar o corticosteroide tópico nasal por pelo menos 12 semanas para o tratamento da RSCcPN. [1,2,5]

O modo de aplicação tem sido bastante estudado nas últimas 2 décadas, em especial a lavagem nasal de alto volume com corticosteroide diluído em alta dose, após estudos iniciais demonstrarem maior penetração sinusal das soluções quando aplicadas em alto volume em seios já operados.[6,7] No Brasil, tem sido utilizada rotineiramente desde 2012, especialmente na forma de budesonida manipulada a 1% em solução glicerinada 5%, com a posologia de 2 gotas desta solução (que corresponde a 1 mg de budesonida) diluída na garrafa de lavagem nasal de 240 mL uma vez ao dia por uso prolongado. Esta formulação apresenta maior eficácia que corticosteroide tópico em spray e seus resultados dependem da dose.[8,9] Metanálise recente sobre o uso de lavagem nasal de alto volume com corticosteroide diluído em alta dose em pacientes previamente operados por RSC foi conduzida por Magboul et al. (2025) compilando

36 estudos (1.464 pacientes) e demonstrou que a lavagem nasal com budesonida supera a lavagem nasal com solução salina em reduzir o SNOT-22 e melhora o escore endoscópico de Lund-Kennedy, sem aumentar a pressão intraocular e mantendo níveis normais de cortisol sérico.[10]

Apesar de bem estabelecida em pacientes já operados, nos pacientes não operados, a lavagem nasal com corticosteroide em altas doses (1 mg de budesonida ou 2 mg de mometasona/dia) mostrou-se inferior ao spray nasal com mesma dose de corticosteroide em reduzir o número de pacientes descontrolados e melhorar os escores endoscópicos, especialmente nos subgrupos RSCcPN e DACC. Porém, não há estudos demonstrando a segurança no uso de spray de budesonida em alta dose (1 mg/dia) para que possamos recomendar seu uso habitual em pacientes não operados.[11]

4. Limitações e ressalvas

O uso dos corticosteroides tópicos nasais está fortemente embasado por ensaios clínicos, revisões sistemáticas e metanálises. Porém, existem algumas condutas que, apesar de embasadas cientificamente, não possuem indicação formal nas bulas dos medicamentos. Portanto, é recomendável a discussão desta tomada de decisão com os pacientes solicitando o consentimento para tal conduta.

A indicação de corticosteroides tópicos em spray para pólipos nasais e prevenção de recorrência após polipectomia consta em bula, além da utilização de dose dobrada em relação à dose padrão para rinite alérgica. Porém, o uso de altas doses (como por ex.[1] mg budesonida/dia ou 2 mg mometasona/dia) não está previsto em bula, sendo considerada off-label.

Não há nenhum corticosteroide em suspensão com indicação de uso para lavagem nasal em alto volume, somente para nebulização por via inalatória. Portanto, esta via é considerada off-label e deve ser discutida previamente com o paciente.

Apesar de comprovada segurança no uso da lavagem nasal de alto volume com corticosteroide diluído em alta dose, pacientes isolados podem apresentar supressão do eixo hipotálamo-hipofisário (redução de cortisol sérico e/ou urinário) e/ou glaucoma ou catarata induzidas por corticosteroide. Portanto, pacientes em uso regular deste tratamento off-label devem ser investigados periodicamente para tais alterações. [12]

5. Recomendações

Recomendamos fortemente o uso de corticosteroides tópicos nasais na rinossinusite crônica com pólipos nasais, especialmente nas com suspeita de resposta inflamatória do tipo 2, como a rinossinusite crônica eosinofílica, a doença atópica do compartimento central, a doença respiratória exacerbada por anti-inflamatórios, a rinossinusite fúngica alérgica e a granulomatose eosinofílica com poliangiite.

Sugerimos o uso de corticosteroide tópico nasal em spray em dose dobrada nos pacientes com RSCcPN sem cirurgias nasossinusais prévias.

Sugerimos o uso de lavagem nasal de alto volume com corticosteroide diluído em alta dose (1 mg) nos pacientes com RSCcPN com cirurgia nasossinusal adequada. Em pacientes com boa resposta terapêutica (controle sintomático e endoscópico), consideramos opção realizar corticosteroide tópico nasal em spray em dose dobrada.

Recomendamos avaliação periódica dos pacientes em uso de lavagem nasal de alto volume com corticosteroide diluído em alta dose em relação à saúde ocular e do eixo adrenal.

Referências

1. Romano FR, Anselmo-Lima WT, Kosugi EM, et al. Rhinosinusitis: Evidence and experience – 2024. ***Braz J Otorhinolaryngol***. 2025;91(5):101595. doi:10.1016/j.bjorl.2025.101595
2. Orlandi RR, Kingdom TT, Smith TL, et al. International consensus statement on allergy and rhinology: rhinosinusitis 2021. ***Int Forum Allergy Rhinol***. 2021;11(3):213-739. doi:10.1002/ALR.22741
3. Bognanni A, Chu DK, Rank MA, et al. Topical corticosteroids for chronic rhinosinusitis with nasal polyposis: GRADE systematic review and network meta-analysis. ***J Allergy Clin Immunol***. 2022;150(6):1447-1459. doi:10.1016/J.JACI.2022.07.023
4. Wang B Bin, Liu F, Wei B. Efficacy and safety of corticosteroids in the management of chronic rhinosinusitis: A systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized studies. ***Braz J Otorhinolaryngol***. 2026;92(2):101760. doi:10.1016/J.BJORL.2026.101760

5. Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. ***Rhinology***. 2020;58(Suppl S29):1-464. doi:10.4193/Rhin20.600
6. Harvey RJ, Goddard JC, Wise SK, Schlosser RJ. Effects of endoscopic sinus surgery and delivery device on cadaver sinus irrigation. ***Otolaryngol Head Neck Surg***. 2008;139(1):137-142. doi:10.1016/j.otohns.2008.04.020
7. Snidvongs K, Kalish L, Sacks R, Sivasubramaniam R, Cope D, Harvey RJ. Sinus surgery and delivery method influence the effectiveness of topical corticosteroids for chronic rhinosinusitis: systematic review and meta-analysis. ***Am J Rhinol Allergy***. 2013;27(3):221-233. doi:10.2500/ajra.2013.27.3880
8. Kosugi EM, Moussalem GF, Simões JC, et al. Topical therapy with high-volume budesonide nasal irrigations in difficult-to-treat chronic rhinosinusitis. ***Braz J Otorhinolaryngol***. 2016;82(2):191-197. doi:10.1016/j.bjorl.2015.03.014
9. Luz-Matsumoto GR, Marchetti EC, Sasaki LSK, et al. Nasal irrigation with corticosteroids in Brazil: the clinical response of 1% compounded budesonide drops and betamethasone cream. ***Braz J Otorhinolaryngol***. 2021;88(Suppl 5):S32-S41. doi:10.1016/J.BJORL.2021.06.008
10. Magboul N, Alharbi AF, Alqutub AT, et al. Budesonide nasal irrigation for chronic rhinosinusitis: a meta-analysis of therapeutic outcomes and safety profile. ***Rhinology***. 2025;63(2):130-144. doi:10.4193/RHIN24.349
11. Luz-Matsumoto GRL, Marchetti EC, Gregorio LL, Callegari FM, Kosugi EM. High-dose steroid nasal spray is better than nasal irrigation in nonoperated chronic rhinosinusitis: a randomized clinical trial. ***Rhinology***. 2026;64(2):161-170. doi:10.4193/RHIN24.532
12. Bertazzoni G, Conti C, Testa G, et al. High volume nasal irrigations with steroids for chronic rhinosinusitis and allergic rhinitis. ***European Archives of Oto-Rhino-Laryngology***. 2024;282(1):47. doi:10.1007/S00405-024-08901-9

6. Uso do CIN na perda do olfato

1. Indicação

Os CIN são indicados no tratamento da disfunção olfatória (DO) associada a doenças inflamatórias nasossinusais, especialmente rinossinusite crônica com pólipos nasais (RSCcPN) e rinite alérgica moderada/grave. Entretanto, seu benefício nas perdas olfatórias pós-infecciosas, incluindo aquelas relacionadas à COVID-19, e pós-traumáticas permanece incerto. Nessas condições, a utilização dos CIN deve ser individualizada, particularmente quando houver inflamação concomitante da mucosa nasal ou da fenda olfatória. [1] Independentemente da etiologia da disfunção olfatória, recomenda-se a avaliação da função olfatória por meio de testes psicofísicos validados, tanto para estabelecer o diagnóstico e a gravidade da perda quanto para monitorar a evolução clínica e a resposta ao tratamento. No Brasil, estão disponíveis instrumentos adaptados e validados para a população brasileira, como o Connecticut Chemosensory Clinical Research Center (CCCRC), o University of Pennsylvania Smell Identification Test (UPSIT), o MultiScent e o Olfato-UP.

