

recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

nº **71**

Departamentos Científicos SPSP - gestão 2013-2016
Dezembro 2014



Departamento de
Otorrinolaringologia

**Corpos
estranhos em
vias aéreas**

Departamento de Infectologia

**Coqueluche:
recomendações
atuais**



Sociedade de Pediatria de São Paulo

Alameda Santos, 211, 5º andar
01419-000 São Paulo, SP
(11) 3284-9809

Corpos estranhos em vias aéreas

Os corpos estranhos acompanham os seres humanos desde os primórdios da nossa civilização. Alguns estudos demonstraram a existência de resíduos de tabaco dentro do conduto auditivo externo e rinolitos dentro da cavidade nasal de esqueletos.

Corpos estranhos são muito mais comuns do que imaginamos. Podemos, com certa frequência, encontrá-los em consultas regulares ao médico especialista, sem mesmo pensar na possibilidade de encontrar o corpo estranho, ao menos que eles se tornem um desafio diagnóstico ou terapêutico.

O sufocamento em decorrência de corpos estranhos é uma das principais causas de morte em crianças entre zero e três anos, além de ser comum também em crianças de até 14 anos.

O Parlamento Europeu, em uma estimativa, mostra que ocorrem aproximadamente 10 mil acidentes envolvendo objetos inor-

gânicos, em geral produtos industriais, sobretudo peças plásticas e metálicas, moedas e brinquedos.

Definição

O termo “corpo estranho”, no âmbito do otorrinolaringologista, significa qualquer elemento animado ou inanimado, introduzido voluntária ou involuntariamente dentro do ouvido, nariz, boca, faringe, cavidades sinusais, laringe ou brônquios.

Classificação e tipos

Os corpos estranhos são classificados como animados e inanimados, com subtipos orgânicos e não-orgânicos.

Os corpos estranhos mais comuns que encontramos são:

- fragmentos de esponja de banho,
- materiais de preenchimento ou “recheio” de almofadas,
- papel higiênico,
- jornal,

Autora:

Tania Maria Sih

DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
Gestão 2013-2016

Presidente:

Renata Cantisani Di Francesco

Vice-presidente:

Silvio Antonio M. Marone

Secretário:

Renata Dutra De Moricz

Membros:

Alfredo R. Dell’Aringa, Danilo

Sanches, Eulália Sakano, Jair

Cortez Montovani, Luc Louis

M. Weckx, Luiza Hayashi

Endo, Manoel de Nóbrega, Ney

Penteado de Castro Junior,

Shirley Pignatari, Tania Maria Sih,

Wilma Terezinha Anselmo Lima.

expediente

**Diretoria da Sociedade de
Pediatría de São Paulo**
Triênio 2013 - 2016

Diretoria Executiva

Presidente:

Mário Roberto Hirschheimer

1º Vice-Presidente:

Clóvis Francisco Constantino

2º Vice-Presidente:

João Coriolano Rego Barros

Secretário Geral:

Maria Fernanda B. de Almeida

1º Secretário:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner

2º Secretário:

Tadeu Fernando Fernandes

1º Tesoureiro:

Renata Dejtiar Waksman

2º Tesoureiro:

Lucimar Aparecida Françoso

Diretoria de Publicações

Diretora: Cléa Rodrigues Leone

Revista Paulista de Pediatría

Editora: Ruth Guinsburg

Editora associada: Sônia Regina

Testa da Silva Ramos

Editores executivos:

Amélia Miyashiro N. dos Santos

Antonio Carlos Pastorino

Antonio de Azevedo Barros Filho

Celso Moura Rebello

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck

Mário Cicero Falcão

Departamentos Científicos

Diretor:

Rubens Feferbaum

Membros:

Paulo Roberto Pachi

Regis Ricardo Assad

Maria Marluce dos Santos Vilela



L.F. comunicações

Produção editorial:

L.F. Comunicações Ltda.

Editora:

Lucia Fontes

Lucia@LFComunicacoes.com.br

Revisão:

Paloma Ferraz

Arte:

Lucia Fontes

- tecidos,
- material plástico,
- componentes de brincos,
- contas de colar,
- moedas.

