

recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

Departamentos Científicos SPSP
Gestão 2019-2022

90

Outubro
2019



**Departamento de
Neonatologia**

Obstrução nasal em
recém-nascidos

**Departamento de
Infectologia**

Sarampo no
diagnóstico
diferencial
das doenças
exantemáticas

**Departamento de
Otorrinolaringologia**

Anquiloglossia:
repercussões
e indicação de
tratamento



Diretoria de Publicações
Sociedade de Pediatria de São Paulo

www.spsp.org.br

Obstrução nasal em recém-nascidos

A obstrução nasal em recém-nascidos (RN) é um sintoma que pode causar muita ansiedade nos pais, mas, na maioria das vezes, é decorrente de particularidades da anatomia das vias aéreas e da imaturidade funcional.¹ Em alguns casos, pode se manifestar de forma dramática, gerando desconforto respiratório grave e distúrbios de deglutição com aspiração secundária. A avaliação detalhada é fundamental para o diagnóstico precoce e manejo adequado, buscando evitar complicações.

A obstrução nasal é potencialmente grave nos RN, uma vez que esses são respiradores nasais preferenciais. Tal característica se mantém, em média, até o quinto mês de vida.^{2,3} Nessa faixa etária, a língua ocupa praticamente todo espaço da cavidade oral, situando-se junto ao palato; a laringe está em posição mais elevada e a epiglote alcança, ou mesmo ultrapassa, o palato mole em direção à nasofaringe. Dessa forma, a anatomia da via aérea alta permite a manutenção da respiração por via nasal e a deglutição ao mesmo tempo.³

Por serem respiradores nasais, qualquer obstrução nasal já causa sintomatologia. Os RN com obstrução nasal em geral apresentam cianose, dificuldade alimentar, engasgos ou necessidade de pausas para respirar durante as mamadas. Muitos apresentam cianose cíclica, que melhora com o choro, porque nessa condição o RN assume a respiração oral.

Causas de obstrução nasal

A causa mais comum de obstrução nasal no neonato e no lactente é o edema de mucosa secundário à rinite viral ou à rinite idiopática do lactente,⁴ mas é importante estar atento para o diagnóstico das anomalias anatômicas nasais e associação de mais de uma causa. O Quadro 1⁵ apresenta todas as possíveis causas de obstrução nasal no período neonatal.

Abordagem clínica

Uma avaliação adequada de obstrução nasal em RN requer uma minuciosa história neonatal. Sinais e sintomas con-

Autora:

Lilian dos Santos
Rodrigues Sadeck

**DEPARTAMENTO DE
NEONATOLOGIA**
Gestão 2019-2022

Presidente:

Maria Regina Bentlin

Vice-presidente:

Celso Moura Rebello

Secretário:

Marina Carvalho de Moraes Barros

Expediente

Diretoria da Sociedade de Pediatria de São Paulo
Triênio 2019 – 2022

Diretoria Executiva

Presidente:

Sulim Abramovici

1º Vice-Presidente:

Renata Dejtiar Waksman

2º Vice-Presidente:

Claudio Barsanti

Secretário Geral:

Maria Fernanda B. de Almeida

1º Secretário:

Ana Cristina Ribeiro Zollner

2º Secretário:

Lilian dos Santos R. Sadeck

1º Tesoureiro:

Mário Roberto Hirschheimer

2º Tesoureiro:

Paulo Tadeu Falanghe

Diretoria de Publicações

Diretora:

Cléa Rodrigues Leone

Editora Chefe da Revista

Paulista de Pediatria:

Ruth Guinsburg

Editora Associada da Revista

Paulista de Pediatria:

Sonia Regina Testa S. Ramos

Membros e Editores

Executivos da Revista

Paulista de Pediatria:

Antonio Carlos Pastorino

Antonio de Azevedo Barros Fº

Celso Moura Rebello

Cléa Rodrigues Leone

Fabio Carmona

Gil Guerra Jr.

Lilian dos Santos R. Sadeck

Luis Eduardo Procopio Calliari

Marina C. de Moraes Barros

Mário Cícero Falcão

Tamara Beres L. Goldberg

Tulio Konstantyner

Coordenadora editorial:

Paloma Ferraz

Assistente editorial:

Rafael Franco



Produção editorial:

Luce Editora e Artes Ltda.

