

SEPARATA CIENTÍFICA

3ª SEPARATA - EDIÇÃO N. 14- NOVEMBRO 2019

TEMAS EM REVISÃO

Abordagem diagnóstica da dispneia aguda no adulto, no pré-hospitalar

João Santos

DPOC agudizada: breve revisão da abordagem pré-hospitalar

Margarida Viana Coelho

Sintomas prodrómicos de paragem cardiorrespiratória, na pessoa em situação crítica, em contexto pré-hospitalar: uma Revisão Scoping

Diana Alves Varela, Rita Júlia Silva, Sara Canas da Silva, Vasco Monteiro

Quetamina, uma lufada de ar fresco?

Miguel Jacob

HOT TOPIC

Dispneia no doente paliativo - quando curar não está ao alcance

Ana Filipa Santos

RUBRICA PEDIÁTRICA

Estridor Agudo na Criança: Abordagem Diagnóstica e Terapêutica no Pré-hospitalar

Inês Simão

CASO CLÍNICO

Taquicardia Refratária de causa inesperada

Noelia Carrillo-Alfonso, Solange Mega

Contactos:

www.chalgarve.min-saude.pt/lifesaving
isuu.com/lifesaving
lifesavingonline.com
facebook.com/revistalifesaving
facebook.com/vmerdaro
linkedin.com/in/lifesaving-8a5265195



RUBRICA PEDIÁTRICA

Estridor Agudo na Criança: Abordagem Diagnóstica e Terapêutica no Pré-hospitalar

Inês Simão^{1*}¹Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Algarve ,

* E-mail de contacto: inesisabelsimao@gmail.com

Introdução

A obstrução da via aérea superior na criança é frequente. Esta situação justifica-se pelas suas características anatómicas próprias, como o menor calibre da laringe, o edema fácil, a presença de tecido conjuntivo submucoso laxo na região supraglótica, a epiglote em forma de ómega e a rigidez da área subglótica imposta pela cartilagem cricoideia (1). Na criança, a via aérea superior é particularmente suscetível a obstrução por inflamação, secreções e edema. Manifesta-se por dificuldade respiratória de início súbito, com tosse e estridor.



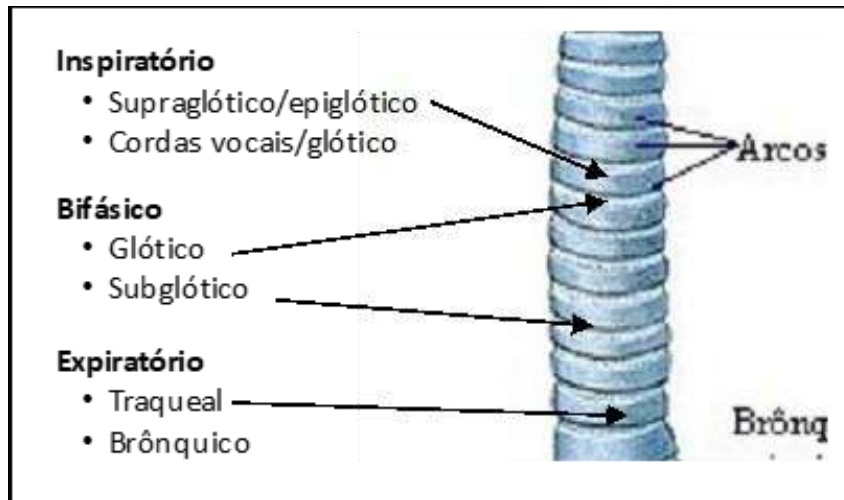


Figura 1: O nível de obstrução correlaciona-se com a fase do estridor (2).

Definição

O estridor é um sintoma comum em idade pediátrica (2). Sugere obstrução significativa da via aérea superior, na medida em que é provocado pela oscilação do ar através de uma via aérea parcialmente obstruída. Caracteriza-se por um som áspero, de tonalidade aguda (1,3), por vezes descrito pelos pais como respiração ruidosa ou ofegante (4). O estridor agudo desenvolve-se em minutos ou apenas algumas horas e pode ter progressão rápida. Constitui um achado físico que requer avaliação imediata e, ocasionalmente, atuação emergente (5).

