

Atresia de coanas bilateral em recém nascido: Relato de caso

Evandro Ribeiro de Oliveira*
Mírian Dias Moreira e Silva**
André Dias Moreira e Silva***
Evandro Ramos Ribeiro de Oliveira*
Ivan Morgan da Costa Júnior*
Luiza Lourenço Campos de Sousa*

RESUMO

Os autores relatam o caso de um Recém Nascido Pré Termo de 36 semanas, parto cesária, nascido no dia 09/09/2011, em Juiz de Fora - Minas Gerais, peso de nascimento: 1.480 gramas, estatura 43 centímetros, P.C.: 30,5 centímetros, sexo: masculino, Apgar 1º minuto: 2 e do 5º minuto: 8, evoluindo com desconforto respiratório e necessitando de ambu e máscara em sala de parto, em seguida foi levado para o Centro de Terapia Intensiva, sendo entubado e permanecendo em ventilação mecânica. Foi pedido parecer para otorrinolaringologia e realizou-se a Tomografia Computadorizada, onde apresentou sinais compatíveis com Atresia de Coanas Bilateral.

Palavras-chave: Atresia de Coanas. Prematuridade. Recém nascido.

1 INTRODUÇÃO

A atresia coanal congênita é a anormalidade congênita mais comum do nariz, causada pela falha no desenvolvimento da ruptura normal da membrana muconasal que, separa as cavidades bucal e buconasal entre os 35º e 38º dias fetais (CEDIN; FUJITA; CRUZ, 2006; LAZAR; YOUNIS, 1995). A apresentação unilateral é a mais frequente, sendo que a forma bilateral ocorre em 30 a 40% dos casos (CARPENTER; NEEL, 1977), havendo uma predominância de 5:1 em pacientes da raça branca (CHERRY; BORDLEY, 1966). Sua incidência é de 1:5000 a 1:8000 nascimentos, sendo duas vezes mais prevalente no sexo feminino (ROMBAUX et al., 2001). A constituição da placa atrésica pode ser óssea, membranosa ou mista (MANIGLIA; GOODWIN, 1981).

Relatada em 1755, por Johann Roederer, a primeira descrição de uma anomalia de coana (OTTO, 1830). Emmert, em 1853, utilizando um trocater com cânula através da obstrução foi quem abordou cirurgicamente pela primeira vez a atresia coanal. Clinicamente pode ser diagnosticada pela falha ou dificuldade em passar sonda nasal de pequeno diâmetro, pela presença de estresse respiratório ao

nascimento ou pela manifestação de cianose durante a amamentação.

Outras anomalias congênitas podem estar associadas à atresia coanal. As alterações mais comuns são: desvio de septo nasal, malformação do seio maxilar, transtornos da tuba auditiva do mesmo lado e hipertrofia de adenóide em crianças.

A atresia unilateral tem curso benigno e, sendo assim, seu diagnóstico e tratamento não são urgentes. A atresia bilateral pode ser fatal devido à característica de os recém-natos serem respiradores nasais obrigatórios. A tomografia computadorizada como a endoscopia são exames onde podemos realizar um diagnóstico preciso dessa alteração congênita.

2 RELATO DE CASO

Recém Nascido Pré Termo de 36 semanas, parto cesária, nascido no dia 09/09/2011, em Juiz de Fora - Minas Gerais, peso de nascimento: 1.480 gramas, estatura 43 centímetros, P.C.: 30,5 centímetros, sexo: masculino, Apgar 1º minuto: 2 e do 5º minuto: 8, evoluindo com desconforto respiratório e necessitando de ambu e máscara em sala de parto, foi levado para o Centro de Terapia Intensiva, sendo entubado e permanecendo em ventilação mecânica.

* Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde Juiz de Fora. Juiz de Fora - MG. E-mail: clevandr@acessa.com

** Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, Juiz de Fora - MG

*** Hospital Universitário da Universidade federal de Juiz de Fora. Departamento de Neurologia. Juiz de Fora - MG.

Foi pedido parecer para otorrinolaringologia e realizou-se Tomografia Computadorizada, onde apresentou sinais compatíveis com Atresia de Coanas Bilateral. Foi realizada cirurgia; com aspiração das duas fossas nasais após indução anestésica. Colocou-se cotonoides de algodão embebido em solução com xilocaína e adrenalina 1:2000 para vasoconstrução. Incisão e abertura da placa atrésica junto ao septo nasal (porção medial e inferior), e junto ao assoalho da fossa nasal. Ampliação da abertura com a pinça de esfenóide e retirada da porção óssea do septo nasal com a pinça backbite e pinça de citelli. Colocou-se sonda ureteral no nariz até o palato mole com sutura em porção anterior do septo nasal, deixando a sonda por três semanas. Acompanhamento ambulatorial sem intercorrências e com bom resultado pos-operatório.

3 DISCUSSÃO

A atresia congênita de coanas é uma doença incomum tendo sido descrita por Roederer em 1755. Em 1830, Otto a reconheceu como alteração anatômica e a primeira cirurgia corretiva foi realizada por Emmert em 1851.

A atresia coanal congênita é definida como uma falha de desenvolvimento da comunicação da cavidade nasal com a nasofaringe e ocorre em cerca de 6 a cada 8000 nascimentos, sendo o sexo feminino mais acometido que masculino, numa proporção de 2:1. Os defeitos unilaterais são os mais comuns que os bilaterais e a narina direita é 2 vezes mais acometida que a esquerda (PETKOVSKA; PETKOVSKA; RAMADAN; ASLAM. 2007; ROMBAUX et al., 2001). A atresia de coana bilateral é uma emergência médica, visto que recém-nascidos apresentam respiração nasal exclusiva nas primeiras 3 semanas de vida, sendo necessária manutenção da via respiratória por intubação oral ou traqueostomia até a correção definitiva. Pode ser óssea, membranosa ou mista. Em 90% dos casos a atresia é óssea (CEDIN; FUJITA; CRUZ, 2006; CEDIN et al., 2002).

A atresia bilateral de coanas é potencialmente fatal, já que os recém-nascidos são respiradores nasais obrigatórios, tornando-se adaptados à respiração oral apenas após a terceira semana de vida. Ao nascimento, apresentam crises de apnéia, seguidas por estresse respiratório (tiragem) que alivia com o choro. A atresia unilateral pode passar despercebida na infância, apresentando sintomas discretos de obstrução nasal e rinorreia unilateral. Associadas geralmente a estenose de narina patente e a infecções recorrentes das vias aéreas superiores (CARPENTER; NEEL, 1977; CEDIN et al., 2002).

O diagnóstico é confirmado pela tomografia computadorizada e endoscopia nasal. A endoscopia nasal tem a vantagem de oferecer o diagnóstico com maior especificidade e sensibilidade (SILVERMAN; KUHN, 1993). Nesta faixa etária a tomografia computadorizada se torna melhor para o diagnóstico por ser segura, não invasiva e de fácil e rápida execução, capaz de mostrar o exato nível e o tipo de atresia (FAUST; PHILLIPS, 2001; PETKOVSKA; PETKOVSKA; RAMADAN; ASLAM. 2007).

Pacientes com esta doença apresentam outras anormalidades congênicas sendo denominadas por Pagon de CHARGE, termo em inglês constituído pelas iniciais de coloboma ocular, doenças cardíacas, atresia de coanas, retardo do desenvolvimento do sistema nervoso central, anormalidades do trato genitourinário em pacientes do sexo masculino e malformações auriculares (CEDIN; FUJITA; CRUZ, 2006; LAZAR; YOUNIS, 1995). A etiologia é incerta, ocorre esporadicamente. Existem na literatura casos de crianças que nasceram com atresia coanal congênita após o uso materno de carbimazol.

