

# Emergências Pediátricas - Aspiração de Corpo Estranho

## Todas Áreas

### Objetivos:

- Descrever casos suspeitos de aspiração de corpo estranho (ACE)
- Descrever situações de urgência e emergência relacionadas à ACE
- Orientar investigação diagnóstica e conduta em casos suspeitos de ACE

**Data da última alteração:** sexta, 26 de abril de 2024

**Data de validade da versão:** domingo, 26 de abril de 2026

### Autores e Afiliação:

Marcela Maria de Aquino da Costa

Médica Assistente da Sala de Urgência Pediátrica da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

### Definição / Quadro Clínico:

Definição:

A aspiração de corpo estranho (ACE) se refere à presença de alimentos ou pequenos objetos desde a laringe até os ramos brônquicos.

### Diagnóstico:

Diagnóstico clínico:

No momento da aspiração, ocorre acesso de tosse e engasgo, podendo evoluir com cianose, dispneia e parada cardíaca. CE na laringe: podem ocorrer estridor, rouquidão ou afonia e retração de fúrcula. CE nos brônquios (maioria dos casos): podem ocorrer tosse, sibilos, hemoptise, dispneia e febre. No exame físico: sibilos, retrações e redução localizada de murmúrios vesiculares. Às vezes, a sintomatologia é pobre e o diagnóstico clínico tem baixa sensibilidade. O diagnóstico diferencial da ACE deve ser feito com laringite, asma e pneumonia.

### Exames Complementares:

- Radiografia simples do tórax: pode ser normal na fase aguda; a maioria dos objetos é radiotransparente, mas pode haver sinais indiretos e complicações: hiperinsuflação (associada ao aprisionamento de ar por mecanismo de válvula), atelectasia, pneumotórax, pneumomediastino, desvio de traqueia. CE em laringe: radiografia de região cervical em duas incidências (pode apresentar hiperdensidade ou edema subglótico).
- Tomografia computadorizada do tórax (quando paciente estável) com reconstrução 3D: apresenta alta sensibilidade e baixa especificidade, pode gerar falsa imagem (presença de muco ou artefatos).
- Broncoscopia flexível: apresenta alta sensibilidade e especificidade; dificuldades técnicas se houver secreção brônquica ou reação granulomatosa. Indicada quando não foi visto objeto em radiografia e tomografia de tórax (reduz taxa de broncoscopias rígidas negativas). Requer anestesia geral; nem sempre evita broncoscopia rígida, pois necessita de equipe treinada, oferece maior dificuldade técnica e o objeto pode ficar retido em laringe e traqueia. Útil para CE em vias menos calibrosas, inacessíveis ao broncoscópio

rígido (Fluxograma 1).

- Outros exames: radiografia expirada, fluoroscopia.

### **Tratamento:**

A criança deve ser avaliada rapidamente e monitorizada de imediato com oxímetro de pulso. Se houver obstrução completa de via aérea ou engasgo grave, com incapacidade de tossir ou falar/ chorar ou com o sinal universal de engasgo grave – duas mãos no pescoço, em crianças maiores: iniciar manobras de desobstrução, até que o objeto seja expelido e o paciente volte a respirar ou perca a consciência. Não realizar manobras se a criança estiver tossindo ou falando (engasgo leve ou moderado).

- Lactente menor de um ano: sequências de 5 batidas no dorso, com a criança em decúbito ventral apoiada no antebraço do socorrista e inclinação da cabeça para baixo, seguidas por 5 compressões no esterno, com a criança em decúbito dorsal.

- Crianças a partir da idade pré-escolar: manobra de Heimlich até a criança perder a consciência ou expelir o objeto, com o socorrista ajoelhado (crianças menores) ou em pé (crianças maiores).

Observação: tentativa de remoção manual é arriscada, não realizar as manobras de varredura do objeto às cegas.