Fisiopatologia

O estridor pode originar-se em 3 áreas diferentes da via aérea (Fig. 1): região supraglótica, que inclui a faringe; região da traqueia extratorácica, que inclui a glote, a área subglótica e a traqueia proximal; região da traqueia intratorácica, que se estende até aos brônquios primários e secundários (4). A fase do estridor pode indicar o nível da obstrução. O estridor inspiratório implica obstrução dinâmica extratorácica, enquanto o estridor bifásico sugere uma obstrução fixa. O estridor expiratório resulta mais frequentemente de obstrução traqueobrônquica.

Quando a obstrução é pequena, pode não haver estridor em repouso, mas apenas durante o choro ou a atividade, quando a velocidade do fluxo de ar aumenta (3,5). Geralmente, o estridor está associado a outras manifestações de inflamação e obstrução respiratória, tais como, disfonia, tosse rouca, tiragem e, em situações graves, taquicárdia e cianose (1).

Avaliação

A abordagem inicial da criança com estridor deve começar com uma avaliação rápida para identificar a necessidade de intervenção imediata (5). Deve avaliar-se a patência da via aérea, a presença de esforço respiratório, a eficácia da respiração e o efeito da insuficiência respiratória noutros sistemas (5,6) (Tabela 1). Ao realizar o exame físico, é regra de ouro minimizar a agitação da criança o que, caso aconteça, poderá resultar na deterioração clínica adicional (6). Assim, a criança deve permanecer acompanhada pelos pais/cuidador, numa posição confortável. Não devem ser utilizados depressores de língua ou outros dispositivos para examinar a via aérea, assim como não devem ser executados procedimentos dolorosos (ex.: acesso venoso periférico) que possam provocar choro/irritabilidade da criança.

Se a criança se encontra estável, deve colher-se uma história clínica (Tabela 2), que inclua:

Parâmetros a Avaliar	
Dificuldade respiratória	Frequência respiratória
	Ruídos adventícios
	Tiragem
	Uso de músculos acessórios
Eficácia da respiração	Adejo nasal
	Expansão torácica
Efeito da insuficiência respiratória noutros sistemas	Auscultação pulmonar
	Frequência cardíaca
	Cianose
	Estado de consciência

Tabela 1: Avaliação da respiração (6).

HISTÓRIA CLÍNICA

- História do nascimento/neonatal;
- Imunizações;
- Problemas respiratórios prévios;
- Sintomas respiratórios atuais:
 - ◇ Duração;
 - ◇ Fatores precipitantes/ agravamento;
- Presença de outros sinais/sintomas:
 - ◇ Febre
 - ◇ Sialorreia
- História familiar.

Tabela 2: – Aspectos a considerar ao aprofundar a história clínica (6).

Etiologia

As causas de obstrução aguda da via aérea superior na criança, que se manifestam com estridor podem ser classificadas como congênicas ou adquiridas (6). As causas congênicas (ex.: atresia das coanas e laringomalácia), tendem a apresentar-se nas primeiras semanas de vida (6) e não são o foco deste artigo. Iremos apenas abordar as causas adquiridas de etiologia infecciosa. A idade da criança e as características do início dos sintomas ajudam a realizar o diagnóstico diferencial (5).

Laringotraqueíte Aguda (croup)

A laringotraqueíte aguda é responsável por mais de 90% dos casos de estridor na criança (5). Ocorre frequentemente entre os 6 os 36 meses e é rara após os 6 anos de idade (5). Cerca de 75% dos casos são provocados pelo vírus parainfluenza (6) – tipo 1, 2 (curso clínico habitualmente mais ligeiro) ou 3 (curso clínico habitualmente mais grave). Pode ainda ter como agentes etiológicos, o vírus sincicial respiratório, rinovírus, adenovírus, vírus influenza A e B, metapneumovírus humano e vírus do sarampo. Pode ocorrer sobreinfecção bacteriana, mais frequentemente com *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* e *Streptococcus pneumoniae*. Geralmente, a criança teve uma constipação comum com febre baixa (5) antes do aparecimento dos sintomas atuais, os quais surgem, habitualmente, no período noturno e melhoram com a exposição ao ar frio. Estes sintomas resultam do edema subglótico e traqueal (6) A doença é autolimitada e ocorre sobretudo no Outono e no Inverno (1).

