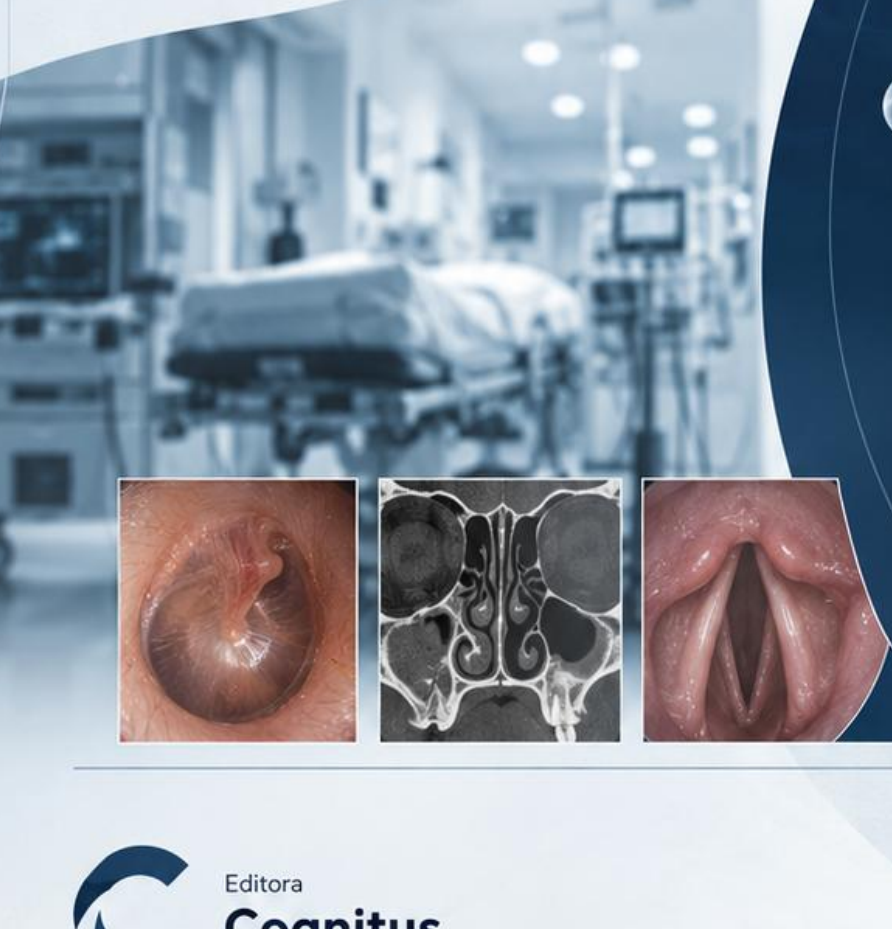
URGÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Diagnóstico, Estratificação de Risco e Conduta na Urgência Otorrinolaringológica





1ª edição
2026

Editora
Cognitus

Urgências Em Otorrinolaringologia: Diagnóstico, Estratificação De Risco E Conduta Na Urgência Otorrinolaringológica [recurso eletrônico] / Organização: Editora Cognitus. – 1. ed. – [S. l.]: Editora Cognitus, 2026.

E-book científico.

Inclui referências bibliográficas.

ISBN: 978-65-83818-66-9

1. Otorrinolaringologia. 2. Medicina de Urgência. 3. Emergências Médicas. 4. Vias Aéreas. 5. Educação Médica. I. Editora Cognitus. II. Título.

CDD: 617.51 | CDU: 616.21

EXPEDIENTE EDITORIAL

Título: Urgências em Otorrinolaringologia: Diagnóstico, Estratificação de Risco e Conduta na Urgência Otorrinolaringológica

Edição e volume: 1ª edição

Ano: 2026

Editora: Editora Cognitus

Formato: E-book científico digital

ISBN: *978-65-83818-66-9*

DOI da obra: 10.71248/9786583818669

Conselho Editorial e Avaliadores

Avaliador(a)	Área
Aline Prado dos Santos	Ciências da Saúde
Artur Pires de Camargos Júnior	Ciências Humanas
Chrysller Candido Santos	Tecnologia
Dayane Fernandes Sousa	Ciências Humanas
Edmilson Valério de Magalhães	Ciências da Saúde
Eline Nogueira Santos Sobreira	Ciências da Saúde
Jalison Figueredo do Rêgo	Ciências Biológicas
Mateus Henrique Dias Guimarães	Ciências da Saúde

Processo de Avaliação

Os capítulos que compõem esta obra foram submetidos a processo de avaliação por pares (peer review) em modalidade cega, conduzido por membros do Conselho Editorial e avaliadores ad hoc com titulação e área de atuação compatíveis com a temática de cada submissão, considerando critérios de originalidade, rigor metodológico, relevância científica e adequação às normas de publicação da Editora Cognitus.

Responsabilidade Editorial e Científica

Os textos reunidos nesta obra são de responsabilidade de seus respectivos autores. As opiniões, interpretações, informações, dados e referências apresentados em cada capítulo não representam, necessariamente, o posicionamento institucional da Editora Cognitus.

APRESENTAÇÃO

As urgências otorrinolaringológicas ocupam uma posição peculiar na formação médica: são, ao mesmo tempo, frequentes na prática assistencial e, com frequência, subrepresentadas em currículos de graduação e de residência em áreas afins, como emergência, pediatria e clínica médica. O resultado é um hiato entre a incidência real dessas condições e a familiaridade dos profissionais que primeiro atendem esses pacientes com seu reconhecimento e manejo inicial.

Este livro nasceu com o propósito de preencher parte desse hiato, reunindo em sete capítulos as apresentações mais relevantes da urgência otorrinolaringológica: infecções profundas do pescoço, complicações da rinossinusite, corpos estranhos, epistaxe, os fundamentos da avaliação clínica na urgência, mastoidite e otite externa necrosante, e obstrução aguda da via aérea superior.

Cada capítulo foi redigido em formato de texto corrido — não no formato de artigo científico —, priorizando a leitura fluida e a aplicabilidade prática, com quadros de pontos-chave ao final das principais seções e, quando pertinente, quadros-síntese comparativos. O conteúdo foi construído a partir de revisão da literatura científica internacional indexada no PubMed/MEDLINE, com redação inteiramente própria e paráfrase — não reprodução — das fontes consultadas, todas devidamente referenciadas em padrão ABNT ao final de cada capítulo.

Espera-se que esta obra sirva tanto como material de estudo dirigido para provas de residência, mestrado e doutorado, quanto como referência de consulta rápida para a prática clínica diária.

SUMÁRIO

Ficha Catalográfica 2

Expediente Editorial 3

Apresentação 4

Índice de Autores 6

Capítulo 1 – Abscesso Peritonsilar e Infecções Profundas do Pescoço 7

Capítulo 2 – Complicações Orbitárias e Intracranianas da Rinossinusite 17

Capítulo 3 – Corpos Estranhos em Ouvido, Nariz e Faringe 24

Capítulo 4 – Epistaxe Aguda: Avaliação, Estratificação e Controle 30

Capítulo 5 – Fundamentos da Avaliação nas Urgências Otorrinolaringológicas 36

Capítulo 6 – Mastoidite Aguda e Otite Externa Necrosante 41

Capítulo 7 – Obstrução Aguda da Via Aérea Superior e Estridor 46

URGÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA
Diagnóstico, Estratificação de Risco e Conduta na Urgência Otorrinolaringológica
10.71248/9786583818669-1

CAPÍTULO 1

ABSCESSO PERITONSILAR E INFECÇÕES PROFUNDAS DO PESCOÇO

Diego Soruco Gonzales[1]; Lucas Mathias Costa de Jesus[2]; André Luis Cavasini Filho[3]; Yannina Zanella[4]

[1] Graduado em Medicina, Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, Sucre, Bolívia. E-mail: diegosorucogonzales@gmail.com [2] Acadêmico de Medicina (11º período), Faculdade de Medicina de Itumbiara – Faculdade Zarns, Itumbiara, Goiás, Brasil. E-mail: lucasmathias100@hotmail.com [3] Médico, FACERES, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: andrelcavasinif@hotmail.com [4] Médica, UNILAGO, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: yannina.zanella@hotmail.com

1. Introdução

As infecções supurativas da orofaringe e do pescoço representam uma das apresentações mais desafiadoras na urgência otorrinolaringológica. Embora a maioria dos quadros infecciosos da via aerodigestiva superior seja autolimitada, uma fração relevante evolui para coleções purulentas que comprometem espaços anatômicos profundos, colocando em risco a permeabilidade da via aérea e a integridade de estruturas vasculares e mediastinais adjacentes. O reconhecimento precoce, a estratificação de gravidade e a decisão entre conduta clínica e intervenção cirúrgica são, por isso, competências centrais para qualquer profissional que atenda urgências dessa especialidade.

Este capítulo aborda três entidades que, apesar de compartilharem via fisiopatológica comum — a disseminação de um processo infeccioso a partir da orofaringe ou do assoalho bucal para espaços fasciais contíguos —, apresentam particularidades próprias de apresentação clínica, investigação e tratamento: o abscesso peritonsilar, as infecções profundas do pescoço propriamente ditas (abscessos parafaríngeo e retrofaríngeo) e a angina de Ludwig. Também serão discutidas duas complicações sistêmicas potencialmente fatais que podem emergir de qualquer uma dessas condições quando não reconhecidas a tempo: a síndrome de Lemierre e a mediastinite necrosante descendente.

2. Anatomia Aplicada dos Espaços Cervicais Profundos

A compreensão da disposição das fáscias cervicais é indispensável para prever o comportamento de uma infecção profunda do pescoço. A fáscia cervical profunda organiza-se

em camadas que delimitam compartimentos potenciais — os chamados espaços cervicais profundos —, os quais permanecem virtuais em condições normais, mas podem ser distendidos por coleções líquidas ou purulentas. O espaço peritonsilar situa-se entre a cápsula do tonsila palatina e a musculatura constritora superior da faringe; o espaço parafaríngeo estende-se lateralmente à faringe, da base do crânio ao osso hioide, e contém estruturas nobres como a artéria carótida interna, a veia jugular interna e os nervos cranianos IX a XII; já o espaço retrofaríngeo situa-se posteriormente à faringe e se comunica diretamente com o mediastino posterior através do chamado *espaço perigoso* (danger space), o que explica por que infecções ali originadas podem progredir rapidamente para mediastinite (Sheikh *et al*., 2023).

O espaço submandibular — subdividido nos compartimentos sublingual e submilo-hióideo — é o sítio de origem da angina de Ludwig e comunica-se, por sua vez, com o espaço parafaríngeo, criando uma via contínua de disseminação da região dentária e do assoalho bucal até o mediastino. Essa continuidade anatômica é o motivo pelo qual uma infecção aparentemente localizada exige, sempre, avaliação cuidadosa quanto à extensão em profundidade antes de ser considerada de baixo risco.

