

CAPÍTULO 7

OBSTRUÇÃO AGUDA DA VIA AÉREA SUPERIOR E ESTRIDOR

Lucas Andrade Menezes¹; Isabela Gomes Basílio²; Rodrigo Daniel Andrade Gobes³; Fernando Vinicius de Amorim⁴

¹Graduando em Medicina, União das Faculdades dos Grandes Lagos (UNILAGO), São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: menezes.lucas420@gmail.com ²Graduanda em Medicina, Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA, Anápolis, Goiás, Brasil. E-mail: issbelagomesbasilio@gmail.com ³Acadêmico de Medicina, Centro Universitário de Goiatuba – UNICERRADO, Goiatuba, Goiás, Brasil. E-mail: rodrigogobes85@gmail.com, Graduado em Medicina, Faculdade ZARNS Itumbiara – Goiás. E-mail: Fernando.amorim@aluno.faculdadezarns.com.br

1. Introdução

O estridor — som respiratório de alta frequência gerado pelo fluxo aéreo turbulento através de uma via aérea estreitada — é, por definição, um sinal de obstrução da via aérea superior e deve ser sempre interpretado como potencial emergência até que se demonstre o contrário. Este capítulo funciona como fechamento integrador do livro: praticamente todas as condições discutidas nos capítulos anteriores — abscesso peritonsilar e infecções profundas do pescoço, angina de Ludwig, corpos estranhos, complicações da rinossinusite — podem, em sua apresentação mais grave, cursar com estridor e obstrução iminente da via aérea. Aqui, o estridor é abordado como sinal central, organizando o raciocínio diagnóstico e terapêutico em torno das etiologias que classicamente se apresentam dessa forma: epiglote/supraglote, laringotraqueíte viral (crupe) e angioedema.

2. Localizando a Obstrução pela Semiologia do Estridor

A fase respiratória em que o estridor predomina fornece pista semiológica relevante sobre o nível anatômico da obstrução. O estridor predominantemente inspiratório sugere obstrução extratorácica, em nível supraglótico ou glótico — como ocorre na epiglote/supraglote e nos processos que comprimem a via aérea nesse nível —, já que a pressão negativa gerada durante a inspiração tende a colabar ainda mais um segmento já estreitado acima do nível torácico. O estridor bifásico, presente tanto na inspiração quanto na

expiração, sugere obstrução fixa, subglótica ou traqueal proximal. Já o estridor predominantemente expiratório, mais raro, aponta para obstrução intratorácica.

Essa distinção semiológica não substitui a avaliação clínica direta da via aérea, mas ajuda a orientar a urgência da investigação e antecipar as dificuldades técnicas de uma eventual via aérea difícil — por exemplo, obstruções supraglóticas tendem a dificultar a laringoscopia direta convencional, favorecendo estratégias alternativas de manejo de via aérea.

3. Epiglotite e Supraglotite Aguda

3.1 Perfil Epidemiológico Contemporâneo

A epidemiologia da epiglotite mudou substancialmente desde a introdução da vacinação universal contra *Haemophilus influenzae* tipo b: a doença, antes predominantemente pediátrica, tornou-se hoje mais frequente em adultos, com apresentação e curso clínico distintos daqueles classicamente descritos na população pediátrica pré-vacinal. Uma coorte retrospectiva de setenta adultos com epiglotite/supraglotite documentou odinofagia e disfagia como sintomas predominantes — presentes em quase metade dos pacientes —, enquanto o estridor, achado considerado clássico da doença, esteve presente em apenas uma minoria dos casos, o que reforça que a ausência de estridor não exclui o diagnóstico, sobretudo em adultos (Felton *et al.*, 2021).

3.2 Reconhecimento e Manejo da Via Aérea

Nessa mesma coorte, cerca de 17% dos pacientes necessitaram de intervenção ativa de via aérea — intubação, cricotireoidostomia ou traqueostomia —, com dois óbitos e um caso de lesão cerebral anóxica associados a via aérea difícil durante o manejo, o que ilustra tanto a gravidade potencial da condição quanto o fato de que a maioria dos pacientes adultos pode ser conduzida sem intervenção invasiva imediata, desde que sob observação rigorosa e reavaliação seriada (Felton *et al.*, 2021). Uma revisão sistemática com metanálise sobre preditores de necessidade de intervenção de via aérea na epiglotite do adulto identificou estridor, sialorreia e rápida progressão dos sintomas como os fatores mais consistentemente associados à necessidade de via aérea definitiva, achados que devem orientar a decisão sobre observação clínica versus intervenção proativa (Sideris *et al.*, 2020).

