

# *Obstrução Nasal e Rinopatia na Infância*

*Harvey Coates*

## **Introdução**

Neste capítulo vamos comentar uma história clínica e a conduta frente ao caso do Flávio, um menino de seis meses de idade, que apresenta o nariz muito obstruído. As características da história clínica que nos permitem diferenciar as várias causas de obstrução nasal em neonatos e crianças serão discutidas, juntamente com os achados do exame, investigação complementar, diagnóstico diferencial e conduta. Na maioria das crianças a obstrução nasal é inflamatória. É importante lembrar, contudo, que a via aérea nasal compreende quase 50% da resistência total da via aérea das crianças e que a área da válvula nasal é a parte mais estreita da via aérea infantil. As técnicas diagnósticas, incluindo o uso de nasofibrosopia, tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) podem auxiliar para um diagnóstico definitivo.

## **História clínica**

Quando os pais apresentam-se em uma consulta, com uma criança com obstrução nasal, é importante obter detalhes da história da obstrução da via aérea, particularmente verificando em que idade ela começou, se é unilateral ou bilateral, se está associada a episódios de cianose e se melhora quando a criança chora. Os pais podem notar se a criança apresenta secreção nasal, roncospasmos e se houve infecções nasais, problemas do sono, questões como dificuldades ao se alimentar, cólica abdominal e/ou epifora. Pode haver uma história familiar de alergia e a criança pode ter uma condição ou síndrome que a predisponha a obstrução nasal, tal como a Síndrome de Down, anomalias craniofaciais, mucopolissacaridoses ou paralisia cerebral.

Os pais podem ser questionados se e quando tentaram utilizar um *spray* nasal descongestionante, que reverte a maior parte dos sintomas de congestão nasal. Nas crianças mais novas e em neonatos a mãe deve ser questionada quanto a sua utilização de medicações, que podem causar obstrução nasal na criança, tais como narcóticos, anti-hipertensivos, beta-bloqueadores ou antidepressivos.

## **Exame clínico**

A criança deve ser cuidadosamente examinada para determinação de uma condição de base tais como Síndrome de Down ou alterações craniofaciais, bem como características de um “*fascies atópico*”. Por meio do exame das orelhas, nariz e faringe define-se a associação a condições tais como otite média com efusão, anormalidades palatais, macroglossia, hipertrofia tonsilar ou massas nasais e/ou em cavidade orofaríngea. O nariz externo deve ser examinado em busca de

sinais de uma tumoração externa tal como um cisto dermóide e a avaliação do fluxo nasal deve ser feita colocando-se um espelho abaixo de cada narina para determinação do “embaçamento”, que indica a passagem do fluxo de ar. Se houver uma redução grande deste “embaçamento” de um dos lados, isto indica uma obstrução do fluxo aéreo nasal intenso deste lado. Em alguns casos o uso de gotas nasais descongestionantes como a fenilefrina 0,25% é necessário para desobstruir a via aérea antes de se continuar com mais exames. A nasofibrosopia (**Figura 1**) é o método mais útil para visualizar a cavidade nasal e a nasofaringe. O nariz deve ser cuidadosamente examinado em busca de massas, hipertrofia de conchas nasais que diminuem de tamanho após o uso de descongestionantes, deformidades septais e da cavidade nasal posterior, com o exame das coanas, para ver se há atresia parcial ou estenose das coanas. Além disso, esta visão permite a inspeção das adenóides de um modo dinâmico, propiciando o acesso à via aérea nasofaríngea. Os endoscópios rígidos podem ser utilizados, mas, na maioria dos casos, as fibras óticas flexíveis são mais seguras e fáceis de usar.

**Figura 1.** Nasofibrosopia



### **Investigação complementar**

As investigações laboratoriais devem incluir um hemograma completo, para diferenciar causas de obstrução nasal inflamatórias das infecciosas e, nas crianças mais velhas, o teste do RAST (*radioallergosorbent test*) pode ser indicado para verificar a presença de alergia inalatória a alérgenos, tais como o pó doméstico e pólen ou alérgenos alimentares, tais como produtos derivados do leite, trigo, leveduras, ovo, frutas cítricas e soja. Os testes imunológicos e o RAST podem não ser tão acurados nesta faixa etária como são nas crianças mais velhas. Os microorganismos mais frequentemente detectados nos testes

microbiológicos incluem o *H. influenzae*, o *S. pneumoniae* e a *M. catarrhalis*. Nestes casos onde há uma história indicativa de roncos e apnéia obstrutiva do sono, a polissonografia (PSG) pode estar indicada para determinar a gravidade da obstrução – que também pode ajudar a diferenciar uma apnéia central de uma apnéia obstrutiva do sono. Se a criança apresentar episódios frequentes de obstrução com dessaturação abaixo de 90% e apresentam um índice de apnéia-hipopnéia do sono (AIH) maior que 5, a adenotonsilectomia pode estar indicada e ser benéfica em mais de 80% dos casos.

Os exames radiológicos incluem o raio-X, vídeo fluoroscopia, exames contrastados,

a TC e a RM. Um raio-X de cavum pode mostrar uma hipertrofia da adenóide, caso a nasofibrosopia não esteja disponível. A TC e, numa menor proporção, a RM são métodos de investigação radiológica de escolha em crianças com obstrução complexa de via aérea. Elas podem demonstrar uma estenose das coanas, estenose da abertura piriforme, cisto dermóide nasal, gliomas e outros tumores nasais e paranasais (**Figura 2**).

