

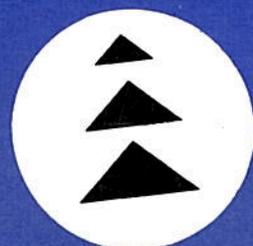
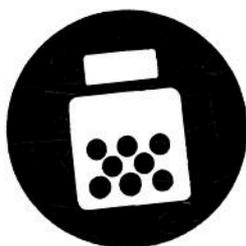
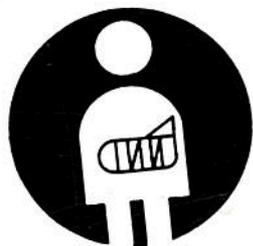
José Luiz B. Pitrez

Paulo Márcio Condessa Pitrez

E COLABORADORES

# PEDIATRIA

## CONSULTA RÁPIDA



ARTES  
MÉDICAS



P686p

Pitrez, José B.

Pediatria: consulta rápida / José Luiz B. Pitrez e Paulo Márcio Condessa ... [et al.] —  
Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

1. Pediatria. I. Condessa, Paulo Márcio. II. Título.

CDU 616-053.2



## Dados Básicos

### Descrição

Corpo estranho (CE): qualquer objeto não-natural à passagem em que se encontra (todo tipo de objeto pode ser aspirado ou deglutido por crianças).

Estes acidentes podem apresentar-se desde um estado assintomático até situação de emergência, com risco de vida. Como os demais *acidentes*, são preveníveis através de medidas de proteção, principalmente passiva (modificação ambiental e da segurança dos produtos).

### Genética

N/C

### Incidência-Prevalência

Asfixia por aspiração: mortalidade em <5 anos é de 7,6/100.000/ano (Brasil).

### Idade Predominante

80% das mortes em <3 anos.

### Sexo Predominante

Masculino — 2:1.

### Sinais e Sintomas

- **Aspiração:** tosse (90% dos casos), sibilância, dispnéia, cianose, engasgo, disfonia.
- **Deglutição:** dor na garganta, pescoço ou tórax, disfagia, recusa alimentar, salivação excessiva, vômitos.

### Causa(s)

Incidência específica varia conforme o local e a época. No Brasil, predominam alimentos (amendoim, sementes, pipoca, casca de ovo, porções de salsicha ou legumes e osso de galinha), seguidos por partes de brinquedos, botões, jóias e objetos pontiagudos (alfinetes de segurança, grampos, cliques); aumentou a incidência de moedas e de baterias do tipo botão (ingestão).

### Fatores de Risco

- Idade <3 anos.
- Sexo masculino.
- Objetos pequenos ao alcance de crianças.
- Estresse ambiental, mudança, visitas.



## Diagnóstico

### Diagnóstico Diferencial

- **Aspiração:** laringotraqueobronquite aguda, epigloteite, abscesso faríngeo, difteria, angioedema, laringite espasmódica, tumores.
- **Deglutição:** faringite, esofagite ou refluxo gastroesofágico, infecção intestinal, tumores.

### Patologia

Obstrução de vias aéreas (VA) por mecanismos valvulares; perfuração esofágica, mediastinite, necrose por pressão.

### Laboratório

N/C

### Exames Especiais e Consultorias

Pneumologista, endoscopista, cirurgião pediátrico.

### Imagem

- **Rx:** utilidade limitada (80% dos CE são radiotransparentes). Radiografia de tórax (em expiração forçada) pode mostrar hiperinsuflação unilateral (mecanismo valvular pelo CE). Há controvérsias sobre radiografar todas as crianças com suspeita de ingestão ou aspiração de CE. Casos envolvendo moedas ou baterias: é prudente afastar a localização esofágica; crianças assintomáticas podem ser observadas, clinicamente, sem realizar radiografia.
- **Ressonância magnética:** útil na localização precisa de amendoim.

### Procedimentos Diagnósticos

Detectores de metais localizam com precisão objetos metálicos, evitando procedimentos invasivos.



## Tratamento

### Abordagem

Assintomáticos: em geral, ambulatorial; sintomáticos: conduta hospitalar.

