

Estridor

CONSTANÇA G. PINTO, TERESA BANDEIRA

O estridor é um ruído inspiratório, provocado pela turbulência do fluxo aéreo ao passar por vias de calibre reduzido. A causa mais comum de estridor agudo na criança é a laringite ou laringotraqueobronquite (LTB). Neste caso, após 2 a 3 dias de rino-faringite segue-se o aparecimento de estridor inspiratório, com grau variável de dificuldade respiratória, voz rouca e tosse seca semelhante ao ladrar, que surge muitas vezes durante a noite. É habitualmente uma doença benigna e auto-limitada, podendo, no entanto, causar obstrução laríngea grave. Os agentes etiológicos são: vírus parainfluenza 1, 2 e 3 (75% casos), vírus influenza A e B, adenovírus, vírus sincicial respiratório, vírus do sarampo e *Mycoplasma pneumoniae*. A LTB de etiologia viral ocorre por epidemias (Outono e Inverno) e é mais frequente entre os 6 meses e os 4 anos, com pico de incidência aos 18 meses.

A epiglotite, embora rara após a vacinação para o *Haemophilus influenzae* tipo b (etiologia mais frequente), pode constituir uma emergência. Cursa com febre alta, disfagia, dificuldade respiratória, voz abafada, por vezes cianose e ar tóxico. A traqueíte bacteriana pode iniciar-se com um quadro semelhante à laringite que progride para febre alta, ar tóxico, dificuldade respiratória acentuada e secreções purulentas abundantes e, tal como a epiglotite, pode desencadear obstrução completa das vias aéreas.

Estridor crónico ou recorrente, sobretudo se não resolve como esperado, se existe respiração ruidosa ou voz anormal entre os episódios de laringite e na criança com estridor que foi submetida a ventilação mecânica, deve ser referenciado a consulta de especialidade. A suspeita de aspiração de corpo estranho deve ser referenciada para realização de broncoscopia.

1 – Anamnese: Valorizar o início agudo ou insidi-

oso, pródromos de infecção respiratória alta, dificuldade respiratória e/ou em deglutir, febre, sialorreia, disфонia, idade da criança, síndrome de aspiração. Exame físico: observar a criança calma e a chorar (evitar as manobras que possam levar ao espasmo laríngeo como o abaixamento da língua com a espátula). Verificar a presença de tosse rouca, voz abafada, retracções intercostais, estridor, posição sentada com ombros encolhidos, ar tóxico e/ou ansioso, salivacção abundante, febre alta ou moderada.

2 – Pode tratar-se no domicílio a criança com laringite aguda sem retracções intercostais e sem dificuldade respiratória. Medidas simples como a atmosfera húmida (deixando água a correr no chuveiro) e um passeio ao ar frio da noite oferecem alívio sintomático.

3 – Se a criança apresenta estridor em repouso, retracção intercostal, adejo nasal, desaturação, cianose, salivacção, afonia, disfagia, agitação ou perturbação da consciência existe a possibilidade de se tratar de uma situação mais grave como a epiglotite, traqueíte bacteriana ou laringite moderada a grave. Durante o internamento a criança deve manter-se ao colo dos pais e ser manipulada o menos possível, uma vez que a ansiedade e choro aumentam a dificuldade respiratória.

4 – Quando existe estridor em repouso a escala de gravidade para a laringite (*Syracuse Group Score System*), que se apresenta no Quadro I, pode ser útil na avaliação inicial da gravidade e na monitorização da resposta à terapêutica. Uma pontuação > 5 indica risco de obstrução moderada a grave obrigando a observação intrahospitalar. Pontuação > 5 quando associado com retracções intercostais e/ou saturação de O₂ < 92% necessita de internamento em Cuidados Intensivos.

QUADRO I

Escala de gravidade para a laringite (*Syracuse Group Score System*)

	0	1	2
Estridor	0	Inspiratório	Inspiratório e expiratório
Tosse	0	Rouca	Abafada
Retração/adejo nasal	0	Supraesternal	Supra e intercostal
Entrada de ar (AP)	0	Rude/roncos	Diminuído
Cianose (SatO ₂ <92%)	0	Ar ambiente	FiO ₂ a 40%

AP - auscultação pulmonar

5 – Adrenalina nebulizada 0,5ml/kg de solução de 1:1000 (dose máx 5ml) em 3ml soro fisiológico. Deve ser administrado em ambiente hospitalar. Atender a recorrência de estridor e efeitos adversos. Os corticóides são benéficos em dose única de dexametasona oral (0.6mg/kg/dose). Internar em Cuidados Intermedios se não há melhoria clínica após 1ª dose de adrenalina nebulizada, se SatO₂<92% apesar de O₂ suplementar ou fadiga. Repetir adrenalina nebulizada até máximo de 6 vezes em 24 horas e assegurar hidratação. Se há necessidade de mais do que uma nebulização por hora considerar como potencial a entubação endotraqueal.

6 – Alta após 3 horas de observação, se a criança está sem dificuldade respiratória, sem febre, não necessita de O₂ suplementar, tem tolerância por via oral e suporte familiar adequado.

7 – A criança com dificuldade respiratória grave, em que o curso da doença não segue o padrão benigno habitual, as com sintomas sugestivos de epigloteite ou de traqueíte bacteriana devem ser estabilizadas do ponto de vista cardiorrespiratório e hemodinâmico, enquanto se procede à transferência para uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Estas situações constituem emergências pediátricas, necessitando por vezes, de manobras de reanimação, permeabilização das vias aéreas com colocação de tubo endotraqueal (realizado por pessoas experientes em bloco operatório sob anestesia), hidratação e antibióticos endovenosos. Na impossibilidade de entubação endotraqueal no bloco operatório e na eminência de obstrução completa a cricoidectomia com catéter endovenoso e insuflação de oxigénio pode salvar a vida à criança.