2. Evidência

Disfunção olfatória pós-infecciosa: O uso de CIN na perda olfatória pós-infecciosa apresenta resultados heterogêneos. É considerada limitada a evidência para o uso de corticosteroides tópicos nessa população, recomendando, quando utilizados, métodos de administração que favoreçam a deposição do medicamento na fenda olfatória. [1]

Uma metanálise de ensaios clínicos randomizados envolvendo pacientes com disfunção olfatória associada à COVID-19 identificou melhora dos escores olfatórios com corticosteroides (diferença média padronizada [SMD] de 0,55), com análises de subgrupos sugerindo maior benefício de tratamentos tópicos e de maior duração. Entretanto, diferenças entre os estudos quanto à dose, tempo de evolução da doença, tratamentos associados e avaliação olfatória limitam a certeza desses resultados. [2]

Disfunção olfatória pós-traumática: Não existem evidências consistentes de que os CIN promovam

recuperação olfatória após traumatismo cranioencefálico. Considerando que a perda olfatória pode decorrer de lesões dos filamentos olfatórios, bulbos ou estruturas centrais, o tratamento anti-inflamatório tópico apresenta racional limitado na ausência de doença nasossinusal concomitante. O treinamento olfatório constitui a principal abordagem terapêutica não farmacológica recomendada para esses pacientes. [1]

Disfunção olfatória associada à rinite e à rinossinusite crônica: Os CIN podem melhorar a função olfatória, especialmente na RSCcPN, por meio da redução da inflamação e do edema da mucosa olfatória. Na rinite alérgica, o benefício é mais provável quando a perda olfatória está associada à atividade inflamatória da doença. Na RSCcPN, revisões sistemáticas demonstram melhora olfatória com diferentes modalidades de administração, particularmente dispositivos de liberação prolongada (***stents***), enquanto sprays e gotas apresentam evidências de menor certeza. A eficácia depende não apenas da molécula, mas também da distribuição do medicamento na cavidade nasal e do acesso à fenda olfatória. [1,3,4]

Um ensaio clínico randomizado com 133 pacientes com disfunção olfatória (DO) de etiologias não nasossinusais demonstrou melhora clinicamente significativa em 43,9% dos pacientes submetidos a treinamento olfatório associado à lavagem nasal com budesonida, comparado a 26,9% no grupo treinamento olfatório associado à lavagem com solução salina (p=0,039). Entretanto, a ausência de análise por etiologia impede concluir benefício específico nas perdas pós-infecciosas ou pós-traumáticas. [1,5]

3. Como usar

Nas disfunções olfatórias associadas à rinite alérgica e à RSC, os CIN devem ser utilizados conforme as doses e recomendações específicas para a doença de base já indicadas em outras seções desse texto. Nas perdas pós-infecciosas e pós-traumáticas, não existem esquemas padronizados quanto à molécula, dose e duração do tratamento. Quando houver indicação individualizada, deve-se priorizar métodos que permitam maior deposição na fenda olfatória, como lavagens nasais, em vez de sprays convencionais, considerando o caráter off-label dessas modalidades. O treinamento olfatório deve ser considerado especialmente nas perdas pós-infecciosas e pós-traumáticas. [1]

4. Limitações e ressalvas

A principal limitação é a escassez de ensaios clínicos randomizados com avaliação psicofísica objetiva e estratificação por etiologia. Nas perdas pós-infecciosas, a recuperação espontânea dificulta a interpretação dos resultados, especialmente nos primeiros meses. Nas perdas pós-traumáticas, a possível lesão neuronal limita o racional para utilização dos CIN.

Os CIN apresentam perfil de segurança favorável, embora possam causar epistaxe, ressecamento e irritação nasal. Estudos de farmacovigilância identificaram notificações de anosmia e alterações gustatórias associadas a diferentes formulações, especialmente de fluticasona e associações com anti-histamínicos tópicos. [6,7]

5. Recomendações

Recomendamos os CIN para o tratamento da disfunção olfatória associada à RSC e à rinite alérgica grave, conforme as recomendações específicas dessas doenças. Não recomendamos o uso rotineiro de CIN nas perdas olfatórias pós-infecciosas e pós-traumáticas isoladas, devido à insuficiência de evidências. Seu uso pode ser considerado individualmente, preferencialmente por métodos que alcancem a fenda olfatória.

Referências

1. Whitcroft KL, Altundag A, Balungwe P, et al. Position paper on olfactory dysfunction: 2023. Rhinology. 2023;61(Suppl 31):1-108. doi: 10.4193/Rhino22.483.
2. Wang JY, Pao JB, Lee CH, et al. Corticosteroids for COVID-19-induced olfactory dysfunction: a comprehensive systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS One. Dec 21;18(12):e0289172. doi:
10.1371/journal.pone.0289172 2023.
3. Otten JJ, Fokkens WJ, Reitsma S. Olfactory dysfunction in chronic rhinosinusitis with nasal polyps: effect of treatment with emphasis on biological therapy. Curr Allergy Asthma Rep. 2024. Nov 26;25(1):6. doi: 10.1007/s11882-024-01187-1.
4. Bognanni A, Chu DK, Rank MA, et al. Topical corticosteroids for chronic rhinosinusitis with nasal polyposis: GRADE systematic review and network meta-analysis. J Allergy Clin Immunol. 2022;150(6):1447-1459. doi: 10.1016/j.jaci.2022.07.023.
5. Nguyen TP, Patel ZM. Budesonide irrigation with olfactory training improves outcomes compared with olfactory training alone in patients with olfactory loss. Int Forum Allergy Rhinol. 2018;8(9):977-981.

6. Ahsanuddin S, Povolotskiy R, Tayyab R, et al. Adverse events associated with intranasal sprays: an analysis of the Food and Drug Administration database and literature review. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2021. Nov 26;25(1):6. doi: 10.1177/00034894211007222.

7. McDonnell J, Weller K, Pien LC. Safety of intranasal steroids: an updated perspective. Curr Allergy Asthma Rep. 2020. Sep 7;20(11):69. doi: 10.1007/s11882-020-00960-2.

7. Pós-operatório de cirurgia nasossinusal

1. Indicação

O corticosteroide intranasal (CIN) é indicado no manejo clínico pós-operatório continuado de pacientes submetidos à cirurgia endoscópica nasossinusal (CENS) por rinossinusite crônica (RSC), particularmente na presença de pólipos nasais (RSCcPN) e endótipo inflamatório do tipo[2].

2. Evidência

O uso pós-operatório de corticosteroides tópicos nasais é respaldado por diretrizes nacionais e internacionais [1,2,3,4]. Ensaios clínicos randomizados (ECRs) e metanálises demonstram que o uso contínuo pós-cirúrgico melhora os escores de sintomas, a cicatrização da mucosa, os índices endoscópicos de Lund-Kennedy (reduzindo edema, secreção e recorrência de pólipos) e diminui a necessidade de ciclos de corticoterapia oral de resgate[5,6]. Em cavidades amplamente marsupializadas pela cirurgia, as irrigações com corticoides diluídos em lavagem nasal de alto volume e baixa pressão apresentam penetração sinusal e eficácia superiores às dos sprays[7]. O ECR de Tait et al. demonstrou melhora clinicamente importante no SNOT-22 (9 pontos) em 79% dos pacientes que receberam budesonida em irrigação versus 59% com solução salina isolada, incluindo pacientes não e já operados[8]. Metanálises recentes[9,10] corroboram a superioridade das soluções ativas com budesonida ou mometasona em relação ao soro fisiológico puro no pós-operatório de CENS para melhora de qualidade de vida e escores endoscópicos.

3. Como usar

Formulação e via de administração:

a) Lavagem nasal de alto volume e baixa pressão: Adição de budesonida em suspensão (1 mg/dia) ou mometasona (2 mg/dia) à solução salina isotônica de alto volume (240 mL), prioritária em cavidades cirúrgicas abertas.

b) Sprays nasais de segunda geração: Alternativa eficaz e prática para pacientes sem indicação de irrigação medicamentosa ou com intolerância ao método, utilizando doses padronizadas para RSCcPN (1 a 2 jatos por narina, 1 a 2 vezes ao dia).

Duração: Tratamento contínuo e de longo prazo (manutenção), ajustado conforme o controle clínico e endoscópico da doença.

Associações: Associado habitualmente à lavagem mecânica com solução salina isotônica pura em momentos intercalados ou combinados na mesma solução terapêutica.

4. Limitações e ressalvas

Uso off-label: A adição de suspensões de corticosteroides (como budesonida) em frascos de lavagem salina permanece em caráter off-label na maioria das jurisdições regulatórias, carecendo de formulações industriais estandardizadas.

Fatores cirúrgicos: A eficácia da irrigação medicamentosa depende diretamente da amplitude e patência dos óstios dos seios paranasais operados; em cavidades não abordadas ou com estenose ostial, a penetração do fármaco é limitada.

Certeza da evidência: A diretriz AAAAI/Joint Task Force (2023) classificou a certeza da evidência de CIN na RSCcPN como baixa devido à falta de dados isolados sobre desfechos estritamente pós-operatórios em sua busca específica[11].

Eventos adversos: Predominantemente locais, leves e autolimitados (epistaxe leve, ressecamento mucoso, crostas nasais e cefaleia transitória), sem evidência de supressão sustentada do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal ou elevação da pressão intraocular com doses terapêuticas habituais.

