

Tratamento Endoscópico da Atresia de Coana

Frans Gordts

Para avaliar as diferenças de tratamento endoscópico na atresia de coana, foram colhidos dados obtidos a partir de respostas a um questionário estruturado, enviado a diversos centros belgas conhecidos por seus conhecimentos especializados em cirurgia endoscópica. Quatro dos sete centros escolhidos para a pesquisa participaram do estudo ¹. De 1979 a 2000, apenas 27 casos foram relatados por esses quatro centros. Até mesmo a mais ampla publicação da área tem, até agora, apenas 78 pacientes ². Isso reflete, provavelmente, a baixa incidência da atresia de coana. De acordo com um estudo com cinco milhões de pessoas, a prevalência é inferior a um caso de atresia de coana por 10.000 crianças nascidas ³.

Na atual série belga, à semelhança de séries mais amplas, 70% dos pacientes eram do sexo feminino, e pouco mais da metade (56%) dos casos apresentaram atresia bilateral. Os lados direito e esquerdo mostraram-se igualmente afetados. Ainda consoante com a literatura recente, não foram detectados casos da atresia puramente membranosa. As atresias eram em geral combinadas, ósseo-membranosas ou completamente ósseas.

Felizmente, a prevalência de atresia coanal é bastante baixa, principalmente em virtude da existência de outras anomalias associadas. Em nossa série belga foram encontradas outras anomalias em 37 % dos casos: estenose subglótica (n=2), polidactilia (n=1), retardo psicomotor (n=1), agenesia do corpo caloso (n=1), má-formação do pavilhão auricular com micrognatia, microcefalia, defeito átrio-septal, retardamento mental e epilepsia (n=1), agenesia do músculo orbicular dos lábios, defeito átrio-septal, retardo psicomotor e hipotonia (n=1), síndrome de Treacher Collins (n=1), síndrome de Charge (n=2). CHARGE deriva de Coloboma, defeito cardíaco (Hearth defect), Atresia de coana, Retardo de crescimento, hipoplasia genital (Genital hypoplasia) e malformações na orelha (Ear malformations). É provável que a síndrome de CHARGE seja de origem genética ⁴. Dentre os pacientes de nossa instituição, há algumas outras anomalias também aparentemente congênicas. Há o caso de uma paciente, operada aos 29 anos, com atresia unilateral, cuja filha nasceu com atresia bilateral. A menina também apresentava polidactilia, um traço aparentemente herdado da avó paterna. Essa menina também é um daqueles raros exemplos de neonatos que conseguem sobreviver apesar da atresia de coana bilateral. Mesmo assim, a menina foi trazida à nossa instituição e operada com nove semanas por sua dificuldade de crescimento.

De todos os casos apresentados nesta série, 27 pacientes foram submetidos a procedimentos cirúrgicos - ou seja, pouco menos do que dois procedimentos por paciente. Nenhum dos pacientes foi operado segundo a abordagem transpalatal, pelo menos nos quatro centros participantes do estudo. Houve, porém, dois casos de pacientes que haviam sido operados anteriormente por cirurgia transpalatal. Isso indica, de forma indireta, que mesmo a abordagem transpalatal não está imune a reestenose. A maioria dos procedimentos cirúrgicos foi realizada totalmente por via endoscópica, sendo as mais recentes com microdebridador e, em um caso, laser de CO₂. Na nossa instituição, preferimos uma combinação de procedimento de *drill out* (brocagem) transnasal, com controle transoral endoscópico. Este procedimento foi introduzido pela primeira vez por Clement et al., em 1985⁵. Através de micro-agulhas em um eixo curvo, a parte mais fina da atresia é puncionada. Esta área é facilmente detectada olhando a transiluminação do endoscópio colocado na nasofaringe. Simultaneamente, através de um endoscópio de 100 graus do lado oposto da atresia, a imagem é mostrada em um monitor. Depois de puncionada a placa atrésica, a abertura é alargada usando-se um perfurador otológico.

Stents pós-operatórios são objeto de controvérsia. Nos casos belgas apresentados neste estudo, não se usou *stent* em 10 dos 45 procedimentos. Quando usados, os *stents* foram deixados, em média, três meses. Pessoalmente, aderimos às recomendações de Friedman et al.⁶, que examinaram cuidadosamente os resultados de cirurgias para correção de atresia de coana. Para a atresia unilateral os *stents* são menos importantes. Para a atresia bilateral, contudo, é recomendado o uso de *stents* por no mínimo três meses, com o maior tamanho possível de tubo.

Dos 27 pacientes da série atual, apenas 22 representaram casos totalmente novos. Um voltou depois de um ano em decorrência de uma recidiva; três foram perdidos para segmento. Apenas para oito pacientes um procedimento cirúrgico foi suficiente. Para os outros, vários procedimentos foram necessários. Diversos desenvolvimentos recentes visam reduzir o número de procedimentos, dentre eles as cirurgias assistidas por computador, microdebridadoras, laser, mitomicina C.

Portanto, concluímos que mesmo com todos os desenvolvimentos modernos, parece não haver um único procedimento ou abordagem que seja comprovadamente superior a todos os outros. Todos os prós e contras têm de ser considerados. Uma abordagem endoscópica é, ao menos, a forma mais lógica de tratar as atresias. Por outro lado, os aspectos negativos da endoscopia precisam ser ponderados, principalmente se considerarmos o exíguo espaço que temos para operar quando se trata de recém-nascidos com atresia bilateral. Assim, provavelmente, o mais importante é a escolha correta dos candidatos para cirurgia. Teoricamente, a endoscopia é um procedimento muito bom para atresia fina, com acesso desimpedido a ambas cavidades, enquanto que em situações mais complexas uma abordagem mais tradicional pode eventualmente ser considerada.

Referências bibliográficas

1. Gordts F, Clement PA, Rombaux P, Claes J, Daele J. Endoscopic endonasal surgery in choanal atresia. *Acta Otorhinol Belg* 2000; 54 (2): 191-200.
2. Samadi DS, Shah UK, Handler SD. Choanal atresia: a twenty-year review of medical comorbidities and surgical outcomes. *Laryngoscope* 2003, 113 (2): 254-258.
3. Harris J, Robert E, Kallen B. Epidemiology of choanal atresia with special reference to the CHARGE association. *Pediatrics* 1997; 99: 363-367.
4. Visser LE, van Ravenswaaij CM, Admiraal R et.al. Mutations in a new member of the chromodomain gene family cause CHARGE syndrome. *Nat Genet* 2004; 36 (9): 955-957.
5. Dehaen F, Clement PAR. Endonasal surgical treatment of bilateral choanal atresia under optic control in the infant. *J Otolaryngol* 1985; 14: 95-98.
6. Friedman NR, Mitchell RB, Bailey CM, Albert DM, Leighton SEJ. Management and outcome of choanal atresia correction. *Int J Ped Otorhinolaryngol* 2000; 52: 45-51.