



OBSTRUÇÃO NASAL NO RECÉM-NASCIDO: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS

Isabel Costa, Daniel Miranda, Berta Rodrigues, António Lima, Ana Menezes, Luís Dias

Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-facial, Hospital de Braga

INTRODUÇÃO

O dacriocistocelo corresponde a uma dilatação cística do saco lacrimal secundária a uma obstrução congénita do ducto naso-lacrimal. É geralmente unilateral e predomina no sexo feminino. Quando assume extensão intranasal, forma um cisto localizado no meato inferior. O diagnóstico realiza-se nos primeiros dias de vida e baseia-se nos achados clínicos, sendo confirmado imagiologicamente. No entanto, o estudo complementar nem sempre é necessário. A endoscopia nasal está recomendada em todos os doentes e ajuda-nos a determinar a extensão endonasal do cisto. O tratamento inicial é conservador, no entanto, na presença de complicações infecciosas ou no caso de falência do mesmo está indicada a abordagem cirúrgica.

CASO CLÍNICO

- ✓ Recém-nascido, sexo feminino
- ✓ **Antecedentes patológicos:** icterícia neonatal, com necessidade de fototerapia durante 24h (entre o 4^o e 5^o dias de vida)

11 dias Dacriocistocelo congénito do olho direito

- Sem complicações
- Ensinos de massagem local e sinais de alerta

16 dias Recorre ao SU por quadro com 2 dias de evolução de:

- Tumefacção no canto nasal do olho direito associada a sinais inflamatórios (fig.1-2)
- Secreção ocular purulenta ipsilateral; febre
- À **naso-endoscopia** (fig. 3) - formação cística proveniente do meato nasal inferior com extensão à fossa nasal direita.

- ✓ Internado para tratamento com antibioterapia sistémica (ampicilina e gentamicina) e tópica e massagem local.

D2 de internamento Submetido a **MARSUPIALIZAÇÃO CIRÚRGICA** da formação cística nasal, com colheita de exsudado purulento.



Fig. 1-2. Dacriocistocelo congénito do olho direito associado a dacriocistite secundária (pré-op)



Fig. 3 - Formação cística proveniente do meato inferior com extensão à fossa nasal direita (pré-op).

Bioquímica			
PROTEINA C REACTIVA	< 2,90	mg/L	>3,0
Hematologia			
HEMOGRAMA			
Eritrositas	4,90	10 ⁶ /µL	3,0-5,4
Hemoglobina	15,2	g/dL	10,0-18,0
Hematócrito	42,7	%	31,0-55,0
Vel. glob. Média	94,9	fL	85,0-123,0
Hipósm. Média	33,8	pg	28,0-40,0
CHy Glob. Média	39,6	g/dL	28,0-38,0
RDW	14,5	%	11,5-14,5
Leucocitos	9,2	10 ³ /µL	5,0-19,5
Neutrófilos	25,3	%	2,3
Eosinófilos	2,4	%	0,2
Bastões	0,1	%	0,0
Linfócitos	60,2	%	5,6
Monócitos	12,0	%	1,1
Plaquetas	384	10 ³ /µL	210-500

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

Microbiologia	
EXAME MICROBIOLÓGICO DE EXUDADO PURULENTO	
Local	lacrimal
Directo-Gram	Aparentemente amicrobiano
Cultural	Positivo
Isolou-se uma estirpe de:	Streptococcus milleri group
Ampicillin	S
Clindamycin	S
Erythromycin	R
Sinergismo Gentamicin	S

Microbiologia	
EXAME MICROBIOLÓGICO DE EXUDADO OCULAR	
Directo-Gram	Aparentemente amicrobiano
Cultural	Positivo
Isolou-se uma estirpe de:	Bacillus cereus
A bacteria só apresentou crescimento após meio de enriquecimento	

Microbiologia	
HEMOCULTURA AEROBIOSA PEDIÁTRICA	
Preduo	SANGUE
Directo-Gram	Cocos Gram Positivo
Cultural	Positivo
Isolou-se uma estirpe de:	Streptococcus salivarius
Ampicillin	S
Clindamycin	S
Erythromycin	R
Sinergismo Gentamicin	S
Penicillin	S