5. Recomendações

Recomendamos o uso continuado de corticoterapia intranasal no pós-operatório de cirurgia endoscópica nasossinusal em pacientes com RSC. As evidências são mais robustas para os pacientes com RSCcPN, mas apesar disso o benefício pós-operatório também é plausível nos casos de RSCsPN. Sugerimos a administração preferencial por meio de irrigações nasais de alto volume e baixa pressão com corticosteroides (como budesonida ou mometasona) em cavidades amplamente marsupializadas para otimização da penetração sinusal e controle tecidual da inflamação.

Referências

1. Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020 (EPOS 2020). Rhinology. 2020;58(Suppl S29):1-464.
2. Orlandi RR, Kingdom TT, Smith TL, et al. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Rhinosinusitis 2021 (ICAR:RS 2021). Int Forum Allergy Rhinol. 2021;11(3):213-739.
3. Academia Brasileira de Rinologia; Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. Rinossinusites: evidências e experiências – 2024. Anselmo-Lima WT, coordenadora. São Paulo: ABORL-CCF; 2024. p. 15-24, 33.
4. Payne SC, McKenna M, Buckley J, et al. Clinical Practice Guideline: Adult Sinusitis Update. Otolaryngol Head Neck Surg. 2025;173(Suppl 1):S1-S56.
5. Mitchell MB, Bhattacharyya N. Evolving Utilization of Topical Budesonide Following Endoscopic Sinus Surgery. Otolaryngol Head Neck Surg. 2024;171(3):923-926.
6. Bognanni A, Chu DK, Rank MA, et al. Topical Corticosteroids for Chronic Rhinosinusitis With Nasal Polyposis: GRADE Systematic Review and Network Meta-Analysis. J Allergy Clin Immunol. 2022;150(6):1447-1459.
7. Huang ZZ, Chen XZ, Huang JC, et al. Budesonide Nasal Irrigation Improved Lund-Kennedy Endoscopic Score of Chronic Rhinosinusitis Patients After Endoscopic Sinus Surgery. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2019;276(5):1397-1403.
8. Tait S, Kallogjeri D, Suko J, et al. Effect of Budesonide Added to Large-Volume, Low-pressure Saline Sinus Irrigation for Chronic Rhinosinusitis: A Randomized Clinical Trial. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2018;144(7):605-612.
9. Gnanasekaran S, Jayaraj V, V B Y, Selvam MP, Rajendran V. Evaluating the Efficacy of Nasal Irrigation in Postoperative Functional Endoscopic Sinus Surgery Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2024;281(8):3903-3913.
10. Zhu X, Liu K, Shi H, Xie L, Hu Y, Ma Z, Li Y. The effects of various drug irrigation in post operative endoscopic sinus surgery patients: A systematic review and network meta-analysis. Am J Otolaryngol. 2026;47(3):104824.
11. Rank MA, Chu DK, Bognanni A, et al. The Joint Task Force on Practice Parameters GRADE Guidelines for the Medical Management of Chronic Rhinosinusitis With Nasal Polyposis. J Allergy Clin Immunol. 2023;151(2):386-398.

8. Hipertrofia de adenoide

1. Indicação

O CIN é a principal escolha não cirúrgica para o tratamento de hipertrofia de adenoide em crianças. Está indicado nos casos de hipertrofia de adenoide leve a moderada (adenoide ocupando entre 25 e 75% da coana)[1,2], nos casos de Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) leve a moderada[2,3] e em pacientes que apresentam rinite alérgica associada[4,5].

2. Evidências

Estudos demonstram que o epitélio e os linfócitos da adenoide possuem alta densidade de receptores de glicocorticoide (GR) e elevada expressão de mRNA de GR quando comparados a outros tecidos linfoides, o que justifica a alta responsividade da adenoide aos corticosteroides tópicos.[6]

Após a ligação ao receptor GR intranuclear nos linfócitos da adenoide, o corticosteroides induz a ativação de vias pró-apoptóticas e a inibição da proliferação celular de linfócitos T e B nos centros germinativos dos folículos linfoides, promovendo diminuição do tamanho do tecido.[8,9]

Além disso**,** o corticosteroides nasal inibe a transcrição de fatores como NF-κB, bloqueando a síntese e a liberação de citocinas pró-inflamatórias vitais (como IL-1β, IL-4, IL-6, IL-8, IL-25 e TNF-α) no epitélio e no estroma. Isso reduz a permeabilidade vascular, diminui o edema e inibe o recrutamento e sobrevida de eosinófilos e neutrófilos na adenoide.[6,8]

Desta forma os corticosteroides nasais promovem uma redução objetiva e estatisticamente significativa do volume da adenoide, com consequente melhora nos escores de sintomas de obstrução nasal e ronco e secreção de via aérea. [5,9,10,11] Na AOS leve a moderada, podem promover redução significativa do Índice de Apneia-Hipopneia (IAH) e melhora na oximetria de sono.[2,3]

De acordo com a literatura, o tratamento com CIN pode reduzir a necessidade de realização de adenoidectomia.[1,5]. Além disso, opções de corticosteroides nasais mais modernas, como o furoato de mometasona e o furoato de fluticasona, apresentam alta potência local com baixa biodisponibilidade sistêmica, o que as tornam opções seguras para uso em crianças.[1]

3. Como usar

A duração recomendada do teste terapêutico para avaliar a melhora clínica é entre 6 e 12 semanas considerando o uso diário contínuo[3,12]. A melhora clínica pode iniciar a partir da 2ª à 4ª semana de tratamento.[2,12] Deve-se buscar sempre que possível priorizar moléculas de segunda geração com biodisponibilidade sistêmica mínima, e potência local elevada, reduzindo o risco de efeitos adversos sistêmicos.

Porém, para que o CIN chegue no tecido adenoideano, é fundamental orientar a criança e seus responsáveis sobre a importância da técnica correta de aplicação.[13,14,15–17]

4. Limitações e ressalvas

O sucesso do tratamento da hipertrofia de adenoide com CIN depende muito da adesão da família e da criança e do uso da técnica correta.

Casos com sintomas mais intensos, ou com doenças associadas devem ser encaminhados para avaliação pelo especialista.

5. Recomendações

O CIN deve ser utilizado em casos de sintomas leves a moderados, principalmente sem outros componentes associados (como hipertrofia de tonsila palatina, obesidade, doenças craniofaciais).

Casos que não tenham respondido a esse tratamento por 6 a 12 semanas, ou em casos com sintomas mais intensos, ou com doenças associadas devem ser encaminhados para avaliação pelo especialista

Referências

1. Alqutub A, Mozahim SF, Mozahim NF, Alsulami OA, AlSharif SM, Malebari AZ, et al. Effectiveness and safety of intranasal corticosteroids for adenoid Hypertrophy: A systematic review and meta-analysis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2025 Aug;195(112450):112450.
2. Zaffanello M, Pietrobelli A, Nosetti L, Antoniazzi F, Frassoldati R, Piacentini G. Intranasal corticosteroids and oral montelukast for paediatric Obstructive Sleep Apnoea: A systematic review. Pharmaceutics. 2025 Apr 30;17(5):588.
3. Ishman SL, Maturo S, Schwartz S, McKenna M, Baldassari CM, Bergeron M, et al. Expert Consensus Statement: Management of Pediatric Persistent Obstructive Sleep Apnea After Adenotonsillectomy. Otolaryngol Head Neck Surg. 2023 Feb;168(2):115–30.
4. Dykewicz MS, Wallace DV, Amrol DJ, Baroody FM, Bernstein JA, Craig TJ, et al. Rhinitis 2020: A practice parameter update. J Allergy Clin Immunol. 2020 Oct;146(4):721-767. doi: 10.1016/j.jaci.2020.07.007. Epub 2020 Jul 22. PMID: 32707227.
5. Ripp AT, Kallenberger EM, Nguyen SA, Schafer IV, Clemmens CS, White DR. Topical nasal steroids for adenoid hypertrophy in children: A systematic review and meta-analysis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2025 Nov;198(112580):112580.
6. Tochigi K, Omura K, Hattori S, Asako M, Tanaka Y. Histological

analysis of glucocorticoid receptor and eosinophilic cytokines in the adenoid mucosal epithelium. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2024 Sept;184(112079):112079.

