

CORPO ESTRANHO ENDOBRÔNQUIO CAUSANDO QUADRO ASMATIFORME EM UMA CRIANÇA POR DOIS ANOS: RELATO DE CASO

ENDOBONCHIAL FOREIGN BODY CAUSING A CASE OF ASTHMA-LIKE IN A CHILD FOR TWO YEARS: CASE REPORT

ALESSANDRA SOARES SILVA ROCHA¹, HEDWIGES APARECIDA MAIA GONZAGA DE OLIVEIRA²

RESUMO

A aspiração de corpo estranho é causa freqüente de acidentes em Pediatria e se mantém como importante causa de morbimortalidade em crianças. Este tipo de acidente merece especial atenção dos pediatras pelo fato de poder causar obstrução total das vias aéreas ou causar atelectasias e predispor a processos infecciosos de repetição e danos pulmonares permanentes. As manifestações clínicas são variáveis e dependentes de vários fatores. A radiografia de tórax, em muitos casos, pode se apresentar sem alterações. Deste modo, a ausência de história típica do evento aspirativo associado a clínica pouco expressiva e exames radiológicos normais, o corpo estranho aspirado pode se alojar na via aérea por longos períodos, causando alterações respiratórias crônicas que podem passar despercebidos aos olhos do clínico. O caso relatado aqui exemplifica essa possibilidade, mostra o quadro de uma criança de quatro anos e oito meses que foi tratada como asmática por quase dois anos e somente durante uma internação descobriu-se que toda a sibilância e desconforto respiratório que sentia, se deviam a um corpo estranho alojado em brônquio principal direito, aspirado há quase dois anos. É ainda discutida a prevenção de acidentes e a necessidade de orientação dos pais e daqueles que cuidam de criança sobre como proceder frente a um quadro agudo de obstrução respiratória.

Palavras-Chave: Corpos Estranhos; Brônquios; Obstrução das Vias Respiratórias; Broncoscopia; Criança

INTRODUÇÃO

Embora a aspiração de corpo estranho seja um acidente freqüente na faixa etária pediátrica, com importantes índices de mortalidade e morbidade, poucos dados estão disponíveis em nosso meio. Nos EUA, tais acidentes são responsáveis pelo quarto lugar entre as causas de mortes acidentais em crianças em todas as idades e a terceira causa em menores de um ano de idade^{1,3}.

A sua importância clínica se deve ao fato de que alguns pacientes podem progredir para obstrução total das vias aéreas, com grave hipóxia, lesão neurológica e até morte por asfixia². Em outros casos, o corpo estranho aspirado pode se alojar nas vias aéreas causando infecção pulmonar de repetição, atelectasias e semi-obstrução com vários danos à criança^{3,4}.

A aspiração de corpo estranho é uma condição ligada aos dois extremos da vida: crianças e idosos⁹. A maioria dos casos ocorre em crianças maiores de seis meses e menores de cinco anos de idade, sendo sua maior distribuição entre os três primeiros anos^{1,2,3,7,8}. O sexo masculino é o mais acometido (2:1) e em alguns estudos observou-se mais incidência em negros (1,7:1)^{3,12}. Em relação ao tipo

de corpo estranho aspirado, há predominância absoluta de material orgânico (alimentos), que variam de acordo com os hábitos alimentares de cada país^{3,13}. Estes corpos orgânicos causam mais reação inflamatória no local onde se alojam, enquanto os inorgânicos, menos comuns, a não ser que causem danos obstructivos, provocam reações de pequena intensidade, podendo ficar alojados por longos períodos nas vias aéreas. Estes são mais comuns em crianças maiores, constituídos principalmente por partes de canetas, cliques, pedaços de material plástico ou metálico^{1,2,12,13,17}.

Na maioria dos estudos, o local mais comum de localização do corpo estranho é o hemitórax direito, porém há relatos de incidência semelhante bilateralmente^{10,20} e também maior à esquerda⁷.

