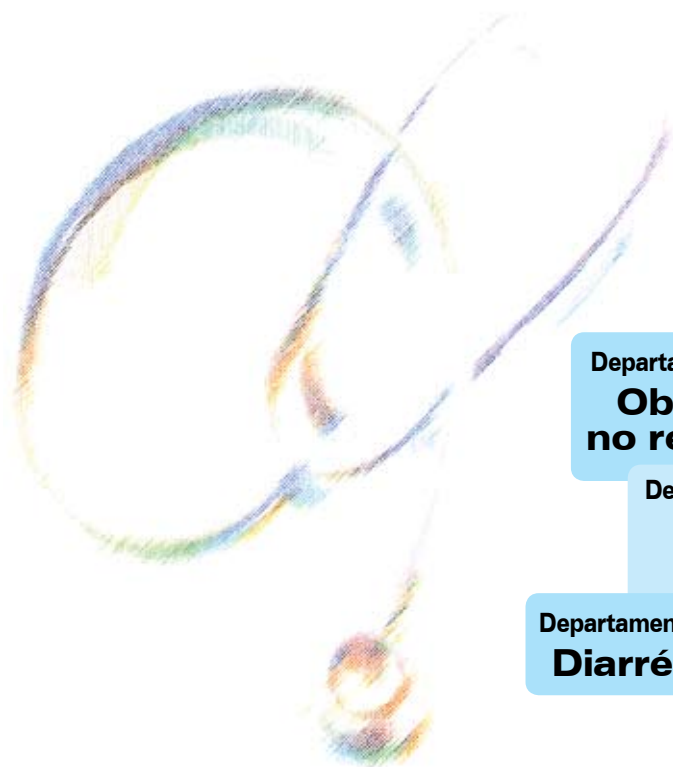


# recomendações

**Atualização de Condutas em Pediatria**

nº **36**

Departamentos Científicos da SPSP,  
gestão 2007-2009.



Departamento de Neonatologia  
**Obstrução nasal  
no recém-nascido**

Departamento de Adolescência  
**Minhas dúvidas  
sobre o HPV**

Departamento de Gastroenterologia  
**Diarréia persistente**



**Sociedade de Pediatria de São Paulo**

Alameda Santos, 211, 5º andar  
01419-000 São Paulo, SP  
(11) 3284-9809

# Obstrução nasal no recém-nascido

### Autores:

Henrique Olival Costa e  
Paulo Roberto Pachi

### DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGIA

Gestão 2007-2009

### Presidente:

Cláudio Ribeiro Aguiar

### Vice-Presidente:

Paulo Roberto Pachi

### Secretário:

Vera Lucia Figueiredo Senise

### Membros:

Abimael Aranha Netto,  
Alessandra Nilda de A. Silva,  
Alice D'Agostini Deutsch, Amélia Miyashiro N. dos Santos, Antonio Rugolo Jr, Bettina B.D. Figueira, Carlos José S. Rodrigues, Cecília M. Draque, Celeste G.S. Oshiro, Celso M. Rebelo, Cheung H.L. Russo, Ciro D. Giaccio, Claudia Tanuri, Clery B. Gallacci, Edineia V. Lima, Edna M.A. Diniz, Eduardo R. Amaror, Ernesto T. Nascimento, Fernanda Braga Zuccolotto, Fernando Jorge C. Lyra F<sup>o</sup>, Glória Celeste V. R. Fernandes, Helenilce de Paula F. Costa, Henrique G. Naufel, João Paulo de A.S. Sonnewend, Joaquim Eugenio B. Cabral, José César S. Torrezan, Lígia Maria S.S. Rugolo, Lilian dos Santos R. Sadeck, Maria Fernanda B. de Almeida, M<sup>o</sup> Dolabela Magalhães, M<sup>o</sup> Lucia Silveira Ferlin, M<sup>o</sup> Luiza M. Junqueira, M<sup>o</sup> Regina Bentlin, Marina R. Faria, Marta M<sup>o</sup> G.B. Mataloun, Maria Teresa Z. da Costa, Monica S.B. Pinheiro, Paulo Eduardo de A. Imamura, Pedro Alexandre F. Breuel, Pedro Paulo do A. Correa, Rita de Cássia X. Balda, Roberto Bittar, Ruth Guinsburg, Sérgio Daré Jr., Sergio Tadeu M. Marba, Sílvia Espiridião, Solange R. Daher, Suely D. do Nascimento, Teresa M<sup>o</sup> L.O. Uras, Wanda T. Marino.

A obstrução nasal no recém-nascido (RN) é situação incomum, mas de grande relevância clínica, uma vez que, se bilateral e total, pode provocar sérios transtornos respiratórios, já que o RN é dependente da patência nasal para respirar.

O não-reconhecimento desta causa de desconforto respiratório pode conduzir a atitudes diagnósticas e terapêuticas desnecessárias, podendo, inclusive, retardar o estabelecimento da intervenção pertinente, com sérios prejuízos prognósticos.