3. Abscesso Peritonsilar

3.1 Epidemiologia e Etiopatogenia

O abscesso peritonsilar (APT) é a infecção profunda mais comum da região da cabeça e do pescoço atendida em serviços de urgência, com incidência estimada em torno de 30 a 40 casos por 100.000 habitantes ao ano, concentrando-se preferencialmente na faixa etária entre 15 e 35 anos, sem predileção marcante de sexo (Long; Gottlieb, 2023; Klug, 2014). Classicamente, o quadro é descrito como uma complicação da tonsilite aguda, na qual a infecção ultrapassa a cápsula tonsilar e atinge o espaço potencial entre essa cápsula e a musculatura constritora superior da faringe; uma hipótese alternativa, não excludente, atribui a origem a uma obstrução supurativa das glândulas salivares menores de Weber, localizadas no polo superior da tonsila. Do ponto de vista microbiológico, o APT é tipicamente polimicrobiano, com predomínio de *Streptococcus pyogenes*, anaeróbios orais — em especial *Fusobacterium necrophorum* — e, com menor frequência, *Staphylococcus aureus*, inclusive cepas resistentes à meticilina em determinadas populações (Klug, 2014).

3.2 Quadro Clínico

O quadro clássico combina odinofagia intensa e assimétrica, sialorreia, voz abafada (descrita como "voz de batata quente"), trismo por irritação do músculo pterigóideo medial e halitose. Ao exame, observam-se abaulamento e eritema do pilar amigdaliano anterior e do palato mole ipsilaterais, com desvio contralateral da úvula. É importante reconhecer que nenhum desses achados isoladamente possui acurácia suficiente para confirmar o diagnóstico: um estudo prospectivo que comparou o exame clínico realizado por otorrinolaringologista com a tomografia computadorizada (TC) em 133 pacientes consecutivos demonstrou que a combinação de trismo, edema, imobilidade faríngea, desvio de úvula e impressão clínica global elevou consideravelmente a acurácia diagnóstica, mas a avaliação clínica isolada ainda gerou proporção relevante de resultados falso-positivos e falso-negativos frente ao padrão de referência cirúrgico (Voruz *et al*., 2025).

3.3 Diagnóstico

Na prática, o diagnóstico do APT permanece eminentemente clínico na maioria dos casos típicos, reservando-se a investigação complementar para quadros atípicos, extensão suspeita para espaços profundos adjacentes, trismo importante que dificulte o exame intraoral, ou ausência de resposta ao tratamento inicial. A ultrassonografia point-of-care (POCUS) — realizada por via intraoral ou submandibular — tem ganhado espaço como ferramenta de primeira linha nesse cenário: uma revisão sistemática com metanálise reportou sensibilidade e especificidade elevadas do ultrassom para diferenciar abscesso de celulite peritonsilar, com a vantagem adicional de permitir a localização precisa da coleção e orientar a punção, reduzindo o risco do principal receio do procedimento — a lesão inadvertida da artéria carótida interna, que se projeta posterolateralmente à loja tonsilar (Kim *et al*., 2023).

A tomografia computadorizada com contraste continua sendo o exame de escolha quando há suspeita de extensão para os espaços parafaríngeo ou retrofaríngeo, sinais de comprometimento da via aérea, ou quando o diagnóstico permanece incerto após avaliação clínica e ultrassonográfica (Long; Gottlieb, 2023).

3.4 Tratamento

O tratamento do APT apoia-se em dois pilares: drenagem da coleção purulenta e antibioticoterapia dirigida à flora polimicrobiana esperada. A punção-aspiração com agulha é o procedimento de escolha na maioria dos serviços de urgência, por sua simplicidade e por permitir, simultaneamente, confirmação diagnóstica e alívio sintomático; a incisão e drenagem é reservada para coleções mais extensas ou de difícil acesso por punção, enquanto a tonsilectomia a quente (*quinsy tonsillectomy*) é indicada em casos recorrentes, em falha de drenagem percutânea ou quando há indicação concomitante de tonsilectomia (Long; Gottlieb, 2023). A antibioticoterapia empírica deve cobrir estreptococos do grupo A e anaeróbios orais, sendo a amoxicilina associada a inibidor de betalactamase ou a clindamicina (em pacientes alérgicos a penicilina) as opções mais consistentemente recomendadas na literatura revisada (Long; Gottlieb, 2023; Klug, 2014).

3.5 Complicações

Embora a evolução seja favorável na grande maioria dos casos tratados adequadamente, complicações descritas incluem extensão para os espaços parafaríngeo e retrofaríngeo, obstrução de via aérea, sangramento por erosão de estruturas vasculares adjacentes e, mais raramente, mediastinite ou síndrome de Lemierre secundária a tromboflebite séptica da veia jugular interna (Klug; Greve; Hentze, 2020). Esses cenários justificam a atenção redobrada a sinais de alarme como trismo progressivo, dispneia, torcicolo ou sinais sistêmicos de sepse, que devem motivar investigação de extensão além do espaço peritonsilar.

Pontos-chave — Abscesso Peritonsilar

- Diagnóstico primariamente clínico; TC reservada para quadros atípicos ou suspeita de extensão profunda.
- Ultrassonografia point-of-care melhora a acurácia diagnóstica e a segurança da punção.
- Punção-aspiração é a primeira linha de drenagem na maioria dos serviços de urgência.
- Cobertura antimicrobiana deve incluir estreptococos do grupo A e anaeróbios orais.
- Trismo progressivo, torcicolo ou dispneia sugerem extensão para espaços profundos e exigem reavaliação por imagem.

4. Infecções Profundas do Pescoço: Abscessos Parafaríngeo e Retrofaríngeo

4.1 Vias de Disseminação e Particularidades por Faixa Etária

As infecções profundas do pescoço (IPP) que acometem os espaços parafaríngeo e retrofaríngeo diferem do abscesso peritonsilar tanto na origem quanto na população predominantemente afetada. Em crianças, a etiologia mais comum é a supuração de linfonodos retrofaríngeos secundária a infecções de vias aéreas superiores, o que explica por que essas infecções acometem preferencialmente lactentes e pré-escolares — em nítido contraste com o perfil etário mais avançado do abscesso peritonsilar (Sheikh *et al*., 2023). Em adultos, por outro lado, a origem odontogênica, a instrumentação da via aerodigestiva e a extensão direta de um abscesso peritonsilar não tratado assumem papel proporcionalmente maior.

4.2 Apresentação Clínica

O quadro clínico das IPP costuma ser menos específico do que o do abscesso peritonsilar, o que contribui para atrasos diagnósticos. Febre alta, recusa alimentar, limitação de mobilidade cervical e torcicolo — este último decorrente de espasmo protetor da musculatura paravertebral — são frequentemente os achados de apresentação em crianças pequenas, muitas vezes sem o clássico abaulamento amigdaliano observado no APT (Guri; Scheier, 2022). Relatos de caso destacam ainda que esses quadros podem ser subestimados pelos sistemas de triagem hospitalar quando a queixa inicial não é reconhecida como potencialmente grave, reforçando a importância de manter alto índice de suspeição diante de torcicolo febril associado a sinais inflamatórios sistêmicos (Wates *et al*., 2018).

4.3 Avaliação por Imagem

A tomografia computadorizada com contraste endovenoso é o exame de referência para confirmar a presença de coleção purulenta, delimitar sua extensão entre os diferentes espaços cervicais e avaliar proximidade com estruturas vasculares — informações essenciais para o planejamento cirúrgico quando indicado (Sheikh *et al*., 2023). A ultrassonografia point-of-care também tem papel emergente nesse contexto: em séries descritas na literatura de medicina de urgência, a abordagem transoral permitiu identificar coleções no espaço parafaríngeo à beira do leito, auxiliando a priorização do paciente para investigação tomográfica confirmatória (Simard; Socransky; Chenkin, 2019).

4.4 Conduta: Tratamento Clínico versus Cirúrgico

Uma revisão sistemática e síntese qualitativa das evidências sobre avaliação e manejo das IPP em adultos concluiu que, apesar da gravidade potencial dessas infecções, ainda existe heterogeneidade importante nas práticas de diagnóstico e tratamento entre serviços, sem um protocolo universalmente padronizado quanto ao momento ideal de indicação cirúrgica (Sheikh *et al*., 2023). Na prática, coleções pequenas, sem sinais de comprometimento da via aérea e sem instabilidade clínica, podem responder favoravelmente à antibioticoterapia intravenosa isolada, com necessidade de drenagem cirúrgica reservada para falha do tratamento clínico, coleções volumosas ou sinais de deterioração. O uso adjuvante de corticosteroide sistêmico em abscessos retrofaríngeo e parafaríngeo pediátricos foi avaliado em coorte multicêntrica de grande porte, que sugeriu associação entre o uso de corticoide e menor necessidade de intervenção cirúrgica, achado que, embora não estabeleça causalidade definitiva, tem influenciado a prática clínica em centros pediátricos (Goenka *et al*., 2021).

Pontos-chave — Infecções Profundas do Pescoço

- Em crianças, a etiologia mais comum é a supuração linfonodal retrofaríngea secundária a infecção de vias aéreas superiores.
- Febre, torcicolo e recusa alimentar podem ser as únicas pistas clínicas em lactentes — o abaulamento faríngeo típico do APT frequentemente está ausente.
- A TC com contraste é o exame de escolha para delimitar extensão e orientar decisão cirúrgica.
- Nem toda coleção exige drenagem: casos selecionados, sem comprometimento de via aérea, podem responder à antibioticoterapia isolada sob observação rigorosa.

5. Angina de Ludwig

5.1 Definição e Gravidade

A angina de Ludwig é uma celulite rapidamente progressiva e bilateral que acomete os espaços sublingual, submilo-hióideo e submandibular, tipicamente originada a partir de infecção odontogênica dos segundos e terceiros molares inferiores. Diferentemente de um abscesso circunscrito, trata-se classicamente de um processo de celulite difusa e endurecida ("brawny"), sem coleção purulenta bem definida na maioria dos casos iniciais, o que a torna uma urgência de via aérea mais do que uma indicação cirúrgica de drenagem propriamente dita

(Canas *et al*., 2023). A elevação e o deslocamento posterior da língua, consequência do edema do assoalho bucal, podem obstruir progressivamente a via aérea superior, constituindo a principal causa de mortalidade da condição quando não reconhecida a tempo.

Embora historicamente descrita como doença predominantemente adulta, revisões pediátricas registram que a condição também acomete crianças, por vezes com apresentação e evolução particularmente rápidas, exigindo os mesmos princípios de vigilância de via aérea aplicados à população adulta (Lin; O'Neill; Cunningham, 2009). Dados de coortes hospitalares recentes sugerem, adicionalmente, um aumento da incidência e da gravidade dos casos de angina de Ludwig no período em torno da pandemia de COVID-19, com maior frequência de desfechos desfavoráveis nesse intervalo — achado que reforça a importância de manter a suspeição elevada mesmo em contextos de sobrecarga assistencial (Canas *et al*., 2023).