Diante de suspeita de epiglote/supraglote, a laringoscopia flexível realizada com cautela — idealmente em ambiente com recursos para via aérea de emergência prontamente disponíveis — é o método diagnóstico de escolha, permitindo visualização direta do grau de edema supraglótico. Manobras que possam agitar o paciente ou provocar choro (particularmente relevante em crianças) devem ser evitadas, já que o aumento do esforço respiratório associado à agitação pode precipitar obstrução completa em uma via aérea já criticamente estreitada.

Pontos-chave — Epiglote/Supraglote

- Hoje predominantemente doença do adulto — perfil epidemiológico mudou após a vacinação contra Hib.
- Odinofagia e disfagia são mais consistentes que o estridor clássico, especialmente em adultos.
- Estridor, sialorreia e progressão rápida predizem necessidade de via aérea definitiva.
- Evitar manobras que agitem o paciente — risco de precipitar obstrução completa.

4. Laringotraqueíte Viral (Crupe)

O crupe é a causa infecciosa mais comum de estridor agudo em crianças pequenas, tipicamente entre 6 meses e 3 anos de idade, caracterizado por tosse metálica ("tosse de cachorro"), rouquidão e estridor inspiratório, geralmente precedidos por um a três dias de sintomas de infecção viral de vias aéreas superiores. A gravidade é predominantemente leve e autolimitada, respondendo bem a corticosteroide sistêmico e, nos casos moderados a graves, à adrenalina nebulizada, medidas que reduzem substancialmente a necessidade de intervenções mais invasivas.

Nos casos atípicos — evolução prolongada, ausência de resposta ao tratamento habitual, ou estridor persistente entre episódios — a investigação endoscópica torna-se relevante para excluir causas alternativas ou concomitantes de obstrução, como estenose subglótica preexistente ou corpo estranho não reconhecido. Uma avaliação sobre segurança e utilidade da laringoscopia e broncoscopia diretas em crianças hospitalizadas por crupe encontrou achados endoscópicos relevantes que alteraram a conduta em proporção significativa dos casos que não seguiram o curso clínico esperado, sustentando o valor da investigação endoscópica direcionada nesse subgrupo, sem necessidade de estendê-la rotineiramente aos casos típicos e de boa evolução (Fox; Ongkasuwan, 2018).

5. Angioedema

O angioedema da via aérea superior — histamínico (alérgico), induzido por inibidor da enzima conversora de angiotensina, ou hereditário por deficiência de C1-inibidor — constitui causa importante e crescente de obstrução aguda, com abordagem terapêutica que difere fundamentalmente conforme o mecanismo envolvido. O angioedema histamínico responde a anti-histamínicos, corticosteroide e, nos casos com componente anafilático, adrenalina; já o angioedema hereditário e o associado a inibidor da enzima conversora de angiotensina são mediados por bradicinina e não respondem de forma consistente a essas medidas, exigindo tratamentos específicos — concentrado de C1-inibidor, icatibanto ou plasma fresco congelado, conforme disponibilidade — quando acometem a via aérea (Anon, 2011).

O reconhecimento do angioedema hereditário é particularmente desafiador pela sua raridade e pela ausência de urticária associada — diferentemente do angioedema alérgico —, o que pode levar a atrasos diagnósticos significativos, sobretudo em crianças, nas quais a apresentação inicial é menos reconhecida pelos profissionais de urgência (Bailey; Carr, 2019). Diante de episódios recorrentes de edema facial ou de via aérea sem urticária associada, sobretudo com história familiar compatível, a investigação para angioedema hereditário deve ser considerada, com implicações relevantes para o manejo de crises futuras, incluindo a disponibilização de tratamento de resgate específico para uso precoce.

Pontos-chave — Angioedema

- Angioedema histamínico responde a anti-histamínico/corticoide/adrenalina; o mediado por bradicinina (hereditário e por IECA) não responde de forma consistente a essas medidas.
- Ausência de urticária associada é pista para etiologia não histamínica (bradicinina-mediada).
- Angioedema hereditário exige tratamento específico (C1-inibidor, icatibanto) — reconhecer precocemente muda a conduta.
- Suspeitar de angioedema hereditário diante de episódios recorrentes sem urticária, especialmente com história familiar.

