



Laringite em Crianças e Adolescentes

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.

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

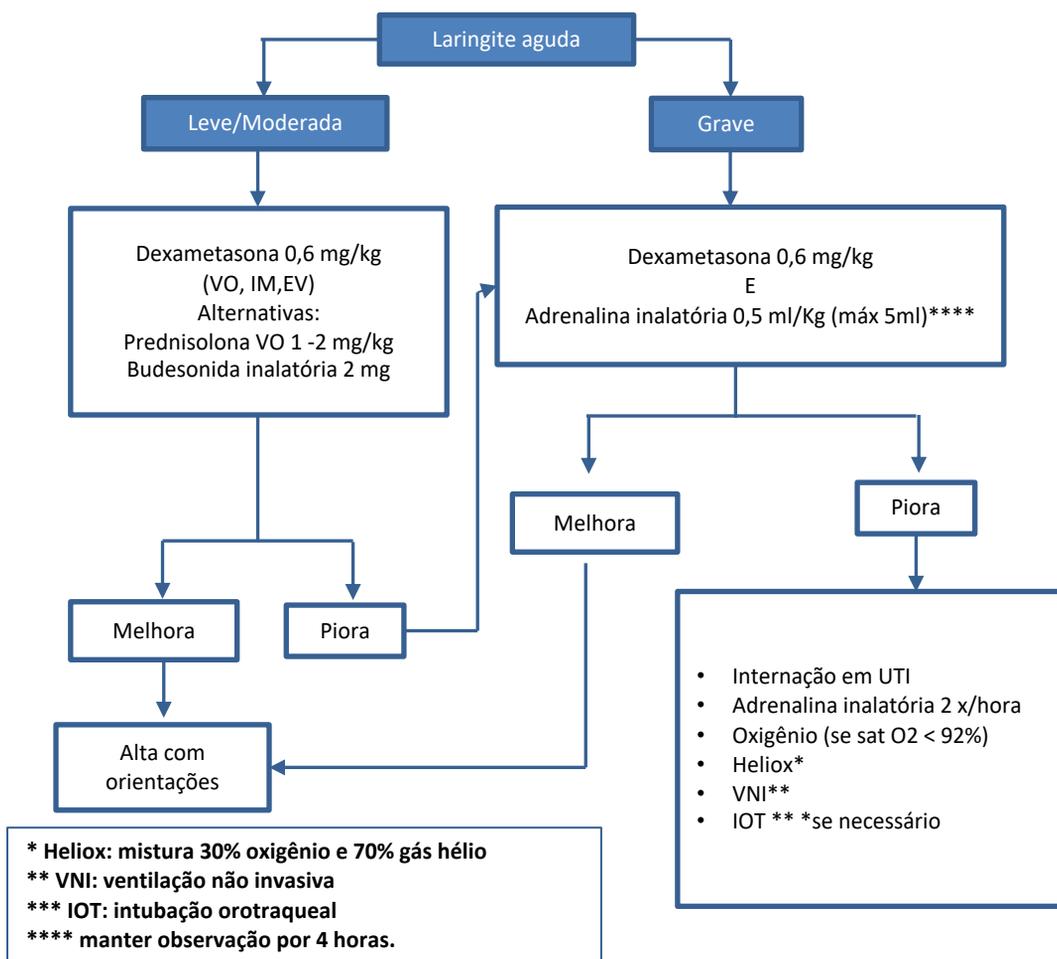
Não são recomendados exames etiológicos laboratoriais ou radiológicos.

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. EXAMES

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 pequena resposta ao tratamento inicial.

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 (diluir em água ou líquidos adoçados)	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
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

Indicação de retorno ambulatorial

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

Indicadores de Qualidade

- Uso de corticosteroide na laringite moderada/grave.
- Não uso de inalação com adrenalina na laringite leve

Critérios de alta

- Ausência de desconforto respiratório e hipoxemia

5. GLOSSÁRIO

EV: endovenoso

IM : intramuscular

UTI : Unidade de Terapia Intensiva

VO: via oral

Sat O² : saturação de Oxigênio

Referências

[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

Código Documento: CPTW176.2	Elaborador: Camila Sanches Lanetzki Esposito Danilo Yamamoto Nanbu	Revisor: Gaby Cecilia Yupanqui Guerra Barboza	Aprovador: Hageas Da Silveira Fernandes	Data de Elaboração: 08/02/2022	Data de Aprovação: 08/02/2022
---------------------------------------	---	---	--	--	---