



RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

RELATO DE CASO

Aspiração de corpo estranho em crianças: aspectos clínicos e radiológicos

Foreign body aspiration in children: clinical and radiological aspects

Glória Valéria de Sousa Bandeira de Melo¹, Amanda Soeiro Fonteles², Carmem Ulisses Peixoto Esmeraldo³, Maria Eliana Pierre Martins³, Jose Márcilio Nicodemos da Cruz⁴

Palavras-chave:

criança,
diagnóstico clínico,
diagnóstico por imagem,
migração de corpo
estranho,
pediatria.

Resumo

Objetivo: Descrever as manifestações clínicas e os aspectos radiológicos frequentes nos casos de aspiração de corpo estranho em crianças. **Descrição:** Criança, 7 anos, sexo masculino, encaminhada ao serviço de pediatria devido a quadro de tosse seca persistente, cansaço e febre, associado à aspiração de corpo estranho. O paciente foi submetido à investigação clínica e radiológica. O exame de imagem apresentou velamento do hemitórax esquerdo com desvio mediastinal, caracterizando atelectasia pulmonar; pulmão direito normal e hiperinsuflado. Foi indicada broncoscopia. Na intervenção, foi encontrado um apito de aproximadamente 2,5 cm com formato cilíndrico no brônquio fonte esquerdo. Após a intervenção médica, foi solicitada radiografia torácica de controle, que evidenciou acentuada melhora da atelectasia e infiltrado pneumônico para-cardíaco à esquerda; pulmão direito sem alterações. O paciente evoluiu com melhora da sintomatologia, permanecendo internado para tratamento da pneumonia ocasionada por complicações da presença do corpo estranho. **Comentários:** As vias aéreas das crianças são frequentemente ocupadas por corpos estranhos. Os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, assim como as possíveis complicações, dependem do tipo, da localização e do grau de obstrução causada pelo corpo estranho. Um corpo estranho grande pode ser capaz de ocluir completamente a via aérea superior, colocando a criança em situação de risco, enquanto objetos menores costumam produzir sintomas mais crônicos e menos graves.

Keywords:

child,
clinical diagnosis,
diagnostic imaging,
foreign-body migration,
pediatrics.

Abstract

Objective: To describe the most frequent clinical manifestations and radiological aspects in cases of foreign body aspiration in children. **Description:** A 7-year-old boy presents to the pediatrics service with brassy cough, dyspnea and fever associated with a foreign body aspiration. The patient was submitted to clinical and radiological investigation where it was evidenced a near-complete opacification of the left hemithorax characterizing a pulmonary atelectasis and a hyperinflated right lung. A bronchoscopy was indicated and it was found a 2.5 centimeter cylindrical whistle impacted in the left main bronchus. After the medical intervention, a posterior control chest x-ray showed an accentuated improving of the atelectasis, besides a left para-cardiac pneumonic infiltration. The patient demanded hospitalization to treat the pneumonia. **Comments:** Foreign bodies frequently lodge in the airways of children. Symptomatology and complications depend of the location and intensity of the obstruction. An upper airway complete obstruction is a potentially life-threatening condition, while smaller objects produce more chronic and less severe symptoms.

¹ Médica Residente em Pediatria - Universidade Federal do Ceará - Médica.

² Graduanda em Medicina - Universidade Federal do Ceará - Acadêmica de Medicina.

³ Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente - UECE - Professora Assistente da Faculdade de Medicina da UFC.

⁴ Residência em Radiologia pelo Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro - Chefe do Departamento de Imaginologia do Hospital e Maternidade São Francisco de Assis.

Endereço para correspondência:

Glória Valéria de Sousa Bandeira de Melo.

Hospital e Maternidade São Francisco de Assis. Rua Coronel Antônio Luiz, nº 1028, Pimenta, Crato, Ceará, Brasil.

INTRODUÇÃO

Acidentes na infância são importante causa de morbimortalidade no mundo, correspondendo a aproximadamente 53% dos agravos à saúde de crianças e jovens¹. No Brasil, dentre os acidentes que resultam em agravos à saúde da criança destaca-se a aspiração de corpo estranho (ACE) da via aérea, que está associada a elevadas taxas de morbidade^{2,3}. É fundamental a identificação precoce da ACE, pois um diagnóstico tardio pode incorrer em sequelas brônquicas causadas por maior tempo de permanência do corpo estranho e/ou dano fatal.

A sintomatologia depende do tipo, do tamanho, da localização e do grau de obstrução causado pelo corpo estranho e inclui: tosse persistente, diminuição da entrada e/ou saída de ar, dificuldade respiratória, sibilos. Porém, alguns pacientes apresentam-se assintomáticos e sem alterações ao exame físico.

O procedimento de escolha para remoção do corpo estranho é a broncoscopia, sendo realizada endoscopia e retirada do corpo estranho com o broncoscópio de tubo aberto rígido sob visualização direta. A maioria dos pacientes diagnosticados em tempo hábil tem recuperação completa após a remoção do corpo estranho. As complicações mais comuns são pneumonia por aspiração e traumatismos das vias aéreas, sendo mais frequentes quando o diagnóstico não é realizado precocemente.

