

Atresia de coana: análise de 16 casos - a experiência do HRAC-USP de 2000 a 2004

Choanal atresia, analysis of 16 cases - the experience of HRAC-USP from 2000 to 2004

*Gilberto da Fontoura Rey Bergonse¹,
Arakem Fernando Carneiro²,
Trissia Maria Farah Vassoler³*

Palavras-chave: atresia de coana.
Key words: choanal atresia.

Resumo / Summary

Atresia de coanas é uma patologia rara cuja incidência varia de 1:5.000-8.000 nascidos vivos, sendo mais comum no sexo feminino e associada a outras malformações. **Forma de estudo:** clínico retrospectivo. Quando unilateral, tem seu diagnóstico retardado pela carência de sintomas, porém, quando bilateral, necessita de tratamento imediato devido à insuficiência respiratória e à incapacidade de o recém nascido realizar respiração oral. Neste artigo relatamos a incidência e a experiência do HRAC-USP.

Choanal atresia is a rare disease and the incidence is 1: 5000-8000 newborns alive. It is more comom among female and usually is associated with others malformations. **Study design:** clinical retrospective. When unilateral its diagnose may be postpone because its symptoms are less life threatening. But when bilateral children have important respiratory insuficiency. This articles will report incidence and the expirience of HRAC-USP.

¹ Residente de otorrinolaringologia do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - USP/Bauru.

² Preceptor e chefe do Departamento de Otorrinolaringologia do Hospital de reabilitação de Anomalias Craniofaciais - USP/Bauru.

³ Residente de otorrinolaringologia do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - USP.

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - USP.

Endereço para correspondência: Trissia Maria Farah Vassoler - Rua Almeida Brandão 16-40 ap. 22 Vila Cardia Bauru SP 17011-060.

Artigo recebido em 20 de junho de 2005. Artigo aceito em 5 de agosto de 2005.

INTRODUÇÃO

A atresia congênita de coanas é uma doença incomum tendo sido descrita por Roederer em 1755. Em 1830 Otto a reconheceu como alteração anatômica e a primeira cirurgia corretiva foi realizada por Emmert em 1851¹⁻³.

Sua incidência é de 1:5.000-8.000 nascimentos, sendo o sexo feminino mais acometido que o masculino, numa proporção de 2:1. Os defeitos unilaterais são mais comuns que os bilaterais, e a narina direita é 2 vezes mais acometida que a esquerda^{4,5}.

Considerava-se que 90% dos defeitos eram ósseos, porém, a literatura recente mostra que 70% dos casos são mistos, ósseo-membranosos¹⁻³.

A associação com outras anomalias e síndromes varia de 20 a 50%, sem comprovação genética; a mais comum das síndromes é a síndrome CHARGE (coloboma, defeitos cardíacos, retardo do crescimento e mental, anomalias genitais e de orelha)^{1,4,5}.

Inúmeras teorias existem para explicar a atresia coanal: I - persistência da membrana bucofaríngea; II - falha na rotura fisiológica da membrana buconasal; III - adesão de tecido mesodérmico; IV - crescimento de processos palatais^{1-3,6}.

O diagnóstico depende de alto grau de suspeição. A atresia bilateral cursa com obstrução nasal, estridor, cianose cíclica (melhora com o choro do RN); a atresia unilateral pode passar despercebida durante anos e cursar com rinorréia tardia e congestão nasal unilateral; alguns pacientes contudo podem permanecer oligossintomáticos⁶.

Exames complementares como a tomografia computadorizada de seios da face e a nasofibrosopia são essenciais para a confirmação diagnóstica e planejamento terapêutico - avaliação da extensão, localização e distinção das atresias em ósseas, membranosas, e mistas⁷.

O tratamento inicial consiste na manutenção de via aérea oral (intubação orotraqueal, se necessária) até a correção cirúrgica definitiva, a qual deve restabelecer o fluxo aéreo nasal, evitar danos ao crescimento facial, utilizando uma técnica segura e rápida. Atualmente existem várias técnicas: microscópica e endoscópica via transnasal, transpalatal, transeptal, transantral e dilatações intranasais^{2,6,8,9}.

Neste artigo revisamos a experiência do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo no período de 2000 a 2004.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo retrospectivo baseado na revisão de prontuários, no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - USP, do período de 2000 a 2004, de pacientes submetidos à cirurgia para correção de atresia de coana, em que serão avaliados a idade de diagnóstico e idade de tratamento, sexo, anomalias associadas, complicações, permanência do stent, necessidade de revisão cirúrgica, tempo de acompanhamen-

to, uni ou bilateralidade, bem como a existência apenas de estenose das coanas e técnica cirúrgica utilizada.

RESULTADOS

Foram selecionados 18 prontuários no período de 2000 a 2004, sendo 2 excluídos por falta de dados. 16 pacientes (12 femininos e 4 masculinos), com idades variando desde recém-nascidos até 20 anos, receberam tratamento no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - USP - Bauru no período de 2000 a 2004.