7. Yu Z, Xu Z, Fu T, Liu S, Cui J, Zhang B, et al. Parallel comparison of T cell and B cell subpopulations of adenoid hypertrophy and tonsil hypertrophy of children. Nat Commun. 2025 Apr 14;16(1):3516.
8. Hu L, He W, Li J, Miao Y, Liang H, Li Y. The role of adenoid immune phenotype in polysensitized children with allergic rhinitis and adenoid hypertrophy. Pediatr Allergy Immunol. 2024 June;35(6):e14166.
9. Zhang L, Mendoza-Sassi RA, César JA, Chadha NK. Intranasal corticosteroids for nasal airway obstruction in children with moderate to severe adenoidal hypertrophy. Cochrane Database Syst Rev. 2008 July 16;2010(3):CD006286.
10. Alqutub A, AlGhamdi RD, Maawadh LM, Almoajil SJ, Alqahtani ZM, Bamousa AA, et al. Should we still consider lateral neck radiography in the evaluation of adenoid hypertrophy? A systematic review and meta-analysis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2025 Aug;195(112389):112389.
11. Rao Y, Zhang Q, Wang X, Xue X, Ma W, Xu L, et al. Automated diagnosis of adenoid hypertrophy with lateral cephalogram in children based on multi-scale local attention. Sci Rep. 2024 Aug 10;14(1):18619.
12. Nixon GM, Anderson D, Baker A, Davidson A, Griffiths A, Grobler AC, et al. Intranasal treatments for children with sleep-disordered breathing: The MIST+ randomized clinical trial: The MIST+ randomized clinical trial. JAMA Pediatr. 2026 Mar 1;180(3):240–9.
13. Servos Li MM, Hamersley ERS, Baldassari C. Nasal disorders. Pediatr Rev. 2024 Apr 1;45(4):188–200.Servos Li MM, Hamersley ERS, Baldassari C. Nasal disorders. Pediatr Rev. 2024 Apr 1;45(4):188–200.
14. Moffa A, Costantino A, Rinaldi V, Sabatino L, Trecca EMC, Baptista P, et al. Nasal delivery devices: A comparative study on cadaver model. Biomed Res Int. 2019 Mar 28;2019:4602651.
15. Seifelnasr A, Talaat M, Ramaswamy P, Si XA, Xi J. A supine position and dual-dose applications enhance spray dosing to the posterior nose: Paving the way for mucosal immunization. Pharmaceutics. 2023 Jan 20;15(2):359.
16. Gyawali BR, Kashyap A, Thapa S, Chaulagain D, Shakya S, Kushwaha NK. Optimizing topical nasal steroid application in adenoid hypertrophy: A computational fluid dynamics (CFD) analysis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2025 Jan;188(112205):112205.
17. Rollema C, van Roon EN, van Boven JFM, Hagedoorn P, Klemmeier T, Kocks JH, et al. Pharmacology, particle deposition and drug administration techniques of intranasal corticosteroids for treating allergic rhinitis. Clin Exp Allergy. 2022 Nov;52(11):1247–63.

9. Rinite do Lactente

1. Indicação

A rinite do lactente é frequentemente multifatorial (sem causa definida) e cursa com congestão nasal bilateral flutuante, ruído respiratório e rinorreia, podendo ser exacerbada por irritantes ambientais ou doença do refluxo gastroesofágico (DRGE).[1]

Devido à imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), o manejo deve priorizar medidas conservadoras e a segurança farmacológica. A primeira linha de tratamento consiste em higiene nasal com solução salina (respeitando o dispositivo e volume para a idade) e o controle de irritantes.[2,3]

O uso de CIN é predominantemente **off-label** e empírico, reservado para casos graves onde se busca evitar a progressão para intervenções mais invasivas [4,5].

2. Evidências

Não há evidências robustas na literatura que suportem o uso de CIN no tratamento da rinite do lactente, mas alguns autores sugerem o uso em casos graves.[4,5]

3. Como usar

Quando houver decisão médica pela utilização de CIN no lactente, a escolha deve priorizar moléculas com baixa biodisponibilidade sistêmica (< 1%), como o furoato de mometasona e o furoato de fluticasona, na menor dose possível e utilizando a técnica correta, visando minimizar o risco de prejuízo endócrino e supressão do eixo HHA. Se houver secreção abundante ou dificuldade durante a mamada, a remoção cuidadosa de secreções antes da mamada pode ser necessária. Além disso, o tratamento

com CIN deve ser por tempo limitado de no máximo 7 dias.[2]

4. Limitações e ressalvas

Obstrução unilateral, cianose ou dificuldade respiratória, pausas respiratórias, esforço importante, dificuldade para mamar, desidratação, febre em recém-nascido ou falha de ganho ponderal exigem avaliação imediata ou urgente conforme a gravidade. Investigar atresia de coanas, estenose da abertura piriforme, massas congênitas, alterações do septo e outras causas de obstrução. A nasofibroscopia pode ser decisiva; exames de imagem devem responder a suspeitas clínicas específicas.[2,3]

A idade mínima permitida em bula para o uso dos CIN mais modernos (mometasona e furoato de fluticasona) é de 2 anos.[6–8]

5. Recomendações

Em lactentes, recomendamos priorizar a higiene nasal com solução salina e o controle de irritantes. O uso de CIN abaixo da idade aprovada em bula deve ser excepcional e individualizado, pois a evidência é limitada e o emprego é predominantemente off-label.

Referências

1. Alvo A, Villarroel G, Sedano C. Neonatal nasal obstruction. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2021 Oct;278(10):3605–11.
2. Servos Li MM, Hamersley ERS, Baldassari C. Nasal disorders. Pediatr Rev. 2024 Apr 1;45(4):188–200.
3. Roithmann R, Lessa MM, Schweiger C. Manual de lavagem nasal na criança e no adulto. Schweiger C, editor. aborlccf.org.br; 2022.
4. Nathan CO, Seid AB. Neonatal rhinitis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1997 Feb 14;39(1):59–65.
5. Tolley NS, Ford G, Commins D. The management of neonatal rhinitis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1992 Nov;24(3):253–60.
6. Seidman MD, Gurgel RK, Lin SY, Schwartz SR, Baroody FM, Bonner JR, et al. Clinical practice guideline: Allergic rhinitis: Allergic rhinitis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2015 Feb;152(1 Suppl):S1–43.
7. Baldwin CM, Scott LJ. Mometasone furoate: a review of its intranasal use in allergic rhinitis: A review of its intranasal use in allergic rhinitis. Drugs. 2008;68(12):1723–39.
8. Donaldson AM, Choby G, Kim DH, Marks LA, Lal D. Intranasal corticosteroid therapy: Systematic review and Meta-analysis of reported safety and adverse effects in children. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020 Dec;163(6):1087–96.

10. Uso de CIN para tratamento de sintomas nasais em gestantes

1. Indicação

O uso de Corticosteroide Intranasal (CIN) está indicado no manejo da rinite e da rinossinusite crônica em gestantes[1,2].

Uma revisão sistemática recente que avaliou o tratamento da rinossinusite crônica (RSC) durante a gravidez não encontrou estudos relevantes de nível de evidência 1, 2 ou 3 [3]. Considerando-se o possível impacto da RSC em mulheres grávidas, o European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020 recomenda a manutenção do uso de corticosteroides intranasais em spray no tratamento da rinossinusite crônica durante a gestação[4].

Estima-se que 18-30% das gestantes apresentem sintomas nasais como obstrução, secreção, dor facial e tosse; esse percentual pode ser maior entre pacientes que apresentam doença atópica preexistente. Da mesma forma que ocorre em outras populações, na gestante, além da rinite alérgica, a rinite não-alérgica pode coexistir. Além disso, a rinite alérgica

frequentemente coexiste com a asma[5]. A gravidez é uma situação especialmente particular em que, além dos sintomas prévios à gestação, pode haver edema decorrente da própria gravidez e sensibilidade da mucosa nasal a hormônios persistentemente elevados na nesse período. Convencionalmente, definimos rinite gestacional como congestão nasal que ocorre durante a gravidez, sem outros sinais de infecção do trato respiratório e sem causa alérgica conhecida, que desaparece completamente em até 2 semanas após o parto[2].

O manejo da rinite na gestação tem algumas singularidades: a importância de tratar uma condição em um organismo que passa por diversas modificações fisiológicas e o fato de que não é apenas um, mas dois indivíduos que podem ser afetados ao mesmo tempo, tanto pelos sintomas, como pelo tratamento administrado[6]. As massas moleculares de todos os CIN são inferiores a 1.000 g/mol, o que significa que todas elas são capazes de passar a barreira placentária e também para o leite materno[7]. O período de maior sensibilidade aos teratógenos ocorre no primeiro trimestre, especialmente entre a 3ª e 8ª semanas de gestação, que compreende o período da organogênese. Especificamente para os CIN, apesar de passarem a barreira placentária, acredita-se que seu uso durante a gestação seja seguro por sua baixa biodisponibilidade sistêmica, conforme mostra a **Tabela 1**.

2. Evidência

Existem poucos estudos que avaliaram o efeito do uso de corticosteroides nasais em gestantes. Nos últimos 10 anos, nenhum estudo prospectivo foi publicado, sendo que todas as publicações mais recentes tratam-se de artigos de revisão ou opinião de especialistas.

Em 2001, Ellegård, Hellgren & Karlsson avaliaram 53 gestantes com rinite gestacional num ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado por placebo[8]. As pacientes fizeram uso de propionato de fluticasona por 8 semanas, comparado ao uso do mesmo veículo utilizado na formulação com a medicação. Todas as gestantes estavam no segundo trimestre de gestação. As pontuações diárias de sintomas e o pico de fluxo expiratório nasal, bem como a rinometria acústica realizada antes e depois do tratamento, não apresentaram diferenças entre os grupos. Não houve influência detectável nos níveis de cortisol materno — avaliados por meio do cortisol sérico matinal e do cortisol urinário de 12 horas (coletado durante a noite) — nem qualquer diferença nas medidas ultrassonográficas de crescimento fetal ou nos desfechos da gestação.