DESCRIÇÃO DE CASO

A.E.M.S., 7 anos, masculino, apresentando tosse seca persistente e cansaço há aproximadamente 25 dias, associado à aspiração de corpo estranho (segundo genitora). Durante esse período, evoluiu com febre diária intermitente, que cedia parcialmente ao uso de antitérmicos. Paciente em uso de oxacilina 200 mg/kg/dia, prescrita na admissão, foi submetido à investigação clínica e radiológica. A radiografia torácica evidenciou velamento do hemitórax esquerdo com desvio mediastinal, caracterizando atelectasia no pulmão esquerdo; pulmão direito hiperinsuflado (Figura 1). A sintomatologia do paciente e as imagens radiológicas confirmaram a hipótese clínica de ACE. Foi indicada broncoscopia. Na intervenção médica, foi encontrado um apito de aproximadamente 2,5 cm, de formato cilíndrico, no brônquio fonte esquerdo. A radiografia torácica de controle mostrou acentuada melhora da atelectasia e infiltrado pneumônico para-cardíaco à esquerda; pulmão direito sem alterações (Figura 2). O paciente evoluiu com melhora da sintomatologia, permanecendo internado para tratamento da pneumonia por aspiração do corpo estranho.

DISCUSSÃO

A aspiração de corpo estranho é um acidente de alta incidência na faixa etária pediátrica e está associada a altas taxas de morbidade, principalmente, em menores de 3 anos⁴. Apesar de tratar-se de uma situação evitável, muitos casos

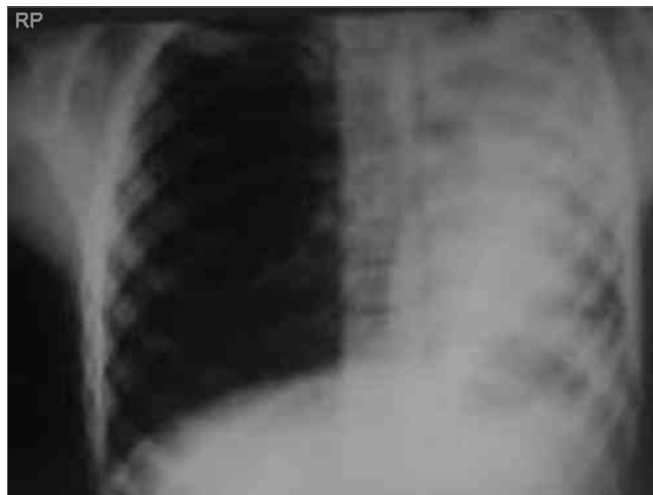


Figura 1. Radiografia de Tórax em PA. O exame mostra atelectasia pulmonar obstrutiva do pulmão esquerdo, causada por corpo estranho em brônquio fonte esquerdo. Observamos velamento do hemitórax esquerdo com aspiração mediastinal. Pulmão direito hiperinsuflado.

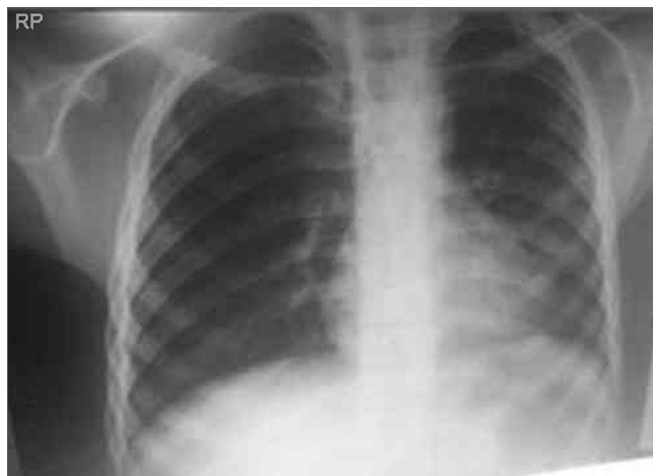


Figura 2. Radiografia de Tórax em PA. Pulmão esquerdo com infiltrado pneumônico para-cardíaco. Pulmão direito sem alterações.

ainda são evidenciados. Esse fato mostra a necessidade de orientação aos pais quanto aos hábitos que predisõem a esses acidentes em cada faixa etária pediátrica, assim como o ensino das técnicas básicas de desobstrução das vias aéreas altas.

As manifestações clínicas da aspiração de objetos pelas vias aéreas seguem, geralmente, três estágios de sintomas: o evento inicial agudo, o intervalo assintomático e as complicações. O evento inicial caracteriza-se pela aspiração acidental de um corpo estranho e a manifestação clínica clássica é a presença de tosse intensa, sibilância, vômito, palidez, cianose. Estudos recentes relatam a presença de cianose em 10 a 15% dos casos^{5,6}. Dependendo da idade do paciente, do tipo de corpo estranho e da sua localização nas vias aéreas, pode ocorrer obstrução total ou parcial das vias aéreas. Após os sintomas iniciais, há um intervalo assintomático ou oligossintomático, que varia de poucas horas

a dias ou mesmo semanas, até o reaparecimento dos sintomas. O paciente pode ser assintomático, com radiografia de tórax normal em 40% dos casos, portanto, uma história positiva nunca deve ser ignorada⁷.