5.2 Manejo da Via Aérea

O manejo da via aérea é a prioridade absoluta no atendimento da angina de Ludwig e deve preceder qualquer investigação complementar em pacientes com sinais de iminência de obstrução — estridor, dispneia, incapacidade de controlar secreções ou rebaixamento do nível de consciência. A intubação orotraqueal pode ser tecnicamente difícil ou impossível diante da distorção anatômica da orofaringe, e a literatura de anestesiologia e medicina de urgência recomenda que a abordagem seja conduzida, sempre que possível, em ambiente controlado (centro cirúrgico), com plano de via aérea difícil estabelecido previamente, contemplando intubação vigil guiada por fibra óptica e disponibilidade imediata de via aérea cirúrgica (cricotireoidostomia ou traqueostomia) como plano de resgate (Canas *et al*., 2023).

5.3 Tratamento Antimicrobiano e Cirúrgico

Uma vez assegurada a via aérea, o tratamento combina antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro, cobrindo flora oral aeróbia e anaeróbia, remoção do foco odontogênico causal e, quando presente, drenagem cirúrgica de coleções purulentas localizadas. Casos de celulite difusa sem coleção definida podem, inicialmente, ser conduzidos apenas com antibioticoterapia e observação intensiva da via aérea, reservando-se a exploração cirúrgica para deterioração clínica, formação tardia de abscesso ou ausência de melhora em 24 a 48 horas (Canas *et al*., 2023).

Pontos-chave — Angina de Ludwig

- É primariamente uma emergência de via aérea, não uma indicação cirúrgica de drenagem imediata.
- Sinais de alarme: elevação da língua, sialorreia, estridor, dispneia — indicam necessidade de via aérea definitiva precoce.
- Via aérea difícil antecipada: priorizar intubação vigil guiada por fibra óptica em ambiente controlado, com plano de resgate cirúrgico pronto.
- Origem odontogênica é a mais comum — o controle do foco dentário faz parte do tratamento definitivo.

6. Complicações Sistêmicas Graves

6.1 Síndrome de Lemierre

A síndrome de Lemierre é uma tromboflebite séptica da veia jugular interna secundária a uma infecção orofaríngea primária, classicamente associada à bactéria anaeróbia *Fusobacterium necrophorum*, com disseminação hematogênica subsequente para sítios à distância — mais frequentemente êmbolos sépticos pulmonares. Trata-se de condição pouco frequente, porém potencialmente fatal, cuja incidência parece ter voltado a aumentar nas últimas décadas após um período de declínio atribuído ao uso mais amplo de antibióticos para faringotonsilites (Carius; Koyfman; Long, 2022). O quadro típico envolve persistência ou piora da febre e da dor cervical alguns dias após uma faringite aparentemente banal, associada a dor e empastamento ao longo do trajeto do músculo esternocleidomastóideo, muitas vezes acompanhada de sinais respiratórios decorrentes de êmbolos sépticos pulmonares — um padrão que, quando não reconhecido, pode ser confundido com quadros infecciosos respiratórios primários (Karkos *et al*., 2010).

O diagnóstico é confirmado por exame de imagem (ultrassonografia ou angiotomografia cervical) demonstrando trombose da veia jugular interna, associado a hemoculturas positivas para o agente etiológico. O tratamento baseia-se em antibioticoterapia prolongada dirigida a anaeróbios, sendo o uso de anticoagulação ainda motivo de debate na literatura, reservado a casos selecionados com progressão do trombo ou embolização recorrente apesar de antibioticoterapia adequada (Carius; Koyfman; Long, 2022).

6.2 Mediastinite Necrosante Descendente

A mediastinite necrosante descendente é a complicação mais temida das infecções profundas do pescoço, decorrente da disseminação direta de um processo infeccioso cervical para o mediastino através dos planos fasciais contíguos — mais comumente pelo espaço retrofaríngeo/perigoso, mas também pelos espaços parafaríngeo e submandibular em casos avançados de angina de Ludwig. A mortalidade associada a essa complicação permanece elevada mesmo em séries contemporâneas, o que reflete tanto a agressividade do processo infeccioso quanto a frequente demora no reconhecimento do envolvimento mediastinal, já que os sinais iniciais podem ser indistinguíveis dos de uma infecção cervical não complicada (Lin *et al*., 2023).

Achados clínicos e radiológicos que devem levantar suspeita de extensão mediastinal incluem dor torácica, dispneia desproporcional ao quadro cervical, derrame pleural, alargamento do mediastino em radiografia de tórax e presença de gás ou coleção estendendo-se abaixo do nível da carina na tomografia cervicotorácica. O tratamento exige abordagem multidisciplinar envolvendo otorrinolaringologia, cirurgia torácica e medicina intensiva, combinando drenagem cirúrgica ampla — cervical e, frequentemente, também torácica — com antibioticoterapia de amplo espectro e suporte hemodinâmico (Lin *et al*., 2023).

7. Conduta Prática na Urgência: Síntese

Diante de um paciente com suspeita de infecção profunda da orofaringe ou do pescoço, a sequência de raciocínio clínico proposta neste capítulo pode ser resumida em quatro perguntas centrais, a serem respondidas nesta ordem: a via aérea está em risco imediato? Há sinais clínicos que sugiram extensão além do compartimento inicialmente suspeitado? A apresentação é compatível com tratamento clínico isolado ou exige drenagem cirúrgica? Existem sinais de alarme para complicação sistêmica — trombose venosa séptica ou extensão mediastinal — que justifiquem investigação adicional?

- **Via aérea primeiro:** estridor, dispneia, sialorreia incontrolável ou elevação da língua determinam prioridade absoluta sobre qualquer investigação diagnóstica (Canas *et al*., 2023).
- **Trismo e torcicolo são sinais de alerta:** sugerem extensão além do espaço inicialmente acometido e devem motivar avaliação por imagem antes de se considerar conduta ambulatorial (Sheikh *et al*., 2023; Guri; Scheier, 2022).

- **Nem toda coleção exige cirurgia:** pacientes estáveis, sem comprometimento de via aérea, podem ser conduzidos com antibioticoterapia intravenosa sob observação, com drenagem reservada para falha terapêutica (Sheikh *et al*., 2023; Goenka *et al*., 2021).
- **Febre ou dor cervical persistente após faringite:** considerar síndrome de Lemierre, sobretudo na presença de sintomas respiratórios associados (Carius; Koyfman; Long, 2022; Karkos *et al*., 2010).
- **Dor torácica ou alargamento mediastinal:** investigar mediastinite necrosante descendente em qualquer infecção cervical profunda com evolução desfavorável (Lin *et al*., 2023).

Referências

CANAS, M. *et al*. Ludwig's Angina: Higher Incidence and Worse Outcomes Associated With the Onset of the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. Surgical Infections, v. 24, n. 9, p. 782-787, 2023.

CARIUS, B. M.; KOYFMAN, A.; LONG, B. High risk and low prevalence diseases: Lemierre's syndrome. American Journal of Emergency Medicine, v. 61, p. 98-104, 2022.

GOENKA, P. K. *et al*. Corticosteroids in the Treatment of Pediatric Retropharyngeal and Parapharyngeal Abscesses. Pediatrics, v. 148, n. 5, p. e2020037010, 2021.

GURI, A.; SCHEIER, E. A 10-year-old child with acute torticollis due to polymicrobial deep neck infection. BMJ Case Reports, v. 15, n. 1, p. e244331, 2022.

HEILIG, Y. *et al*. Impact of the COVID-19 era on clinical presentation, management and microbiology in paediatric peritonsillar abscess: a case-control study. Clinical Otolaryngology, v. 49, n. 2, p. 207-213, 2024.

KARKOS, P. D. *et al*. Lemierre syndrome: no delays in management. American Journal of Emergency Medicine, v. 28, n. 7, p. 844.e1-844.e2, 2010.

KIM, D. J. *et al*. Test characteristics of ultrasound for the diagnosis of peritonsillar abscess: a systematic review and meta-analysis. Academic Emergency Medicine, v. 30, n. 8, p. 859-869, 2023.

KLUG, T. E. Incidence and microbiology of peritonsillar abscess: the influence of season, age, and gender. European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases, v. 33, n. 7, p. 1163-1167, 2014.

KLUG, T. E.; GREVE, T.; HENTZE, M. Complications of peritonsillar abscess. Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials, v. 19, n. 1, p. 32, 2020.

LIN, D. P. *et al*. Clinical management and prognosis for descending necrotizing mediastinitis. Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi, v. 58, n. 6, p. 565-571, 2023.

LIN, H. W.; O'NEILL, A.; CUNNINGHAM, M. J. Ludwig's angina in the pediatric population. Clinical Pediatrics, v. 48, n. 6, p. 583-587, 2009.

LONG, B.; GOTTLIEB, M. Managing Peritonsillar Abscess. Annals of Emergency Medicine, v. 82, n. 1, p. 101-107, 2023.

SHEIKH, Z. *et al*. The assessment and management of deep neck space infections in adults: a systematic review and qualitative evidence synthesis. Clinical Otolaryngology, v. 48, n. 4, p. 540-562, 2023.

SIMARD, R. D.; SOCRANSKY, S.; CHENKIN, J. Transoral Point-of-Care Ultrasound in the Diagnosis of Parapharyngeal Space Abscess. Journal of Emergency Medicine, v. 56, n. 1, p. 70-73, 2019.

VORUZ, F. *et al*. Diagnosis of Peritonsillar Abscess: a prospective study comparing clinical with CT findings in 133 consecutive patients. Diagnostics, v. 15, n. 2, p. 228, 2025.

WATES, E. *et al*. A severe deep neck odontogenic infection not prioritised by the emergency department triage system and National Early Warning Score. BMJ Case Reports, v. 2018, p. bcr2018224634, 2018.

URGÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA
Diagnóstico, Estratificação de Risco e Conduta na Urgência Otorrinolaringológica
10.71248/9786583818669-2

CAPÍTULO 2

COMPLICAÇÕES ORBITÁRIAS E INTRACRANIANAS DA RINOSSINUSITE

Valéria Paula Sassoli Fazan[1]; Letícia Ferreira Soares Vely[2]; Ciro Velloso Barros[3]; André Luis Cavasini Filho[4]

[1] Doutora em Neurologia e Livre-docente em Neuroanatomia. Médica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, FMRP-USP, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: vpsfazan@yahoo.com.br [2] Acadêmica de Medicina, Centro Universitário de Mineiros, campus Trindade (UNIFIMES), Trindade, Goiás, Brasil. E-mail: leticiafeso18@gmail.com [3] Médico, Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, São Paulo, Brasil. E-mail: ciroindianaranch@hotmail.com [4] Médico, FACERES, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: andrelcavasinif@hotmail.com

1. Introdução

A rinossinusite aguda é uma das condições mais prevalentes atendidas em serviços de atenção primária e de urgência, e sua evolução é, na imensa maioria dos casos, autolimitada. Uma pequena fração dos pacientes, contudo, desenvolve extensão da infecção para além dos seios paranasais, atingindo a órbita ou o compartimento intracraniano — complicações raras, porém associadas a morbimortalidade desproporcionalmente alta em relação à banalidade com que a rinossinusite costuma ser tratada na prática clínica.

Este capítulo aborda a fisiopatologia, a classificação, o diagnóstico e o tratamento das complicações orbitárias da rinossinusite aguda, bem como das principais complicações intracranianas associadas — Pott's puffy tumor, empiema subdural e epidural, abscesso cerebral, trombose de seio cavernoso e meningite —, com ênfase nos elementos clínicos que devem orientar a decisão entre conduta clínica isolada e intervenção cirúrgica de urgência.

