



Obstrução Nasal na Infância

Marcos Mocellin, Luciana Gabardo Stahlke e Marcelo Mocellin

A obstrução nasal é uma das queixas mais frequentes nos consultórios dos pediatras e dos otorrinolaringologistas. Relacionaremos abaixo as causas mais comuns dessa patologia de acordo com as faixas etárias.

1-Recém-natos

1-1. Atresia de Coana

A atresia de coana pode ser isolada ou associada a outras malformações. Sua incidência é de um caso para 8000 nascimentos (90% são ósseas e 10 % atresias membranosas). Pode ser uni ou bilateral. A atresia unilateral normalmente não é diagnosticada logo ao nascimento, pois com uma fossa nasal púrvia a criança pode respirar sem dificuldades. Entre quatro e seis anos a abundância de secreção mucóide incomoda a criança, sendo um fator primordial no diagnóstico da atresia unilateral.

A atresia bilateral é mais grave, pois a criança ao nascer, não sabe respirar pela boca, hábito que ela só adquire após algumas semanas de vida. O diagnóstico pode ser feito logo ao nascimento, quando na tentativa de aspiração a sonda encontra um ponto de resistência e não progride. São dados importantes na história clínica as crises de apnéia, que melhoram com a entubação oro traqueal ou com a colocação de chupeta ortodôntica. Pode-se visualizar a atresia por meio do exame endoscópico com fibra rígida ou flexível, após a aspiração das secreções. O raio X contrastado de cavum, de perfil, é outro exame que pode fechar o diagnóstico. A tomografia computadorizada (TC) é um exame complementar importante para se definir a patologia, o tipo de atresia e orientar o planejamento cirúrgico.

1-2. Tumores neurogênicos

1-2-1. Meningoencefalocele

É a herniação da meninge e do encéfalo para dentro da fossa nasal. Pode ser nasofrontal, naso-etmoidal ou naso-orbital e caracteriza-se por ser uma massa pulsátil.

1-2-2. Glioma nasal

É a herniação do tecido neural ectodérmico do cérebro para o nariz ou nasofaringe. Histologicamente é idêntico à encefalocele, porém sem conexão intracraniana e caracteriza-se por ser não pulsátil e de coloração pálida.

O diagnóstico é feito pelo exame clínico, pela rinoscopia anterior, e pela nasofibrosopia. A TC e a ressonância nuclear magnética (RM) poderão mostrar melhor as dimensões do tumor. O tratamento é cirúrgico, podendo-se esperar até a criança apresentar boas condições, pois, raramente o tumor obstrui totalmente as fossas nasais.

1-2. Tumores ectodérmicos

Os tumores ectodérmicos mais freqüentes são: cisto dermóide, cisto epidermóide, cisto epidermóide incluso, cisto sebáceo, cisto do ducto nasolacrimal, cisto etmoidal e papiloma. O diagnóstico e tratamento são os mesmos dos tumores neurogênicos já citados anteriormente.

1-3. Tumores mesodérmicos

Os tumores mesodérmicos são representados pelos hemangiomas. O diagnóstico tem como base a obstrução nasal com o choro da criança, em geral é unilateral e acompanha lesões em pele. O tratamento deve ser individualizado e varia desde corticoterapia até embolização e uso de substâncias esclerosantes.

1-4. Fratura nasal ou luxação do septo nasal.

Estas lesões podem ocorrer no momento do parto ou durante a gestação. Na gestação, a parede uterina, a presença de miomas ou a própria mão do feto podem provocar lesões sobre as estruturas nasais.

A distância entre o dorso do nariz e o osso occipital é a mesma que entre o mento e o occipital (11 cm), porém a porção cartilaginosa do septo nasal acrescenta cerca de 2 cm na diâmetro da cabeça do feto, sendo, por isso, suscetível a traumatismos no canal do parto.

A maior freqüência de apresentação é em OAE (oblíqua anterior esquerda) no canal do parto é 70 a 80%, sendo ela acompanhada pela maior incidência de desvio de septo.

Grande parte dos desvios septais é leve e corrige-se espontaneamente dentro de 30 dias após o nascimento. Nos casos em que o parto foi mais traumático, por apresentação de face, uso de fórceps ou período de expulsão longo, há necessidade de se examinar a cavidade nasal mais detalhadamente. Vários estudos têm demonstrado que os desvios posteriores no septo são originados pela pressão sobre a cabeça e face do feto na vida intra-uterina; os desvios anteriores são originados no período expulsivo do parto.

Os desvios anteriores têm a possibilidade de serem corrigidos espontaneamente. Já os desvios posteriores devem ser avaliados por especialistas.

O diagnóstico pode ser feito na inspeção pela lateralização do nariz, e na palpação verifica-se pouca resistência na ponta do nariz em decorrência da fratura ou luxação da cartilagem. Eventualmente sente-se a crepitação da fratura. A rinoscopia anterior e a nasofibroscopia mostram as condições do septo.

O tratamento é realizado através da redução da fratura.