**Figura 2.** Dacriocistocele bilateral



### Diagnóstico diferencial

Na maioria dos casos a etiologia da obstrução nasal na infância está relacionada a alergias, infecções de vias aéreas superiores (IVAS) e infecções bacterianas. Outras condições menos comuns incluem a hipertrofia da adenóide ou a hipertrofia adenotonsilar causando alterações obstrutivas do sono e apnéia obstrutiva do sono.

As anomalias congênicas raras podem incluir estenose coanal

ou atresia coanal unilateral. A atresia bilateral das coanas é uma emergência respiratória neonatal e normalmente não está presente em crianças maiores – apesar de um estreitamento da coana posterior tanto por estenose, membrana parcial ou deformidade septal que possam causar uma obstrução significativa da via aérea. A atresia ou a estenose das coanas podem estar associadas a outras anormalidades craniofaciais ou condições como a associação CHARGE (**Tabela 1**).

**Tabela 1:** Associação CHARGE

<p><b>C</b>oloboma  <b>H</b>eat Abnormalities (Anomalias cardíacas)  <b>A</b>tresia of the Choanae (Atresia de coana)  <b>R</b>etardation of Growth / Mental (Retardo de crescimento / mental)  <b>G</b>enitourinary defects (Alterações gênito/urinárias)  <b>E</b>ar Abnormalities (Alterações da orelha)</p>
---

A estenose da abertura piriforme está associada a um maior hipodesenvolvimento das narinas anteriores, no aspecto medial dos maxilares e isto é confirmado pela TC. O cisto nasolacrimal congênito ou dacriocistocele pode levar à obstrução nasal significativa e o diagnóstico é feito clinicamente e pela TC.

Outras alterações congênicas que podem causar obstrução de via aérea na infância podem incluir crianças que têm fissura labial e palatina, com uma deformidade nasal da fissura (colapso da cartilagem e ponta nasal e deformidade nasal septal). Os cistos dermóides nasais, gliomas e encefalocelos podem estar presentes como

massas no nariz externo ou na cavidade nasal, estendendo-se ao cérebro. As características do diagnóstico diferencial da encefalocele, glioma e cisto dermóide são mostradas na **Tabela 2**.

**Tabela 2.** Diagnóstico diferencial: encefalocele, glioma e cisto dermóide

Características	Cisto Dermóide	Glioma	Encefalocele
Aparência	“Covinha”, Cabelo, Sólido	Vermelho-azulado, sólido, não-compressível, telangectasias	Azulada, macio, compressível
Localização	Intranasal e externa	Intranasal e externa	Intranasal e externa
Pulsação	Não	Não	Sim
Fistula liquórica	Rara	Rara	Sim
Teste de Furstenburg	Negativo	Negativo	Positivo
Transiluminação	Não	Não	Sim
Defeito craniano	Raro	Raro	Sim
História pregressa	Infecção local	Rara	Meningite

As causas inflamatórias e infecciosas da obstrução nasal podem incluir alergia, rinosinusites etmoidal e maxilar e raramente sífilis congênita. As causas iatrogênicas incluem a rinite medicamentosa com obstrução nasal secundária a um efeito rebote decorrente do uso excessivo de gotas nasais descongestionantes, reparação precoce de fenda palatina com comprometimento da via aérea e uso de medicamentos pela mãe durante a amamentação da criança, conforme mencionado anteriormente. A obstrução nasal também pode ocorrer devido à presença de corpos estranhos, deformidade nasal septal e hematoma septal secundário a trauma nasal. Os tumores benignos como os hemangiomas e tumores malignos como o rabdomiossarcoma podem estar presentes nesta faixa etária.

### Conduta

A maioria dos casos de obstrução nasal na infância responde a medidas simples como irrigação nasal salina, descongestionantes tópicos por 4-5 dias ou *sprays* nasais tópicos, como a mometasona, que tem 0,1% de absorção da cortisona e é, portanto, segura para uso nesta faixa etária. Os anti-histaminicos e descongestionantes sistêmicos geralmente não são tão eficazes como os tratamentos tópicos. Nos casos mais graves, tais como nas estenoses das coanas ou estenoses da abertura piriforme, o tratamento cirúrgico será necessário, com a utilização de fibra ótica ou microscópio para a reparação da área estenosada. Em alguns casos de atresia coanal unilateral ou estenose, a correção pode ser postergada até a criança ter 4-5 anos de idade, mas os quadros mais graves requerem tratamento precoce e de urgência. Este é quase sempre o caso das estenoses da abertura piriforme, massas nasais de linha média e hipertrofia adenotonsilar com PSG evidenciando um comprometimento significativo da via aérea.

Felizmente, no caso proposto, o menor Flávio apresentava apenas uma hipertrofia de adenóide leve e rinite alérgica, melhorando drasticamente após o tratamento com *spray* nasal de corticosteróides.

**Leituras recomendadas**

1. Coates H. Nasal Obstruction in Infancy in Cotton R, Myer C. (Eds) *Practical Pediatric Otolaryngology*. Lippincott-Raven Pub. Philadelphia. 1999.
2. Coates H. Neonatal Nasal Obstruction. *Japan Journal of Rhinology* Vol 38 No. 2:191-198. 1999.
3. Ahmed J, Marucci D, Cochrane L, Heywood RL, Wyatt ME, Leighton SE. The role of the nasopharyngeal airway for obstructive sleep apnea in syndromic craniosynostosis. *J Craniofac Surg*. 2008 May;19(3):659-63.
4. Contencin P, Guilleminault C, Manach Y. Long-term follow-up and mechanisms of obstructive sleep apnea (OSA) and related syndromes through infancy and childhood. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2003 Dec;67 Suppl 1:S119-23.