Traqueíte Bacteriana

A traqueíte bacteriana é uma emergência e mais de 80% das crianças necessitarão de entubação orotraqueal (6). Geralmente, ocorre até aos 6 anos de idade (5). Os agentes patogénicos responsáveis são o *Staphylococcus aureus*, o *Haemophilus influenzae* tipo B, o *Streptococcus pneumoniae*, o *Streptococcus b-hemolyticus* e a *Moraxhella catarrhalis* (1,4). A traqueíte bacteriana é precedida por uma infeção do trato respiratório superior, à qual se segue uma deterioração do estado geral em, aproximadamente, oito horas (6). Embora seja pouco comum, é uma das emergências pediátricas que requer frequentemente a admissão da criança na Unidade de Cuidados Intensivos (3).

Epiglotite

Consiste na inflamação da epiglote e das estruturas adjacentes (5). Constitui uma emergência médica e, sem tratamento, progride rapidamente para obstrução da via aérea (5). É mais comum entre os 2 e os 7 anos de idade, com um pico de incidência aos 3 anos (4). O agente patogénico responsável pela epiglotite é o *Haemophilus influenzae* tipo B (1). Com a introdução da vacina contra este agente, a incidência de epiglotite reduziu drasticamente (5).

Manifestações clínicas

Croup	Estridor inspiratório, que pode progredir para estridor em repouso; Tosse seca; Disfonia; Dispneia; Tiragem; Taquipneia; Taquicárdia; Agitação/irritabilidade.
Traqueíte Bacteriana	Criança com “ar doente”; Febre alta; Dispneia; Tosse produtiva; Estridor inspiratório; Disfonia; A criança prefere estar deitada.
Epiglotite	Febre alta (>38,5°C); Letargia; Criança com “ar séptico”; Estridor inspiratório; Dispneia; Tosse pouco frequente; Criança imóvel, procura fazer extensão cervical e abrir a boca com protrusão da língua, para manter a abertura da via aérea; Sialorreia; Odinofagia acentuada; Relutância em permanecer deitada.

Tabela 3: – Manifestações clínicas (1,4,5).

