

# Caso Clínico

*Pedro Paulo B. Rodrigues<sup>1</sup>*

*Ubirajara de Oliveira<sup>2</sup>*

*Yvon T. Rodrigues<sup>3</sup>*

**Identificação:** Menor GBA. De 2 anos e 1 mês. Sexo masculino. Cor branca. Natural do Rio de Janeiro.

**QD:** Tosse há 2 dias.

**HDA:** Refere o início do quadro há 14 horas com tosse intensa de início súbito. Nega febre, vômito, ou diarreia. Procurou a emergência de hospital onde foi avaliado e realizado um Raio X de tórax. Após avaliação do Raio X o menor foi liberado com medicação sintomática. No dia seguinte como o menor mantinha tosse intensa sem melhora nenhuma foi procurar outro serviço médico.

**História patológica pregressa:** Laringite estridulosa há 1 ano.

**História gestacional, parto e nascimento:** A mãe nega doenças e uso de medicamentos durante a gestação exceto o uso de ácido fólico e vitaminas. Nascido de cesariana, bolsa rota no ato. Peso ao nascimento de 2750 g, altura de 49 cm e capurro de 38 sem e 3 dias. Apgar 8 e 9 no 1º e 5º minutos respectivamente.

**História alimentar:** Amamentação exclusiva até 6 meses de idade com posterior introdução aos 6 meses de sopa seguida de frutas. Atualmente utiliza mamadeira com leite de vaca engrossado pela manhã, duas refeições salgadas, almoço e jantar, lanche e mamadeira a noite.

**História do desenvolvimento:** sustentou a cabeça com 3 meses, sentou com 7 meses, engatinhou com 9 meses e andou com 13 meses. Atualmente anda e corre com desenvoltura. No momento em fase de treinamento os controles esfínterianos.

**História vacinal:** BCG com 30 dias de vida, 4 doses pra poliomielite, tríplice bacteriana e HIB, hepatite B 3 doses, 4 doses pneumococo 13 valente, tríplice viral, varicela além das 3 doses de meningite C.

**História familiar:** Nega doenças na família.

**História Social:** Reside na cidade do Rio de Janeiro em apartamento com água encanada, esgoto. Renda mensal superior a 10 salários mínimos.

## Exame físico:

**Ectoscopia:** Menor gemente, algo dispneico, hidratado, acianótico, com tosse persistente, afebril, anictérico, corado. Demonstra irritabilidade. Bom estado nutricional, peso 12050 g, altura de 90,5cm, perímetro cefálico de 49 cm, temperatura axilar de 36,8 °C.

**Cabeça:** Cabeça com formato normal. Fontanelas fechadas. Apresenta fácies de sofrimento.

**Pescoço:** Presença de gânglios na região cervical lateral de 1 cm difusos, móveis, indolores a palpação superficial, mobilidade passiva e ativa presentes.

**Tórax:** Formato normal, dispneico, tiragem subcostal. Na ausculta respiratória verificava se discreta diminuição de murmúrio vesicular, com roncos no hemitórax direito. FR 40. Ausculta cardíaca ritmo regular em 2 tempos sem presença de sopros FC 145.

---

<sup>1</sup> Prof. adjunto Pediatria da EMSM. Prof. Livre Docente da UERJ. Mestre em Pediatria da UFRJ.

<sup>2</sup> Prof. da Disciplina de Pediatria da EMSM. Mestre em Pediatria da UFF.

<sup>3</sup> Prof. Titular de Pediatria da EMSM. Prof. Livre Docente da UFF e UNI RIO

**Abdome:** Globoso. À percussão som timpânico. Indolor à palpação superficial e profunda, ausência de massas anormais. Fígado a 3 cm do RCD e baço não palpável.

