



A laringite é uma doença respiratória comum na infância, caracterizada por inflamação e estreitamento da região subglótica da laringe, causada principalmente por vírus. Acomete principalmente crianças de 3 meses a 6 anos, com pico aos 2 anos e maior incidência nos meninos. É estimado que cerca de 2% das crianças pré-escolares são acometidas anualmente.

I. ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

Confirmação diagnóstica (clínica e/ou laboratorial)

O diagnóstico é clínico, baseado na presença dos seguintes sintomas: tosse estridulosa, acompanhada ou não de rouquidão, estridor inspiratório, dispneia, salivação e guinchos inspiratórios.

Indicação de exames diagnósticos

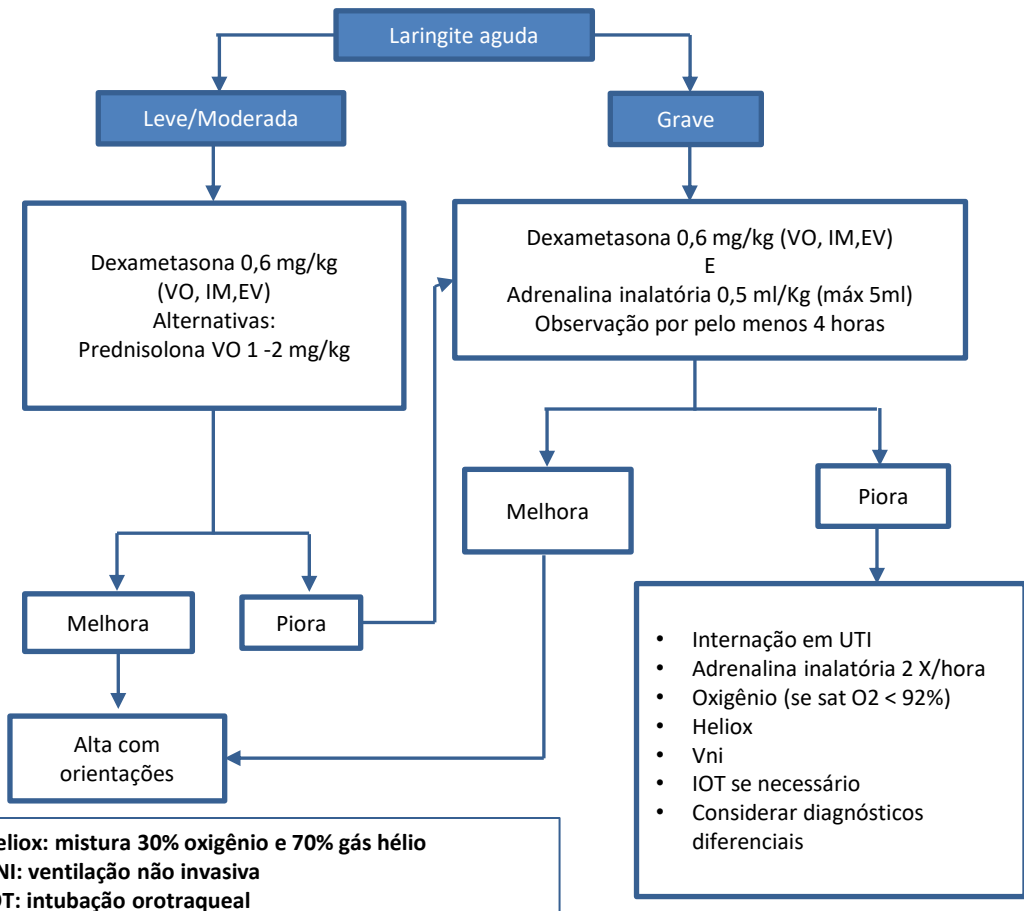
Não são recomendados exames etiológicos laboratoriais ou radiológicos.

Considerar na suspeita de complicações e diagnósticos diferenciais (epiglotite e aspiração de corpo estranho) Rx de pescoço e broncoscopia.