### Medidas Gerais

- Observação cuidadosa da criança nas primeiras horas, após suposta ingestão ou aspiração de CE, principalmente quanto à *aparência ansiosa, agitação, impressão de deterioração ou fadiga, retrações supra-esternais ou intercostais, taquicardia, tosse persistente, dor torácica ou retroesternal.*
  - Remoção do corpo estranho na VA.
- PRIMEIROS SOCORROS À CRIANÇA ASFIXIADA**
- Cuidado inicial: é regra de prudência não fazer, como primeira manobra, tentativa de remoção digital, às cegas, do CE do rinofaringe, sob o risco de introduzi-lo mais profundamente (bloqueio laríngeo).

- Procedimentos de auxílio urgentes para desobstrução da VA: indicados sempre que uma criança que tenha aspirado CE não possa emitir sons ou apresente sinais de obstrução completa (cianose e/ou ausência de movimentos respiratórios). De maneira geral, não se recomenda, inicialmente, o uso de tais manobras em pacientes com ventilação mínima efetiva.

As recomendações seguintes são um consenso da *American Academy of Pediatrics* e da *American Heart Association*, em relação a procedimentos de auxílio urgentes.

- **Lactente <1 ano:**
  - Posicionar a criança em pronação, apoiada sobre o antebraço do socorrista. Firmar a cabeça do bebê, virando-a para o lado, em um nível mais baixo que seu tórax.
  - Aplicar 5 golpes, fortes e secos, entre as omoplatas, com a base da mão.
  - Colocar a mão livre sobre as costas da criança, firmando-lhe a cabeça.
  - Virar a criança para a posição de supinação, enquanto se mantém a cabeça segura entre as 2 mãos. Virar a cabeça para o lado.
  - Aplicar 5 compressões sobre o tórax, na região inferior do esterno.
  - Se não houver respiração, abrir a mandíbula e tentar *visualizar* o CE, só então removendo-o.
  - Se não houver respiração, aplicar ventilação boca-a-boca.
  - Se o tórax não se mover, a obstrução persiste. Repetir toda a seqüência.
- **Criança >1 ano:** consciente (em pé ou sentada):
  - Posicionar-se por trás da criança, braços sob suas axilas, envolvendo-lhe o tronco.
  - Colocar o punho com a região tenar contra o abdômen da criança, na linha média, um pouco acima do umbigo, bem abaixo do processo xifóide.
  - Agarrar o punho com a outra mão e aplicar 5 compressões rápidas, dirigidas para cima. O punho não deve tocar o processo xifóide ou a caixa torácica. Cada compressão deve ser um movimento distinto, com a intenção de remover o CE.
  - Tentar ventilação boca-a-boca.
  - Se o tórax não se mover, a obstrução persiste. Repetir toda a seqüência.
  - Se a criança perder a consciência, usar os procedimentos para paciente inconsciente.
- **Criança inconsciente (deitada):**
  - Colocá-la em posição de supinação, com a cabeça voltada para o lado. Ajoelhar-se ao seu lado ou acavalar-se sobre seus quadris.
  - Abrir a VA, através da hiperextensão do pescoço.
  - Colocar a base da palma de uma das mãos no abdômen da criança, na linha média, um pouco acima do umbigo, bem abaixo do processo xifóide. A outra mão deve ser colocada sobre o punho.
  - Pressionar ambas as mãos sobre o abdômen, com um *movimento rápido e seco*, direcionado para cima. Se necessário, repetir 5 golpes na mesma direção, cada um como um movimento distinto.
  - Se não houver respiração espontânea, tentar ventilação boca-a-boca.
  - Se o tórax não se mover, a obstrução persiste. Repetir toda a seqüência.