2. Fisiopatologia e Vias de Disseminação

A proximidade anatômica entre os seios paranasais, a órbita e o compartimento intracraniano explica a existência dessas complicações. A parede medial da órbita — a lâmina papirácea — é excepcionalmente delgada e separa diretamente o conteúdo orbitário do seio etmoidal, tornando a etmoidite aguda a causa mais comum de complicação orbitária, particularmente em crianças, nas quais essa lâmina óssea é ainda mais fina e mais facilmente ultrapassada pela infecção.

Duas vias principais explicam a disseminação da infecção para além dos seios: a disseminação direta, por erosão óssea ou através de deiscências ósseas congênitas, e a disseminação indireta, por tromboflebite retrógrada das veias diploicas avalvuladas que drenam os seios paranasais. Essa segunda via é particularmente relevante para as complicações intracranianas: por não possuírem válvulas, essas veias permitem que o fluxo sanguíneo se inverta sob determinadas condições, carreando êmbolos sépticos diretamente para as estruturas venosas intracranianas — mecanismo que explica tanto a trombose do seio cavernoso a partir de sinusite esfenoidal ou etmoidal quanto a trombose do seio sagital superior a partir de sinusite frontal (De Vita *et al*., 2021).

3. Complicações Orbitárias

3.1 Classificação

A classificação de Chandler, proposta originalmente em 1970, permanece a referência histórica mais utilizada para descrever a progressão das complicações orbitárias da rinossinusite, organizando-as em cinco estágios de gravidade crescente: celulite pré-septal (I), celulite orbitária (II), abscesso subperiosteal (III), abscesso orbitário (IV) e trombose do seio cavernoso (V) (Chandler; Langenbrunner; Stevens, 1970). Ainda que amplamente empregada, essa classificação original não incorpora achados tomográficos, o que levou à proposição de sistemas complementares — como a subdivisão do estágio pré-septal em categorias adicionais (classificação de Chandler modificada) — que melhoram a correlação entre o estágio clínico-radiológico e a probabilidade de necessidade cirúrgica (Vinciguerra *et al*., 2026).

3.2 Quadro Clínico e Diagnóstico

A distinção entre celulite pré-septal e celulite orbitária verdadeira é o primeiro ponto de decisão clínica diante de um paciente com edema periorbitário associado a quadro de rinossinusite. Na celulite pré-septal, o processo inflamatório permanece anterior ao septo orbitário, sem acometer o conteúdo intraorbitário: não há proptose, a motilidade ocular permanece preservada e a acuidade visual não é afetada. Já na celulite orbitária verdadeira e nos estágios mais avançados, observam-se proptose, oftalmoplegia, dor à movimentação ocular

e, em casos avançados, redução da acuidade visual — sinais que denotam comprometimento do conteúdo intraorbitário e que exigem investigação e conduta mais agressivas.

A tomografia computadorizada de órbitas e seios paranasais com contraste é o exame de escolha diante de qualquer sinal sugestivo de extensão além do septo orbitário, permitindo diferenciar celulite de abscesso subperiosteal ou orbitário, localizar precisamente a coleção e avaliar sua relação com o nervo óptico e a musculatura extraocular — informações determinantes para o planejamento cirúrgico (Luk; Rose, 2025). A avaliação oftalmológica conjunta, com aferição seriada de acuidade visual, reflexos pupilares, motilidade ocular e pressão intraocular, deve acompanhar todo paciente com suspeita de complicação orbitária, uma vez que a deterioração da função visual é o principal parâmetro clínico para indicação cirúrgica de urgência independentemente dos achados de imagem (Upile *et al*., 2012).

3.3 Tratamento

Pacientes com celulite pré-septal isolada e sem sinais de comprometimento intraorbitário costumam responder bem à antibioticoterapia oral ou intravenosa ambulatorial-assistida, com observação clínica próxima. Já os estágios mais avançados exigem internação para antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro e reavaliação oftalmológica seriada (Upile *et al*., 2012). Uma coorte multicêntrica internacional recente, reunindo 213 adultos com complicações orbitárias de rinossinusite aguda, encontrou taxa de intervenção cirúrgica de 68%, com a classificação de Chandler modificada e a presença de complicações associadas figurando entre os principais preditores independentes da necessidade de cirurgia — reforçando que a decisão terapêutica deve integrar estadiamento clínico-radiológico e evolução clínica, mais do que critérios rígidos e isolados (Vinciguerra *et al*., 2026).

De modo geral, a indicação cirúrgica — habitualmente por via endoscópica endonasal, reservando-se abordagens externas combinadas para abscessos localizados no teto ou na parede lateral da órbita — é reservada para abscessos subperiosteais ou orbitários de volume significativo, deterioração da acuidade visual, oftalmoplegia progressiva ou ausência de melhora clínica após 24 a 48 horas de antibioticoterapia intravenosa otimizada (Diouf *et al*., 2020).

Pontos-chave — Complicações Orbitárias

- A etmoidite aguda é a causa mais comum de complicação orbitária, sobretudo em crianças, pela delgadeza da lâmina papirácea.
- Distinguir celulite pré-septal (sem proptose, sem restrição de motilidade) de celulite orbitária verdadeira é o primeiro passo diagnóstico.
- TC de órbitas e seios com contraste é obrigatória diante de proptose, oftalmoplegia ou redução de acuidade visual.
- Avaliação oftalmológica seriada é indispensável — a deterioração visual é o principal gatilho para cirurgia de urgência.
- Abscessos subperiosteais/orbitários volumosos, piora visual ou falha em 24-48h de antibiótico indicam drenagem cirúrgica.

4. Complicações Intracranianas

4.1 Pott's Puffy Tumor

O *Pott's puffy tumor* é uma complicação classicamente associada à sinusite frontal, caracterizada por osteomielite do osso frontal com formação de abscesso subperiosteal supraciliar — clinicamente identificável por edema frontal pastoso e doloroso, muitas vezes descrito como achado praticamente patognomônico quando associado a febre em paciente com sinusite recente. Ainda que mais prevalente em adolescentes, também acomete adultos e deve ser sempre investigado quanto à extensão intracraniana associada, já que complicações como empiema epidural, empiema subdural, abscesso cerebral e trombose venosa podem coexistir em proporção substancial dos casos, especialmente quando o diagnóstico é tardio (Tibesar; Azhdam; Borrelli, 2021; De Vita *et al*., 2021).

4.2 Empiema Subdural e Epidural

O empiema subdural e o abscesso epidural encontram-se entre as complicações intracranianas mais frequentemente associadas à rinossinusite, tipicamente originados pela disseminação por tromboflebite retrógrada das veias diploicas a partir de sinusite frontal. O quadro clínico costuma ser insidioso na fase inicial, evoluindo com cefaleia progressiva, febre e, à medida que a coleção se expande, sinais neurológicos focais, crise convulsiva ou rebaixamento do nível de consciência — motivo pelo qual qualquer paciente com sinusite associada a cefaleia atípica, vômitos ou alteração do estado mental deve ser prontamente investigado com neuroimagem (De Vita *et al*., 2021).

4.3 Trombose do Seio Cavernoso

A trombose séptica do seio cavernoso é a mais grave e temida das complicações orbito-intracranianas da rinossinusite, decorrente da disseminação — mais comumente a partir do seio esfenoidal — através das anastomoses venosas desprovidas de válvulas que conectam a face e a órbita ao seio cavernoso. Sua apresentação característica combina sinais orbitários bilaterais (o acometimento inicialmente unilateral tende a progredir para o lado contralateral em curto intervalo, um sinal de alarme importante), oftalmoplegia por acometimento dos nervos cranianos III, IV e VI que trafegam pela parede do seio, e alteração do nível de consciência nos casos mais avançados. O diagnóstico é confirmado por angiotomografia ou angiorressonância venosa, e o tratamento combina antibioticoterapia intravenosa prolongada, controle do foco sinusal — habitualmente por drenagem endoscópica — e, em casos selecionados, anticoagulação, ainda que essa última medida permaneça motivo de debate na literatura quanto ao balanço entre benefício e risco hemorrágico (De Vita *et al*., 2021).

4.4 Meningite e Abscesso Cerebral

A meningite bacteriana e o abscesso cerebral representam as complicações intracranianas de maior gravidade potencial. O abscesso cerebral secundário à rinossinusite localiza-se tipicamente nos lobos frontal ou frontotemporal, refletindo a via de disseminação predominante a partir dos seios frontal e etmoidal, e manifesta-se com cefaleia, febre, sinais neurológicos focais e, quando o efeito de massa é significativo, rebaixamento do nível de consciência (De Vita *et al*., 2021). O manejo dessas complicações exige, invariavelmente, abordagem multidisciplinar envolvendo otorrinolaringologia, neurocirurgia, infectologia e, quando necessário, oftalmologia — combinando antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro com cobertura para flora sinusal (incluindo anaeróbios), controle cirúrgico do foco sinusal e, quando indicado pela neurocirurgia, drenagem da coleção intracraniana (De Vita *et al*., 2021).

Pontos-chave — Complicações Intracranianas

- Pott's puffy tumor (edema frontal doloroso) deve sempre motivar investigação de extensão intracraniana associada.
- Cefaleia atípica, vômitos ou alteração do estado mental em paciente com sinusite exigem neuroimagem imediata.

- Sinais orbitários bilaterais e progressivos, com oftalmoplegia, sugerem trombose do seio cavernoso — emergência neuro-oftalmológica.
- O manejo é sempre multidisciplinar: otorrinolaringologia, neurocirurgia e infectologia em conjunto.

5. Quadro-Síntese: Estadiamento e Conduta

A tabela a seguir resume a classificação de Chandler para complicações orbitárias e a conduta habitualmente associada a cada estágio, servindo como referência rápida para a tomada de decisão à beira do leito.

Estágio (Chandler)	Achado clínico principal	Conduta habitual
I — Celulite pré-septal	Edema palpebral, sem proptose, sem restrição de motilidade	Antibioticoterapia (oral ou IV) e observação clínica
II — Celulite orbitária	Proptose leve, edema conjuntival, motilidade preservada ou levemente reduzida	Antibioticoterapia IV, avaliação oftalmológica seriada
III — Abscesso subperiosteal	Proptose, restrição de motilidade, possível redução de acuidade visual	Antibioticoterapia IV; cirurgia se piora visual, volume significativo ou falha em 24-48h
IV — Abscesso orbitário	Proptose importante, oftalmoplegia, dor intensa, risco visual	Drenagem cirúrgica associada a antibioticoterapia IV
V — Trombose do seio cavernoso	Sinais orbitários bilaterais/progressivos, oftalmoplegia múltipla, alteração de consciência	UTI, antibioticoterapia IV prolongada, controle do foco sinusal, avaliação de anticoagulação

6. Conduta Prática na Urgência: Síntese

- **Diferencie pré-septal de orbitário verdadeiro:** proptose, restrição de motilidade ocular e dor à movimentação são os sinais que separam um quadro de manejo ambulatorial de uma emergência potencial (Upile *et al*., 2012).
- **TC de órbitas e seios com contraste:** solicitar diante de qualquer sinal orbitário além de edema palpebral simples (Luk; Rose, 2025).
- **Avaliação oftalmológica seriada:** acuidade visual e reflexos pupilares devem ser reavaliados a intervalos curtos em qualquer complicação orbitária estabelecida (Upile *et al*., 2012).
- **Cefaleia atípica, vômitos ou confusão mental:** investigar extensão intracraniana com neuroimagem, mesmo na ausência de sinais orbitários exuberantes (De Vita *et al*., 2021).
- **Edema frontal doloroso:** suspeitar de Pott's puffy tumor e investigar extensão intracraniana associada (Tibesar; Azhdam; Borrelli, 2021).