Editora:

Lucia Fontes

Revisão:

Paloma Ferraz

Imagem de capa:

© Selvam Raghupathy

Dreamstime.com

sistentes com obstrução nasal podem ser descritos pelos pais ou cuidadores.⁵ A anamnese, incluindo condições médicas maternas, ingestão de drogas e doenças sexualmente transmissíveis, ajuda no diagnóstico etiológico da obstrução nasal no RN. Doenças genéticas familiares e/ou intercorrências de pré-natal também devem ser checadas. Condições de nascimento, incluindo prematuridade, duração do trabalho de parto, apresentação e trauma durante o parto (por exemplo, uso de fórceps) podem implicar numa potencial causa iatrogênica de obstrução nasal.^{1,5}

Além disso, o sincronismo e o início dos sintomas podem fornecer pistas sobre a etiologia da obstrução nasal. Enquanto a obstrução nasal bilateral muitas vezes apresenta-se no período neonatal, obstrução nasal unilateral pode apresentar sintomas só muito mais tarde na vida, com drenagem nasal crô-

Quadro 1 – Causas de obstrução nasal

Inflamatório

Rinite alérgica (leite de vaca, soja)
Vômitos frequentes
Refluxo gastroesofágico

Causas maternas

Hipotireoidismo
Estímulo estrogênico
Ingestão de drogas (metimazole, metildopa, opiáceos, antidepressivos tricíclicos, propranolol)

Traumático/iatrogênico

Deslocação septal
Hematoma septal
Depressão osso nasal
Rinite medicamentosa
Trauma por aspiração das VAS, sonda nasogástrica, prongue nasal

Infeção

Infeção de vias aéreas superiores
Vírus sincicial respiratório
Clamídia
Gonorreia
Sífilis

Congenital

Atresia e estenose de coanas
Estenose piriforme
Dacriocistocele
Hipoplasia facial linha média
Cisto dermoide nasal
Glioma
Encefalocele/meningocele

Neoplasias

Teratoma
Hamartoma
Hemangioma
Linfangioma
Lipoma
Neurofibroma
Rabdomiosarcoma
Linfoma

Síndromes associadas

Fibrose cística
Kartagener
CHARGE
Apert
Crouzon
Treacher-Collins
Síndrome alcoólica fetal
Down

Fonte: Gnagi SH, Schraff AS⁶

nica, irritação da pele e congestão. A presença de dificuldade respiratória intermitente ao nascimento pode estar associada ao ciclo nasal fisiológico ou com obstrução parcial por massas pediculadas.⁵

A dificuldade de progressão da sonda de aspiração via nasal no exame rotineiro em sala de parto deve alertar o neonatologista para uma obstrução anatômica de fossa nasal, especialmente se o RN apresentar clínica de dificuldade respiratória.

A exuberância das manifestações clínicas vai depender da uni ou bilateralidade e do grau de obstrução. O quadro clínico clássico, em casos bilaterais de obstrução grave, constitui-se de esforço ventilatório, taquipneia e cianose subsequente. A ausência de batimentos de asa nasal em quadro de disfunção respiratória sugere o diagnóstico de obstrução nasal. A hipóxia gerada desencadeia o choro e, quando esse se inicia, a obstrução é aliviada porque há respiração oral. Quando a oxigenação melhora e o choro cessa é iniciado um novo quadro de obstrução, seguido de hipóxia e choro e assim por diante.⁵

Nos casos de obstrução unilateral, o diagnóstico pode ser feito pela incapacidade de progredir com uma sonda de aspiração pela fossa nasal afetada. Entretanto, em muitos casos, o diagnóstico é tardio, quando o paciente procura atendimento médico por obstrução nasal, anosmia e rinorreia unilaterais de longa data.