1-5. Hematoma e abscesso septal

Podem ser decorrentes de trauma nasal durante o período expulsivo do parto.

Canty e Berkowitz referem que 95% das crianças apresentam obstrução nasal como resultado de formação de hematoma os quais podem evoluir para abscesso do septo nasal. Quando é feito este diagnóstico, deve-se drená-lo o mais breve possível, para que não ocorra destruição da cartilagem com deformidade nasal importante e complicações sépticas.

Os tamponamentos nasais e a antibioticoterapia complementam o tratamento.

1-6. Rinites

1-6-1. Rinites de aparecimento imediato

As rinites imediatas são adquiridas durante a passagem pelo canal de parto. São as rinites estreptocócicas, rinites provocadas por clamídia e rinite gonocócica. As rinites gonocócicas e por clamídia apresentam rinorréia purulenta. A rinite gonocócica apresenta rinorréia purulenta com estrias de sangue e deve ser tratada mais rapidamente possível, pois pode ocasionar seqüelas como, sinéquias e estenoses nasais.

1-6-2. Rinites de aparecimento tardio

As rinites tardias são as rinites estafilocócicas e as luéticas ou sífilíticas.

A rinite estafilocócica ocorre por contato nasal com a pele da mãe ou com as fissuras do mamilo. A luética tem secreção serosangüinolenta.

Estas rinites purulentas representam menos de 10% dos casos. Quando diagnosticadas devem ser tratadas para evitar disseminações para as vias aéreas inferiores. A bacterioscopia e a cultura são necessárias para fechar o diagnóstico. O tratamento consiste na limpeza nasal com soro fisiológico e antibióticos sistêmicos.

2- Infância

2-1. Hipertrofia de adenóide

É a causa mais freqüente de obstrução nasal nesta faixa etária, pois o seu desenvolvimento máximo ocorre entre os três e cinco anos. Durante a puberdade tende a diminuir, estando atrofiada na fase adulta.

A sintomatologia clínica de obstrução nasal, respiração bucal, salivação, roncos noturnos e apnéia são soberanas. Com o RX e a nasofibrosopia visualiza-se a massa ocluindo parcial ou totalmente o cavum. A cirurgia está indicada, quando a hipertrofia é importante.

2-2. Hipertrofia das tonsilas palatinas (amígdalas)

Existem casos em que a hipertrofia chega a encontrar os pólos superiores das tonsilas palatinas na linha média, obstruindo toda a porção superior da orofaringe. O diagnóstico estará selado quando a orofaringoscopia mostrar os polos superiores direito e esquerdo, encontrando-se na linha média. O tratamento é cirúrgico.

2-3. Desvio de septo nasal

É grande o número de crianças com obstrução nasal por desvio de septo, sua incidência situa-se entre 6 a 8%. As causas mais comuns do desvio de septo nesta idade são: traumatismo no parto, traumas em esportes, e quedas em casa.

Quando o desvio for anterior, o diagnóstico é feito com a simples inspeção; se o desvio for posterior, a rinoscopia anterior ou a nasofibrosopia podem avaliar sua dimensão.

Para o tratamento: quando o desvio for parcial, ou seja, não está obstruindo totalmente as fossas nasais, deve-se esperar que o paciente atinja os 18 anos, idade em que o nariz já atingiu o crescimento completo.

Porém quando o desvio for total, bloqueando as duas fossas nasais, poderá ser feita a septoplastia conservadora. Em nossa experiência, neste tipo de cirurgia conseguimos muitos benefícios sem prejudicar a desenvolvimento normal do nariz.

2-4. Hematoma e abscessos septais

O diagnóstico e tratamento destas patologias são semelhantes aos do recém-nascido.

2-5. Fratura nasal

Muito comum nesta fase da vida, quando os esportes, brigas e acidentes são frequentes. O diagnóstico é feito pela história de traumatismo, edema nos olhos e crepitação na palpação dos ossos nasais, indicando fraturas. O raio X pode auxiliar o diagnóstico. Em poucas horas o edema se instala, sendo então necessária uma semana para reavaliação, quando o edema já está desaparecendo. O tratamento consiste na redução cruenta nas primeiras seis horas, ou sete dias após o traumatismo.

2-6. Corpos estranhos

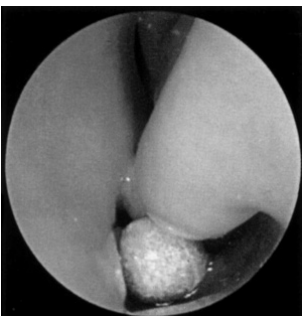


Figura 1. Corpo estranho no nariz

As crianças têm o hábito de colocar corpos estranhos no nariz. O diagnóstico é feito pela presença do corpo estranho (**Figura 1**) que desencadeia uma rinorréia purulenta e fétida. Esta é unilateral e obstrui a narina. A retirada deve ser feita com instrumentos adequados para cada tipo de corpo estranho. Pode-se tentar a eliminação espontânea ou a anteriorização do corpo estranho com o uso de vasoconstritor nasal, pedindo ao paciente uma expiração forçada, fechando com o dedo a fossa nasal contralateral. Isto, algumas vezes, facilita a retirada. Manobras intempestivas causam sangramento abundante e traumatismos psicológicos

à criança, e podem afastar a possibilidade de retirada em consultório. As crianças mais difíceis devem ser submetidas à anestesia geral no centro cirúrgico.