1. Se a criança se tornar não responsiva, proceder à RCP iniciando pelas compressões e observar, antes das ventilações, a presença do corpo estranho na cavidade oral. Retirá-lo, se o acesso for fácil.

2. Se o corpo estranho não for expelido após 1 minuto de manobras, realizar laringoscopia; se visualizado o CE, tentar retirar com pinça de Magill.

3. Quando não se observa o objeto ou a criança não assume respiração eficaz após a retirada: garantir ventilação e oxigenação, com VPP e IOT, até realizar broncoscopia de emergência.

4. Se o objeto estiver acima das pregas vocais: cricotireoidostomia de urgência.

5. Se o CE estiver abaixo das pregas, recomenda-se intubação com introdução seletiva da cânula para direita para introduzir o CE, retornar a cânula à altura adequada e colocar o paciente em decúbito lateral direito, para ventilar seletivamente o pulmão esquerdo, até realização da broncoscopia (Fluxograma 2).

### **Metas e Indicadores:**

N/A

### **Referências Bibliográficas Externas:**

1. EREN, S., et al. Foreign body aspiration in children: experience of 1160 cases. *Annals of Tropical Paediatrics* 2003;23:31-37.

2. FRAGA, A.M.A., et al. Aspiração de corpo estranho em crianças: aspectos clínicos, radiológicos e tratamento broncoscópico. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2008;34:74-82.

3. HITTER, A., et al. Diagnostic value of various investigations in children with suspected foreign body aspiration Review. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases* 2011;128:248-252.

4. LAYA, B.F.; RESTREPO, R.; LEE, E.Y. Practical Imaging Evaluation of Foreign Bodies in Children: an Update. *Radiologic Clinics of North America* 2017; 55: 845-867.

5. LOUIE, M.C.; BRADIN, S. Foreign body ingestion and aspiration. *Pediatrics in Review* 2009;30:295-301.

6. SAHIN, A., et al. Inhalation of foreign bodies in children: experience of 22 years. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 2013;74:658-663.

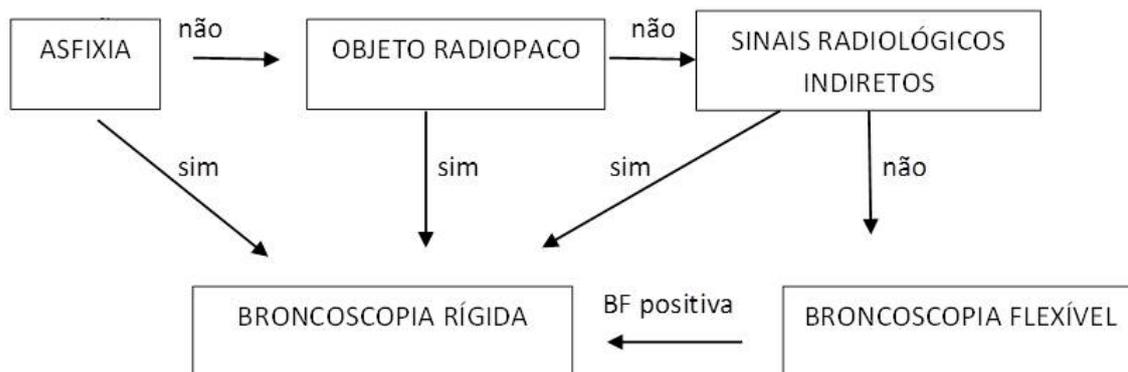
7. SBV (Suporte Básico de Vida). Manual do profissional. 2016 American Heart Association.



**Anexos:**

**Fluxograma 1:** Fluxograma 1

Abordagem básica em casos de aspiração de corpo estranho Adaptado de Martinot, 1997.



**Fluxograma 2:** Fluxograma 2

Abordagem detalhada em casos de aspiração de corpo estranho ORL:  
otorrinolaringologista; CCP: cirurgião de cabeça e pescoço; RCP: reanimação