Algoritmo de diagnóstico do estridor

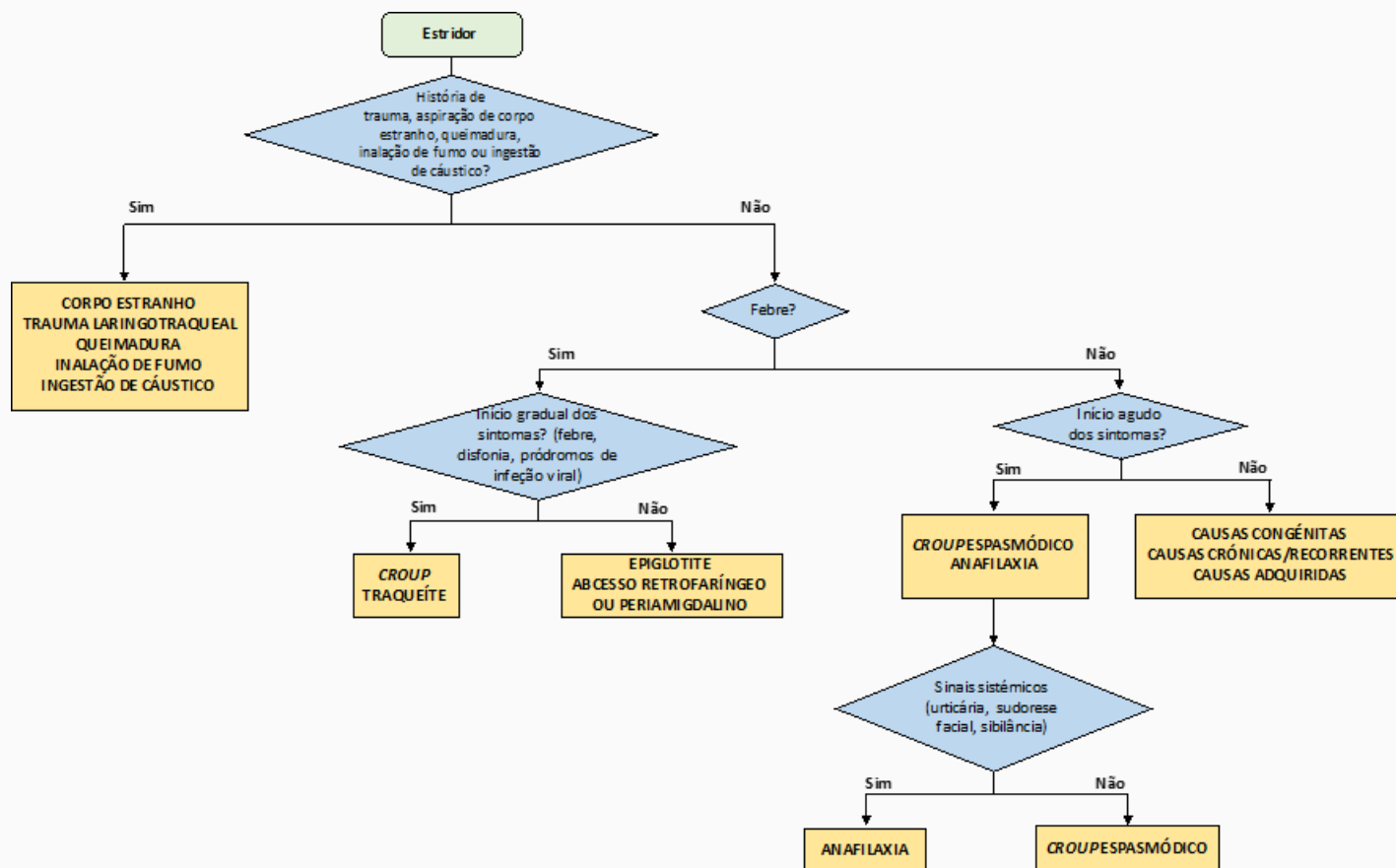


Figura 2 – Algoritmo de diagnóstico do estridor (7)

Abordagem e tratamento

Laringotraqueíte Aguda (Croup)

O tratamento da laringotraqueíte aguda (Fig. 3) depende da gravidade da obstrução da via aérea. Se a criança não responde ao tratamento instituído ou há deterioração do estado clínico, poderá ser necessário proceder à entubação orotraqueal.

Laringotraqueíte Aguda (Croup)