Embora existam poucas análises a respeito, os acidentes domésticos com crianças ocorrem com mais freqüência no período da tarde, sendo o quintal e a cozinha os locais mais comuns^{5,6}. Essas observações podem ser explicadas devido ao menor número de pessoas em casa nesse período do dia e menor vigilância. O quintal e a cozinha são locais onde existem maior número de objetos passíveis de aspiração, principalmente por crianças menores. De acordo com alguns estudos, aspectos socioeconômicos figuram como fator de risco para a aspiração de corpo estranho³.

De todos os aspectos da aspiração de corpo estranho em crianças, as manifestações clínicas devem ser cuidadosamente valorizadas devido à grande variação de sua apresentação; e são influenciadas por vários fatores, como: idade; tipo de corpo estranho aspirado; local onde ele se aloja; grau de obstrução das vias aéreas; intervalo de tempo decorrido entre o episódio aspirativo e o diagnóstico. Na maioria dos casos, dependendo do grau de obstrução, existe história típica de tosse súbita, engasgamento e até mesmo cianose^{14,15,18,19,20}. Mesmo sem o relato de aspiração, o início súbito de sintomas em uma criança previamente hígida deve alertar para o diagnóstico. Como evolução de um processo agudo, pode ocorrer

¹ Residente do segundo ano do programa de pediatria do Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Itajubá

² Médica pediatra

Preceptora do programa de Residência Médica em Pediatria

Endereço para correspondência:

Rua Elisa da Costa Ribeiro, 50/603

Santa Rita do Sapucaí, MG CEP 37540.000

e-mail: alessandrocha@omninet.psi.br

um período de latência, em que os sintomas clínicos são frustrados, dificultando o diagnóstico se não há história consistente de aspiração prévia^{10,11,13}.

Apenas 10% dos corpos estranhos de vias aéreas são radiopacos, desta maneira deve-se procurar por sinais indiretos na radiografia de tórax. Exames radiológicos normais não excluem o diagnóstico e, de acordo com a maioria dos estudos, apenas a história do evento aspirativo aliada aos dados clínicos é o bastante para que se indique a broncoscopia^{3,13,16,18,20,21}. A broncoscopia rígida é o procedimento de eleição para o diagnóstico e tratamento da aspiração de corpo estranho em crianças e deve ser realizada o mais precocemente possível e de preferência por profissionais treinados, reduzindo-se, assim, o risco de complicações^{3,14,19}. As indicações cirúrgicas para a retirada de corpos estranhos são precisas, sendo rara a necessidade desse procedimento. Entre as principais indicações estão: a) objetos grandes e ásperos na região subglótica ou na traquéia; b) fragmentos de grama, que provocam danos irreversíveis ao pulmão, necessitando de ressecções pulmonares futuras; c) corpos estranhos alojados na periferia do pulmão; d) objetos em que o risco de retirada endoscópica exceda ao risco da cirurgia aberta.

A asma brônquica é dos principais diagnósticos diferenciais a ser considerado. Quaisquer doenças que cursam com obstrução das vias aéreas de causa infecciosa ou não devem ser cuidadosamente investigadas, principalmente nos processos pneumônicos de repetição e naqueles refratários ao tratamento adequado.

O maior número de complicações e seqüelas encontradas nos casos de aspiração de corpo estranho se deve àqueles casos em que o diagnóstico é tardio^{1,4,21,20} e quando o corpo estranho é previamente manipulado na tentativa de retirá-lo^{1,8,20}.

A prevenção de acidentes em Pediatria tem gerado discussões e orientado trabalhos na tentativa de se identificarem os principais acidentes nas crianças e sua distribuição de acordo com as habilidades adquiridas em cada faixa etária. A aspiração de corpo estranho é apenas um dos aspectos desse amplo tema que começa apenas agora a ser discutido na sua real importância. A orientação freqüente e cuidadosa dos pais e daqueles que cuidam da criança, sobre a melhor forma de prevenir acidentes, deve fazer parte da consulta pediátrica de rotina para que esses casos, juntamente com a violência, deixem de ser a principal causa de morbimortalidade na infância.

RELATO DE CASO

Paciente de quatro anos e oito meses de idade, masculino, branco, natural de Itajubá-MG, internado no Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Itajubá em 17/11/2002 e admitido na UTI com quadro de insuficiência respiratória.