## Peculiaridades do RN

As condições fisiológicas da respiração neonatal têm particularidades especiais e diferenciadas em relação aos adultos e crianças mais velhas, visto que a morfologia da região cérvico-facial nesta faixa etária cria condições potenciais de obstrução respiratória total (pela obrigatoriedade de respiração bucal). Isto ocorre até o momento em que a criança começa a

sustentar a sua cabeça, gerando uma lordose cervical, o que posiciona a laringe em situação mais caudal no pescoço, distanciando a epiglote da úvula (a laringe desce do nível da vértebra cervical C3 para o nível da C5 em poucos meses) e estabelece um espaço para a passagem de ar na orofaringe.

## Principais causas

Podem ser de etiologia morfológica, má formativa, tumoral e infecto-inflamatória. A incidência nesta faixa etária não é totalmente conhecida, uma vez que sua intensidade pode variar e, com isso, as repercussões clínicas e conseqüências gerais, também. A resolução do estresse respiratório, independente de sua causa é o foco principal da ação médica.

As principais situações relacionam-se com inadequações **morfológicas** do nariz, que pode, esquematicamente, ser dividida em segmentos anterior, médio e posterior.

► Segmento anterior: estreitamento da abertura pirifor

me (a causa mais comum), espessamento e desvio septal anterior. Os gliomas nasais são más formações congênitas neurogênicas derivadas do espaço pré-nasal e, pelo fato de ocuparem o espaço nasal anterior, têm grande chance de provocar obstrução nasal.

► Segmento médio: desvios septais (que parecem ter uma relação com o tipo de parto, pois as nascidas por parto normal apresentam maior incidência do que as nascidas por cesariana) e pneumatização de corneto médio (levando ao seu aumento). As dacriocistocèles (que se projetam para o interior da fossa nasal) também levam à obstrução.

► Segmento posterior: obstrução por causa anatômica nos casos de braquicefalia, que leva à modificação do ângulo da base de crânio e redução do espaço na rinofaringe. A atresia coanal é uma das entidades obstrutivas mais reconhecidas, podendo ser membranosa ou óssea e tendo uma incidência de um caso em cada 7 mil nascidos vivos.

A obstrução nasal no período neonatal pode, também, fazer parte do cortejo de al-

gumas síndromes e complexos mal-formativos, dentre eles:

► Síndrome de Crouzon (disostose craniofacial caracterizada pelo fechamento precoce das suturas do calvário e da base do crânio, levando a uma hipoplasia maxilar, deformidade nasal externa, desvio septal e prognatismo).

► Síndrome de Antley-Bixler (braquicefalia, hipoplasia médiofacial, atresia coanal, alterações de ossos longos e alterações displásicas de pavilhão auricular).

► Sequência de Pierre-Robin, retrognatia e fissura palatina com ptose posterior da língua, que faz com que o segmento posterior do nariz seja ocupado pela base de língua, uma vez que o palato aberto permite a sua projeção para o nariz.

► Síndrome CHARGE (coloboma de íris e retina, cardiopatia, atresia de coana, crescimento intra-uterino restrito, hipoplasia genital e defeitos de pavilhão auricular).

Dentre as causas **tumorais** neonatais, são encontrados os histiocitomas fibrosos, teratomas nasais, lipomas nasais e fibromas condromixóides. O condromixoma, que é o tumor selar e supraselar

## expediente

**Diretoria da Sociedade de  
Pediatría de São Paulo**  
Trinênio 2007 - 2009

**Diretoria Executiva**  
**Presidente:**

José Hugo Lins Pessoa

**1º Vice-Presidente:**

João Coriolano Rego Barros

**2º Vice-Presidente:**

Mário Roberto Hirschheimer

**Secretário Geral:**

Maria Fernanda B. de Almeida

**1º Secretário:**

Sulim Abramovici

**2º Secretário:**

Fábio Eliseo F. Álvares Leite

**1º Tesoureiro:**

Lucimar Aparecida Françoso

**2º Tesoureiro:**

Aderbal Tadeu Mariotti

**Diretoria de Publicações**

**Diretor:**

Cléa Rodrigues Leone

**Editor Revista Paulista Pediatría:**

Ruth Guinsburg

**Editores executivos:**

Amélia Miyashiro N. Santos

Antônio A. Barros Filho

Antônio Carlos Pastorino

Mário Cicero Falcão

Sônia Regina T.S. Ramos

**Departamentos Científicos**

**Coordenadores:**

Ciro João Bertoli

Mauro Batista de Moraes

Sérgio Antônio B. Sarrubbo



**Produção editorial:**

L.F. Comunicações Ltda.

