



**REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS**

ESPECIALIDADE: OTORRINOLARINGOLOGIA	PROTOCOLO N°4
TÍTULO: SÍNDROME OBSTRUTIVO LARÍNGEO AGUDO	N° de páginas: 11
	CID-J38-J39

1. INTRODUÇÃO

O síndrome de obstrução respiratória alta pode resultar de várias afecções e evoluir de forma aguda ou crónica. A obstrução aguda de via aérea superior é mais frequente em crianças e pode se instalar em várias níveis, desde a orofaringe, abscesso retrofaríngeo, periamigdalino, hipertrofia das adenoides), passando pela zona da glote e laringe (epiglotites, laringites) até a traqueia (traqueites, corpos estranhos). Os quadros mais insidiosos, decorrentes de neoplasias de laringe e que podem levar também a uma oclusão parcial da luz das vias aéreas, acometem mais comumente os adultos.

É importante saber que o objectivo deste protocolo é o de saber identificar o paciente com SOLA, fazer a evolução clínica topográfica, conhecer os métodos de diagnóstico e definir o seu tratamento.

DEFINIÇÃO

Resistência que a laringe oferece a passagem do ar, por causas funcionais ou orgânicas. Ocorre repentinamente (agudo) e lentamente (crónico).

2. ETIOLOGIA

Pode ser classificado:

- Causas funcionais ou orgânicas
- Laríngeas e extra laríngeas
- Causas Otorrinolaringológicas e não Otorrinolaringológicas

Causas ORL

- Malformações congénitas: membrana laríngea, laringotraqueomalácia
- Infecções: Laringite aguda supraglótica e subglótica, diftérica,
- Corpo estranho no trato aerodigestivo
- Trauma laríngeo (Externo e interno), queimaduras
- Neurológicas: paralisia das cordas vocais uni ou bilateral .
- Tumoral benigna e maligna (em VADS/vias aéro-digestivas superiores)

Causas extra ORL

- Entubação prolongada
- Edemas angioneuróticos ou secundário a alergia
- Tumores extra laríngeos

3. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Sinais básicos / Maiores

- Dispneia inspiratória
- Tiragem supra esternal e supraclavicular
- Estridor ou cornagem
- Descida pronunciada da laringe na inspiração
- Retracções supraclaviculares , externals ou intercostais

Outros sinais / Menores

- Cianose
- Disfonia
- Tosse
- Adejo nasal
- Taquicardia
- Febre
- Retroflexão cefálica

A morte ocorre quase sempre por asfixia ou infecção respiratória .

4. DIAGNÓSTICO

Anamnese

Quadro clínico

Exame físico: laringoscopia indirecta

5. EXAMES COMPLEMENTARES

Laringoscopia Directa

Rx cervical

Videoendoscopia faringolaríngea

Tc da laringe

RNM da laringe

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial tem pouco valor para decidir o tratamento, mas para o pediatra de atenção primária é importante diferenciar ambas da epiglotite, a traqueíte bacteriana, de evolução potencialmente fatal, assim como da asma e laringotraqueobronquite.

7. TRATAMENTO

Oportuna decisão tomada é muito importante, porque se não for feito no tempo, a evolução do paciente será fatal. O Tratamento depende da causa

O tratamento deve ser encaminhado em três direções principais:

- Manter as vias respiratórias.
- Lutar pela causa.
- Melhorar o estado geral

O fundamental para o clínico geral é fazer o diagnóstico de uma dispnéia laringea, a fim de submeter o paciente a um especialista, se as condições o permitirem, que irá avaliar o tratamento apropriado de acordo com a causa. Em caso de ser infecciosa o tratamento é médico antibiótico, terapia, corticoterapia, oxigenoterapia. Noutros casos (tumoriais, neurológico, Corpos estranhos) faz-se a traqueostomia ou intubação laríngea. Ambos procedimentos evitarão a cianose, hipertensão, bradicardia, obnubilação e o coma.