- **Sinais orbitários bilaterais progressivos:** alarme para trombose de seio cavernoso — condução em caráter de emergência, multidisciplinar (De Vita *et al*., 2021).

Referências

CHANDLER, J. R.; LANGENBRUNNER, D. J.; STEVENS, E. R. The pathogenesis of orbital complications in acute sinusitis. Laryngoscope, v. 80, n. 9, p. 1414-1428, 1970.

CHEN, X. *et al*. Central Retinal Artery Occlusion Due to Subperiosteal Orbital Abscess Caused by Acute Sinusitis in a Child: a case report. Ear, Nose & Throat Journal, v. 102, n. 8, p. NP379-NP382, 2023.

DE VITA, C. *et al*. When is a multidisciplinary approach required in management of intracranial complications of sinonasal inflammatory disorders? Acta Otorhinolaryngologica Italica, v. 41, supl. 1, p. S67-S75, 2021.

DIOUF, M. S. *et al*. Complications of sinusitis: an 80-case series from the ENT and neurosurgery departments of the Fann university hospital center of Dakar, Senegal. European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases, v. 137, n. 6, p. 473-476, 2020.

LUK, H. G.; ROSE, A. S. Orbital Complications of Acute Sinusitis in Pediatrics: a narrative review. Ear, Nose & Throat Journal, 2025.

TIBESAR, R. J.; AZHDAM, A. M.; BORRELLI, M. Pott's Puffy Tumor. Ear, Nose & Throat Journal, v. 100, n. 6, supl., p. 870S-872S, 2021.

UPILE, N. S. *et al*. Who should manage acute periorbital cellulitis in children? International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, v. 76, n. 8, p. 1073-1077, 2012.

VINCIGUERRA, A. *et al*. Orbital Complications of Acute Rhinosinusitis in Adulthood: predictors of outcome and management. Laryngoscope, v. 136, n. 5, p. 2073-2081, 2026.

URGÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA
Diagnóstico, Estratificação de Risco e Conduta na Urgência Otorrinolaringológica
10.71248/9786583818669-3

CAPÍTULO 3

CORPOS ESTRANHOS EM OUVIDO, NARIZ E FARINGE

Lucas Andrade Menezes[1]; Eduardo Vettorazzi-Stuczynski[2]; Valéria Paula Sassoli Fazan[3]; Lucas Mathias Costa de Jesus[4]

[1] Graduando em Medicina, União das Faculdades dos Grandes Lagos (UNILAGO), São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: menezes.lucas420@gmail.com [2] Graduado em Medicina, Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: eduvettora@gmail.com [3] Doutora em Neurologia e Livre-docente em Neuroanatomia. Médica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, FMRP-USP, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: vpsfazan@yahoo.com.br [4] Acadêmico de Medicina (11º período), Faculdade de Medicina de Itumbiara – Faculdade Zarns, Itumbiara, Goiás, Brasil. E-mail: lucasmathias100@hotmail.com

1. Introdução

A impactação de corpos estranhos no conduto auditivo externo, na cavidade nasal e na via aerodigestiva superior está entre as queixas mais frequentes em serviços de urgência otorrinolaringológica, acometendo predominantemente crianças pequenas, mas também adultos com déficit cognitivo, transtornos psiquiátricos ou, no caso da faringe e do esôfago, impactação alimentar sobre uma patologia esofágica de base (Wilson, 2025). Embora a maioria dos casos evolua sem complicações quando reconhecida e tratada precocemente, um subgrupo de objetos — pilhas de botão, ímãs múltiplos e objetos pontiagudos — configura verdadeira urgência, com potencial de causar lesão tecidual grave em poucas horas.

Este capítulo organiza-se por sítio anatômico — ouvido, nariz e faringe/esôfago — descrevendo para cada um a apresentação clínica típica, as técnicas de remoção mais seguras e eficazes e os critérios que definem quando a tentativa de remoção deve ser abandonada em favor do encaminhamento a um serviço especializado ou ao centro cirúrgico.

2. Corpos Estranhos do Conduto Auditivo Externo

2.1 Apresentação Clínica

A maioria dos pacientes com corpo estranho auricular é assintomática, sendo o achado incidental durante exame otoscópico de rotina; quando sintomático, o quadro inclui otalgia, sensação de plenitude aural, hipoacusia, prurido e, particularmente quando há insetos vivos envolvidos, desconforto intenso pelo movimento do inseto contra a membrana timpânica (Wilson, 2025).

2.2 Técnicas de Remoção e Critérios de Encaminhamento

A remoção pode ser tentada em ambiente ambulatorial em pacientes cooperativos ou adequadamente contidos, com a técnica dependendo do tipo de objeto: irrigação com água morna é eficaz e segura para a maioria dos corpos estranhos inorgânicos, mas está contraindicada diante de objetos que se expandem em contato com líquido (como sementes secas) ou de suspeita de perfuração timpânica; a instrumentação direta — com gancho, pinça jacaré ou cateter com balão inflável — é preferível para objetos orgânicos ou passíveis de fragmentação (Wilson, 2025). Insetos vivos devem ser mortos previamente com instilação de óleo mineral ou lidocaína tópica antes de qualquer tentativa de remoção, o que reduz o desconforto do paciente e o risco de lesão ao conduto durante a manipulação de um inseto ainda em movimento.

Uma coorte de mais de mil remoções de corpo estranho do conduto auditivo identificou como principais preditores de insucesso e de necessidade de encaminhamento especializado a localização profunda do objeto, o formato esférico ou friável, e a falta de cooperação do paciente — fatores que devem ser considerados antes de múltiplas tentativas na urgência, já que tentativas repetidas e malsucedidas aumentam o risco de laceração do conduto e de perfuração timpânica (Karimnejad *et al.*, 2017). Uma proposta de algoritmo de encaminhamento para otorrinolaringologia recomenda referência direta e precoce diante de objetos esféricos, pilhas de botão, tentativa prévia malsucedida, sangramento ativo ou paciente não cooperativo, evitando múltiplas manipulações por profissionais não especializados (Bysice *et al.*, 2023).

Pontos-chave — Corpo Estranho Auricular

- A maioria dos casos é assintomática e detectada ao exame otoscópico de rotina.
- Irrigação é contraindicada em objetos que incham com água e em suspeita de perfuração timpânica.
- Insetos vivos devem ser mortos com óleo mineral antes da remoção.
- Objeto esférico, localização profunda, tentativa prévia falha ou paciente não cooperativo: encaminhar sem insistir em novas tentativas.

3. Corpos Estranhos Nasais

3.1 Apresentação Clínica

A rinorreia unilateral fétida e purulenta em criança pequena é o achado clássico e deve sempre levantar a suspeita de corpo estranho nasal retido, mesmo na ausência de história de inserção testemunhada — o que é frequente, já que o episódio de inserção raramente é presenciado por um adulto (Wilson, 2025). Outros achados possíveis incluem obstrução nasal unilateral, epistaxe leve e, em casos de retenção prolongada, formação de rinolito por deposição mineral ao redor do objeto.

3.2 Técnicas de Remoção

Técnicas de pressão positiva — solicitando que o paciente assoe o nariz com a narina contralateral ocluída, ou, em crianças pequenas incapazes de cooperar, a técnica do "beijo da mãe" (oclusão da narina contralateral com insuflação de ar pela boca do cuidador na boca da criança) — são eficazes para objetos localizados anteriormente e devem ser tentadas antes de qualquer instrumentação (Wilson, 2025). Quando o objeto é visualizado diretamente, a instrumentação com gancho rombo posicionado posteriormente ao objeto, seguida de tração anterior, é preferível à pinça, que tende a empurrar objetos esféricos mais profundamente na cavidade nasal.

3.3 Pilhas de Botão: uma Emergência Verdadeira

A pilha de botão alojada na cavidade nasal constitui uma exceção categórica à conduta habitualmente não urgente reservada aos corpos estranhos nasais. A corrente elétrica gerada pelo contato da pilha com a mucosa úmida provoca hidrólise tecidual e necrose por liquefação em poucas horas, podendo evoluir para perfuração do septo nasal, sinéquias e deformidade nasal em sela mesmo após remoção considerada precoce (Thabet; Basha; Askar, 2013). Uma série retrospectiva de 176 casos pediátricos de pilha de botão nasal encontrou perfuração septal em quase um quinto dos pacientes, sem relação linear clara entre o tempo de retenção e o risco de perfuração — achado que reforça a orientação de remoção em caráter de emergência absoluta, sem aguardar jejum ou outros preparativos habitualmente observados para corpos estranhos não urgentes (Wu *et al*., 2024). Diante de suspeita de pilha de botão nasal, a remoção deve ocorrer imediatamente após a confirmação diagnóstica, sob visualização direta e, em crianças não cooperativas, sob anestesia geral, com irrigação local do septo após a remoção para neutralizar resíduos alcalinos.

Pontos-chave — Corpo Estranho Nasal

- Rinorreia unilateral fétida em criança pequena: suspeitar de corpo estranho até prova em contrário.
- Técnicas de pressão positiva (assoar, "beijo da mãe") são a primeira linha para objetos anteriores.
- Gancho posicionado posteriormente ao objeto é preferível à pinça para objetos esféricos.
- Pilha de botão nasal é emergência absoluta — remoção imediata, sem esperar jejum ou preparo de rotina.

4. Corpos Estranhos da Faringe, do Esôfago e da Via Aérea

4.1 Faringe e Esôfago

Objetos alimentares — particularmente impactação de carne — predominam em adultos, frequentemente associados a patologia esofágica subjacente não diagnosticada, como estenose péptica, anel de Schatzki, esofagite eosinofílica ou distúrbio motor; já em crianças, moedas e pequenos objetos ingeridos acidentalmente respondem pela maioria dos casos (Balasubramaniam *et al*., 2008). Os locais de impactação mais frequentes correspondem aos três estreitamentos anatômicos fisiológicos do esôfago: o esfíncter esofágico superior, o cruzamento com o arco aórtico e o esfíncter esofágico inferior.

A apresentação clínica de obstrução esofágica inclui disfagia, odinofagia, sialorreia incoercível e sensação de corpo estranho retroesternal; sinais de alarme que indicam remoção endoscópica em caráter de urgência — em vez de observação para passagem espontânea — incluem obstrução completa (incapacidade de deglutir a própria saliva), ingestão de pilha de botão ou de objeto pontiagudo, e sinais sugestivos de perfuração, como enfisema subcutâneo cervical, febre ou dor torácica intensa (Balasubramaniam *et al*., 2008; Birk *et al*., 2016). Uma revisão sobre corpos estranhos esofágicos impactados em adultos reforça que a maior parte dos objetos ingeridos progride espontaneamente pelo trato digestivo sem necessidade de intervenção, reservando-se a endoscopia para os cerca de 10 a 20% dos casos que não progridem ou que apresentam critérios de risco (Balasubramaniam *et al*., 2008).