Tabela 1. Principais CIN disponíveis no Brasil e dados sobre uso na gestação

Droga	ECR*	Biodisponibilidade**	Segurança na gestação
Budesonida	Sim	6-16%	Sim
Fluticasona	Sim	0,5%	Sim
Mometasona	Não	<1%	Não há estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas
Triancinolona	Não	<1%	Não há estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas

*ECR: dados obtidos de Ensaio Clínico Randomizado.

** Dados obtidos das bulas dos fabricantes.

Um artigo de revisão avaliou o uso de budesonida nasal e inalatória em gestantes e concluiu que o uso de budesonida não está associado a um risco aumentado de malformações congênitas ou outros desfechos fetais adversos em estudos envolvendo mais de 6.600 lactentes. Dados sobre os desfechos da gravidez após exposição materna à budesonida intranasal são limitados, uma vez que boa parte dos estudos se refere ao uso inalatório e não ao uso nasal.[9]

Bérard et al., em 2016 realizaram um estudo de Coorte de base populacional em 289.723 gestantes, comparando a exposição materna no primeiro trimestre a corticosteroide nasal (sem distinção por nenhuma molécula em específico) e desfechos de crescimento/malformações[10]. Este estudo avaliou mulheres atendidas no Canadá entre 1998-2008. Não houve associação com malformações globais, aborto espontâneo ou restrição de crescimento intrauterino. Segundo o mesmo estudo, houve 5 casos de malformações do trato respiratório (incluindo atresia de coana, malformação de laringe e/ou traqueia) com associação entre esses casos e o uso de triancinolona intranasal (OR, 3.61; 95% CI, 1.31-10.00), não podendo-se excluir essa ocorrência pelo acaso.

Um outro estudo avaliou o risco de malformações cardíacas congênitas com o uso de diversos tipos de medicação durante a gravidez[11]. Foram avaliadas 2872 expostas ao corticoide nasal, sem associação com a ocorrência de malformações cardíacas no bebê (OR: 1.24, IC: 0.87–1.78).

A segurança do uso de corticosteroides nasais tem sido avaliada também a partir de estudos que estudaram os efeitos dessas medicações sob administração inalatória, para o manejo da asma[7,12,13]. Considerando-se que a dose para tratamento de rinite alérgica é inferior às doses utilizadas sob a forma inalatória, uma vez que esses medicamentos são considerados seguros no manejo do quadro pulmonar em gestantes, considera-se, por associação, serem drogas seguras quando administradas por via intranasal.

Como exemplo, podemos descrever o estudo publicado em 2003 por Norjavaara et al., que comparou os desfechos da gravidez entre mães que relataram o uso de medicamentos para asma e aquelas que não relataram uso. Os dados foram obtidos do Registro Médico de Nascimentos da Suécia entre 1995 e 1998 em que foram identificados 293.948 recém-nascidos[14]. Foram identificadas 2.968 mulheres que relataram o uso de budesonida inalatória no início da gravidez. Não houve associação entre o uso dessa medicação com prematuridade, restrição de crescimento intrauterino, aborto/óbito fetal ou gestações múltiplas.

3. Como usar

As doses e o tempo de administração dos CIN para tratamento da rinite em gestantes não diferem da indicação em indivíduos adultos.

4. Limitações e ressalvas

Os estudos que avaliaram os efeitos do uso de corticosteroides nasais em gestantes foram publicados há mais de 10 anos e, desde então, a maioria das publicações trata-se de estudos de revisão.

Os medicamentos na gestação eram classificados tradicionalmente pelo sistema de risco do FDA em cinco letras (A, B, C, D e X), conforme o grau de segurança para o feto[15]. A própria agência recomenda, desde 2015, que essa classificação seja substituída pelo formato descritivo PLLR (Pregnancy and Lactation Labeling Rule) que contém descrições detalhadas, incluindo dados sobre risco de abortamento/perda fetal, teratogenicidade e prematuridade, preferencialmente com a apresentação de estudos em humanos[16]. A **tabela 1** mostra as principais medicações usadas no tratamento de rinite e as considerações sobre seu uso na gestação e durante a amamentação.

Para o manejo de sintomas nasais na gestação, sabe-se que corticosteroides nasais como budesonida, fluticasona e mometasona são eficazes devido às suas elevadas concentrações na mucosa nasal, na qual existe uma alta afinidade com os receptores locais[13,17]. Apesar de todas essas medicações atravessarem a barreira placentária, a baixa biodisponibilidade sistêmica provavelmente leva a uma absorção mínima no feto. Consequentemente, não foram relatados efeitos adversos no que diz respeito a desenvolvimento pondero-estatural intra-utero, malformações congênitas, risco de abortamento, prematuridade. Com base em sua alta eficácia e segurança, os corticosteroides inalatórios são considerados a opção de primeira linha para o tratamento da rinite durante a gravidez, com destaque para a budesonida[11,13].

5. Recomendações

Recomendamos o uso de CIN em gestantes para o manejo da rinite (alérgica e não-alérgica) e da RSC.

A drogas melhor estudadas são a budesonida e a fluticasona e a posologia é a mesma recomendada para o manejo de outras populações. Em paciente já bem controlada com outro CIN de baixa biodisponibilidade, a continuidade pode ser razoável após avaliação risco-benefício.

Considerando-se a biodisponibilidade da droga e o perfil de segurança para substâncias semelhantes no manejo da asma, outras medicações podem ser consideradas, desde que levados em consideração a indicações e possíveis riscos.

Referências

1. Wise, S. K. et al. International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic rhinitis - 2023. Int Forum Allergy Rhinol 13, 293–859 (2023).
2. Mabry, R. L. Rhinitis of Pregnancy: Southern Medical Journal 79, 965–971 (1986).
3. Lal, D. et al. Management of rhinosinusitis during pregnancy: systematic review and expert panel recommendations. Rhin 54, 99–104 (2016).
4. Fokkens, W. J. et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. Rhin 0, 1–464 (2020).
5. Bakan, P. Allergy and pregnancy and birth complications. Ann Allergy 38, 54–57 (1977).
6. Dumitru, C. S. et al. Pregnancy Rhinitis: Pathophysiological Mechanisms, Diagnostic Challenges, and Management Strategies—A Narrative Review. Life 15, 1166 (2025).
7. Demoly, P., Piette, V. & Daures, J.-P. Treatment of Allergic Rhinitis During Pregnancy: Drugs 63, 1813–1820 (2003).
8. Ellegard, E. K., Hellgren, M. & Karlsson, N. G. Fluticasone propionate aqueous nasal spray in pregnancy rhinitis. Clin Otolaryngol 26, 394–400 (2001).
9. Gluck, P. A. & Gluck, J. C. A review of pregnancy outcomes after exposure to orally inhaled or intranasal budesonide. Current Medical Research and Opinion 21, 1075–1084 (2005).
10. Bérard, A., Sheehy, O., Kurzinger, M.-L. & Juhaeri, J. Intranasal triamcinolone use during pregnancy and the risk of adverse pregnancy outcomes. Journal of Allergy and Clinical Immunology 138, 97-104.e7 (2016).
11. Kallen, B. Maternal drug use in early pregnancy and infant cardiovascular defect. Reproductive Toxicology 17, 255–261 (2003).
12. Cossette, B. et al. Relative perinatal safety of salmeterol vs formoterol and fluticasone vs budesonide use during pregnancy. Annals of Allergy, Asthma & Immunology 112, 459–464 (2014).
13. Alhussien, A. H., Alhedaithy, R. A. & Alsaleh, S. A. Safety of intranasal corticosteroid sprays during pregnancy: an updated review. Eur Arch Otorhinolaryngol 275, 325–333 (2018).
14. Norjavaara, E. & De Verdier, M. G. Normal pregnancy outcomes in a population-based study including 2968 pregnant women exposed to budesonide. Journal of Allergy and Clinical Immunology 111, 736–742 (2003).
15. Freyer, A. M. Drugs in Pregnancy and Lactation 8th Edition: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk. Obstet Med 2, 89–89 (2009).
16. Brucker, M. C. & King, T. L. The 2015 US Food and Drug Administration Pregnancy and Lactation Labeling Rule. J Midwife Womens Health 62, 308–316 (2017).
17. So, M., Bozzo, P., Inoue, M. & Einarson, A. Safety of antihistamines during pregnancy and lactation. Can Fam Physician 56, 427–429 (2010).