Mais recentemente, baterias alcalinas que são usadas em relógios, calculadoras ou em dispositivos para audição (próteses auditivas ou aparelho de amplificação sonora individual). Essas baterias liberam substâncias como óxido de mercúrio, dióxido de magnésio, hidróxido de potássio e hidróxido de zinco, que podem potencializar o risco de perfurações no septo nasal ou mesmo o aparecimento de sinéquias.

Diagnóstico

É muito importante obter a informação mais completa possível do paciente. O exame físico requer certo tempo, a não ser que a remoção de corpo estranho específico demande uma ação imediata. O paciente pediátrico não poderá sempre dar a informação precisa sobre o que e quando ele introduziu, seja no nariz, ouvido ou boca. Nesses casos, a história clínica deverá ser

obtida de quem toma conta da criança, levando em consideração os sinais e sintomas (por exemplo, rinorreia mucopurulenta unilateral fétida é sinal patognomônico de corpo estranho no nariz, e o cheiro desagradável começa a tornar-se aparente não só ao paciente, mas aos circunstantes).

Quando um corpo estranho inanimado está localizado dentro do ouvido, é mais difícil para a criança identificar a sensação de “algo presente” na orelha, podendo tardar dias, semanas, meses ou até anos para sua identificação.

Localização habitual

Os lugares habituais de localização de corpos estranhos na área de Otorrinolaringologia (ORL) são:

- ouvido,
- nariz e cavidades paranasais,
- orofaringe,
- laringe,
- brônquios.

Corpos estranhos dentro das cavidades paranasais são menos relatados.

Porque os corpos estranhos são introduzidos

nas vias aéreas? Devemos entender que as crianças são por natureza curiosas; elas gostam de imitar os adultos, por exemplo, introduzindo lenço de papel no nariz para limpá-lo ou coçá-lo. As crianças gostam de fazer as mesmas coisas que os adultos, sem medir as consequências. Outra possível explicação poderia ser que as crianças usam o corpo estranho para atrair a atenção do adulto. Crianças que ficam repetindo essas ações podem estar recebendo pouca atenção de quem toma conta delas.

Fatores de risco, formato dos corpos estranhos e remoção

Os fatores de risco para a morbidade consequente estão intimamente relacionados com a localização do corpo estranho. Se houver uma chance de obstrução da via aérea, então é necessária uma atuação imediata. Há o risco extra para um corpo estranho de formato irregular, com bordas ásperas ou pontas.

Para remover um corpo estranho é importante um profundo conhecimento

da anatomia, equipamento adequado e capacidade técnica do médico para que não ocorra uma ação iatrogênica. Se o médico não estiver seguro do diagnóstico ou inseguro quanto à remoção, o melhor a ser feito é encaminhar a criança a um otorrinolaringologista ou endoscopista.

Em todos os casos devemos remover os corpos estranhos? Sim, é claro! Mas como? A melhor abordagem é aquela que oferece os melhores resultados, sendo minimamente invasiva.

Projeto “Suzy Safe” ou “Susy Sã e Salva”

Para tratar dos acidentes com corpos estranhos em crianças foi criado um registro amplo multicêntrico na Europa: o projeto “*Suzy Safe*” ou “*Susy Sã e Salva*”. O registro de vigilância de acidentes devido à ingestão de corpos estranhos, o Registro “*Susy Sã e Salva*” reúne dados sobre engasgamento em todos os países europeus e em outros países. O registro coletou 1.010 casos prováveis e 6.286 casos retrospectivos. Quanto à distribuição da idade das

crianças: aproximadamente 41% delas têm menos de três anos. Quanto ao sexo: 54% dos casos são do sexo masculino.

A grande maioria dos casos foi tratada pelo otorrinolaringologista (83%), em geral com técnicas endoscópicas; apenas 159 casos (2,3%) tiveram a necessidade de intervenção cirúrgica.

Quarenta e seis por cento dos casos em crianças com menos de um ano de idade envolveram o trato aéreo laríngeo e brônquico, representando uma ameaça maior para sua saúde. Observe que em crianças com mais idade (aproximadamente 45% em média) o local mais comum em que ocorre esse tipo de acidente é o nariz.