- ✓ **Pós-operatório** - resolução completa dos sinais inflamatórios → Alta ao 5^o dia pós-op

VIGILÂNCIA PÓS-OPERATÓRIA

1 MÊS

4 MESES

6 MESES

Assintomático; sem alterações à nasoendoscopia; sem sinais de recidiva (fig. 4-5)

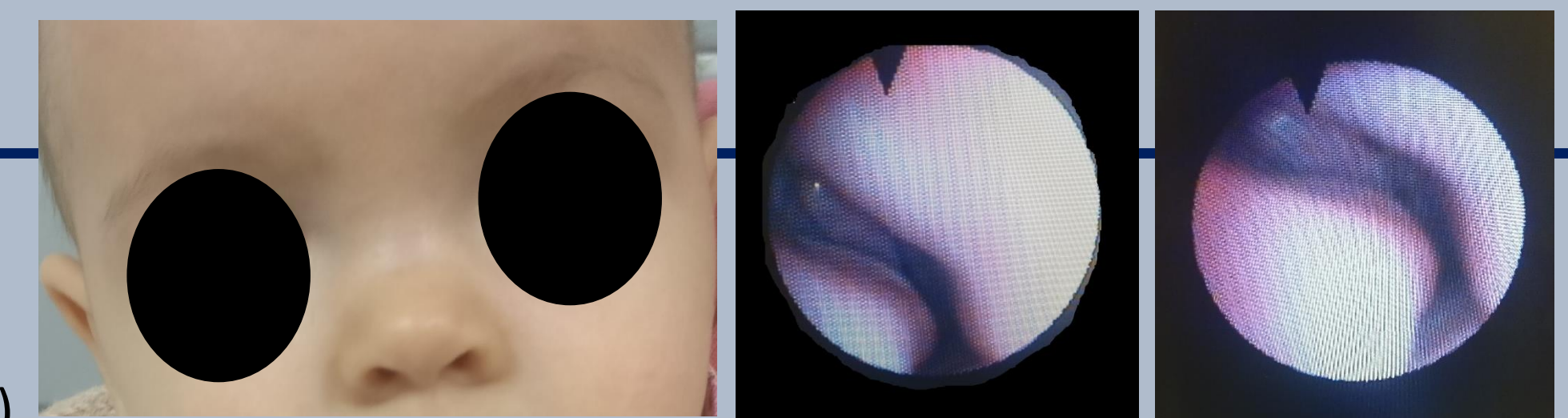


Fig. 4-6 – Vigilância e naso-endoscopia (pós-op)..

CONCLUSÃO

Apesar de raro, o dacriocistocelo é uma das entidades a ter em conta na presença de anomalias congénitas da base do nariz e da pálpebra inferior. Existe alguma controvérsia entre o tratamento conservador, a sondagem e a descompressão cirúrgica precoces sendo que em muitos casos se resolve espontaneamente, com baixa taxa de recidiva. Devido ao facto de serem essencialmente respiradores nasais, o dacriocistocelo com extensão nasal constitui uma causa potencial de dispneia e insuficiência respiratória no recém-nascido. Como tal, torna-se crucial o diagnóstico e o tratamento atempados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Olitsky SE. Update on congenital nasolacrimal duct obstruction. Int Ophthalmol Clin 2014; 54:1.
- Petersen RA, Robb RM. The natural course of congenital obstruction of the nasolacrimal duct. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1978; 15:246.
- Paysse EA, Coats DK, Bernstein JM, et al. Management and complications of congenital dacryocoele with concurrent intranasal mucocele. J AAPOS 2000; 4:46.
- Wong RK, VanderVeen DK. Presentation and management of congenital dacryocystocele. Pediatrics 2008; 122:e1108.
- Leonard DS, O'Keefe M, Rowley H, Hughes JP. Neonatal respiratory distress secondary to bilateral intranasal dacryocystocele. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2008; 72:1873