O diagnóstico e tratamentos eficientes são essenciais. No neonato a atresia bilateral deve ser tratada o mais rápido possível. A cirurgia é realizada em algumas horas de vida. Na maioria das vezes as crianças são entubadas logo na sala de parto e recebem ventilação assistida até a cirurgia.

O tratamento cirúrgico da atresia coanal congênita é uma das cirurgias mais desafiadoras no campo da otorrinolaringologia pediátrica. A técnica transnasal endoscópica tem sido considerada um acesso de sucesso, pois além de proporcionar boa visualização também promove mínimos traumas às estruturas em desenvolvimento, mínimos sangramentos e menores tempos cirúrgicos (ROMBAUX et al., 2001).

4 CONCLUSÃO

Concluimos a importância do diagnóstico com uma boa sala de parto preparada, com equipamentos adequados, ambiente adequado e profissionais capacitados.

REFERÊNCIAS

Bilateral Choanal Atresia in RN: Case Report.

ABSTRACT

The authors report the case of a Pre Term Newborn of 36 weeks, cesarean birth, born on 09-09-2011, in Juiz de Fora - Minas Gerais, birth weight: 1480 grams, height 43 cm, PC: 30.5 cm, Sex: male, Apgar 1 minute: 2 and the 5th minute: 8, progressing to respiratory distress and in need of ambulances and mask in the delivery room, then was taken to the Intensive Care Unit, being intubated and staying in mechanical ventilation. For ent opinion was sought and held Computed Tomography where showed signs consistent with bilateral choanal atresia.

Keywords: Choanal Atresia. Prematurity. Newborn.

CARPENTER, R. J.; NEEL, H. B. Correction of congenital choanal atresia in children and adults. **Laryngoscope**, v. 87, no. 8, p. 1304-1311, Aug. 1977.

CEDIN, A. C.; FUJITA, R.; CRUZ, O. L. M. Endoscopic transeptal surgery for choanal atresia with a stentless folded-over-flap technique. **Otolaryngol Head Neck Surg**, v. 135, p. 693-698, 2006.

CEDIN, A. C.; ROCHA JUNIOR, F. P.; DEPPERMANN, M. B.; MANZANO, P. A. M.; MURAO, M.; SHIMUTA, A. S. Transnasal endoscopic surgery of choanal atresia without the use of stents. **Laryngoscope**; v. 112, n. 4, p. 750-752, 2002.

CHERRY, J.; BORDLEY, J. E. Surgical correction of Choanal atresia. *Ann. Oto1. Rhinol.* **Laryngol.**, v. 75, p. 911-920, 1966.

EMMERT, C. Cited by Luschka et al. Bilateral Bony Atresia. Stuttgart, Lehrbuch. **Chir.**, 1853.

FAUST, R. A.; PHILLIPS, C. D. Assessment of congenital bony nasal obstruction by 3-dimensional CT volume rendering. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol**, v. 61, p. 71-75, 2001.

LAZAR, R. H.; YOUNIS, R. T. Transnasal repair of choanal atresia using telescopes. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg**, v. 121, p. 517-520, 1995.

MANIGLIA, A. J.; GOODWIN, W. J. Congenital choanal atresia. *Otolaryngol Clin North Am*, v. 14, p. 167-173, 1981.

OTTO, A. M. **Lehrbuch der pathologie anatomy des menschen und der thiere**. Berlim: Rucker, 1830.

PETKOVSKA, L.; PETKOVSKA, I.; RAMADAN, S.; ASLAM, M. O. CT evaluation of congenital choanal atresia: our experience and review of the literature. **Australas Radiol**, v. 51, n. 3, p. 236-239, Jun. 2007.

ROMBAUX, P.; HAMOIR, M.; GILAIN, V. et al. Choanal atresia: a retrospective study of 39 cases. **Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)**, v. 122, n. 3, p. 147-154, 2001.

SILVERMAN, F. N.; KUHN, J. P. **Caffey's Pediatric x-ray diagnosis: an integrated imaging approach**. 9th ed. Pennsylvania: Mosby, 1993.

Enviado em //

Aprovado em //