4.2 Corpo Estranho de Via Aérea

Diferentemente dos corpos estranhos do ouvido, do nariz e do esôfago, o corpo estranho aspirado para a via aérea inferior representa risco imediato à vida e exige abordagem emergencial. O quadro clássico de aspiração — tosse súbita, engasgo e estridor ou sibilo unilateral em criança previamente hígida — nem sempre está presente de forma completa, e a ausência desses achados clássicos não deve excluir o diagnóstico diante de história sugestiva (Okonkwo *et al*., 2016).

Uma análise sobre fatores humanos na segurança do atendimento de corpo estranho de via aérea pediátrico identificou atrasos diagnósticos relacionados à variabilidade da apresentação clínica inicial e à baixa suspeição em quadros com sintomas respiratórios inespecíficos, reforçando a importância de manter alto índice de suspeição diante de qualquer criança com quadro respiratório agudo e história, mesmo vaga, de possível aspiração (Okonkwo *et al*., 2016). Todo paciente com suspeita de corpo estranho de via aérea — mesmo com exame físico e radiografia inicialmente normais — deve ser encaminhado para avaliação endoscópica sob visualização direta (broncoscopia rígida ou flexível), já que a radiografia simples tem sensibilidade limitada para objetos radiotransparentes, que representam a maioria dos casos pediátricos.

Pontos-chave — Faringe, Esôfago e Via Aérea

- Impactação completa, pilha de botão ou objeto pontiagudo no esôfago: remoção endoscópica em caráter de urgência.
- Enfisema subcutâneo, febre ou dor torácica intensa após ingestão de corpo estranho sugerem perfuração.
- A apresentação clássica de aspiração de via aérea (tosse, engasgo, sibilo unilateral) pode estar incompleta — não excluir o diagnóstico por sua ausência.
- Radiografia normal não exclui corpo estranho de via aérea: a maioria dos objetos aspirados em crianças é radiotransparente.

5. Quadro-Síntese por Localização

Localização	Sinal de alarme típico	Conduta inicial
Conduto auditivo	Otalgia, hipoacusia, inseto vivo	Matar inseto vivo antes de remover; irrigação ou instrumentação conforme o objeto
Cavidade nasal	Rinorreia unilateral fétida	Pressão positiva primeiro; pilha de botão = remoção imediata
Esôfago	Disfagia, sialorreia, dor retroesternal	Observação se objeto rombo e paciente estável; endoscopia se obstrução completa, pilha ou objeto pontiagudo

Localização	Sinal de alarme típico	Conduta inicial
Via aérea inferior	Tosse súbita, sibilo/estridor unilateral	Encaminhamento emergencial para broncoscopia — mesmo com RX normal

6. Conduta Prática na Urgência: Síntese

- **Nunca insista além de 1-2 tentativas:** falha inicial, objeto esférico ou paciente não cooperativo indicam encaminhamento especializado, evitando complicações iatrogênicas (Karimnejad *et al*., 2017; Bysice *et al*., 2023).
- **Pilha de botão é sempre emergência:** seja no ouvido, nariz ou esôfago, a remoção não deve aguardar jejum ou rotina de preparo (Thabet; Basha; Askar, 2013; Wu *et al*., 2024).
- **Rinorreia unilateral fétida em criança:** corpo estranho nasal até prova em contrário (Wilson, 2025).
- **Sinais de perfuração esofágica:** enfisema, febre ou dor torácica intensa mudam a conduta de observação para intervenção urgente (Balasubramaniam *et al*., 2008; Birk *et al*., 2016).
- **Suspeita de aspiração de via aérea:** encaminhar para broncoscopia mesmo com exame físico e radiografia normais (Okonkwo *et al*., 2016).

Referências

BALASUBRAMANIAM, S. K. *et al*. A review of the current management of impacted foreign bodies in the oesophagus in adults. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, v. 265, n. 8, p. 951-956, 2008.

BIRK, M. *et al*. Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. Endoscopy, v. 48, n. 5, p. 489-496, 2016.

BYSICE, A. *et al*. Management of pediatric aural foreign bodies: towards a universal Otolaryngology referral algorithm. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, v. 167, p. 111493, 2023.

KARIMNEJAD, K. *et al*. External Auditory Canal Foreign Body Extraction Outcomes. Annals of Otology, Rhinology & Laryngology, v. 126, n. 11, p. 755-761, 2017.

OKONKWO, O. C. *et al*. Paediatric airway foreign body: the human factors influencing patient safety in our hospitals. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, v. 91, p. 100-104, 2016.

THABET, M. H.; BASHA, W. M.; ASKAR, S. Button battery foreign bodies in children: hazards, management, and recommendations. BioMed Research International, v. 2013, p. 846091, 2013.

WILSON, J. L. Foreign Bodies in the Ear, Nose, and Throat. American Family Physician, v. 112, n. 1, p. 27-33, 2025.

WU, X. *et al*. Characteristics and treatment of pediatric nasal foreign bodies with button batteries: a retrospective analysis of 176 cases. PLOS One, v. 19, n. 8, p. e0309261, 2024.

URGÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA
Diagnóstico, Estratificação de Risco e Conduta na Urgência Otorrinolaringológica
10.71248/9786583818669-4

CAPÍTULO 4

EPISTAXE AGUDA: AVALIAÇÃO, ESTRATIFICAÇÃO E CONTROLE

Eduarda Mascarello[1]; Davi Barbosa Portela[2]; Letícia Ferreira Soares Vely[3]; Isabela Gomes Basílio[4];

[1] Graduanda em Medicina, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG), Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: eduardamascarello@hotmail.com [2] Mestrando em Odontologia, Faculdade Paulo Picanço (FACPP), Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: daviportela@hotmail.com [3] Acadêmica de Medicina, Centro Universitário de Mineiros, campus Trindade (UNIFIMES), Trindade, Goiás, Brasil. E-mail: leticiafeso18@gmail.com [4] Graduanda em Medicina, Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA, Anápolis, Goiás, Brasil. E-mail: issbelagomesbasilio@gmail.com

1. Introdução

A epistaxe está entre os motivos mais comuns de procura por atendimento otorrinolaringológico de urgência, sendo estimado que ao menos 60% da população apresentará ao menos um episódio ao longo da vida, ainda que apenas uma pequena fração — em torno de 6% — necessite efetivamente de atendimento médico (Beck *et al*., 2018). Embora a maioria dos episódios seja autolimitada e resolva-se com medidas simples de compressão local, uma parcela dos casos evolui com sangramento persistente ou recorrente, exigindo intervenções escalonadas que vão da cauterização química ao tamponamento nasal e, em casos refratários, à ligadura cirúrgica ou embolização arterial.

Este capítulo apresenta uma abordagem estruturada e escalonada da epistaxe aguda, iniciando pela avaliação e estratificação de risco, passando pelas medidas de primeira linha e progredindo até as opções reservadas para o sangramento posterior refratário, incluindo considerações específicas sobre o paciente anticoagulado ou antiagregado.

2. Anatomia e Fisiopatologia Aplicadas

A grande maioria dos episódios de epistaxe — estimada em até 90% dos casos — origina-se na porção anterior do septo nasal, na área de Little, onde converge a rica rede vascular anastomótica conhecida como plexo de Kiesselbach, formado pela confluência dos ramos terminais das artérias etmoidal anterior, esfenopalatina, palatina maior e labial superior. Essa localização superficial e a confluência de múltiplos vasos de pequeno calibre explicam tanto a

alta frequência da epistaxe anterior quanto sua boa resposta a medidas simples de compressão e cauterização (Krulewitz; Fix, 2019).

A epistaxe posterior, embora menos frequente, tende a ser mais grave, origina-se predominantemente de ramos da artéria esfenopalatina na parede lateral e no teto da cavidade nasal posterior, e caracteriza-se por sangramento bilateral, de difícil localização direta ao exame e maior probabilidade de exigir tamponamento posterior ou intervenção hemostática mais invasiva (Koskinas *et al*., 2024).

3. Avaliação Inicial e Estratificação de Risco

A avaliação inicial de todo paciente com epistaxe deve, antes de qualquer manobra local, contemplar a estabilidade hemodinâmica: sinais de hipotensão, taquicardia ou palidez cutâneo-mucosa indicam sangramento com repercussão sistêmica e demandam acesso venoso, reposição volêmica e avaliação laboratorial — incluindo hemograma, coagulograma e tipagem sanguínea — antes ou concomitantemente ao controle local do sangramento (National Ent Trainee Research Network, 2017).

A anamnese dirigida deve investigar uso de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários, histórico de coagulopatias, hepatopatia, hipertensão arterial não controlada e episódios prévios de epistaxe — sobretudo recorrência frequente, que pode sinalizar lesão vascular localizada ou, mais raramente, neoplasia nasossinusal subjacente. Um estudo sobre fatores de risco para evolução clínica grave em pacientes com epistaxe identificou idade avançada, uso de anticoagulantes e comorbidades cardiovasculares como preditores independentes de necessidade de internação e de intervenção além das medidas de primeira linha, reforçando que esses pacientes devem ser triados com maior prioridade e observados por período mais prolongado após o controle inicial do sangramento (Hadar *et al*., 2026).

Pontos-chave — Avaliação Inicial

- Sinais de instabilidade hemodinâmica precedem qualquer manobra local: acesso venoso e reposição volêmica primeiro.
- Investigar uso de anticoagulantes/antiagregantes, coagulopatias e hipertensão não controlada.
- Idade avançada, anticoagulação e comorbidade cardiovascular predizem maior necessidade de intervenção além da primeira linha.

4. Manejo Escalonado

4.1 Primeira Linha: Compressão, Vasoconstrictor e Cauterização

A compressão digital contínua da porção cartilaginosa do nariz por 10 a 15 minutos ininterruptos, com o paciente sentado e inclinado ligeiramente para frente — postura que reduz a deglutição de sangue e o risco de aspiração —, constitui a primeira medida e deve ser aplicada corretamente antes de se considerar qualquer intervenção adicional, já que a compressão malfeita é uma causa comum de aparente "falha" do tratamento conservador (National Ent Trainee Research Network, 2017; Beck *et al*., 2018). A aplicação tópica de vasoconstritor (como oximetazolina) associada a anestésico local facilita tanto o controle do sangramento quanto a realização de exame endoscópico subsequente para identificação do foco hemorrágico.

Quando o foco de sangramento é identificado e localizado na área de Little, a cauterização química com nitrato de prata é o método de escolha, com boa eficácia e baixo custo; deve-se evitar a cauterização bilateral simultânea de pontos correspondentes em ambos os lados do septo pela mesma sessão, pelo risco — ainda que raro — de perfuração septal por necrose da mucosa em ambas as faces (National Ent Trainee Research Network, 2017).