Conduta:

Sempre é uma urgência e pode chegar a converter-se em emergência

- **Se a causa é extra ORL e o paciente está com discreta dispneia**
 - Realizar exame físico
 - Encaminhar a Urgência de medicina interna para seu seguimento segundo possível etiologia e tratamento
 - Evolucionar de acordo o estado do paciente
- **Se a causa é extra ORL e o paciente está com dispneia intensa**
 - Encaminhar a urgência de cirurgia para traqueostomia
- **Se a causa é de ORL e o paciente está com discreta dispneia**
 - Canalizar veia e passar esteroides por via endovenosa (não mais de 500mg)
 - Realizar exames complementares (hemograma e leucograma, Rx de tórax)
 - Oxigênio por cateter nasal
 - Avaliar possível causa e tratá-la
 - Evolucionar o paciente segundo seu estado
- **Se a causa é de ORL e o paciente está com dispneia intensa**

TRAQUEOSTOMIA:

- Canalizar veia e passar esteroides por via endovenosa (não mais de 500mg)
- Realizar exames complementares pré-operatórios
- Oxigénio por cateter nasal
- Ir ao bloco operatório com especialista em ORL e /ou cirurgião
- Cuidados pós cirúrgicos e seguimento de um paciente traqueostomizado

8. COMPLICAÇÕES

O atraso no diagnóstico ou tratamento e a evolução do quadro podem levar à hipoxemia, edema agudo do pulmão e eventualmente a óbito do paciente

9. PROGNÓSTICO

Depende fundamentalmente da causa, do diagnóstico precoce e tratamento adequado, podendo se for tratada antepadamente ter um prognóstico bom, mas se for tardia ou inadequado o tratamento o prognóstico pode ser reservado.