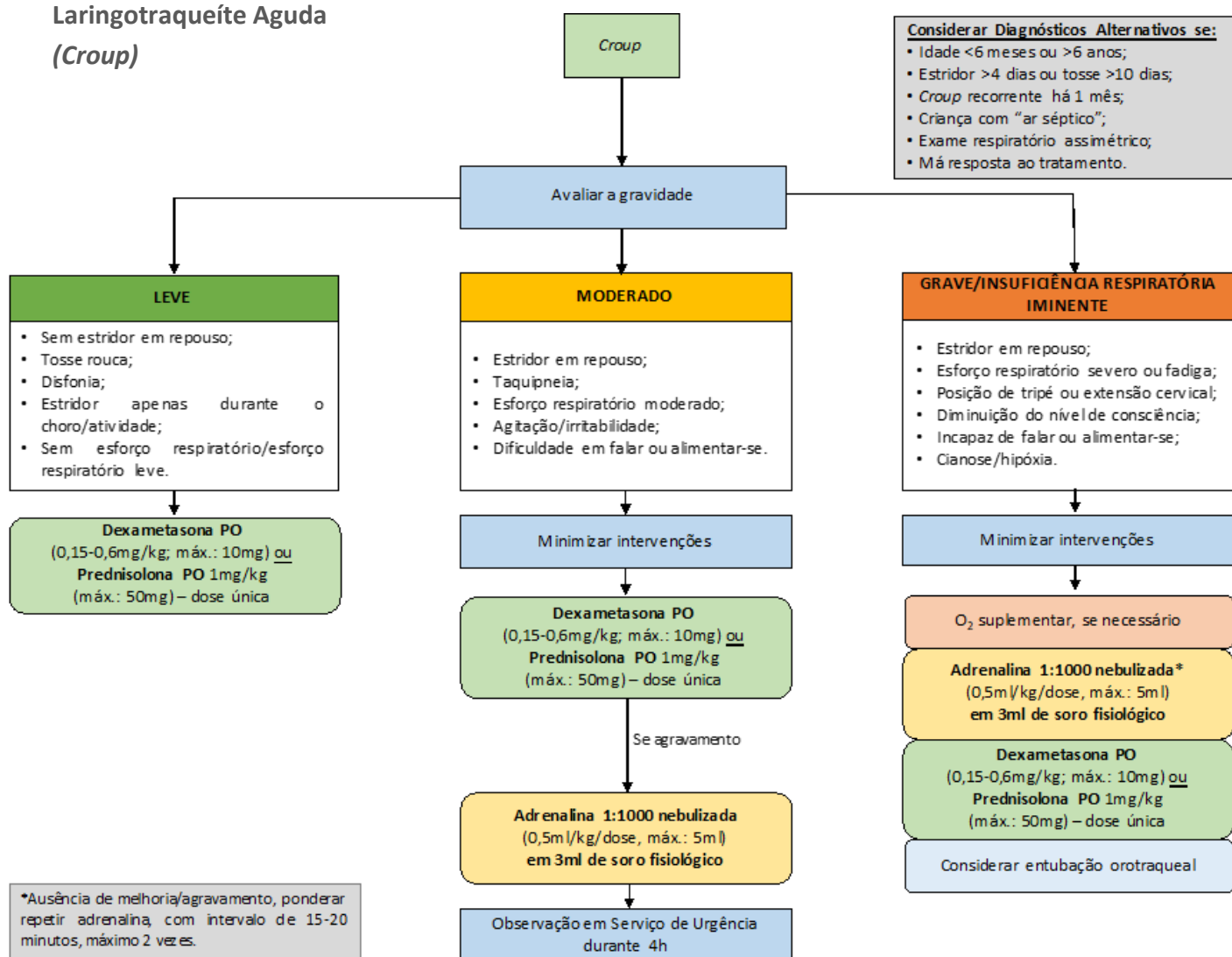


Figura 3 – Algoritmo de atuação no Croup (8,9).

Traqueíte bacteriana

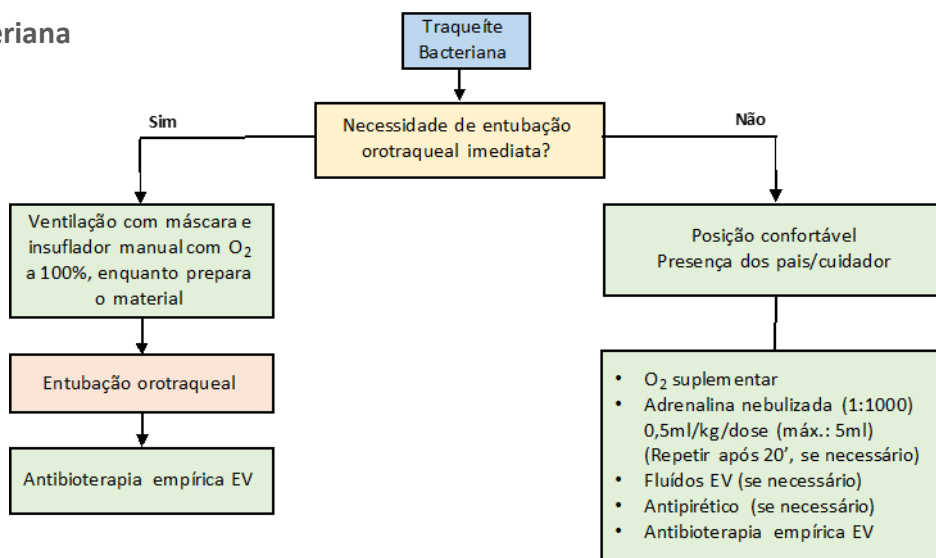


Figura 4 – Algoritmo de atuação na traqueíte bacteriana (9).