A primeira tarefa, quando se avalia um RN com obstrução nasal, é determinar o grau de dificuldade respiratória e estabelecer uma via aérea segura. Os casos com sinais de taquipneia, retração esternal e intercostal, mas com ausência de batimentos de asa de nariz, sugerem desconforto respiratório por obstrução nasal e, quando associados com letargia e cianose, indicam um quadro grave que necessita de intervenção imediata. Nesses casos, é urgente a obtenção de uma via aérea pérvia, lançando mão da colocação de uma cânula oral (cânula de Guedel ou chupeta de McGovern) ou mesmo de intubação orotraqueal.⁵

Frente ao RN com obstrução nasal menos grave, o exame físico deve ser iniciado pela inspeção externa, avaliando a presença de deformidades e assimetrias e, posteriormente, avaliar a patência nasal através de uma rinoscopia anterior, que pode ser feita com um otoscópio. Esse procedimento

permite verificar a presença de estenoses, secreções ou massas que diminuam a passagem de ar. Outra forma de avaliar e quantificar a obstrução nasal é colocar um espelho ou uma colher abaixo das narinas e observar o halo de condensação, possibilitando comparar as duas narinas. Pode-se instilar solução salina e reavaliar os halos com o espelho, com o objetivo de diferenciar entre obstrução anatômica ou secretória/edema de mucosa.⁵

Em casos de suspeita de obstrução anatômica das narinas é indispensável a avaliação pelo otorrinolaringologista, que irá realizar exames mais específicos para a confirmação diagnóstica.⁵

Conduta frente às causas de obstrução nasal

A obstrução nasal pode ter várias etiologias, sendo importante o diagnóstico correto para poder oferecer o melhor tratamento.

Rinite neonatal ou inflamação da mucosa nasal são as causas mais comuns de congestão nasal com obstrução parcial.^{1,5} Os lactentes apresentam sintomas típicos de obstrução nasal e o exame físico revela secreções e edema da mucosa. Isto pode ocorrer isoladamente, como manifestação de outra doença, ou em conjunto com outras etiologias de obstrução nasal, assim, exacerbando a causa subjacente.

A produção de muco varia de 0,1-0,3mg/kg/dia, portanto, o muco em si pode causar oclusão nasal significativa independentemente. Deficiências da função mucociliar, tais como, a síndrome de Kartagener ou fibrose cística são especialmente propensas à obstrução mucoide.⁵ A rinite com obstrução pode ser associada ao hipotireoidismo ou à alergia/intolerância ao leite de vaca, assim como, pode ser desencadeada pela ingestão materna de drogas, como metildopa, metimazol, antidepressivos tricíclicos, narcóticos ou medicamentos anti-hipertensivos, tais como propranolol ou estímulos estrogênicos (semelhante a rinite da gravidez).

O tratamento da rinite neonatal inclui umidificação nasal, suave sucção de secreções e os esteroides tópicos ou descongestionantes nasais. Em lactentes, a utilização de agentes vasoconstritores deve ser limitada a, no máximo, três dias para evitar a rinite medicamentosa, que pode ser grave, levando a uma congestão rebote e obstrução.⁵

Outras associações também citadas são: doença do refluxo

gastroesofágico (DRGE), hipertrofia de corneto inferior ou alargamento adenoide. Nos casos de DRGE, o refluxo de conteúdo gástrico para a cavidade nasal pode causar inflamação crônica e obstrução nasal posterior. Geralmente, os lactentes com DRGE irão apresentar outros sinais, incluindo regurgitações ou vômitos, irritabilidade e arqueamento do pescoço. O tratamento antirrefluxo pode melhorar a obstrução nasal.

As infecções virais e bacterianas podem levar à obstrução nasal parcial em recém-nascidos, independentemente ou coexistindo com outras causas de obstrução nasal. Dentre os vírus, o sincicial respiratório é um dos principais. Doenças sexualmente transmissíveis (DST) da mãe, tais como clamídia, gonorreia e sífilis são importantes patógenos bacterianos que podem causar congestão nasal e obstrução e requerem tratamento imediato com antibióticos.⁵

Trauma durante o parto ou cuidados pós-parto podem causar ou agravar a obstrução nasal. Trauma de nascimento, afetando a cabeça e o pescoço ocorre em 0,82% dos nascimentos. A luxação do septo nasal cartilaginoso ocorre em 0,6% a 0,93% dos RN e pode resultar em obstrução nasal devido a desvio de septo.⁵ Além disso, o trauma de sondas nasais, para fornecer pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), sonda nasogástrica para alimentação e trauma por aspiração vigorosa de secreções podem causar obstrução nasal clinicamente significativa e possível formação de sinéquias.

