

Trabalhos Científicos

Título: Insuficiência Respiratória Em Recém Nascido Por Obstrução Nasal – Estudo De Caso

Autores: EDUARDA BATISTA PAZ (UNIJUI), VICTÓRIA LUISA DA ROSA RIBEIRO (UNIJUI), GUSTAVO TOILLIER EUGÊNIO (UNIJUI), EMMANUELA WEBER CARDOZO (UNIJUI), ISADORA WEIDE DANIEL (UNIJUI), JULIANA SATO HERMANN (UNIJUI)

Resumo: Muitas deformidades faciais na infância podem induzir obstrução nasal (ON). A mais frequente é a atresia de coanas (AC), que pode ser causa de insuficiência respiratória nesta idade e levar a complicações graves, como óbito. Primigesta, 27 anos, na 36^a semana de gestação realizou ultrassonografia (US) obstétrica com doppler de cordão umbilical com restrição de crescimento intrauterino e indicada parto cesariano que ocorreu sem intercorrências. Recém-nascido (RN), feminino, apresentou apnéia após contato com a mãe, necessitando estímulo tático e instalação de pressão positiva contínua em vias aéreas (CPAP) nasal, sem resposta, necessitou intubação orotraqueal (IOT) e ventilação mecânica com pressão positiva. Com 30 horas de vida, RN em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) tentou-se uso de CPAP nasal, mas apresentou cianose central com saturação de oxigênio (SatO₂) de 50% e bradicardia, precisando de nova IOT. Introduzido ampicilina e gentamicina por suspeita de sepse neonatal, mas culturas colhidas na internação negativas. Realizado dosagem de creatinofosfoquinase 5.470 U/L indicando anoxia perinatal e a ressonância magnética mostrou pequena isquemia subaguda em substância branca no lobo frontal direito. Evoluiu-se com 3 tentativas de extubação sem sucesso. Em avaliação com otorrinolaringologista, no 16º dia de vida, nasofibrolaringoscopia evidenciou coanas nasais em fundo cego bilateralmente. RN foi extubada e mantida com cânula de Guedel (CG) sem necessidade de suporte ventilatório. Em tomografia computadorizada (TC) de seios paranasais confirmou-se atresia de coanas bilateral (ACB). Ecocardiograma (ECG) transtorácico demonstrou comunicação interatrial ostium secundum grande, com pouca repercussão hemodinâmica e excluiu-se outras malformações. Realizada cirurgia de correção de ACB via endoscópica transnasal. No segundo pós operatório a paciente foi extubada e permaneceu em ar ambiente, sem desconforto respiratório. No 30º dia de vida, foi reintroduzido dieta via oral e recebeu alta hospitalar com 1 mês e 5 dias. A AC acomete 1/5.000 nascimentos, 30% dos casos são bilaterais, com prevalência no sexo feminino. Consiste na ON posterior por uma placa atrésica. A apresentação clínica varia de acordo com sua forma, sendo mais grave e sintomática se bilateral. O RN é respirador nasal obrigatório quando acometido por ACB apresenta esforço ou obstrução respiratória grave, podendo evoluir para parada cardiorrespiratória e óbito. Os casos de AC poderiam ser diagnosticados na sala de parto através da aspiração de vias aéreas (VA), mas não é mais recomendado. Com isso, a TC de crânio é útil para determinar a etiologia e, em conjunto com o ECG, avaliar possíveis anomalias associadas, como a síndrome CHARGE, uma anomalia genética rara. Apesar de rara, a ACB assim como as outras causas de ON congênita devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de insuficiência respiratória no RN, pois o diagnóstico precoce previne complicações graves e sequelas.