2-7. Processos infecciosos

A rinite vestibular é a causa mais comum das infecções do nariz. O vestíbulo nasal é a zona de pêlos do nariz e as infecções desta região são comuns nas crianças que têm o hábito de colocar o dedo dentro do nariz. O diagnóstico é feito pela sintomatologia clínica de dor que evolui com edema da asa do nariz, febre e obstrução nasal. O tratamento inclui antibioticoterapia de largo espectro, compressas quentes e, quando necessário, a drenagem do abscesso.

2-8. Rinopatia alérgica

A rinopatia alérgica por ser tema de capítulos inteiros em outros Manuais da IAPO não será aqui descrita. Porém há de ser lembrado um fator importante, que na criança menor pode haver rinites causadas por alergia a alimentos, como o leite de vaca, cereais e clara de ovo. As rinites vasomotoras são raras em crianças pequenas, assim como a rinite eosinofílica não alérgica.

2-9. Estenose nasofaríngea adquirida

Giannoni e cols. descreveram novos casos de obstrução nasal grave após a cirurgia de tonsilectomia e adenoidectomia realizadas com raio laser. Este procedimento causou fibrose intensa e várias cirurgias foram necessárias para a reconstrução da cavidade nasofaríngea.

3- Puberdade

3-1. Angiofibroma juvenil

O angiofibroma juvenil não será aqui abordado.

3-2. Pólipo nasal



Figura 2. Pólipo Nasal

Os pólipos nasais são freqüentes nesta faixa etária (**Figura 2**). O diagnóstico faz-se pelo achado de obstrução nasal progressiva e nas rinoscopias anterior e posterior haverá a presença de pólipo ocluindo a fossa nasal. O pólipo solitário de Killian algumas vezes aparece na rinofaringe. O tratamento, a base de corticóide, pode levar a regressão do pólipo, porém esta pode ser temporária e a alternativa é o tratamento cirúrgico.

3-3. Rinite medicamentosa

A rinite medicamentosa é a patologia que se segue à rinite alérgica ou vasomotora. Nesta patologia o uso excessivo de vasoconstritores tópicos nasais leva à hipertrofia irreversível das conchas (ou cornetos) nasais. O fato da obstrução não mais regredir com o uso de vasoconstritor e a presença da hipertrofia constante das conchas nasais são sinais sugestivos da patologia e confirmam o diagnóstico. O tratamento consiste em diminuir gradativamente o uso de gotas nasais diluindo as substâncias progressivamente com a ajuda de medicamentos vasoconstritores orais. Alguns casos evoluem para rinite hipertrófica, ou seja, não regredem com o tratamento clínico, sendo necessária então a cirurgia para ressecção das conchas nasais (turbinectomia).

3-4. Desvio de septo

A incidência do desvio de septo nasal aumenta nesta faixa etária e o diagnóstico e tratamento já foram comentados anteriormente.

Conclusões

A obstrução nasal além do desconforto respiratório pode levar à complicações. As deformidades faciais são notórias e de grande importância no desenvolvimento da criança. A síndrome de apnéia do sono, as deformidades do tórax e o aumento da área cardíaca (*cor pulmonale*) estão sendo descritas com grande freqüência em trabalhos científicos.

É importante que se tenha em mente o quanto é desconfortável a obstrução nasal e que existem conseqüências discretas ou graves que podem ser evitadas se diagnosticadas corretamente e tratadas sem demora.

Leituras recomendadas

1. Bloch E. Die pathologie und therapie der mindatung. Wiesbaden, JF, Bergamann, 1889.
2. Belenky WM. Nasal obstruction and rhinorrhea. In: Bluestone CD, Stool S. Pediatric Otolaryngology. 2nd ed., Philadelphia, W.B. Saunders, p. 657-671, 1990.
3. Canty PA, Berkowitz RG. Hematoma and abscess of the nasal septum in children. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 122: 1373-1376, 1996.
4. Coates H L. Nasal obstruction in the neonate and infant. Clin Ped. 25-28, Jan., 1992.
5. Coates H L. Nasal obstruction in infancy. In: Cotton RT, Myer III CM. Practical Pediatric Otorrhingology. Philadelphia, Lippincott- Raven, p.449-468, 1998.
6. Derkay CS, Grundfast KM. Airway compromise from nasal obstruction in neonates and infants. Int J Otorhinolaryngol. 19: 241-249, 1990.
7. Giannoni C, Sulek M, Friedman EM, Duncan NO. Acquired nasopharyngeal stenosis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 124: 163-167, 1998.