

CAPÍTULO 5

FUNDAMENTOS DA AVALIAÇÃO NAS URGÊNCIAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS

Pedro Marlo Triches¹; André Luis Cavasini Filho²; Yannina Zanella³; Isabela Gomes Basílio⁴

¹Graduando em Medicina, Universidade Positivo (UP), Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: pedromarlo1012@gmail.com ²Médico, FACERES, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: andrelocavasini@hotmail.com ³Médica, UNILAGO, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: yannina.zanella@hotmail.com ⁴Graduanda em Medicina, Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA, Anápolis, Goiás, Brasil. E-mail: issbelagomesbasilio@gmail.com

1. Introdução

As queixas otorrinolaringológicas respondem por uma parcela substancial dos atendimentos em serviços de urgência geral: uma análise epidemiológica de mais de 64 mil atendimentos otorrinolaringológicos em um hospital secundário encontrou essas queixas entre os motivos mais frequentes de procura, com variação sazonal marcada e predomínio de quadros infecciosos e traumáticos (Merino-Galvez *et al.*, 2019). Boa parte desses pacientes, contudo, é inicialmente avaliada por profissionais sem treinamento especializado em otorrinolaringologia — médicos generalistas, emergencistas e residentes de outras especialidades —, o que torna essencial um arcabouço estruturado de avaliação capaz de diferenciar rapidamente quadros benignos e autolimitados daqueles que representam verdadeira urgência.

Uma pesquisa nacional sobre o conhecimento de médicos residentes acerca do manejo de vias aéreas e urgências otorrinolaringológicas identificou lacunas relevantes de treinamento nessa área, reforçando a necessidade de sistematizar princípios de avaliação que sejam aplicáveis tanto pelo especialista quanto pelo não especialista que faz o primeiro contato com o paciente (Whitcroft; Moss; Mcrae, 2016). Este capítulo apresenta esse arcabouço: como estruturar a anamnese e o exame físico direcionado, como reconhecer os sinais de alarme ("red flags") comuns às diferentes urgências da especialidade e como decidir, de forma objetiva, quando um caso pode ser conduzido localmente e quando exige avaliação otorrinolaringológica imediata.

2. Avaliação Inicial: Sempre a Via Aérea Primeiro

URGÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Diagnóstico, Estratificação de Risco e Conduta na Urgência Otorrinolaringológica

Independentemente da queixa de apresentação, a primeira pergunta diante de qualquer paciente com suspeita de urgência otorrinolaringológica deve ser: há comprometimento iminente ou estabelecido da via aérea? Estridor, dispneia, uso de musculatura acessória, incapacidade de controlar secreções (sialorreia), voz abafada e agitação ou letargia paradoxal são sinais que, isolados ou combinados, determinam prioridade absoluta sobre qualquer outra investigação — incluindo a própria história clínica detalhada, que pode e deve ser abreviada diante desses achados (Hahn *et al.*, 2025).

Esse princípio de "via aérea primeiro" atravessa transversalmente praticamente todos os capítulos deste livro — da angina de Ludwig à obstrução aguda da via aérea superior — e reflete o fato de que, na urgência otorrinolaringológica, a mortalidade evitável concentra-se predominantemente nos quadros com comprometimento respiratório não reconhecido a tempo, e não necessariamente nos quadros mais complexos do ponto de vista diagnóstico.

3. Anamnese Direcionada

Após excluir comprometimento imediato da via aérea, a anamnese deve ser estruturada de forma a rapidamente situar o quadro dentro de um espectro de gravidade. Elementos essenciais incluem: tempo de evolução e velocidade de progressão dos sintomas (um quadro que piora em horas tem implicações diferentes de um que evolui há semanas); presença de febre e seu padrão; sintomas associados que sugerem extensão além do sítio primário (por exemplo, cefaleia e alteração do estado mental em um quadro de sinusite, ou dor torácica em uma infecção cervical); comorbidades que aumentam o risco de complicação, como diabetes, imunossupressão e coagulopatias; e uso de medicações relevantes, particularmente anticoagulantes (Hahn *et al.*, 2025).

Em crianças pequenas e em pacientes com limitação cognitiva, a história pode ser incompleta ou inteiramente ausente — como ocorre tipicamente na aspiration de corpo estranho não testemunhada —, o que exige maior valorização dos achados objetivos do exame físico e maior disposição para investigação complementar diante de quadros clínicos inespecíficos.

4. Exame Físico Direcionado

4.1 Inspeção e Palpação Cervicofacial

URGÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Diagnóstico, Estratificação de Risco e Conduta na Urgência Otorrinolaringológica

A inspeção deve avaliar simetria facial e cervical, presença de edema, eritema, abaulamentos localizados e posição da cabeça (o torcicolo antálgico, por exemplo, é achado sutil, mas importante, de infecção profunda do pescoço). A palpação cervical sistemática deve avaliar cadeias linfonodais, glândulas salivares, tireoide e a presença de crepitação (sugestiva de enfisema subcutâneo, potencialmente indicativo de perfuração de via aerodigestiva).

4.2 Otoscopia, Rinoscopia e Orofaringoscopia

O exame otoscópico deve avaliar o conduto auditivo externo e a membrana timpânica quanto a sinais inflamatórios, perfuração, presença de corpo estranho ou de abaulamento retroauricular sugestivo de mastoidite. A rinoscopia anterior, complementada quando disponível por endoscopia nasal, permite avaliar a mucosa, identificar pontos de sangramento e visualizar corpos estranhos. O exame da orofaringe deve avaliar simetria das tonsilas e dos pilares amigdalianos, mobilidade do palato e da úvula, e presença de trismo — este último um sinal particularmente relevante de irritação do músculo pterigóideo por processo infeccioso profundo.