O ácido tranexâmico tópico surgiu na última década como adjuvante eficaz nesse estágio inicial: ensaios clínicos randomizados comparando ácido tranexâmico tópico com tamponamento nasal para epistaxe anterior espontânea encontraram taxas de cessação do sangramento comparáveis entre os dois métodos, com a vantagem de menor desconforto e maior aceitabilidade para o paciente (Kamhieh; Fox, 2016). Uma revisão sistemática recente sobre o tema concluiu que, embora as evidências ainda sejam heterogêneas quanto à magnitude do benefício, o ácido tranexâmico tópico representa alternativa razoável e segura, sobretudo como adjuvante à compressão em pacientes com epistaxe anterior leve a moderada.

4.2 Segunda Linha: Tamponamento Nasal

Quando a compressão, o vasoconstritor e a cauterização não controlam o sangramento, o tamponamento nasal anterior torna-se necessário. As opções incluem gaze impregnada em vaselina, tampões nasais pré-fabricados expansíveis e balões infláveis específicos para epistaxe — estes últimos, de inserção mais simples e reprodutível, têm progressivamente substituído a gaze tradicional na maioria dos serviços de urgência (National Ent Trainee Research Network,

2017). É importante que o tamponamento seja posicionado corretamente, ocupando toda a extensão da cavidade nasal e exercendo pressão uniforme sobre a mucosa; um tamponamento aplicado apenas na porção anterior da narina funciona como simples tampão externo, sem exercer a pressão hemostática necessária sobre o foco de sangramento.

O tamponamento posterior — seja com balão específico de duplo compartimento, seja com sonda de Foley adaptada — é reservado para sangramentos posteriores não controlados pelo tamponamento anterior isolado, e sua colocação está associada a maior desconforto, risco de necrose por pressão do septo ou da columela, e necessidade frequente de internação hospitalar para monitorização, dado o risco descrito de reflexo naso-vagal com bradicardia e hipotensão, além do potencial de comprometimento da via aérea e de hipoxemia em pacientes com reserva respiratória limitada (Koskinas *et al*., 2024).

4.3 Sangramento Refratário: Cauterização Endoscópica, Ligadura e Embolização

Diante de sangramento posterior refratário ao tamponamento, ou de episódios recorrentes que exigem tamponamentos repetidos, a cauterização endoscópica direcionada da artéria esfenopalatina — realizada sob visualização endoscópica no próprio centro cirúrgico — tornou-se a conduta preferencial na maioria dos centros especializados, com taxas de sucesso elevadas e menor morbidade em comparação ao tamponamento posterior prolongado (Koskinas *et al*., 2024; Dispenza *et al*., 2024). Uma revisão de escopo sobre ligadura e cauterização da artéria esfenopalatina para epistaxe recorrente ou não controlada reforça essa tendência, descrevendo a abordagem endoscópica como método efetivo e com perfil de complicações favorável quando comparado às alternativas cirúrgicas mais invasivas (Dispenza *et al*., 2024).

A embolização angiográfica seletiva das artérias maxilar interna e, quando indicado, etmoidais, constitui alternativa para pacientes com sangramento refratário à cauterização endoscópica ou com contraindicação cirúrgica, mas está associada a riscos específicos — incluindo, ainda que raramente, acidente vascular cerebral isquêmico por embolização inadvertida de território cerebral — que devem ser ponderados em conjunto com a equipe de radiologia intervencionista.

Pontos-chave — Manejo Escalonado

- Compressão correta (10-15 min ininterruptos, tronco inclinado à frente) é a base — muitas "falhas" são falha de técnica, não do método.
- Ácido tranexâmico tópico é alternativa eficaz e mais confortável ao tamponamento para epistaxe anterior leve a moderada.
- Nunca cauterizar pontos correspondentes bilateralmente na mesma sessão — risco de perfuração septal.
- Tamponamento posterior exige internação e monitorização — risco de reflexo naso-vagal e comprometimento respiratório.
- Sangramento posterior refratário: cauterização endoscópica da esfenopalatina é hoje preferida ao tamponamento posterior prolongado.

5. Considerações no Paciente Anticoagulado

A crescente prevalência de pacientes em uso de anticoagulantes orais diretos, antagonistas da vitamina K ou antiagregantes plaquetários duplos torna essa uma população cada vez mais frequente nos serviços de urgência com epistaxe. A recomendação de consenso multidisciplinar da sociedade britânica de rinologia orienta que a suspensão rotineira da anticoagulação não deve ser a primeira conduta, já que o risco tromboembólico da suspensão frequentemente supera o benefício hemostático, devendo essa decisão ser individualizada e, idealmente, discutida com a equipe que indicou a anticoagulação — reservando-se a reversão farmacológica para casos de sangramento maciço ou risco de vida (National Ent Trainee Research Network, 2017).

6. Quadro-Síntese: Manejo Escalonado da Epistaxe

Etapa	Intervenção	Quando progredir
1ª linha	Compressão digital 10-15 min + vasoconstritor tópico ± cauterização química	Sangramento persiste após técnica correta
2ª linha	Tamponamento anterior (balão ou tampão expansível)	Sangramento posterior ou não controlado pelo tamponamento anterior
3ª linha	Tamponamento posterior (balão duplo ou sonda de Foley)	Falha ou recorrência — internação obrigatória
4ª linha	Cauterização endoscópica da esfenopalatina / ligadura cirúrgica	Refratariedade ao tamponamento posterior
5ª linha	Embolização angiográfica seletiva	Contraindicação cirúrgica ou falha da cauterização endoscópica

7. Conduta Prática na Urgência: Síntese

- **Estabilidade hemodinâmica primeiro:** acesso venoso e reposição volêmica precedem qualquer manobra local em paciente instável (National Ent Trainee Research Network, 2017).
- **Compressão correta antes de tudo:** 10-15 minutos ininterruptos, tronco inclinado à frente — a causa mais comum de "falha" é técnica inadequada (National Ent Trainee Research Network, 2017; Beck *et al*., 2018).
- **Ácido tranexâmico tópico:** alternativa eficaz e mais confortável ao tamponamento em epistaxe anterior leve a moderada (Kamhieh; Fox, 2016).
- **Tamponamento posterior exige internação:** risco de reflexo naso-vagal e comprometimento respiratório (Koskinas *et al*., 2024).
- **Anticoagulação não deve ser suspensa rotineiramente:** decisão individualizada, idealmente compartilhada com a equipe prescritora (National Ent Trainee Research Network, 2017).
- **Refratariedade ao tamponamento posterior:** cauterização endoscópica da esfenopalatina é a conduta preferencial atual (Koskinas *et al*., 2024; Dispenza *et al*., 2024).

Referências

BECK, R. *et al*. Current Approaches to Epistaxis Treatment in Primary and Secondary Care. Deutsches Ärzteblatt International, v. 115, n. 1-02, p. 12-22, 2018.

DISPENZA, F. *et al*. Management of uncontrolled/recurrent epistaxis by ligation or cauterization of the sphenopalatine artery: a scoping review. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, v. 281, n. 12, p. 6229-6238, 2024.

HADAR, A. *et al*. Risk Factors for Severe Clinical Course in Epistaxis Patients. Ear, Nose & Throat Journal, v. 105, n. 2, p. NP135-NP140, 2026.

KAMHIEH, Y.; FOX, H. Tranexamic acid in epistaxis: a systematic review. Clinical Otolaryngology, v. 41, n. 6, p. 771-776, 2016.

KOSKINAS, I. *et al*. Posterior epistaxis management: review of the literature and proposed guidelines of the Hellenic Rhinological-Facial Plastic Surgery Society. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, v. 281, n. 4, p. 1613-1627, 2024.

KRULEWITZ, N. A.; FIX, M. L. Epistaxis. Emergency Medicine Clinics of North America, v. 37, n. 1, p. 29-39, 2019.

LIU, J. *et al*. Posterior epistaxis: common bleeding sites and prophylactic electrocoagulation. Ear, Nose & Throat Journal, v. 95, n. 10-11, p. E18-E22, 2016.

NATIONAL ENT TRAINEE RESEARCH NETWORK. The British Rhinological Society multidisciplinary consensus recommendations on the hospital management of epistaxis. Journal of Laryngology & Otology, v. 131, n. 12, p. 1142-1156, 2017.

URGÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA
Diagnóstico, Estratificação de Risco e Conduta na Urgência Otorrinolaringológica
10.71248/9786583818669-5

CAPÍTULO 5

FUNDAMENTOS DA AVALIAÇÃO NAS URGÊNCIAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS

Pedro Marlo Triches[1]; André Luis Cavasini Filho[2]; Yannina Zanella[3]; Isabela Gomes Basílio[4]

[1] Graduando em Medicina, Universidade Positivo (UP), Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: pedromarlo1012@gmail.com [2] Médico, FACERES, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: andrelcavasinif@hotmail.com [3] Médica, UNILAGO, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: yannina.zanella@hotmail.com [4] Graduanda 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

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

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
Torcicolo 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

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.

URGÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA
Diagnóstico, Estratificação de Risco e Conduta na Urgência Otorrinolaringológica
10.71248/9786583818669-6

CAPÍTULO 6

MASTOIDITE AGUDA E OTITE EXTERNA NECROSANTE

Thaynara Pereira de Castro Oliveira[1]; Isabela Gomes Basílio[2]; Rodrigo Daniel Andrade Gobes[3]; Fernando Vinicius de Amorim[4]

[1] Graduanda em Biomedicina, Unicesumar, Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: thaynara.pco23@gmail.com; [2] Graduanda em Medicina, Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA, Anápolis – GO.E-mail: issbelagomesbasilio@gmail.com; [3]Graduando em Medicina, Centro universitário de Goiatuba - UNICERRADO, GOIATUBA GOIÁS. E-mail: rodrigogobes85@gmail.com; [4]Graduado em Medicina, Faculdade ZARNS Itumbiara – Goiás. Email:Fernando.amorim@aluno.faculdadezarns.com.br

1. Introdução

Este capítulo reúne duas condições que, apesar de acometerem estruturas anatômicas contíguas — o osso temporal e suas relações com o conduto auditivo —, apresentam perfis epidemiológicos e fisiopatológicos distintos: a mastoidite aguda, complicação predominantemente pediátrica da otite média aguda, e a otite externa necrosante, infecção grave que acomete tipicamente idosos diabéticos e imunocomprometidos. O que as une, do ponto de vista prático, é o risco compartilhado de extensão para estruturas nobres do osso temporal e da base do crânio, exigindo reconhecimento precoce e conduta que combine antibioticoterapia dirigida, imagem apropriada e, em casos selecionados, intervenção cirúrgica.

2. Mastoidite Aguda

2.1 Epidemiologia e Fisiopatologia

A mastoidite aguda é a complicação intratemporal mais comum da otite média aguda, decorrente da extensão do processo infeccioso do ouvido médio para as células mastóideas através do antro mastóideo, com o qual a cavidade timpânica se comunica anatomicamente. Acomete predominantemente crianças pequenas, com idade mediana em torno dos 4 anos, refletindo a maior incidência de otite média aguda nessa faixa etária (Reale *et al*., 2025). Uma análise retrospectiva multicêntrica recente documentou aumento expressivo de casos de mastoidite aguda no período pós-pandêmico, atribuído à retomada da circulação de vírus respiratórios comuns após o relaxamento das medidas de distanciamento social — achado

consistente com o papel das infecções virais de vias aéreas superiores como gatilho da otite média aguda subjacente (Reale *et al*., 2025).