- **Remoção invasiva do CE na VA:**
  - Broncoscopia é o tratamento de escolha; deve ser realizada eletivamente, por equipe experiente em crianças. Métodos menos diretos, como drenagem postural, podem levar ao deslocamento não-controlado do CE e obstrução da VA.
  - Remoção do CE por procedimento cirúrgico aberto: em objeto grande, alojado na região subglótica ou traquéia, CE de localização pulmonar periférica, objeto pontiagudo encaixado na árvore brônquica e em qualquer situação em que o risco da endoscopia seja maior do que o da toracotomia.
- **Remoção de CE na via digestiva:** o uso da endoscopia flexível parece ter vantagens em relação aos demais métodos propostos (cateter de Foley, endoscopia rígida, inserção às cegas de velas de dilatação). CE alojados no esôfago por mais de 12-24h devem ser removidos por representarem risco de complicações. Baterias elétricas em forma de disco podem causar esofagite e necrose em poucas horas, se permanecerem no esôfago, devendo ser retiradas no menor prazo possível. Objetos pontiagudos ou cortantes devem ser retirados antes de passarem pelo estômago, pois 15 a 35% deles podem causar perfuração intestinal.

## Atividade

Julgar individualmente a situação.

## Dieta

Livre, conforme a aceitação. O uso de catárticos ou dieta laxante, em deglutição de CE, não tem comprovação científica.

## Recomendações aos Familiares e ao Paciente

Ao procurar um serviço médico, levar um objeto igual ao CE supostamente ingerido ou aspirado (facilita o planejamento de eventual extração endoscópica).



## Medicamentos

### Droga(s) de Escolha

- **Broncodilatadores:** via inalatória, com percussão e drenagem postural (admitidos em CE pequenos alojados em brônquios lobares ou segmentares).
- **Glucagônio IV:** usar como relaxante muscular, para auxiliar na passagem de pedaços de carne, impactados nos terços distais do esôfago.

### Contra-Indicações, Efeitos Adversos, Precauções e Interações

Ver Seção de Medicamentos e instruções do fabricante.

### Drogas Alternativas

N/C



## Evolução

### Acompanhamento

CE deglutido e não alojado no esôfago: revisão clínica ou contato telefônico, em 24h, ou por ocasião da eliminação retal (verificar, a cada evacuação da criança).

### Prevenção

Não oferecer alimentos duros (amendoim, pipoca ou nozes) a crianças <4 anos (segundo alguns, até 7 anos), devendo ser mantidos fora de alcance (armários altos e chaveados); toda comida oferecida a crianças <4 anos deve ser cortada em pedaços pequenos; ela deve ser insistentemente ensinada a mastigar bem os alimentos. Conversas, brincadeiras, correrias e outras atividades que possam favorecer a aspiração da comida devem ser restringidas durante as refeições.

### Complicações

- **CE aspirado:** falência respiratória, hemorragia, infecção e broncoespasmo irreversíveis; não retirados, em curto prazo, podem levar a bronquiectasias, infecção pulmonar crônica e abscesso pulmonar.
- **CE deglutido:** perfuração esofágica com mediastinite; necrose por pressão e perfuração intestinal.

### Curso Esperado e Prognóstico

- Crianças assintomáticas atendidas em ambulatório: em geral, risco de complicações baixíssimo.
- Crianças com sintomas: aumenta cerca de 15 vezes o risco de complicações.
  - Aspiração de CE: passada fase aguda, o prognóstico, depois da remoção endoscópica é muito bom; pacientes avaliados vários anos depois do procedimento revelam função pulmonar normal (exceto quando já se instalaram bronquiectasias).
  - CE deglutido: cerca de 90% costuma ser expelido por via retal, espontaneamente, em prazo médio de 3 dias; 10 a 20% requerem extração endoscópica e cerca de 1%, cirurgia.



## Miscelânea

### Sinônimo(s)

Acidentes por CE.

### Condições Associadas

N/C

### Gravidez

N/C

### Ver também

- Parada Cardiorrespiratória.

### Observações Adicionais

N/C

### Abreviatura(s)

Ver texto.

### Referências Bibliográficas

- Committee on Pediatric Emergency Medicine. First Aid for the Choking Child. *Pediatrics*, 1993; 92(3):477-479.
- Cotton, E. C., Yasuda, K. Foreign Body Aspiration. *Pediatr Clin North Am.*, 1994; 31(4):937-941.
- Paul, R. et al., Foreign Body Ingestions in Children: Risk of Complications Varies with Site of Initial Health Care Contact. *Pediatrics*, 1993; 91(1):121-127.

### Autor

Daniilo Blank