Atresia de coana unilateral foi vista em 50% (8) dos pacientes e atresia de coanas bilateral em 50% (8). Encontramos razão feminino:masculino de 3:1. Em pacientes com imperfuração unilateral houve predominância do defeito à direita em ambos os sexos; imperfuração bilateral foi mais freqüente no sexo feminino. O tipo de imperfuração mais comum foi a mista (ósseo-membranosa), seguida pelos defeitos ósseos.

Os sintomas mais comuns no diagnóstico foram insuficiência respiratória 18,04% (4), obstrução nasal 33,3% (7), rinorréia 28,5% (6), sinusite 4,76% (1) e otite 4,76% (1). O diagnóstico foi confirmado por tomografia computadorizada de seios da face em 56,25% (9), e por nasofibrosopia em 31,25% (5).

Doenças associadas foram encontradas em 10 pacientes. Fissuras lábio-palatinas, Síndrome de Treacher-Collins, Defeitos Cardíacos, Síndrome de Rapp-Hodgkin, Hidrocefalia, Malformações Craniofaciais em geral e Hipoacusia Neurossensorial.

Foi realizada cirurgia via transpalatina com colocação de stent em todos os pacientes, exceto um que chegou ao serviço para tratamento de reestenose, a qual foi realizada via endoscópica e sem colocação de stent. Dos pacientes submetidos à correção cirúrgica inicial apenas um apresentou reestenose. A idade da primeira cirurgia foi de 1 mês e 1 dia a 20 anos (média de 10 anos) e a correção da reestenose ocorreu aos 7 anos (primeira cirurgia com 15 dias). O tempo de permanência do stent foi de 2 meses em média.

A duração da internação foi de 5 dias em média, exceto para os pacientes com malformação cardíaca. O acompanhamento ambulatorial dos pacientes foi de 1 ano (variando de 1 mês a 2 anos).

DISCUSSÃO

A atresia bilateral de coana é uma emergência médica, visto que recém-nascidos apresentam respiração nasal exclusiva nas primeiras 3 semanas de vida⁶, sendo necessária manutenção da via respiratória por intubação oral ou traqueotomia até a correção definitiva. A média de idade para a correção deste defeito foi de 10 anos mostrando a peculiaridade de nosso serviço, já que alguns de nossos pacientes apresentavam fissuras palatinas, permitindo a ma-

nutrição da via aérea nasal e correção cirúrgica tardia (pacientes que não possuíam fissura foram operados num prazo de 10 a 20 dias após o diagnóstico).

A atresia de coana unilateral raramente se apresenta com insuficiência respiratória severa e, portanto, o diagnóstico é recebido tardiamente. Os sintomas mais frequentes nesses pacientes são obstrução nasal, rinorréia e apnéia do sono podendo ser facilmente confundidos com patologias nasais outras, p. ex. rinite alérgica, polipose nasal e processos infecciosos das vias aéreas superiores. Em nosso serviço a idade média de tratamento das atresias unilaterais foi de 12,5 anos, diferente da literatura⁶. Acreditamos que este fato ocorre devido à falta de acesso a serviços de saúde qualificados para o atendimento destes pacientes em nosso país e morosidade da realização dos exames e encaminhamentos, fazendo com que os mesmos obtenham tardiamente o diagnóstico e conseqüentemente o tratamento. A suspeita diagnóstica foi feita nos pacientes que apresentavam sintomatologia característica, depois de afastadas outras causas de dificuldade respiratória. Iniciamos o exame físico com a inspeção da narina e posteriormente realizamos intubação nasal com sonda nasogástrica (SNG) de diversos calibres (iniciamos com a nº 8 e diminuimos, conforme não ocorre progressão até a nº 4). Uma vez não havendo passagem da sonda em alguma narina, ou em ambas, realizamos tomografia computadorizada de seios paranasais e nasofibroscoopia. Nem sempre faz-se necessário para o diagnóstico a realização de TC e nasofibroscoopia³, porém julgamos tais exames de grande auxílio para o planejamento cirúrgico.

Utilizamos a técnica transpalatal em todos os pacientes pelo melhor domínio da técnica cirúrgica e por acreditarmos que garante uma melhor exposição do defeito; contudo, a literatura relata que esta técnica está associada a maior tempo cirúrgico, maior sangramento, risco potencial de fístula buconasal, disfunção palatina, alteração do crescimento facial com mordida cruzada e reestenose^{1-3,6}. Três pacientes apresentaram complicação após a técnica transpalatal, sendo uma sangramento, uma fístula de palato e uma reestenose.