Os corpos estranhos no esôfago ainda caracterizam acidentes ocorridos com crianças menores de um ano. A presença de corpos estranhos nos ouvidos é uma característica das crianças mais velhas.

Tipos de objetos e sua frequência

Os objetos alimentares representaram 51,3% dos casos. Entre os objetos ali-

mentares os mais comuns foram ossos e espinhas de peixe, amendoins e sementes, enquanto entre os não alimentares os mais comuns foram pérolas, bolinhas e bolas de gude (29%).

As moedas estavam envolvidas em 11% dos acidentes com objetos não alimentares e os brinquedos representam também 11% dos casos.

Os objetos esféricos representam 39% dos casos. Os objetos pontiagudos somam 2%, entretanto, ainda relacionados com um risco cada vez maior de complicações, em geral devido a sangramentos. De acordo com esses números, 71% dos casos foram graves.

Consequências do acidente

Ao observarmos as consequências do acidente, o registro “Susy Sã e Salva” adotou a definição de acidente “grave” para os que exigem pelo menos um dia de hospitalização. As complicações mais observadas foram sangramento, asma, hipoacusia e infecções, com índices mais altos de incidência entre as crianças com menos idade e que cor-

respondem aos de corpos estranhos como pérolas, artigos de papelaria, algodão, brinquedos e pilhas.

As baterias ou pilhas de brinquedos, relógios ou celulares quando colocadas, por exemplo, dentro do nariz e não percebidas a tempo, podem liberar seu conteúdo corrosivo e destruir estruturas próximas, causando, por exemplo, perfuração septal.

Existe o risco de uma criança poder colocar objetos não comestíveis contidos em um produto dentro ou próximo da sua boca, levando-a possivelmente à

ingestão, engasgos ou sufocamento.

Atenção das famílias

O que está inapropriado é a supervisão adequada de adultos: de acordo com os dados do registro “Susy Sã e Salva”, um adulto estava presente em 25% dos casos, a criança estava brincando.

Essa constatação sugere a necessidade de fomentar a atenção das famílias para a vigilância adequada das crianças, sobretudo, as mais novas.

Observações finais

Todo acidente com criança e toda criança morta é algo absolutamente intolerável. Devemos ter em mente o objetivo de evitar ao máximo acidentes em crianças.

Precisamos garantir dados sobre acidentes a fim de adotar medidas administrativas e legislativas. Não conseguiremos adotar medidas restritivas imediatas com base apenas em alguns acidentes que ocorrem em todas as grandes comunidades.

A qualidade das medidas administrativas e legislativas depende precisamente da quantidade e da confiabilidade de dados. Isso deve ser sempre considerado quando discutirmos qualquer medida preventiva ou legislativa.

Referências bibliográficas

1. Martínez VEV. Corpos estranhos em otorrinopediatria. In: *SiH TM V Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO*. Liz Editora, Guarulhos 2006, pp 62-64.
2. Gregori D. A saúde pública e prevenção de acidentes com corpos estranhos: ocorrências do registro Europeu “Susy Sã e Segura”. In: *SiH TM VII Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO*. Editora Vida e Cosciência, GSão Paulo, 2009, pp 43-63.
3. Gregori D, Salemi L, Scarinzi C, Morra B, Berchialla P, Snidero S, et al. Foreign bodies in the upper airways causing complications and requiring hospitalization in children aged 0-14 years: results from the ESFBI study. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2008; 265: 971-978.
4. Gregori D, Scarinzi C, Morra B, Salemi L, Berchialla P, Snidero S, et al. Ingested Foreign Bodies Causing Complications and Requiring Hospitalization in European Children: Results from The ESFBI Study. *Pediatr Int* 2009.
5. Tan HK, Brown K, McGill T, Kenna MA, Lund DP, Healy GB. Airway foreign bodies (FB): a 10-year review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000; 56: 91-99.
6. Reilly BK, Stool D, Chen X, Rider G, Stool SE, Reilly JS. Foreign body injury in children in the twentieth century: a modern comparison to the Jackson collection. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2003; 67 Suppl 1: S171-174.