6. Outras Causas a Não Esquecer

Diversas condições discutidas em capítulos anteriores deste livro podem se apresentar com estridor como manifestação final de obstrução avançada: corpos estranhos de via aérea, angina de Ludwig, abscessos peritonsilar e parafaríngeo em estágio avançado, e complicações

URGÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Diagnóstico, Estratificação de Risco e Conduta na Urgência Otorrinolaringológica

infecções profundas do pescoço. Diante de qualquer paciente com estridor de instalação aguda, a anamnese dirigida — episódio de engasgo (corpo estranho), febre e odinofagia de evolução rápida (infecção profunda), uso recente de medicação (angioedema por IECA), ou história familiar de edema recorrente (angioedema hereditário) — permanece o elemento mais custo-efetivo para direcionar a investigação e a conduta subsequentes.

7. Quadro-Síntese: Diagnóstico Diferencial do Estridor Agudo

Etiologia	Pista clínica característica	Conduta inicial
Epiglote/supraglote	Odinofagia/disfagia desproporcional; sialorreia; progressão rápida	Laringoscopia cautelosa; via aérea definitiva precoce se sinais de alarme
Crupe (laringotraqueíte viral)	Tosse metálica, rouquidão, pródromo viral, criança pequena	Corticosteroide sistêmico ± adrenalina nebulizada; investigar se atípico
Angioedema histamínico	Urticária associada, início rápido, possível anafilaxia	Anti-histamínico, corticoide, adrenalina se anafilaxia
Angioedema hereditário/por IECA	Sem urticária; história familiar ou uso de IECA	C1-inibidor, icatibanto ou plasma fresco — não responde a anti-histamínico
Corpo estranho de via aérea	Engasgo súbito, sibilo/estridor unilateral	Broncoscopia — ver Capítulo 3
Infecção profunda do pescoço/Ludwig	Febre, trismo, sialorreia, progressão em dias	Ver Capítulos 1 e 5

8. Conduta Prática na Urgência: Síntese

- **Todo estridor agudo é emergência até prova em contrário:** priorize a segurança da via aérea sobre a investigação diagnóstica completa.
- **Estridor pode estar ausente na epiglote do adulto:** odinofagia e disfagia desproporcionais são pistas mais consistentes (Felton *et al.*, 2021).
- **Estridor, sialorreia e progressão rápida:** predizem necessidade de via aérea definitiva na epiglote/supraglote (Sideris *et al.*, 2020).
- **Não agite o paciente:** manobras que provoquem choro ou agitação podem precipitar obstrução completa.
- **Angioedema sem urticária:** suspeitar de etiologia bradicinina-mediada — não responde a anti-histamínico/adrenalina isolados (Anon, 2011; Bailey; Carr, 2019).
- **Crupe atípico ou refratário:** investigar endoscopicamente para excluir causas alternativas ou concomitantes (Fox; Ongkasuwan, 2018).

URGÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Diagnóstico, Estratificação de Risco e Conduta
na Urgência Otorrinolaringológica

Referências

- ANON, J. B. Hereditary angioedema: a clinical review for the otolaryngologist. *Ear, Nose & Throat Journal*, v. 90, n. 1, p. 32-39, 2011.
- BAILEY, C. E.; CARR, M. M. Pediatric hereditary angioedema: what the otolaryngologist should know. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, v. 27, n. 6, p. 499-503, 2019.
- FELTON, P. *et al.* A Retrospective Cohort Study of Acute Epiglottitis in Adults. *Western Journal of Emergency Medicine*, v. 22, n. 6, p. 1326-1334, 2021.
- FOX, D. P.; ONGKASUWAN, J. Safety and utility of direct laryngoscopy and bronchoscopy in patients hospitalized with croup. *Ear, Nose & Throat Journal*, v. 97, n. 8, p. E25-E30, 2018.
- SIDERIS, A. *et al.* A systematic review and meta-analysis of predictors of airway intervention in adult epiglottitis. *Laryngoscope*, v. 130, n. 2, p. 465-473, 2020.