11. Quando não usar CIN

Os corticosteroides intranasais são o tratamento anti-inflamatório mais eficaz para a rinite alérgica persistente e integram o manejo da rinossinusite crônica. Em doses recomendadas, apresentam baixa biodisponibilidade sistêmica e bom perfil de segurança; por isso, contraindicações absolutas são raras. Na prática, é essencial distinguir quando não usar, quando suspender temporariamente e quando apenas monitorar.[1,3]

1. Não usar

- **Hipersensibilidade conhecida** — ao princípio ativo ou a qualquer excipiente.[1,3]
- **Infecção local não controlada** — especialmente candidíase nasal ou faríngea.[3,4]

2. Suspender temporariamente

- **Cirurgia ou trauma nasal recente** — evitar aplicação sobre a mucosa nasal não cicatrizada quando houver contraindicação do cirurgião/bula; após CENS, o momento de início deve seguir ao protocolo pós operatório e o tipo de formulação.[2]
- **Epistaxe recorrente ou importante** — suspender, examinar e corrigir a técnica.[2,4]
- **Ulceração ou perfuração septal** — interromper e realizar avaliação otorrinolaringológica.[3,4]

3. Usar com cautela e monitoramento

- **Glaucoma, hipertensão ocular ou catarata** — menor dose eficaz e considerar monitoramento em pacientes de alto risco ou em uso prolongado, especialmente se houver exposição cumulativa há corticosteroides por outras vias.[3,5]
- **Crianças em tratamento contínuo** — respeitar a idade aprovada e acompanhar o crescimento.[3,6]
- **Múltiplos corticosteroides** — considerar a exposição nasal, inalatória, oral e dermatológica[3,6]
- **Tuberculose, infecção sistêmica ou herpes ocular** — individualizar e tratar a condição de base.[3,4]

4. Reavaliar o diagnóstico antes de manter

- **Obstrução nasal unilateral progressiva** — investigar doença estrutural ou expansiva.
- **Epistaxe unilateral ou secreção sanguinolenta** — excluir lesão local.
- **Dor facial intensa ou deformidade** — indicar avaliação especializada.
- **Falha apesar de adesão e técnica corretas** — confirmar diagnóstico e indicação.

Sangramento discreto não exige abandono definitivo: lavagem salina, redução temporária da dose e aplicação do jato em direção à parede lateral, longe do septo, frequentemente resolvem o problema. Gestação e lactação não constituem contraindicações por si só; deve-se escolher a molécula com maior experiência de segurança e utilizar a menor dose efetiva. Em síntese, "não usar" aplica-se a poucas situações; na maioria, prevalecem pausa temporária, técnica correta, monitoramento e individualização.[1,4]

5. Recomendações

Em lactentes, priorizar higiene nasal e controle de irritantes. O uso de CIN abaixo da idade aprovada em bula deve ser excepcional e individualizado, pois a evidência é limitada e o emprego é predominantemente off-label.

Referências

1. Sousa-Pinto B, et al. ARIA–EAACI Guidelines 2024–2025: intranasal treatments. Allergy. 2026;81:954–976. doi:10.1111/all.70131.
2. Dykewicz MS, et al. Rhinitis 2020: A practice parameter update. J Allergy Clin Immunol. 2020;146:721–767. doi:10.1016/j.jaci.2020.07.007.
3. U.S. Food and Drug Administration. NASONEX (mometasone furoate) nasal spray: prescribing information. FDA; revisado em 2024.
4. U.S. National Library of Medicine. Fluticasone propionate nasal spray: prescribing information. DailyMed; consultado em 2026.
5. Valenzuela CV, et al. Intranasal corticosteroids do not lead to ocular changes: a systematic review and meta-analysis. Laryngoscope. 2019;129:6–12. doi:10.1002/lary.27209.
6. Skoner DP, et al. Intranasal triamcinolone and growth velocity in children with perennial allergic rhinitis. Pediatrics. 2015;135:e348–e356. doi:10.1542/peds.2014-1641.

Parte 3 – Uso dos CIN na prática clínica

1. Spray nasal

Técnica correta para otimizar a eficácia dos corticosteroides intranasais. É essencial demonstrar a técnica correta de aplicação do spray nasal e orientar o paciente, conforme apresentado nos Vídeos 1, 2 e 3.

- Garanta que as narinas estejam limpas – caso contrário, lave-as com solução fisiológica e aguarde 15 a 30 minutos antes de aplicar o spray nasal
- Incline o tronco olhando para o chão.
- Insira o bico aplicador e direcione-o para a parede lateral da cavidade nasal, evitando o septo nasal
- Alternativamente, aplique com a técnica da mão cruzada – utilize a mão direita para aplicar na narina esquerda e vice-versa, para garantir que o aplicador esteja voltado à lateral
- Após a aplicação, respire normalmente, evitando inspirar de forma forçada ou assoar o nariz imediatamente
- Limpe o aplicador, feche o frasco e guarde em local seco e limpo.



Video 1.



Video 2.



Video 3.



Video 4.

2. Lavagem nasal em alto volume com corticosteroide.

Para otimizar a eficácia das lavagens nasais com corticosteroides, é essencial demonstrar a técnica correta de lavagem e orientar o paciente, conforme apresentado no Vídeo 4.

Considera-se lavagem nasal de alto volume aquela realizada com volume igual ou superior a 60 mL por cavidade nasal. Na prática, utilizam-se frequentemente 120–240 mL de solução por sessão, com frascos compressíveis (squeeze bottles) ou dispositivos de lavagem por gravidade, como o neti pot (lota)[1–4].

A lavagem nasal pode ser iniciada na primeira semana após a cirurgia nasossinusal, conforme orientação do cirurgião e desde que não existam contraindicações ou situações que exijam precauções específicas, como defeitos não reparados da base do crânio, sangramento ativo importante, trauma facial ou risco de aspiração[4]. Em geral, são realizadas uma ou duas lavagens por dia, com frequência individualizada de acordo com o quadro clínico e a tolerabilidade.

A budesonida é frequentemente utilizada na dose de 1 mg por lavagem, diluída em 240 mL de solução salina, uma vez ao dia, embora os estudos empreguem diferentes esquemas posológicos [5–8]. A mometasona também tem sido utilizada em lavagens de alto volume após cirurgia nasossinusal, incluindo esquemas de 2 mg/dia [9]. O uso de corticosteroides adicionados à solução de lavagem deve ser individualizado e, em geral, constitui uso fora das indicações aprovadas em bula (off-label).

No Brasil, formulações manipuladas de budesonida para lavagem nasal têm sido utilizadas em pacientes selecionados, com resultados clínicos descritos na literatura [6,7]. Entretanto, a concentração, o veículo, o volume de cada gota e a dose efetivamente administrada devem ser especificados e conferidos na prescrição; não é seguro considerar que determinado número de gotas corresponda invariavelmente a 1 mg. Formulações manipuladas de mometasona também estão disponíveis, mas sua utilização deve respeitar a concentração preparada, a dose prescrita e as limitações das evidências disponíveis [9].

Para o preparo da solução de lavagem nasal, recomenda-se utilizar solução salina estéril a 0,9% ou preparar a solução com água destilada/estéril ou previamente fervida e resfriada, observando-se condições adequadas de higiene:

- Solução salina estéril a 0,9%, respeitando-se as instruções de armazenamento e o prazo de uso após a abertura;
- Água destilada ou estéril, ou água previamente fervida e resfriada, acrescida de sachê próprio para lavagem nasal, conforme instruções do fabricante;
- Quando for necessária preparação domiciliar, utilizar água previamente fervida e resfriada ou água estéril/destilada e medida precisa de sal, segundo protocolo validado. Devem-se evitar medidas domésticas imprecisas, como "colheres rasas", e não utilizar diretamente água apenas filtrada ou mineral sem fervura prévia.

Quando houver prescrição de corticosteroide para irrigação, o medicamento deve ser adicionado à solução já preparada, no dispositivo escolhido, seguindo rigorosamente a dose e as orientações prescritas.

Após preparar a solução, o paciente deve posicionar-se diante de uma pia e seguir estas etapas:

- Inclinar o tronco para a frente e inclinar suavemente a cabeça para um dos lados, de modo a favorecer o escoamento da solução
- Manter a boca aberta; essa posição pode facilitar a respiração durante o procedimento e reduzir o desconforto;
- Posicionar delicadamente o bico do dispositivo na narina superior, de modo a reduzir vazamentos, sem introduzi-lo profundamente;
- Iniciar a lavagem suavemente, sem exercer pressão excessiva, permitindo que a solução escoe pela outra narina ou pela boca; no caso do neti pot, o fluxo ocorre por gravidade;
- Após utilizar aproximadamente metade do volume, repetir o procedimento do lado oposto.

Após cada lavagem, higienizar o dispositivo conforme as orientações do fabricante, utilizando água segura e detergente ou sabão apropriado; enxaguar e deixar secar completamente antes de guardá-lo em local limpo e seco.

O dispositivo deve ser substituído periodicamente, conforme as recomendações do fabricante, ou antes, se apresentar danos, desgaste ou dificuldade de higienização.

Recomendações

- A lavagem nasal de alto volume com corticosteroide pode ser considerada em pacientes selecionados com rinossinusite crônica (RSC), especialmente após cirurgia nasossinusal endoscópica. Estudos demonstram benefício clínico em determinados contextos, mas a magnitude da vantagem em relação à lavagem salina isolada varia entre populações e protocolos.
- A orientação sobre a técnica de lavagem, a qualidade da água e a limpeza e a secagem do dispositivo são fundamentais para a segurança e a adesão ao tratamento.
- Embora geralmente bem tolerada, a lavagem com corticosteroide requer acompanhamento periódico da resposta clínica e de possíveis eventos adversos. Em pacientes com fatores de risco, como glaucoma ou exposição concomitante a corticosteroides por outras vias, considerar avaliação e monitorização individualizadas.