Segundo relato da mãe, a criança apresentou crise asmática há dois dias, iniciada subitamente durante atividade física intensa e após ingestão de água. A criança apresentou sensação de "engasgo", dispnéia e chiado torácico, seguido de vômitos. E era portadora de asma brônquica.

Atendida inicialmente em outro hospital, fez uso de várias medicações para broncoespasmo. Houve melhora do quadro inicial. Após aproximadamente 24 horas de internação, apresentou subitamente outro chiado torácico, acompanhado de dificuldade respiratória intensa, sendo transferida para o Hospital Escola.

Ao exame clínico, apresentava-se hipocorada, desidratada, com cianose de extremidades, dispnéia, respondendo a estímulos verbais (fala entrecortada), alternando períodos de prostração e agitação motora. À ausculta respiratória apresentava roncos e sibilos difusos e crepitações ins e expiratórias bilaterais. Presença de tiragem subcostal, intercostal e de fúrcula, batimentos de asa de nariz, estridor ins e expiratório, taquipnéica, taquicárdica.

De acordo com a história, era portadora de asma brônquica há quase dois anos, tendo sido submetida a vários tratamentos, sem melhora significativa. As crises de broncoespasmo eram desencadeadas por exercícios físicos e relacionadas também a fatores emocionais. Negava internações anteriores para melhora das crises, porém necessitava de idas freqüentes ao serviço de urgência.

A principal hipótese diagnóstica proposta nesse caso foi a de asma aguda grave juntamente com processo infeccioso pulmonar. Os exames laboratoriais revelaram anemia microcítica e hipocrômica, leucocitose com discreto desvio à esquerda, acidose respiratória e radiografia de tórax com infiltrado intersticial hilar difuso à direita e opacificação em base esquerda.

Iniciadas várias medicações broncodilatadoras, corticoterapia venosa, penicilina cristalina associada a ampicilina e oxigenoterapia.

A criança apresentou melhora lenta e gradativa. Foram aumentados os intervalos das drogas broncodilatadoras e antiinflamatórias e suspensos os antibióticos ao final do décimo dia de uso. Foram solicitados novamente exames de controle que revelaram piora da leucocitose com desvio à esquerda, aumento da imagem de opacificação à radiografia de tórax. Nesse mesmo dia, apresentou tosse não produtiva e irritativa, intensificação do desconforto respiratório, tiragem da musculatura acessória e estridor inspiratório. Frente ao quadro clínico atípico, a família foi questionada quanto à possibilidade de aspiração de corpo estranho. Dessa forma, a mãe da criança relatou um episódio há aproximadamente dois anos, em que a criança estava brincando com o irmão mais velho e havia no chão fragmentos de fios elétricos e fita isolante. Após alguns minutos, a criança iniciou tosse violenta e cianose, sendo levada imediatamente ao médico. Segundo a mãe, os exames resultaram normais (radiografia de tórax) e houve melhora do quadro agudo, a criança foi liberada

para casa após curto período de observação em pronto-atendimento.

Diante desses dados, foi solicitada tomografia de tórax, que revelou a presença de corpo estranho em brônquio principal direito e discreta condensação em região posterior do terço inferior do pulmão esquerdo. A broncoscopia rígida visualizou pequeno fragmento de fita isolante de aproximadamente 1x1 cm que inicialmente se encontrava no terço médio da traquéia e que com as manobras de retirada foi empurrado para o brônquio principal direito, sendo retirado com sucesso.

Após o procedimento, a criança não apresentou mais sinais de desconforto respiratório, manteve-se eupnéica, à ausculta respiratória apresentava somente estertores subcrepitantes difusos. Recebeu alta hospitalar 24 horas após a realização da broncoscopia.

DISCUSSÃO

Este caso mostra alguns aspectos pouco comuns da aspiração de corpo estranho e como a história clínica minuciosa e bem elaborada pode ser fundamental no diagnóstico correto.

A história do evento aspirativo foi inicialmente pouco valorizada. Após o quadro agudo de tosse e cianose, a criança apresentou melhora, ou seja, iniciou um período chamado latente, onde as terminações nervosas locais se adaptaram ao objeto estranho, fazendo com que as manifestações agudas cessassem ou se tornassem pouco importantes. A criança passou então a apresentar quadros esporádicos de sibilância e desconforto respiratório, diagnosticados erroneamente como asma brônquica. De acordo com vários estudos, mesmo frente a exames radiológicos normais, a história típica de aspiração não deve descartá-la e a broncoscopia se impõe de imediato.