Os corpos estranhos aspirados podem alojar-se na laringe, traqueia e brônquios. Um corpo estranho laríngeo pode levar a sintomas de hemoptise e dispneia com sibilância e cianose. A obstrução resultante da ACE laríngeo pode ser fatal caso não seja feito um diagnóstico precoce e instituído tratamento apropriado. O tratamento de escolha nesses casos é a laringoscopia direta com um endoscópio rígido de tubo aberto; quando há uma dispneia grave, pode ser necessária a realização de traqueostomia antes da laringoscopia.

Os sinais típicos da presença de corpo estranho traqueal são os sibilos e o golpe audível e palpável produzido pela impactação expiratória a nível subglótico. Esse quadro também é potencialmente fatal e seu diagnóstico é feito a partir dos sinais e sintomas clínicos e da radiografia de tórax, sendo muitas vezes confirmado pela broncoscopia.

As manifestações clínicas iniciais de um corpo estranho na árvore brônquica são semelhantes às apresentadas por corpos estranhos na laringe e traqueia. O paciente apresenta tosse e sibilos, que geralmente são unilaterais, diminuição dos ruídos respiratórios localizados e dispneia de intensidade variável a cianose também pode estar associada. Um corpo estranho não obstrutivo e não irritante pode produzir poucos sintomas, mesmo após um período de tempo prolongado; enquanto um corpo estranho obstrutivo produz sinais e sintomas rapidamente. Observa-se no quadro clínico de ACE em árvore brônquica desde sibilos, hiperinsuflação até atelectasias.

Na ACE, em geral, temos um episódio inicial de engasgo e tosse paroxística, que pode levar o paciente a procurar o serviço de saúde. Caso o episódio agudo passe despercebido, ocorrerá um período latente que dura de dias a meses, apresentando nesse período tosse eventual e sibilância leve. Posteriormente, o paciente abre um quadro de pneumonia lobar ou "asma" intratável associada a episódios de "estado de mal asmático".

O estudo radiológico é bastante empregado nos casos de ACE, confirmando, muitas vezes, a hipótese diagnóstica. Apesar disso, podemos ter casos de corpo estranho em via aérea com radiografia normal, portanto, uma investigação endoscópica está sempre justificada diante de uma história e de alterações no exame físico sugestivos de ACE.

Os achados radiológicos mais frequentes são: hiperinsuflação, atelectasias, infiltrados e consolidações^{2,3}. Essas alterações geralmente são localizadas e estão diretamente relacionadas ao período de permanência do corpo estranho nas vias aéreas, assim como o grau de obstrução provocado pelo mesmo.

Uma vez confirmada a presença de um corpo estranho nas vias aéreas, deve-se proceder à retirada do mesmo. O procedimento de escolha para retirada do corpo estranho é a broncoscopia com broncoscópio de tubo aberto rígido sob visualização direta. Uma demora na realização da endoscopia aumenta a morbidade do quadro, devido à inflamação local ao redor do corpo estranho.

Após a retirada do corpo estranho, é importante o tratamento das complicações, a fim de se obter remissão completa do quadro clínico do paciente. O tratamento é individualizado e as infecções secundárias devem ser tratadas com antibióticos adequados.

A elevada incidência desse acidente em crianças mostra a necessidade de enfatizar o alto grau de suspeição de ACE e a importância do estudo radiológico em todo paciente com história clínica sugestiva. É importante também levar em consideração o risco de sequelas naqueles pacientes com maior tempo de aspiração e consequente retardo na retirada.

REFERÊNCIAS

1. Paes CE, Gaspar VL. As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar: a casa segura. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(Supl 5):S146-S54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572005000700004>
2. Cassol V, Pereira AM, Zorzela LM, Becker MM, Barreto SS. Corpo estranho na via aérea de crianças. *J Pneumol*. 2003;29(3):139-44.
3. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson. Tratado de Pediatria. Corpos estranhos nas vias aéreas. 18a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009:1775-6.
4. Freire LMS. Diagnóstico diferencial em pediatria. Tosse Crônica. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2008. p.133-6.
5. Incidência de aspiração de corpo estranho por crianças atendidas na emergência do Hospital Infantil Ismélia da Silveira. *Acta Sci Med*. 2009;2(2):76-84.
6. Chiu CY, Wong KS, Lai SH, Hsia SH, Wu CT. Factors predicting early diagnosis of foreign body aspiration in children. *Pediatr Emerg Care*. 2005;21(3):161-4.
7. Tang FL, Chen MZ, Du ZL, Zou CC, Zhao YZ. Fibrobronchoscopic treatment of foreign body aspiration in children: an experience of 5 years in Hangzhou City, China. *J Pediatr Surg*. 2006;41(1):e1-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2005.10.064>