Epiglotite

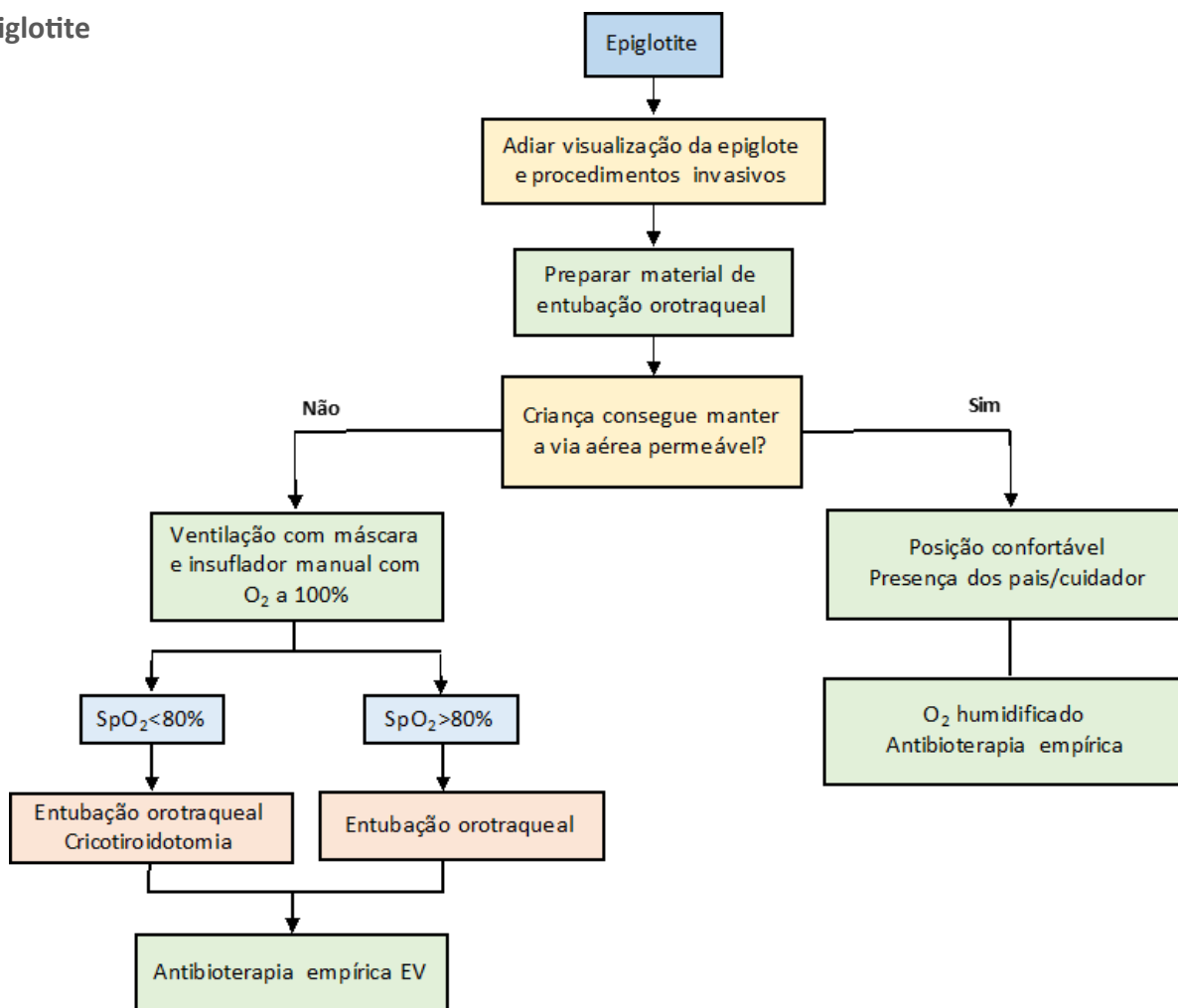


Figura 5 – Algoritmo de atuação na epiglotite (10).