As técnicas endonasais têm sido cada vez mais utilizadas devido a uma melhoria crescente da técnica e experiência cirúrgica. Relata-se que estas técnicas apresentam menor risco de sangramento, menor tempo cirúrgico, mas podem apresentar fístulas liquóricas e meningite por fratura da lâmina crivosa do etmóide com mais freqüência, reestenose e ressecções incompletas^{1-3,6}. Apenas um paciente do serviço foi submetido a esta técnica para correção de reestenose de perfuração de coanas bilateral tipo membranosa juntamente com turbinectomia vindo a apresentar sangramento no pós-operatório, necessitando tamponamento nasal.

A literatura que descreve a importância do uso do stent na cirurgia de imperfuração de coana é restrita¹⁰. A

maioria das séries de caso é pequena e freqüentemente demonstra a experiência coletiva de vários cirurgiões. Em todos os nossos pacientes submetidos à técnica transpalatal foram utilizados stent com duração média de permanência de 2 meses. A maioria dos autores concorda com o uso de stent nas cirurgias por técnica transpalatal, porém o tempo de permanência continua controverso variando de 3 a 4 semanas^{11,12} a 2 dias¹³. Apesar do nosso tempo de permanência ser maior que o discutido em literatura, nenhum paciente apresentou intercorrência por este motivo. Schoem (2004), em sua revisão de literatura, conclui que na técnica endonasal, onde a manipulação de tecido é menor, pode-se optar pelo não-uso de stent. No nosso serviço foi realizada apenas uma correção cirúrgica endonasal, um caso de reestenose encaminhado de outro serviço, onde não foi colocado stent. Esta paciente evoluiu sem intercorrência até os dias de hoje.

CONCLUSÃO

A imperfuração de coana bilateral tem seu diagnóstico realizado mais precocemente devido à sintomatologia mais exuberante e alto grau de suspeita por parte dos pediatras neonatologistas. Já a imperfuração unilateral muitas vezes passa despercebida, sendo tratada muitas vezes como outra patologia. Apesar de incomum, todo paciente com queixa respiratória de obstrução deve ser avaliado criteriosamente, independente da idade e especialmente se apresenta outras anomalias de face, para que este diagnóstico e a correção possam ser realizadas mais precocemente e o paciente não seja submetido a tratamentos ineficazes e desnecessários.

Apesar do atual desenvolvimento e aprimoramento da técnica endonasal e do pequeno número de casos de nossa instituição, a técnica transpalatina, uma vez desempenhada por cirurgião experiente, continua sendo uma via segura para a correção de imperfuração de coanas e reestenoses.

Nada podemos concluir a respeito do uso de stent para as correções, uma vez que nossa série de casos é restrita e não apresentou diferença entre o uso e não-uso do mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gujrathi CS, Daniel SJ, James AI, Forte V. Management of bilateral choanal atresia in the neonate: an institutional review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2004; 68:399-407.
2. Vogels RL, Chung D, Lessa MM, Lorenzetti FTM, Goto EY, Butugan O. Bilateral congenital choanal atresia in a 13-year-old patient. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2002; 65:53-7.
3. McLeod IK, Dain BB, Mair EA. Revision choanal atresia repair. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2003; 67:517-24.
4. Schwartz ML, Savetsky L. Choanal atresia: clinical features, surgical approach, and long-term follow-up. *Laryngoscope* 1986; 96:1335-9.

-
5. Keller JL, Kacker A. Choanal atresia, charge association, and congenital nasal stenosis. *Otolaryngol Clin North Am* 2000; 33(6):1343-51.
 6. Samadi DS, Shah UK, Handler SD. Choanal atresia: A twenty-year review of medical comorbidity and surgical outcomes. *Laryngoscope* 2003; 113:254-8.
 7. Schweinfurth, JM. Image guidance-assisted repair of bilateral choanal atresia. *Laryngoscope* 2002; 112:2096-8.
 8. Lazar RH, Younes RT. Transnasal repair of choanal atresia using telescopes. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 121(5):517-20.
 9. Josephson GD, Vickery, CL, Giles WC, Gross CW. Transnasal endoscopic repair of congenital choanal atresia. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; 124(5):537-40.
 10. Schoem SR. Transnasal endoscopic repair of choanal atresia: Why stent? *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 131:362-6.
 11. Richardson MA, Osguthorpe JD. Surgical management of choanal atresia. *Laryngoscope* 1988; 98:915-8.
 12. Abbeele TVD, Francois M, Narcy P. Transnasal endoscopic treatment of choanal atresia without prolonged stenting. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128:936-40.
 13. Sharon-Buller A, Golender J, Savion I, Sela M. Technique for fabrication of splint preventing postsurgical restenosis in choanal atresia. *J Prosthet Dent* 2003; 90:301.
 14. Bonafos G, Capon-Degardin N, Fayoux P, Pellerin P. Choanal atresia and rare craniofacial clefts: report of three cases with a review of the literature. *Cleft Palate-Craniofacial J* 2002; 41(1): 78-83.