2. ESCORE DE RISCO

GRAVIDADE	SINTOMAS
Leve	Tosse estridulosa, sem estridor inspiratório em repouso, sem ou leve tiragem intercostal/supraesternal
Moderada	Estridor em repouso, pouca ou nenhuma agitação
Grave	Estridor expiratório, agitação e confusão mental
Ameaça à vida	Estridores pouco audíveis, letargia, rebaixamento do nível de consciência, cianose

FLUXOGRAMA TRATAMENTO LARINGITE AGUDA



3. ALOCAÇÃO

Critérios para internação

- Laringite moderada com pequena resposta ou que não respondeu às medidas iniciais
- Laringite grave com melhora parcial após medidas iniciais
- Laringite grave com melhora parcial após 4 horas de observação no pronto socorro

Critérios para internação em UTI

- Laringite grave sem resposta às medidas iniciais
- Laringite grave que retornou ao estado anterior após conduta inicial e/ou 2 horas de observação no pronto socorro
- Desconforto respiratório grave: uso de musculatura acessória, rebaixamento do nível de consciência, hipoxemia

4. TRATAMENTO

Tratamento inicial

- O tratamento inicial é feito com corticosteroide VO em dose única. A droga de escolha é a DEXAMETASONA na dose 0,6mg/kg (máximo 10mg);
 - Se a criança estiver vomitando considerar via intramuscular;
 - Se a criança já estiver com acesso venoso considerar via intravenosa;
 - A budesonida inalatória (2mg) é uma opção se a criança estiver vomitando e recusando a dexametasona oral.
- Na indisponibilidade de dexametasona oral considerar a prednisolona por 3 dias (1-2 mg/kg/dia).

Laringite grave

- Inalação com adrenalina: Seu efeito é imediato com duração máxima de 2 horas. Usar na forma L – epinefrina na diluição 1:1000, inalatória (0,5ml/kg máximo 5ml), com no máximo 2 doses na primeira hora;
- Oxigênio umidificado: para pacientes hipoxêmicos (saturação < 92%);
- O heliox: é uma alternativa para os pacientes com risco de falência respiratória e pouca resposta ao tratamento inicial otimizado.

Indicação de exames de controle durante o tratamento

De acordo com a presença de complicações: RX de pescoço, broncoscopia.

DROGAS UTILIZADAS NO MANEJO DA LARINGITE

DROGA	APRESENTAÇÃO	DOSE	VIA	
Dexametasona	Comprimido de 4mg	0,6mg/kg (máximo 10mg)	Oral	
Dexametasona	Ampola 4mg/ml	0,6mg/kg (máximo 10mg)	Intravenosa Intramuscular	Dose única
Budesonida inalatória	Flaconete 0,25mg/ml	2mg (8ml)	Inalatória	Dose única (opção se paciente não aceitar VO)
Prednisolona	Solução 3mg/ml	1 -2 mg/kg/dia	Oral	3 dias
Adrenalina	Ampola 1:1000	0,5ml/kg (máximo 5ml)	Inalatória	Pode ser repetida até 2x/hora

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

PENSAR QUANDO A RESPOSTA FOR INADEQUADA AO TRATAMENTO PADRÃO!

Condição	Características
Traqueíte bacteriana	Febre alta, aparência tóxica e má resposta à epinefrina nebulizada
Abscessos retrofaríngeos, parafaríngeos, peritonsilares	Febre alta, cervicalgia, dor de garganta e disfagia seguidas de torcicolo, sialorréia, desconforto respiratório e estridor
Epiglote	Ausência de tosse ladrante, início súbito de febre alta, disfagia, sialorréia, aparência tóxica, aparência ansiosa e sentar-se para frente na posição de "cheirar"
Aspiração ou ingestão de corpo estranho	Tosse rouca, episódio de engasgo, sibilância, rouquidão, estridor bifásico, dispneia e diminuição da entrada de ar
Reação alérgica aguda (anafilaxia ou angioedema)	Início rápido de disfagia, sibilância, estridor e possíveis sinais alérgicos cutâneos, como urticária

5. ALTA HOSPITALAR

Critérios de alta

- Sem estridor em repouso
- Oximetria de pulso normal
- Boa troca de ar
- Cor normal
- Nível normal de consciência
- Capacidade demonstrada de tolerar líquidos por via oral
- Os cuidadores compreendem as indicações para o retorno aos cuidados e poderão retornar se necessário