Referências

1. Head K, Snidvongs K, Glew S et al. Saline irrigation for allergic rhinitis. Cochrane database of systematic reviews. June 2018. http:/doi.org/10.1002/14651858.CD012597.pub2
2. Spencer CP, McKenna M, Buckley J et al. Clinical Practice Guideline: Adult sinusitis update. Otolaryngol H N Surg 173:S1-S56, 2025.
3. Rudmik L, Soler Z. Medical therapy for adult chronic sinusitis. A systematic review. JAMA 314:926-939, 2015.
4. Manual de lavagem nasal na criança e no adulto. São Paulo: Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (ABORL-CCF); 2022. https://aborlccf.org.br/wpcontent/uploads/2022/11/1669816618
5. Tait S, Suko J et al. Effect of budesonide added to large-volume, low-pressure saline sinus irrigation for chronic rhinosinusitis. A randomized clinical trial. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg; 144: 605-612;2018

6. Kosugi EM, Moussalem GF, Simões JC, et al. Topical therapy with high-volume budesonide nasal irrigations in difficult-to-treat chronic rhinosinusitis. Braz J Otorhinolaryngol;82:191-7, 2016.
7. Luz-Matsumoto GR, Cabernite-Marchetti E, Sasaki LSK, et al. Nasal irrigation with corticosteroids in Brazil: the clinical response of 1% compounded budesonide drops and betamethasone cream. Braz J Otorhinolaryngol. 88 Suppl 5:S32-S41, 2022.
8. Romano FR, Anselmo-Lima WT, Kosugi EM, et al. Rhinosinusitis: Evidence and experience - 2024. Braz J Otorhinolaryngol. 91, 2025.
9. Harvey R, Snidvongs K, Kalish LH, Oakley GM, Sacks R. Corticosteroid nasal irrigations are more effective than simple sprays in a randomized double-blinded placebo-controlled trial for chronic rhinosinusitis after sinus surgery. Int Forum of Allergy Rhinol 8: 461-470, 2018.

3. Como melhorar a adesão do paciente ao tratamento

A adesão não se resume ao uso ou não do medicamento: inclui a regularidade da administração, a persistência ao longo do tempo e a execução correta da técnica de aplicação [1,2].

A baixa adesão ao tratamento constitui um dos principais fatores que limitam a efetividade dos CIN nasais na prática clínica. Embora esses medicamentos apresentem eficácia comprovada e perfil de segurança favorável no tratamento das doenças inflamatórias nasais e nasossinusais, muitos pacientes utilizam o medicamento de forma irregular, interrompem o tratamento precocemente ou realizam a aplicação de maneira inadequada. Entre os principais fatores associados à baixa adesão destacam-se o esquecimento, a ausência de percepção imediata de benefício, o medo de efeitos adversos, a ocorrência de sintomas locais, a técnica inadequada de aplicação, características sensoriais desagradáveis e a complexidade do regime terapêutico. [2,3,4]

A adesão é multifatorial e deve ser considerada parte integrante do cuidado, não uma responsabilidade exclusiva do paciente. A escolha do corticosteroide intranasal deve envolver decisão compartilhada, levando em conta as características do paciente e do medicamento, o dispositivo, a técnica, a percepção de benefício, a tolerabilidade, o custo e a relação entre profissional e paciente [3,5].

Portanto, a baixa adesão não deve ser atribuída simplesmente à "falta de disciplina" do paciente.

O esquecimento representa uma barreira importante e pode ser abordado por estratégias comportamentais relativamente simples. Entretanto, pacientes que interrompem o tratamento por medo, efeitos adversos ou ausência de benefício percebido necessitam de intervenções diferentes. [2,4]

A técnica de aplicação é outro componente fundamental. O uso incorreto pode comprometer a deposição do medicamento e favorecer sintomas locais, criando um ciclo de menor eficácia percebida e interrupção do tratamento.

Uma abordagem estruturada, individualizada e centrada no paciente pode aumentar a persistência terapêutica e, consequentemente, melhorar o controle das doenças inflamatórias nasais e a qualidade de vida. [5,6]

A comunicação também é essencial: o profissional deve procurar compreender a experiência, as expectativas e as dificuldades do paciente com o medicamento.

Na prática clínica, uma abordagem estruturada pode ser resumida em cinco ações **(Tabela 1)**:

Assim, a educação do paciente e a verificação da técnica devem integrar a prescrição.

A educação do paciente, a correção da técnica, a abordagem da corticofobia, o manejo dos eventos adversos, a escolha compartilhada da formulação, a simplificação do tratamento e o uso de lembretes constituem componentes complementares de uma estratégia centrada no paciente.

Melhorar a adesão aos corticosteroides intranasais não significa apenas aumentar o número de doses administradas, mas assegurar que o paciente compreenda a proposta terapêutica, consiga incorporá-la à rotina, utilize corretamente o medicamento e reconheça seus benefícios [9,10].

Referências

1. Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. ***Rhinology.*** 2020;58(Suppl S29):1-464.
2. Abdullah B, Zahedi FD, Hamizan A, Husain S. Medication adherence, sensory attributes, and adverse effects of intranasal corticosteroids in allergic rhinitis patients: a systematic review and meta-analysis. ***Asian Pac J Allergy Immunol.*** 2025;43(2):151-167. doi:10.12932/AP-040424-1834.
3. Sousa-Pinto B, Bousquet J, et al. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA)-EAACI Guidelines—2024–2025 Revision: Part I—Guidelines on Intranasal Treatments. ***Allergy.*** 2025;81(4):954-76.
4. Phillips KM, Hoehle LP, Caradonna DS, Gray ST, Sedaghat AR.

Intranasal corticosteroids and saline: usage and adherence in chronic rhinosinusitis patients. ***Laryngoscope.*** 2020;130(4):852-856.

5. Ganesh V, Banigo A, McMurran AEL, Shakeel M, Ram B. Does intranasal steroid spray technique affect side effects and compliance? Results of a patient survey. ***J Laryngol Otol.*** 2017;131(11):991-996.
6. Supachet Rattanawong, Panuwat Wongwattana , Supatat Kantukiti . Evaluation of the techniques and steps of intranasal corticosteroid sprays administration. ***Asian Pac J Allergy Immunol.*** Jan 24;12(1):e7; doi: 10.5415/apallergy.2022.12.e7. 2022.
7. Mello JF Jr, Mion O, Andrade NA, et al. Brazilian Academy of Rhinology position paper on topical intranasal therapy. ***Braz J Otorhinolaryngol.*** 2013;79(3):391-400.
8. Levy DA, Bakare AB, Gurevich RE, McCoul ED. Aqueous versus aerosol intranasal corticosteroid spray for allergic rhinitis: systematic review and meta-analysis. ***Am J Rhinol Allergy.*** 2025;39(6):444-452.
9. Monos S, Yan F, McLean CC. Predicting adherence to topical medications in chronic rhinologic disease: a systematic review. ***Otolaryngol Head Neck Surg.*** Nov;171(5):1283-96; doi: 10.1002/ohn.836. 2024.
10. Mats Stage Baxter , Holly Tibble , Aziz Sheikh, Jürgen Schwarze . Effectiveness of mobile health interventions to improve nasal corticosteroid adherence in allergic rhinitis: a systematic review. ***Clin Transl Allergy.*** Nov;11(9):e12075. doi: 10.1002/clt2.12075.2021.

4. Quando encaminhar ao especialista

A maioria dos pacientes com rinite pode iniciar o tratamento com corticosteroide intranasal na atenção primária, quando o diagnóstico e a indicação estiverem estabelecidos. O encaminhamento ao otorrinolaringologista e/ou alergista deve considerar principalmente dúvidas diagnósticas, sinais de alarme, controle inadequado apesar de tratamento otimizado, eventos adversos relevantes, comorbidades ou necessidade de outras modalidades terapêuticas, e não apenas a duração do uso[1–4]. A obstrução nasal unilateral persistente não é característica da rinite alérgica típica e deve motivar avaliação especializada.

Falha terapêutica aparente: antes de encaminhar

Antes de considerar o corticosteroide intranasal ineficaz, é fundamental reavaliar o diagnóstico, a adesão e a técnica de aplicação. Deve-se confirmar se o paciente utiliza a dose prescrita, por período suficiente para avaliar a resposta, e direciona o jato para a parede lateral da cavidade nasal, evitando o septo. Também é importante investigar barreiras à adesão, exposição persistente a alérgenos ou irritantes, uso excessivo de descongestionantes, alterações anatômicas e comorbidades. A aparente "falha terapêutica" pode decorrer de uso irregular, técnica inadequada ou diagnóstico incompleto[3,5].

Persistência de sintomas apesar de tratamento adequado

O encaminhamento é apropriado quando sintomas moderados a graves permanecem inadequadamente controlados apesar do tratamento corretamente utilizado e otimizado. Na rinite alérgica, a avaliação especializada pode esclarecer sensibilizações clinicamente relevantes, identificar comorbidades ou diagnósticos diferenciais e considerar terapias adicionais, como associações intranasais ou imunoterapia, quando indicada. Na rinossinusite crônica, a persistência dos sintomas após tratamento adequado pode justificar endoscopia nasal, tomografia computadorizada quando indicada, caracterização fenotípica e avaliação de cirurgia ou terapias avançadas, além da busca de eventuais diagnósticos diferenciais[1–4].

