Residência RP Pediátrica
Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria
ISSN-Online: 2236-6814

Data de Submissão: 24/01/2023
Data de Aprovação: 10/05/2023

CASO CLÍNICO INTERATIVO

Disfonia e estridor em paciente pediátrico

Dysphonia and stridor in a pediatric patient

Alice de Mora Vogt[1], Rafael Rocha[2], Priscila Coelho Amaral[1]

Palavras-chave:
Disfonia,
Diagnóstico diferencial,
Sons respiratórios,
Dispneia,
Criança.

Resumo

Tem o intuito de relatar um caso interativo de um paciente pediátrico internado com quadro de disfonia, estridor e esforço respiratório progressivo, ressaltando os diagósticos diferenciais e tratamento.

Keywords:
Dysphonia,
Respiratory sounds,
Diagnosis,
differential,
Child.

Abstract

It aims to report an interactive case of a pediatric patient hospitalized with dysphonia, stridor and progressive respiratory effort, highlighting the differential diagnoses and treatment.

[1] Hospital da Criança Conceição - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil.
[2] Universidade do Vale do Taquari - Lajeado - Rio Grande do Sul - Brasil.

Endereço para correspondência:
Alice de Mora Vogt.
Hospital da Criança Conceição. Rua Álvares Cabral, nº 565, Cristo Redentor, Porto Alegre, RS, Brasil. CEP: 91350-250. E-mail: alicedmvogt@gmail.com

DOI: 10.25060/residpediatr-2023.v13n3-1025

Este trabalho está licenciado sob uma Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Paciente com 9 anos, masculino, chega à emergência trazido pela mãe com a queixa de estridor, rouquidão e chiado no peito. Sinais vitais estáveis, mantendo saturação >97% em ar ambiente. Paciente em bom estado geral, hidratado, corado, acianótico, boa perfusão capilar periférica, afebril. Aparelho respiratório: murmúrios vesiculares uniformemente distribuídos, com sibilos inspiratórios e expiratórios, estridor laríngeo de repouso, disfonia, tiragem subcostal leve, leve retração de fúrcula e batimento de asa nasal. Aparelhos cardiovascular, abdominal, genital e neurológico: sem alterações. Paciente previamente hígido, nega intubações, comorbidades ou alergias. Quadro clínico de 3 meses de evolução. Procurou atendimento em serviços de saúde em diversas ocasiões, sendo sempre liberado para casa com corticoide ou anti-inflamatórios. Esteve internado por uma semana em outro hospital, o qual recebeu diagnóstico e tratamento para asma e fora liberado para casa com salbutamol. Ainda com dispneia, odinofagia e tosse a mãe do paciente resolveu levá-lo à outra emergência pediátrica logo após a alta hospitalar.

1. Qual a principal hipótese diagnóstica?

A Laringomalácia.
B Hemangioma subglótico.
C Laringite.
D Papiloma laríngeo.
E Asma.

Após avaliação inicial, solicitados exames: Raio-X de tórax, o qual não evidenciou nenhuma alteração, e Raio-X de coluna cervical lateral que evidenciou obstrução de via aérea alta.

2. Qual o exame de escolha para iniciar a investigação do caso?

A Tomografia com contraste.
B Laringoscopia.
C Ressonância magnética.
D Radiografia de tórax PA e perfil.
E Prova de função respiratória.

A fim de investigação diagnóstica, solicitada avaliação da otorrinolaringologia a qual sugeriu e realizou exame de nasofibroscopia: evidenciou lesão de aspecto papilomatoso obstruindo a luz glótica (vídeo no link: https://youtube.com/shorts/-1bxA0wQpJY?feature=share).

3. Qual a conduta terapêutica inicial indicada?
A Antibiótico intravenoso.
B Acompanhamento clínico.
C Ressecção cirúrgica.
D Propranolol.
E Pulsoterapia com corticoide.

Realizada a ressecção unilateral do papiloma em bloco cirúrgico e optado por não remoção bilateral para evitar sinéquias. Material enviado para anatomopatológico diagnosticou com papiloma escamoso do tipo viral.

4. Qual o prognóstico desta condição?

A Bom. Doença autolimitada.
B Alta probabilidade de recidiva.
C Se manejo conservador, alta probabilidade de malignização.
D Transformação maligna é comum.

Após procedimento, paciente sem sinais de esforço respiratório, em condições de alta hospitalar com retorno para seguimento ambulatorial com equipe da otorrinolaringologia, com planos de nova ressecção.