2.2 Quadro Clínico e Diagnóstico

O diagnóstico da mastoidite aguda é predominantemente clínico, baseado na tríade de edema, eritema e dor à palpação da região retroauricular, frequentemente acompanhada de protrusão do pavilhão auricular, em criança com otite média aguda concomitante ou história recente do quadro nas últimas semanas (Reale *et al*., 2025). A mastoidite complicada — definida pela presença de erosão óssea, coalescência, abscesso subperiosteal ou extensão intracraniana — apresenta, paradoxalmente, sinais e sintomas por vezes mais sutis do que a forma não complicada na fase inicial, o que pode atrasar o diagnóstico e aumentar o risco de sequelas neurológicas a longo prazo, incluindo hemiparesia, hidrocefalia e epilepsia nos casos mais graves (Reale *et al*., 2025).

A tomografia computadorizada dos ossos temporais é o exame de escolha diante de suspeita de mastoidite complicada, sinais neurológicos focais, ou ausência de melhora clínica após 24 a 48 horas de antibioticoterapia intravenosa adequada; contudo, seu uso rotineiro em todo caso de mastoidite aguda não complicada é motivo de debate, já que a exposição à radiação em população pediátrica deve ser ponderada contra o baixo rendimento diagnóstico adicional nos casos clinicamente típicos e de evolução favorável (Marom *et al*., 2016). Uma proposta de definição clínica de mastoidite não complicada — reservando a classificação de "complicada" exclusivamente para casos com evidência radiológica de erosão óssea, coalescência ou abscesso subperiosteal — busca justamente uniformizar critérios e reduzir a variabilidade observada entre diferentes serviços na indicação de imagem e no manejo subsequente (Esce; Trujillo; Hawley, 2024).

2.3 Tratamento

O tratamento da mastoidite aguda não complicada é predominantemente clínico, com antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro cobrindo os patógenos mais comumente implicados — historicamente Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes e Haemophilus influenzae, com papel cada vez mais reconhecido, ainda que debatido, de Pseudomonas aeruginosa em alguns contextos. A intervenção cirúrgica — variando de

miringotomia simples com colocação de tubo de ventilação até mastoidectomia — é reservada, na maioria dos protocolos contemporâneos, para os casos complicados ou refratários ao tratamento clínico, sendo indicada em uma minoria dos casos não complicados, mas na maior parte dos casos complicados (Reale *et al*., 2025).

Uma pesquisa nacional conduzida entre otorrinolaringologistas e pediatras de urgência identificou variabilidade considerável na conduta diante da mastoidite pediátrica aguda, tanto na indicação de imagem quanto na escolha entre tratamento exclusivamente clínico e intervenção cirúrgica precoce — reforçando a necessidade de protocolos institucionais claros que orientem a decisão de forma mais consistente entre diferentes especialidades envolvidas no atendimento inicial (Tamir *et al*., 2019).

Pontos-chave — Mastoidite Aguda

- Tríade clínica: edema, eritema e dor retroauricular, com protrusão do pavilhão, em criança com otite média aguda recente.
- Sinais de mastoidite complicada podem ser sutis — alto índice de suspeição é necessário.
- TC de ossos temporais: reservar para suspeita de complicação, sinais neurológicos ou falha terapêutica em 24-48h.
- Tratamento predominantemente clínico nos casos não complicados; cirurgia reservada para complicação ou refratariedade.

3. Otite Externa Necrosante

3.1 Definição e Epidemiologia

A otite externa necrosante — também chamada otite externa maligna, nomenclatura historicamente consagrada, ainda que não se trate de processo neoplásico — é uma infecção invasiva e progressiva do conduto auditivo externo que se estende ao osso temporal e à base do crânio, com potencial de causar osteomielite extensa e envolvimento de múltiplos nervos cranianos. Acomete predominantemente pacientes idosos, diabéticos ou imunocomprometidos, sendo o diabetes mellitus o fator de risco mais consistentemente associado, provavelmente pela combinação de microangiopatia, neuropatia e disfunção imune local que favorece a persistência da infecção no conduto (Treviño González *et al*., 2021). O Pseudomonas aeruginosa é o agente etiológico mais frequentemente isolado, embora fungos — particularmente Aspergillus spp. —

e outras bactérias, incluindo Staphylococcus aureus resistente à meticilina, também sejam descritos, sobretudo em pacientes com imunossupressão mais profunda.

3.2 Quadro Clínico

A apresentação clássica combina otalgia intensa e persistente — tipicamente desproporcional aos achados de exame físico e refratária a analgesia habitual — e otorreia purulenta crônica que não responde ao tratamento convencional para otite externa simples. A presença de tecido de granulação na junção osteocartilaginosa do conduto auditivo externo é achado característico ao exame otoscópico e deve levantar forte suspeita diagnóstica em paciente idoso ou diabético com esse quadro (Treviño González *et al*., 2021). A paralisia facial periférica é a complicação por acometimento de nervo craniano mais comum, geralmente a primeira a se manifestar, podendo ser seguida pelo comprometimento dos nervos glossofaríngeo, vago e acessório à medida que a osteomielite progride pela base do crânio — um padrão de acometimento sequencial que reflete a proximidade anatômica progressiva dessas estruturas ao foco infeccioso primário.

3.3 Diagnóstico

A tomografia computadorizada é o exame inicial mais amplamente utilizado, permitindo avaliar a extensão da erosão óssea, mas sua sensibilidade é limitada nas fases mais precoces da doença, antes que a destruição óssea seja radiologicamente evidente. A cintilografia com tecnécio-99m tem alta sensibilidade para detecção precoce do envolvimento ósseo, sendo historicamente considerada parte do protocolo diagnóstico, enquanto a ressonância magnética oferece melhor definição de partes moles e de extensão intracraniana quando essa é suspeitada (Treviño González *et al*., 2021).

3.4 Tratamento

O tratamento fundamenta-se em antibioticoterapia sistêmica antipseudomonas prolongada — tipicamente por seis semanas ou mais, dependendo da resposta clínica e radiológica — associada ao controle rigoroso da glicemia em pacientes diabéticos, elemento terapêutico tão importante quanto a própria antibioticoterapia para o desfecho favorável. O manejo cirúrgico é reservado para casos refratários ao tratamento clínico otimizado, para

desbridamento de tecido necrótico extenso, ou diante de acometimento avançado de nervos cranianos, devendo sempre ser conduzido em conjunto com equipe multidisciplinar envolvendo infectologia e, quando indicado pelo controle glicêmico inadequado, endocrinologia (Treviño González *et al*., 2021). O acompanhamento após a conclusão do tratamento deve se estender por, no mínimo, um ano, dada a possibilidade de recidiva tardia mesmo após aparente resolução clínica e radiológica completa.

Pontos-chave — Otite Externa Necrosante

- Suspeitar em idoso ou diabético com otalgia intensa e otorreia purulenta refratária ao tratamento convencional.
- Tecido de granulação na junção osteocartilaginosa do conduto é achado característico.
- Paralisia facial periférica costuma ser a primeira complicação por nervo craniano a se manifestar.
- Tratamento: antibioticoterapia antipseudomonas prolongada (≥ 6 semanas) + controle glicêmico rigoroso.
- Seguimento pós-tratamento por ao menos um ano, pelo risco de recidiva tardia.

4. Quadro-Síntese Comparativo

	Mastoidite Aguda	Otite Externa Necrosante
População típica	Crianças pequenas (mediana ~4 anos)	Idosos, diabéticos, imunocomprometidos
Origem	Extensão de otite média aguda	Infecção do conduto auditivo externo
Achado-chave	Edema/eritema retroauricular, protrusão auricular	Tecido de granulação na junção osteocartilaginosa
Exame de imagem	TC de ossos temporais (casos complicados/refratários)	TC inicial; RM se extensão intracraniana; cintilografia para detecção precoce
Tratamento de base	Antibiótico IV; cirurgia se complicada/refratária	Antibiótico antipseudomonas prolongado + controle glicêmico

5. Conduta Prática na Urgência: Síntese

- **Criança com edema retroauricular e otite média recente:** mastoidite aguda até prova em contrário — exame clínico é a base diagnóstica (Reale *et al*., 2025).
- **Sinais de mastoidite complicada podem ser sutis:** manter suspeição elevada, sobretudo diante de sinais neurológicos ou falha terapêutica (Reale *et al*., 2025).
- **Idoso ou diabético com otalgia intensa refratária:** considerar otite externa necrosante, especialmente com otorreia persistente (Treviño González *et al*., 2021).

- **Paralisia facial em otite externa:** sinal de alarme para progressão a osteomielite da base do crânio (Treviño González *et al*., 2021).
- **Controle glicêmico é parte do tratamento:** tão relevante quanto o antibiótico na otite externa necrosante em diabéticos (Treviño González *et al*., 2021).

Referências

ESCE, A. R.; TRUJILLO, S. A.; HAWLEY, K. A. Clarifying the Diagnosis and Management of Acute Uncomplicated Pediatric Mastoiditis. Annals of Otology, Rhinology & Laryngology, v. 133, n. 9, p. 769-775, 2024.

MAROM, T. *et al*. Acute Mastoiditis in Children: Necessity and Timing of Imaging. Pediatric Infectious Disease Journal, v. 35, n. 1, p. 30-34, 2016.

REALE, M. *et al*. Management of acute mastoiditis in children: a retrospective analysis. Italian Journal of Pediatrics, v. 51, p. 272, 2025.

TAMIR, S. O. *et al*. Management of Pediatric Acute Mastoiditis in Israel: Nationwide Survey Among Otorhinolaryngologists and Emergency Pediatricians. Pediatric Emergency Care, v. 35, n. 8, p. 544-547, 2019.

TREVIÑO GONZÁLEZ, J. L. *et al*. Malignant otitis externa: an updated review. American Journal of Otolaryngology, v. 42, n. 2, p. 102894, 2021.

URGÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA
Diagnóstico, Estratificação de Risco e Conduta na Urgência Otorrinolaringológica
10.71248/9786583818669-7

CAPÍTULO 7

OBSTRUÇÃO AGUDA DA VIA AÉREA SUPERIOR E ESTRIDOR

Lucas Andrade Menezes[1]; Isabela Gomes Basílio[2]; Rodrigo Daniel Andrade Gobes[3]; Fernando Vinicius de Amorim[4]

[1] Graduando em Medicina, União das Faculdades dos Grandes Lagos (UNILAGO), São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: menezes.lucas420@gmail.com [2] Graduanda em Medicina, Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA, Anápolis, Goiás, Brasil. E-mail: issbelagomesbasilio@gmail.com [3] Acadêmico 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: epiglotite/supraglotite, 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 epiglotite/supraglotite 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 epiglotite/supraglotite, 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 — Epiglotite/Supraglotite

- 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

infecciosas 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
Epiglotite/supraglotite	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 epiglotite 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 epiglotite/supraglotite (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).

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.