Referências Bibliográficas

- [1] Bispo E, Palminha J. A Criança com Estridor. In Palminha J, Carrilho E. Orientação Diagnóstica em Pediatria - Dos Sinais e Sintomas ao Diagnóstico Diferencial. Lisboa: Lidel; 2003. p. 292-294.
- [2] Ida J, Thompson D. Pediatric Stridor. *Otolaryngologic Clinics*. 2014; p. 795-815.
- [3] Pflieger A, Eber E. Assessment and causes of stridor. *Paediatric Respiratory Reviews*. 2016; p. 64-72.
- [4] Escobar M, Needleman J. Stridor. *Pediatrics in Review*. 2015; p. 135-137.
- [5] Quintero D, Fakhoury K. Assessment of stridor in children. [Online].; 2018 [cited 2019 junho 28. Available from: https://www.uptodate.com/contents/assessment-of-stridor-in-children?search=assessment-of-stridor-in-child...rch_result%26selectedTitle%3D1~150%26usage_type%3Ddefault%26display_rank%3D1&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
- [6] Gray M, CL. Obstrução Aguda de Vias Aéreas Superiores em Crianças. [Online].; 2017 [cited 2019 Setembro 28. Available from: https://www.sbahq.org/wp-content/uploads/2017/12/368_portugues.pdf.
- [7] Jacob S, SI, FC, VML. Estridor. In Afonso A. Algoritmos de Decisão em Pediatria. Lisboa: Lidel; 2014. p. 60-61.
- [8]. Northern California Pediatric Hospital Medicine Consortium. Consensus Guidelines for Management of Croup. [Online].; 2016 [cited 2019 Setembro 5. Available from: https://www.ucsfbenioffchildrens.org/pdf/croup_full_guideline.pdf.
- [9] Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria. Protocolos de Urgência em Pediatria. 4th ed. Lisboa: ACSM ; 2019.
- [10] Woods C. Bacterial tracheitis in children: Treatment and prevention. [Online].; 2019 [cited 2019 junho 28. Available from: https://www.uptodate.com/contents/bacterial-tracheitis-in-children-treatment-and-prevention?search=traqueite%20bacteriana&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2.
- [11] Woods C. Epiglottitis (supraglottitis): Management. [Online].; 2019 [cited 2019 junho 30. Available from: https://www.uptodate.com/contents/epiglottitis-supraglottitis-management?search=epiglote&source=search_result&selectedTitle=2~41&usage_type=default&display_rank=2.
- [12] Woods C. Croup: Approach to management. [Online].; 2019 [cited 2019 Junho 28. Available from: https://www.uptodate.com/contents/management-of-croup?search=croup&source=search_result&selectedTitle=1~72&usage_type=default&display_rank=1.
- [13] Lofties L. Emergency evaluation of acute upper airway obstruction in children. [Online].; 2019 [cited 2019 junho 29. Available from: https://www.uptodate.com/contents/emergency-evaluation-of-acute-upper-airway-obstruction-in-children?search=emergency%20evaluation%20of%20acute%20upper&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
- [14] Woods C. Croup: Clinical features, evaluation, and diagnosis. [Online].; 2019 [cited 2019 junho 28. Available from: https://www.uptodate.com/contents/croup-clinical-features-evaluation-and-diagnosis?search=croup:%20pharmacologic%20and%20supportive%20interventions&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2.
- [15] Woods C. Bacterial tracheitis in children: Clinical features and diagnosis. [Online].; 2019 [cited 2019 junho 28. Available from: https://www.uptodate.com/contents/bacterial-tracheitis-in-children-clinical-features-and-diagnosis?search=traqueite%20bacteriana&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
- [16] Woods C. Epiglottitis (supraglottitis): Clinical features and diagnosis. [Online].; 2019 [cited 2019 junho 30. Available from: https://www.uptodate.com/contents/epiglottitis-supraglottitis-clinical-features-and-diagnosis?search=epiglote&source=search_result&selectedTitle=1~41&usage_type=default&display_rank=1.