Pergunta 1:

A papilomatose laríngea (PL) é uma doença relativamente rara na prática clínica, porém é a neoplasia benigna mais frequente nas crianças. Causada pelo HPV, principalmente subtipos 6 e 11 e caracteriza-se pela presença de lesões proliferativas exofíticas e recidivantes sobre a mucosa das vias aérea, em especial na laringe.[1,2] O diagnóstico é feito geralmente entre 2 a 5 anos de idade, um ano após início dos sintomas que em 75% das crianças iniciam antes dos 5 anos de idade.[3]

De maneira geral, inicia-se na comissura e terço anterior das pregas vocais, podendo afetar, posteriormente, todas as porções da laringe, envolvendo, em alguns casos, também traqueia, brônquios e parênquima pulmonar. As lesões são geralmente múltiplas, raramente solitárias. Em casos avançados, as múltiplas lesões vegetantes confluem, ocluindo a luz glótica, e estendendo-se, muitas vezes, às estruturas da supraglote e da subglote.[2]

O primeiro sintoma de alerta é a disfonia. A alteração da voz é descrita como rouca ou fraca, sendo persistente e progressiva, sem períodos de voz normal. O estridor, outrossim, é outro sinal de alerta que se apresenta principalmente na inspiração.[3] Além desses, outros sintomas incluem ronco e apneia do sono, tosse crônica, infecções respiratórias recorrentes, disfagia e retardo de crescimento.[2,3]

Resposta: D.

Pergunta 2:

O quadro clínico pode ser desafiador. O diagnóstico de asma, nódulos vocais, crupe, alergia ou bronquite antes do diagnóstico definitivo não é incomum. Devemos estar atentos a sintomas respiratórios recorrentes ou progressivos, que não seguem o curso natural das doenças mais comuns e não melhoram com o tratamento convencional.[3] O atraso no diagnóstico pode levar à obstrução das vias aéreas superiores. À medida que os PL aumentam de tamanho, eles começam a obstruir as vias aéreas, manifestando-se com falta de ar progressiva e estridor inspiratório agudo.[1,3]

A transmissão da doença não está totalmente compreendida; no entanto, a transmissão sexual e vaginal durante a gravidez é discutida, uma vez que crianças podem adquirir a doença no canal de parto, após contato com condiloma acuminado.[1]

Resposta: B.

Pergunta 3:

O manejo, tanto clínico quanto cirúrgico, visam uma via aérea segura, melhorar a qualidade da voz, reduzir a extensão da doença e aumentar o intercalo de tempo entre cirurgias. Antibióticos, hormônios, eletrocoagulação, crioterapia, radiação, ultra-som, exérese cirúrgica, vacina autógena, aplicação intralesional de cidofovir e utilização de microdebridador: métodos utilizados para o tratamento das lesões e utilizados muitas vezes como adjuvantes. Porém, nenhuma medida foi suficientemente eficaz no controle de múltiplos papilomas e recorrências. O tratamento convencional segue sendo a remoção das lesões com pinça fria ou por vaporização a laser. Esse último assegura uma boa hemostasia, principalmente em lesões friáveis.[3,4]

Resposta: C.

Pergunta 4:

No cenário atual não existe um tratamento curativo para a doença. No Brasil, a vacinação contra o HPV foi introduzida em 2014, contudo, infelizmente não existem dados na literatura que informem o número de crianças com PL que foram vacinadas ou encaminhadas para vacinação.[1,3]

Resposta: B.

REFERÊNCIAS

1. Mercuri G, Rodrigues SA, Martins RHG. An estimate of the incidence and prevalence of laryngeal papillomatosis in São Paulo State (Brasil). Rev Assoc Med Bras. 2020 Sep;66(9):124751. DOI: https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.9.1247.
2. Cuestas G, Rodriguez V, Doormann F, Munzón P, Munzón G. Papilomatosis laríngea: una causa poco frecuente de disfonía en el niño. Serie de casos. Arch Argent Pediatr. 2018 Jun;116(3):e471-5. DOI: https://doi.org/10.5546/aap.2018.e471.
3. Ximenes Filho JA, Simoceli L, Imamura R, Tsuji DH, Sennes LU. Papilomatose laríngea recorrente: experiência de 10 anos. Rev Bras Otorrinolaringol. 2003 Out;69(5):599-604. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-72992003000500003
4. Barros B, Orlando S, Almeida M, Costa P, Estanislau N, Pinto L. Disfonia e estridor em lactente. Resid Pediátr. 2013 Apr;3(1):17-20. DOI: https://doi.org/10.25060/residpediatr