**Editor:**

Lucia Laerte Fontes LLFontes@

LFComunicacoes.com.br

**Revisão:**

Otacília da Paz Pereira

**Arte:**

Lucia Fontes Lucia@

LFComunicacoes.com.br

comum, pode excepcionalmente se apresentar em posição infraselar, provocando obstrução. Outras potenciais causas de obstrução nasal são as encefaloceles ou meningoencefaloceles que ocupam, em geral, a porção alta do nariz e deslocam o septo nasal anteriormente, e os cistos nasais ou médio-nasais, que podem salientar-se exteriormente no dorso do nariz.

A etiologia **infecto-inflamatória** é representada principalmente pela infecção por vírus sincicial respiratório, que pode ser adquirida dentro de nosocômios e atingir RN, principalmente os prematuros e que causa grande edema nasosinusal, levando à obstrução nasal intensa e por vezes não tolerável por um RN com respiração obrigatória nasal. *Chlamidia trachomatis* também pode levar à rinite neonatal com limitações ao fluxo aéreo. Quando há secreção, a etiologia da mesma deve ser elucidada, através da pesquisa de eventual agente infeccioso, com a coleta de amostra por *smab* e cultura, além de sorologias para sífilis, uma potencial causa de rinite muco-purulenta no período neonatal.

A rinite pós-uso de duplo

tubo nasal, naqueles pacientes tratados com Pressão Positiva Contínua em Vias Aéreas (CPAP), constitui evento comum, que requer especial atenção do neonatólogo, sob pena de, se a possibilidade não for cogitada, o paciente ser re-intubado, por erro de interpretação da causa do desconforto respiratório.

### **Roteiro diagnóstico**

Diante de um RN com cianose, desconforto respiratório, com tiragem universal, em que a ausculta pulmonar reflita hipoventilação, baixa saturação de oxigênio arterial e que, durante o choro, haja reversão da situação, ou em que se observe má-formações craniofaciais, a obstrução nasal é uma possibilidade a ser, sempre, cogitada.

A passagem de uma sonda nasal número 6 ou 8, pelas aberturas coanais, quando realizada com sucesso, já afasta esta etiologia; caso contrário, o uso de um espelho que reflita o embaçamento provocado pelo fluxo aéreo, bem como a observação da movimentação de um delgado pedaço de algodão colocado justo às narinas, pode atestar a patência nasal ou não.

Diante da suspeita de obstrução nasal, existem diversas possibilidades de suporte diagnóstico, como a nasofibroscoopia, a rinomanometria e a tomografia computadorizada.

Cada uma tem sua indicação e todas podem dar informações úteis para esclarecer o diagnóstico.

### **Conduta**

Diante de tantas e tão diversas causas para a ocorrência de obstrução nasal no RN, a conduta médica difere conforme a etiologia, mas a finalidade maior é a de garantir a permeabilidade nasal, permitindo uma respiração espontânea e fisiologicamente adequada, em que a filtragem, aquecimento e umidificação do gás inalado ocorram.

Se a obstrução é unilateral e o parto foi normal, a suspeita de desvio de septo deve ser feita, e, neste caso, por ocorrer nas primeiras 12 horas de vida, com tendência de resolução espontânea até o terceiro dia de vida, (pois o septo vai paulatinamente se endireitando), nenhuma intervenção se faz necessária.

No geral, a conduta do neonatologista e da enfermeira neonatal é de realizar

a aspiração delicada (com pressão negativa máxima de 10 cmH<sub>2</sub>O) das fossas nasais com instilação de solução fisiológica a 0,9%, procurando-se desobstruir a cavidade eventualmente plena de muco, sangue, vernix etc., que possam estar causando o impedimento ao fluxo. O mesmo aplica-se aos casos de suspeita de obstrução (iatrogênica) naqueles em que tenha havido o uso recente de duplo tubo nasal.

Caso não se logre êxito e as evidências de obstrução persistam, o diagnóstico etiológico se impõe e, para isto, o concurso de um otorrinolaringologista é de grande valia. Até que a resolução definitiva ocorra, a colocação de uma cânula de Guedel na cavidade oral, ou a intubação nasal unilateral com tubo traqueal que mantenha a patência de, pelo menos, uma coana ou, por fim, a intubação traqueal, devem ser utilizadas nos casos de insuficiência respiratória.

Diante da impossibilidade de se firmar o diagnóstico por meio da inspeção armada, técnicas de imagem devem ser utilizadas. A tomografia de crânio e face constitui-se no método mais

utilizado, quando da suspeita das causas mais comuns de obstrução nasal, quais sejam: atresia de coanas, estenose de coanas, estenose vestibular e estenose de abertura piriforme.

Estas eventualidades são de resolução cirúrgica, que deve ser feita, preferencial-

mente, por via endoscópica.

Nas situações de obstrução nasal devido à presença de secreção, indica-se a utilização de solução fisiológica a 0,9% antes de cada mamada, para garantir as condições respiratórias necessárias ao êxito da amamentação ao seio materno.

### Abordagem geral do RN com obstrução nasal