Este é um dos poucos casos em que o corpo estranho aspirado para a via aérea não causou obstrução total à passagem de ar e morte por asfixia. Isto não ocorreu talvez devido às características do corpo estranho aspirado (fita isolante). Antes do quadro agudo, a criança brincava com pequenos objetos (fragmentos de fios elétricos e de fita isolante) e com o irmão mais velho. Pode-se perceber nesse fato a importância da vigilância das crianças menores, quanto ao uso de brinquedos e objetos inadequados para a idade e que em alguns eventos de aspiração, o objeto é oferecido pelo irmão mais velho à criança menor.

Como na maioria dos acidentes em Pediatria, o episódio ocorreu em casa, em criança masculina, na faixa etária de maior risco e o objeto aspirado foi um corpo estranho inorgânico, geralmente menos freqüente, alojando-se no hemitórax direito (também o local mais comum).

De acordo com o diagnóstico estabelecido de asma brônquica, a criança fez uso de várias medicações sem a devida resposta clínica, com grande gasto econômico da

família e transtorno físico e psicológico da criança. Conforme a literatura, quando o corpo estranho se encontra na traquéia, os estudos radiológicos são normais e os ruídos respiratórios são difusos, pode ser confundido com crise asmática. Como relatado, na primeira tentativa de retirada do corpo estranho ele se encontrava na traquéia, sendo depois empurrado e retirado do brônquio principal direito. Desta maneira, pode-se concluir que o corpo estranho movimentava-se dentro da via aérea impulsionado por movimentos corporais bruscos e intensos ou até mesmo pela força da coluna de ar passando através da via aérea num quadro violento de tosse. Parece ter sido isto que ocorreu no momento da crise de dispnéia, após a criança ter corrido e brincado por longo tempo, ocasionando obstrução aguda das vias aéreas.

No momento da internação, frente à sibilância torácica aguda e de sinais de insuficiência respiratória em criança até então tratada como asmática, o diagnóstico anterior foi mantido, sendo usadas medicações específicas para o tratamento do broncoespasmo. A preocupação em refazer novamente a história clínica só surgiu após evolução incomum da doença com o tratamento adequado. O diagnóstico de asma brônquica foi consolidado por todo esse tempo, talvez pelo fato de a criança ter tido atendimentos rápidos em pronto-atendimento durante as crises de sibilância e dispnéia, onde, por vários fatores, não se faz um exame clínico minucioso dos pacientes atendidos.

CONCLUSÃO

Com este relato pretende-se enfatizar a importância da história clínica, principal elemento a ser considerado quando se trata de aspiração de corpo estranho. Como visto na literatura, na maioria dos casos há uma clínica sugestiva de obstrução aguda das vias aéreas, porém, em alguns casos, ela pode ser pouco importante e após o evento agudo se apresentar de diversas formas. Daí a importância de sempre se considerar a aspiração de corpo estranho numa criança com quadro respiratório atípico e que não melhora com medicação adequada. A radiografia de tórax mostrou em vários estudos ser pouco específica no diagnóstico de aspiração, não podendo descartar sua possibilidade mesmo quando normal. A maioria das pesquisas indica a broncoscopia rígida até mesmo quando existe apenas a história de aspiração.

SUMMARY

Foreign body Aspiration is a frequent cause of accidents in Pediatrics and figures as an important cause of death for this age group. Such accident deserves special care from doctors, because it can cause airways total obs-

trusion or in the other hand, lodging for a long time at airways causing infection repetition processes and permanent pulmonary damages. Clinical manifestations are variables and based on several factors. The radiological examination in many cases can be presented without any changes. This way, if there is no typical history of the aspirational event, associated with a non-expressive clinic and normal radiological tests, the foreign body can lodge at airways for long periods, causing chronic respiratory cases that might not be diagnosed. This possibility is proved by a case of a four year and eight month child who has been treated as an asthmatic for almost two years and only during an internment was found that the whole sibilant and breathing discomfort were due to a foreign body lodged at the right bronchus, aspirated two years before. Such report also allows discussions on important issues as accident preventions and parents' orientation as well as for those who take care of children, about how to proceed facing an intense respiratory obstruction case.