4.3 Avaliação Laríngea

Diante de queixas relacionadas à voz, à deglutição ou à via aérea, a nasolaringoscopia flexível é o exame de maior rendimento diagnóstico, permitindo avaliação direta da mobilidade das prega vocais, da presença de edema supraglótico ou de lesões obstrutivas — informação frequentemente impossível de se obter apenas pelo exame físico externo. Trata-se de procedimento de baixo risco e boa tolerância, cuja disponibilidade cada vez mais ampliada para além dos centros especializados tem contribuído para agilizar o diagnóstico e reduzir encaminhamentos desnecessários.

Pontos-chave — Avaliação Inicial

- Via aérea sempre primeiro — estridor, dispneia ou sialorreia incontrolável têm prioridade sobre qualquer investigação adicional.
- Torcicolo antálgico é sinal sutil, mas importante, de infecção cervical profunda.
- Trismo sugere irritação do pterigóideo por processo infeccioso profundo — investigar além da orofaringe visível.
- Nasolaringoscopia flexível é o exame de maior rendimento para queixas de via aérea, voz ou deglutição.

5. Sinais de Alarme ("Red Flags") Transversais

Independentemente do diagnóstico específico, um conjunto de achados clínicos funciona como sinalizador transversal de gravidade em praticamente qualquer urgência otorrinolaringológica, justificando avaliação especializada imediata em vez de conduta expectante (Hahn *et al.*, 2025).

Sinal de alarme	Preocupação principal
Estridor ou dispneia	Obstrução iminente de via aérea superior
Trismo progressivo	Infecção profunda do pescoço com extensão além do sítio inicial
Torticolo febril em criança	Infecção do espaço retro/parafaríngeo
Cefaleia atípica, vômitos ou confusão	Extensão intracraniana de infecção sinusal ou ótica
Proptose ou oftalmoplegia	Complicação orbitária de rinossinusite
Sinais orbitários bilaterais progressivos	Trombose do seio cavernoso
Dor torácica após infecção cervical	Extensão mediastinal (mediastinite necrosante descendente)
Enfisema subcutâneo cervical	Perfuração da via aerodigestiva
Sangramento recorrente/refratário	Coagulopatia, lesão vascular ou neoplasia subjacente

6. Quando Escalonar: Critérios de Encaminhamento Imediato

A decisão de manejar um quadro localmente, observar por período curto ou encaminhar imediatamente para avaliação otorrinolaringológica especializada deve integrar a gravidade dos achados objetivos, a velocidade de progressão do quadro, a presença de comorbidades de risco e a disponibilidade de reavaliação em prazo seguro. Uma análise de encaminhamentos de serviços de urgência geral para ambulatório especializado de otorrinolaringologia encontrou discordância diagnóstica relevante entre a impressão inicial do serviço de urgência e a avaliação especializada subsequente em uma proporção considerável dos casos — divergências mais comuns envolvendo o diagnóstico diferencial entre otite média e otite externa, e entre faringite aguda e refluxo laringofaríngeo —, o que reforça o valor de critérios objetivos de encaminhamento em vez de impressão clínica isolada em contextos de menor familiaridade com a especialidade (Garneau *et al.*, 2018).

Como princípio geral, qualquer paciente que apresente um ou mais dos sinais de alarme listados no quadro anterior, que não responda à conduta inicial em prazo esperado, ou cujo diagnóstico permaneça incerto após avaliação inicial completa, deve ser encaminhado para

URGÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Diagnóstico, Estratificação de Risco e Conduta na Urgência Otorrinolaringológica

avaliação otorrinolaringológica especializada, presencial ou, quando disponível, por telemedicina — modalidade que tem se mostrado útil para triagem inicial e priorização de casos em cenários de acesso limitado ao especialista.

7. Conduta Prática na Urgência: Síntese

- **Via aérea sempre primeiro:** abrevie a história diante de estridor, dispneia ou sialorreia incontrolável (Hahn *et al.*, 2025).
- **Estruture a anamnese:** tempo de evolução, febre, sintomas de extensão, comorbidades de risco e medicações relevantes (especialmente anticoagulantes) (Hahn *et al.*, 2025).
- **Trismo e torcicolo são sinais sutis, mas importantes:** sugerem processo profundo, mesmo sem achados evidentes na orofaringe (Hahn *et al.*, 2025).
- **Use os sinais de alarme transversais:** eles funcionam independentemente do diagnóstico específico para sinalizar necessidade de avaliação especializada imediata (Hahn *et al.*, 2025).
- **Diante de incerteza diagnóstica ou falha da conduta inicial:** encaminhe — a discordância diagnóstica entre avaliação inicial e especializada é comum e esperada em contextos de menor familiaridade com a especialidade (Garneau *et al.*, 2018).

Referências

GARNEAU, J. C. *et al.* Referral patterns from emergency department to otolaryngology clinic. *Laryngoscope*, v. 128, n. 5, p. 1062-1067, 2018.

HAHN, J. *et al.* Emergencies in Otorhinolaryngology: diagnostic evaluation, assessment of urgency, and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, v. 122, n. 19, p. 533-540, 2025.

MERINO-GALVEZ, E. *et al.* Epidemiology of otorhinolaryngologic emergencies in a secondary hospital: analysis of 64,054 cases. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, v. 276, n. 3, p. 911-917, 2019.

WHITCROFT, K. L.; MOSS, B.; MCRAE, A. ENT and airways in the emergency department: national survey of junior doctors' knowledge and skills. *Journal of Laryngology & Otology*, v. 130, n. 2, p. 183-189, 2016.