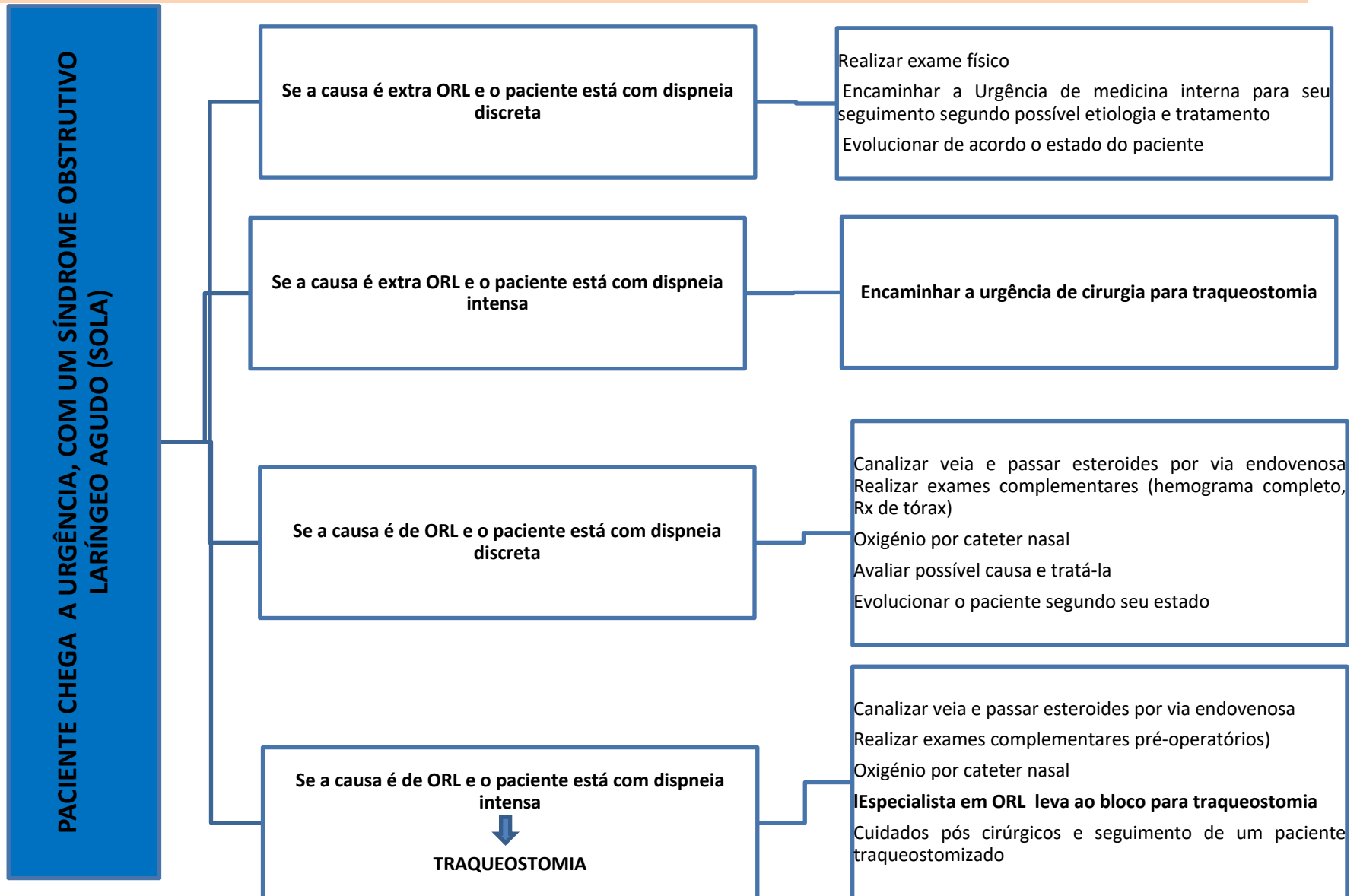
10. ASSINATURAS

Autor(es)	Função	Assinatura	Data
1. Palmira Kuatoko 2. Gilma Rivero 3. Sónia Riopedre 4. Carla Silva	1. Otorrinolaringologista 2. Otorrinolaringologista 3. Otorrinolaringologista 4. R4 ORL		22.09.21
Aprovado por	Função	Assinatura	Data
Rosário Monimambo	Presidente do Colégio de Especialidade de Otorrinolaringologia		
Revisto por	Função	Assinatura	Data
			Nº Revisão:

11. ANEXOS

i. FLUXOGRAMA

ABORDAGEM DO PACIENTE COM SÍNDROME OBSTRUTIVO LARÍNGEO AGUDO



ii. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adriano Bechara de Souza HobaikaMichele Nacur Lorentz; Laringoespasmos; Rev. Bras. Anesthesiol. 59 (4) • Ago 2009 • <https://doi.org/10.1590/S0034-70942009000400012>
2. Arroba Basanta ML, Curso otorrinolaringología para pediatras Laringitis aguda (Crup) Servicio de Pediatría. Centro de Salud el Naranjo. Fuenlabrada. Madrid. España. An Pediatr (Barc) 2003; Monog.1(1): 55 – 63
3. Basterra J,Alba JR,Zapater E,Endoscopia Resection of Supraglottic and Glottic Carcinomas Using Microdissection Electrodes.Procedings World Congress,2009.
4. Basterra J, Frias S, Alba JR, Perez A, Zapater E. Comparative study of acute tissue damage induced by the CO2 laser versus microelectrodes in cordectomies. Otolaryngol HeadNeckSurg, 2006 Dec; 135(6):933-6.
5. Basterra J, Frias S, Alba JR, Perez A, Zapater E.A new device for treating laryngeal carcinoma using microdissection electrodes. Laryngoscope.2006 Dec; 116 (12):2232- 4.
6. Basterra J, Zapater E, Moreno R, Hernández R. Electrosurgical endoscopic cordectomies with microdissection electrodes: a comparative study with CO2 laser.J Laryngol Otol 2006;120:661-4.
7. Lloabachie K, Nathan CA, Ampil F et al. Return of vocal cord movement: an independent predictor of response to nonsurgical management of laryngeal cancers. Laryngoscope 2007; 117:1925-9.
8. Pearson BW, De Santo LW. Near-total laryngectomy.Otolaryngology-Head Neck Surgery 1990;28-41.
9. Piva, J.; Garcia, P. C. Terepia Intensiva em Pediatria. Rio de de Jneiro: Revinter, 2005
10. Zapater E, Frias S, Pérez A, Basterra J. Comparative Study on Chronic Tissue Damage After cordectomies Using Either a CO2 Laser or Microdissection Electrodes, Head and Neck. 2009.

iii. ESCALAS