Keywords: Foreign Bodies; Bronchi; Airway Obstruction; Bron

REFERÊNCIAS

- Lima JAB, Fischer GB, Felicetti JC, et al. Aspiração de corpo estranho na árvore traqueobrônquica em crianças: avaliação de seqüelas através do exame cintilográfico. *J Pneumol* 2000; 26 (1):20-4.
- Bitencourt PFS, Camargos PAM. Aspiração de corpos estranhos. *J Pediatr (Rio de Janeiro)* 2002; 7(1):9-17.
- Rosov T. Doenças pulmonares em pediatria: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Atheneu; 1999.
- Fregonese L. "Difficult-to-treat" asthma-like symptoms in a 12-yr-old atopic female. *Eur Resp J* 2000; 15:1128-31.
- Rodrigues CC. Corpo estranho endobrônquico agravando asma em adulto por 16 anos. *Pulmão (Rio de Janeiro)* 2001; 10 (1): 69-72.
- Fraga JC, Nogueira A, Palombini BC. Corpo estranho em via aérea de criança. *J Pneumol* 1994; 20(3):107-11.
- Butugan O. Atendimento para a retirada de corpos estranhos de ouvido, nariz e faringe em crianças. *Pediatria (São Paulo)* 1998; 20 (1): 8-14.
- Franzese CB, Schweinfurth JM. Delayed diagnosis of a pediatric airway foreign body: Case report and review of the literature. *ENT- Ear, Nose & Throat J* 2002; 81(9):655-7.
- Leão E. *Pediatria ambulatorial*. 3a ed. Belo Horizonte: Coopmed; 1998.
- Rimell FL, Thome A Jr, Stool S, Reilly JS, Rider G, Stool D, Wilson CL. Characteristics of objects that cause choking in children. *JAMA* 1995; 247 (22):1763-6.
- Schettini ST. Acidentes na infância. *Diagn Trat* 2000; 5(4):49-55.
- Del Ciampo LA, Ricco RG, Mucillo G. Acidentes domésticos na infância na área de Vila Lobato (Ribeirão Preto – SP). *Pediatria (São Paulo)* 1997; 19(1): 38-42.
- Padman R. The child with persistent cough. *Delaware Med J* 2000; 73 (4):149-56.
- Holden DA, Mehta AC. Evaluation of wheezing in the nonasthmatic patient. *Cleveland Clinic J Med* 1990; 57 (4): 345-52.
- Al-Hilou R. Inhalation of foreign bodies by children: Review of experience with 74 cases from Dubai. *The Journal Of Laryngology and Otology* 1991; 105:466-70.
- Zerella JT, Dimler M, McGill LC, Pippus KJ. Foreign body aspiration in children: Value of radiography and complications of bronchoscopy. *J Pediatr Surg* 1998; 33 (11): 1651-4.
- Metrangolo S, Metrangolo S, Monetti C, Meneghini L, Zadra N, Giusti F. Eight years' experience with foreign-body aspiration in children: What is really important for a timely diagnosis? *J Pediatr Surg* 1999; 34 (8):1229-31.
- Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. Nelson; *Tratado de Pediatria*. 16a ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002.
- Marcondes E. *Pediatria básica*. 8a ed. São Paulo: Sarvier; 1994. v.1. p.870-74.
- Lotufo JP. Hiperinsuflação pulmonar como apresentação clínico-radiológica de corpo estranho nas vias aéreas inferiores. *Pediatria (São Paulo)* 1997; 19 (3):213-17.
- Silva AB, Muntz HR, Clary H. Utility of conventional radiography in the diagnosis and management of pediatric airway foreign bodies. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998; 107: 834-8.
- Carvalho WB, Souza N, Souza RL. *Emergência e Terapia Intensiva Pediátrica*. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2004. p.60-61.
- Nakamura SW, Pollack-Nelson C, Chidekel AS. Suction type suffocation incidents in infants and toddlers. *Pediatrics* 2003; 111 (1) : e12-6