Indicação de retorno

- Piora da tosse rouca
- Falta de ar
- Prostração
- Piora do estado geral
- Persistência da febre maior que 72 horas

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Uso de corticosteroide na laringite independente da gravidade
- Não uso de inalação com adrenalina na laringite leve
- Uso de adrenalina inalatória na laringite grave
- Observação por ao menos 4 horas após adrenalina inalatória

III. GLOSSÁRIO

EV: endovenoso

IM : intramuscular

UTI : Unidade de Terapia Intensiva

VO: via oral

Sat O² : saturação de Oxigênio

Heliox: mistura 30% oxigênio e 70% gás hélio

VNI: ventilação não invasiva

IOT: intubação orotraqueal

IV. HISTÓRICO DE REVISÕES

A versão atualizada do protocolo de laringite em crianças e adolescentes trouxe algumas mudanças significativas em relação à versão original, mantendo a estrutura central, mas adicionando detalhes importantes para melhorar a precisão e a qualidade do atendimento.

- 1. Diagnóstico Diferencial:** A versão atualizada incluiu uma seção mais detalhada sobre diagnósticos diferenciais, listando condições específicas como traquéite bacteriana, abscessos, epiglotite, aspiração de corpo estranho e reações alérgicas agudas. Isso ajuda a direcionar melhor a avaliação clínica quando a resposta ao tratamento padrão não é adequada.
- 2. Critérios de Alta:** Os critérios de alta foram detalhados na versão atualizada. Agora, além da ausência de desconforto respiratório e hipoxemia, incluem a ausência de estridor em repouso, oximetria de pulso normal, boa troca de ar, cor normal, nível normal de consciência e capacidade de tolerar líquidos por via oral. Também é necessário que os cuidadores compreendam claramente quando retornar aos cuidados médicos.
- 3. Indicadores de Qualidade:** A versão atualizada mantém os indicadores de qualidade existentes, como o uso de corticosteroides na laringite moderada/grave e o não uso de inalação com adrenalina na laringite leve. No entanto, adiciona detalhes sobre a importância de considerar diagnósticos diferenciais para garantir a qualidade do manejo do tratamento.
- 4. Consistência e Detalhamento:** Enquanto a estrutura do tratamento e a classificação da gravidade dos sintomas permanecem as mesmas, a versão atualizada adiciona considerações sobre diagnósticos diferenciais durante o tratamento se a resposta inicial for inadequada, garantindo um cuidado mais abrangente e preciso.

Essas mudanças visam aprimorar o protocolo, proporcionando um atendimento mais completo e detalhado para a laringite em crianças e adolescentes, com foco na segurança do paciente e na eficácia do tratamento.

V. Referências Bibliográficas

- [1] *Pediatr Pulmonol.* 2017 Oct;52(10):1329-1334;
- [2] *Pediatrics.* 2019 Sep;144(3):e20183772
- [3] *J Allergy Clin Immunol* 2006;117:391-7,
- [4] *Projetos Diretrizes*, 2011;
- [5] *Paediatr Child Health* 2011;16(1):35-40;
- [6] *WAO Journal* 2011; 4:13-37;
- [7]. Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia, Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Anafilaxia: Diagnóstico;
- [8] *Clinics* 2011;66(6):943-7;
- [9] *J Allergy Clin Immunol* 2010; 126:477-480.e42;
- [10] *Allergy, Asthma & Clinical Immunology* 2011; 7: S6;
- [11] *Ann Allergy Asthma Immunol* 2006;97:596-602
- [12] Bjornson CL, Johnson DW. Croup in the paediatric emergency department. *Paediatr Child Health* 2007;12(6):473–7.

Código Documento: CPTW176.3	Elaborador: Rafael da Silva Giannasi Severini Camila Sanches Lanetzki Esposito Danilo Yamamoto Nanbu	Revisor: Danielle Nemer Mauro Dirlando C. Oliveira	Aprovador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 08/02/2022 Data de atualização: 24/06/2024	Data de Aprovação: 28/06/2024
---------------------------------------	---	--	--	---	---