Dentre as malformações anatômicas, a atresia de coanas é a anomalia nasal congênita maior mais frequente. Apresenta incidência de 1:4.000 a 1:10.000 nascidos vivos e é mais comum em meninas.^{6,7} É uma malformação da abertura nasal posterior, impossibilitando a passagem do ar para a rinofaringe. Pode ser uni ou bilateral, sendo unilateral em 60-70% dos casos.^{6,7} Em relação à composição, pode ser classificada em ósseo-membranosa (dois terços dos casos) ou puramente óssea. Pode apresentar-se isoladamente ou ser parte de um quadro sindrômico, sendo que já foi descrita sua associação com mais de 20 síndromes.^{5,6}

O quadro sindrômico mais frequente é representado pelo acrônimo CHARGE (Coloboma; Heart - cardiopatia congênita; Atresia de coanas; Retardo de desenvolvimento físico e neurológico, associado com anomalias de sistema

nervoso central; Hipoplasia Genital; Ear e/ou surdez - anomalias de orelhas), estando a atresia coanal presente em 60% dos casos.⁴ A atresia de coanas também foi descrita após exposição a metimazol durante a gestação.⁴ Assim, sugere-se avaliação com geneticista de todos os pacientes com atresia coanal para excluir outras possíveis malformações. O tratamento para a atresia coanal é sempre cirúrgico, sendo que a intensidade das manifestações clínicas determina o momento da intervenção.

Outra malformação que deve ser lembrada é a dacriocistocoele congênita, que causa uma obstrução do sistema nasolacrimal e pode causar disfunção respiratória nos RN, quando se estende para cavidade nasal, em 2-4% dos casos essa obstrução torna-se sintomática.

As massas nasais congênicas da linha média podem causar obstrução nasal no recém-nascido e apresentar um desafio diagnóstico para o clínico, pois podem representar várias patologias subjacentes.

Conclusão

A gravidade da obstrução nasal em RN varia de um leve incômodo para um risco de morte. É muito importante que os neonatologistas e pediatras reconheçam o quanto antes a obstrução nasal para identificar a causa e tratar o mais rapidamente possível.

Apesar da etiologia mais comum ser a inflamação da mucosa nasal, outras possibilidades devem ser consideradas.⁵ Para os casos mais leves, o tratamento conservador é o mais indicado: descontinuação de sucção vigorosa e introdução de sucção suave, com limpeza nasal para a remoção de muco, conforme necessário e a umidificação com administração de solução salina podem ser suficientes. Outros medicamentos como as gotas nasais de esteroides (Dexametasona oftálmica solução, Beclometasona ou triancinolona pulverizador) e aplicação de descongestionante gotas (Fenilefrina 0,125% ou Oximetazolina 0,025%) duas vezes por dia, por um período máximo de três dias, resolve a maioria dos casos.⁵

Os lactentes respondem rapidamente dentro de 3-5 dias. Se não melhoram ou pioram exige a avaliação mais ampla e a conduta pode ser mais complexa.

Referências:

1. FRANCESCO, RC, et al. Rinites do recém-nascido e lactente. In: MARONE, SA. Otorrinolaringologia para o Pediatra. 2ª ed. Série Atualizações Pediátricas. Editora Atheneu, p. 107-13, 2013.
2. FAUST, RA, et al. Assessment of congenital bony nasal obstruction by 3-dimensional CT volume rendering. *Int J Pediatr Otorhinol.* v. 61, n. 1, p. 71-5, 2001
3. ENDO, LH, et al. Obstrução nasal no recém-nascido e na criança. Tratado de otorrinolaringologia. Volume 3. Editora Elsevier, p. 175-80, 2003.
4. MANICA, D, et al. Nasal obstruction of the newborn: a differential diagnosis. *Int Arch Otorhinol.* v. 13, n. 2, p. 340-5, 2009
5. GNAGI, SH, et al. Nasal obstruction in newborns. *Pediatr Clin N Am.* v. 60, n. 3, p. 903-22, 2013
6. KUHL, G, et al. Atresia coanal. In: Costa SS, et al. Otorrinolaringologia princípios e prática 2ª ed. Editora Artmed, p. 735-42, 2006.
7. HENGERER, AS, et al. Choanal atresia: embryologic analysis and evolution of treatment, a 30-year experience. *Laryngoscope.* v. 118, n. 5, p. 1-5, 2008.