Dúvida diagnóstica ou apresentação atípica

Pacientes com apresentação clínica atípica ou sintomas incompatíveis com rinite ou rinossinusite habituais necessitam de avaliação especializada. Exigem atenção especial obstrução nasal predominantemente unilateral, epistaxe recorrente sem causa evidente, secreção unilateral persistente, crostas importantes, cacosmia, dor facial intensa ou progressiva, alteração olfatória inexplicada, massa nasal, deformidade progressiva ou manifestações neurológicas. Esses achados podem indicar doenças estruturais, infecciosas, inflamatórias específicas, granulomatosas ou neoplásicas e não justificam apenas o aumento empírico do corticosteroide tópico[1,2]. Nesses casos, o encaminhamento deve anteceder o uso do corticosteroide tópico.

Sinais de alarme: encaminhamento urgente

Edema ou eritema periorbitário associado a suspeita de infecção, proptose, diplopia, oftalmoplegia, redução da acuidade visual, cefaleia intensa ou progressiva, edema frontal, sinais de sepse, meningismo ou alterações neurológicas exigem avaliação urgente. Nessas situações, o uso de corticosteroide tópico não deve retardar investigação,

EXPLICAR > DEMONSTRAR > VERIFICAR > PERSONALIZAR > ACOMPANHAR

Tabela 1. Estratégias para melhorar a adesão aos corticosteroides intranasais [7,8,9]

Etapa	Estratégia	Como aplicar na prática clínica	Objetivo
1. Explicar	Esclarecer o objetivo do tratamento	Explicar que o CIN reduz a inflamação da mucosa e não funciona como um descongestionante de efeito imediato.	Melhorar a compreensão do tratamento e evitar a suspensão precoce.
2. Explicar	Estabelecer expectativas realistas	Orientar que a melhora pode ocorrer nas primeiras horas ou dias, enquanto o benefício máximo depende do medicamento, da doença e da regularidade do uso.	Reduzir a frustração e favorecer a continuidade do tratamento.
3. Demonstrar	Ensinar a técnica de aplicação	Demonstrar o uso do dispositivo, direcionando o jato para a parede lateral da cavidade nasal, evitando o septo, com inspiração suave.	Aumentar a eficácia e reduzir efeitos adversos locais.
4. Verificar	Confirmar o aprendizado da técnica	Solicitar que o paciente demonstre a aplicação e corrigir eventuais erros. Considerar o uso da mão contralateral para facilitar o direcionamento do jato para longe do septo.	Identificar e corrigir erros de administração.
5. Personalizar	Investigar efeitos adversos	Perguntar sobre epistaxe, ressecamento, irritação, gosto desagradável e sensação de medicamento escorrendo para a garganta. Revisar a técnica e avaliar a mucosa nasal.	Reduzir o desconforto e prevenir a interrupção do tratamento.
6. Personalizar	Abordar o medo de corticosteroides	Perguntar: "O que preocupa você em relação ao uso do CIN?". Explicar as diferenças entre a administração intranasal e o uso sistêmico.	Identificar crenças, receios e experiências anteriores.
7. Personalizar	Simplificar a rotina	Associar a aplicação a um hábito diário, como escovar os dentes, respeitando a posologia prescrita.	Facilitar a incorporação do tratamento à rotina.
8. Personalizar	Utilizar lembretes	Recomendar alarmes no celular, aplicativos ou associações com atividades rotineiras quando houver esquecimento frequente.	Reduzir falhas por esquecimento.
9. Personalizar	Considerar as preferências do paciente	Discutir sabor, odor, sensação após a aplicação, facilidade de uso, custo e frequência de administração, considerando as alternativas clinicamente adequadas.	Aumentar a aceitação e a persistência no tratamento.
10. Acompanhar	Reavaliar a adesão em todas as consultas	Registrar quantos dias o medicamento foi utilizado nos últimos sete dias, investigar dificuldades, efeitos adversos e percepção de benefício.	Monitorar objetivamente a adesão e orientar intervenções individualizadas.
11. Acompanhar	Reavaliar a técnica e a resposta clínica	Solicitar nova demonstração da aplicação e verificar o controle dos sintomas, a tolerabilidade e a necessidade de ajustes terapêuticos.	Identificar precocemente problemas e otimizar o tratamento.

Perguntas práticas para acompanhamento

Pergunta ao paciente	O que avaliar
"Quantos dias na última semana você utilizou o medicamento?"	Frequência real de uso
"Alguma coisa está dificultando o uso?"	Barreiras práticas e comportamentais
"Você teve algum efeito adverso?"	Tolerabilidade
"Você percebeu benefício?"	Percepção de eficácia
"Pode me mostrar como está aplicando?"	Domínio da técnica

exames de imagem ou tratamento específico. Sintomas unilaterais persistentes, epistaxe, crostas e cacosmia também justificam investigação especializada, ainda que não configurem, isoladamente, emergência[1].

Eventos adversos relacionados ao CIN

Epistaxe leve e irritação nasal podem, em muitos casos, ser manejadas com revisão da técnica, hidratação local e ajuste da formulação ou da prescrição. Entretanto, epistaxe persistente ou volumosa, ulceração, crostas localizadas recorrentes, suspeita de perfuração septal ou intolerância importante justificam avaliação otorrinolaringológica. Pacientes com glaucoma ou hipertensão ocular, suspeita de efeitos sistêmicos, exposição a corticosteroides por múltiplas vias ou preocupação com o crescimento infantil podem necessitar de avaliação compartilhada com outros especialistas, conforme o contexto[5–7].

Comorbidades e necessidade de abordagem integrada

O encaminhamento também deve ser considerado nos casos de asma de difícil controle, doença respiratória exacerbada por anti-inflamatórios não esteroidais (DREA), suspeita de imunodeficiência, fibrose cística, discinesia ciliar primária, vasculites, rinossinusite fúngica alérgica ou outras condições sistêmicas associadas. Na RSC com pólipos nasais grave e não controlada, a avaliação especializada permite discutir alternativas como ciclos criteriosamente indicados de corticosteroides sistêmicos, cirurgia endoscópica nasossinusal, medicamentos biológicos e, para pacientes selecionados com DREA, tratamento com aspirina após dessensibilização[1,4].

Quando encaminhar ao alergista

A avaliação alergológica é particularmente útil quando o diagnóstico de rinite alérgica é incerto, quando é necessária identificação do alérgeno para orientar medidas de controle ambiental, quando há sintomas persistentes apesar do tratamento farmacológico ou quando se considera imunoterapia específica. Testes de sensibilização devem ser interpretados no contexto da história clínica; sensibilização isolada não equivale necessariamente a doença clinicamente relevante.[3]

Quando encaminhar ao otorrinolaringologista

A avaliação otorrinolaringológica é indicada diante de suspeita de rinossinusite crônica, pólipos nasais, obstrução estrutural, doença unilateral, epistaxe persistente, alteração olfatória relevante, suspeita de complicação ou resposta insuficiente ao tratamento clínico otimizado. Cabe ao especialista definir a necessidade de endoscopia, exames de imagem, biópsia, cultura dirigida ou tratamento cirúrgico, evitando tanto investigações excessivas quanto a manutenção de terapêutica empírica inadequada [1,2].

Recomendações

- Antes de encaminhar por "falha terapêutica", confirmar diagnóstico, adesão, técnica, dose e duração adequadas.
- Controle inadequado apesar de tratamento corretamente realizado, dúvida diagnóstica e necessidade de intensificação terapêutica justificam avaliação especializada.
- Sintomas unilaterais persistentes, sangramento recorrente ou massa nasal exigem investigação especializada; sinais orbitários, neurológicos ou de complicação infecciosa requerem avaliação urgente.
- Eventos adversos persistentes ou suspeita de complicação local/sistêmica justificam avaliação especializada.
- O encaminhamento deve ser direcionado à necessidade clínica: otorrinolaringologista, alergista ou abordagem multidisciplinar.

Referências

1. Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. Rhinology. 2020;58(Suppl S29):1-464.
2. Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, et al. Executive summary of EPOS 2020 including integrated care pathways. Rhinology. 2020;58(2):82-111.
3. Seidman MD, Gurgel RK, Lin SY, et al. Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2015;152(1 Suppl):S1-S43.
4. Hellings PW, Alobid I, Anselmo-Lima WT, et al. EUFOREA/EPOS2020 statement on the clinical considerations for chronic rhinosinusitis with nasal polyps care. Allergy. 2024;79(5):1123-1133.

5. Sousa-Pinto B, Bousquet J, Vieira RJ, et al. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA)-EAACI Guidelines—2024–2025 Revision: Part I—Guidelines on Intranasal Treatments. Allergy. 2026;81(4):954-976.
6. Donaldson AM, Choby G, Kim DH, Marks LA, Lal D. Intranasal corticosteroid therapy: systematic review and meta-analysis of reported safety and adverse effects in adults. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020;163(6):1097-1108.
7. Ahmadi N, Snidvongs K, Kalish L, et al. Intranasal corticosteroids do not affect intraocular pressure or lens opacity: a systematic review of controlled trials. Rhinology. 2015;53(4):290-302.

Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

Av. Indianópolis, 1287 - Planalto Paulista
CEP 04063-002 - São Paulo - SP
Telefones: 0800 7710 821 - (11) 5053-7500 - FAX 5053-7512
WhatsApp (11) 95266-1614

www.aborlccf.org.br