**Membros:** Sem anormalidades, mobilidade ativa e passiva presentes.

**Genitália:** Compatível com sexo. Testículos palpáveis na bolsa escrotal, presença de fimose.

**Sinais neurológicos:** Sem sinais de irritação meníngea. Reflexos superficiais e profundos presentes.

De início, diante de um caso de tosse aguda devemos definir o momento do início desta e verificar a presença de febre, coriza, sinais estes que podem ser sugestivos de infecção.

Naturalmente toda tosse sempre leva a que se pense em nasofaringite por esta ser a causa mais comum de tosse no mundo. Em uma fase muito inicial a tosse pode começar seca, sendo seguida, em curto prazo, por uma tosse produtiva e acompanhada de coriza como no caso de ser uma nasofaringite. A ausência de sinais como tosse rouca sugerindo uma patologia respiratória alta, geralmente de origem infecciosa, afasta a laringite. A ausência de história de tosse prolongada, tosse seguida de vômito exclui, inicialmente, a coqueluche, a bronquite e a sinusite. A sinusite aguda estaria ainda acompanhada de febre, secreção espessa nasal, tosse intensa e dor, não encontrada neste caso. A ausência de história de trauma e engasgo não deve ser totalmente excluída por se tratar de paciente pediátrico. O paciente pediátrico pode, em questão de segundos, encontrar pequenos objetos em seu ambiente e ao colocá-los na boca sofrer engasgo que nem sempre é percebido pelo familiar, ou pelo seu cuidador naquele momento. Desta forma, embora a presença de engasgo não sendo percebida, em inúmeros casos, este não deve ser descartado apenas pela história. A ausência de passado de refluxo gastro-esofágico afasta este diagnóstico. A ausência de história à exposição a produtos químicos e com cheiros, que pudessem irritar a árvore respiratória, não está presente. A ausência de coriza e prurido nasal não favorece o pensamento em processo alérgico respiratório. A não existência de atividade física prévia descarta um esforço que pudesse desencadear episódio de asma, ou mesmo, a ausência de história de crise de asma anterior não induz a que se pense neste diagnóstico.

A presença de uma ausculta respiratória alterada indica a necessidade da realização de exame radiológico do tórax como o que foi realizado na emergência.

Na emergência, após a radiografia de tórax ter sido avaliada pelo pediatra, o menor foi liberado com tratamento sintomático. Mas após 24 horas não houve melhora da tosse.

Assim pela tosse intensa que em nada respondeu aos sintomáticos, a família buscou novo atendimento médico.

Então, com mais de 36 horas de evolução estando o paciente com tosse intensa, ausência de evolução febril, coriza a hipótese de naso-faringite, foi afastada integralmente. A ausência de febre torna pouco provável a existência de infecção. Tosse intensa que não cede com medicações sintomáticas afasta os diagnósticos de sinusite ou de infecção comprometendo as vias respiratórias. A Sinusite aguda é geralmente acompanhada de secreção nasal espessa e febre. Assim se estabeleceu a necessidade de repetir a radiografia de tórax procurando realizar a esta em inspiração e em expiração para avaliar a possibilidade da existência da presença de corpo estranho.

A presença de obstrução total do brônquio por corpo estranho leva a surgir na imagem radiológica a existência de uma área de atelectasia. Assim como na radiografia da emergência realizado há 24 horas também na atual, não foi verificada a presença desta. Evidenciava-se transparência pulmonar normal além de área cardíaca e estruturas ósseas normais. No entanto, ao se avaliar a radiografia de tórax à expiração, realizada no segundo atendimento, foi encontrada uma área de hipertransparência no hemitórax direito quando comparado com o hemitórax esquerdo. Todas as outras estruturas estavam normais.

Na presença de obstrução parcial deparada na imagem radiológica normal na inspiração e na radiografia à expiração foi constatada a incapacidade de esvaziamento do ar do interior da área pulmonar e decorrendo deste modo uma imagem de hiper-insuflação.

No momento da expiração ocorre, pois, obstrução brônquica impedindo a saída de ar.

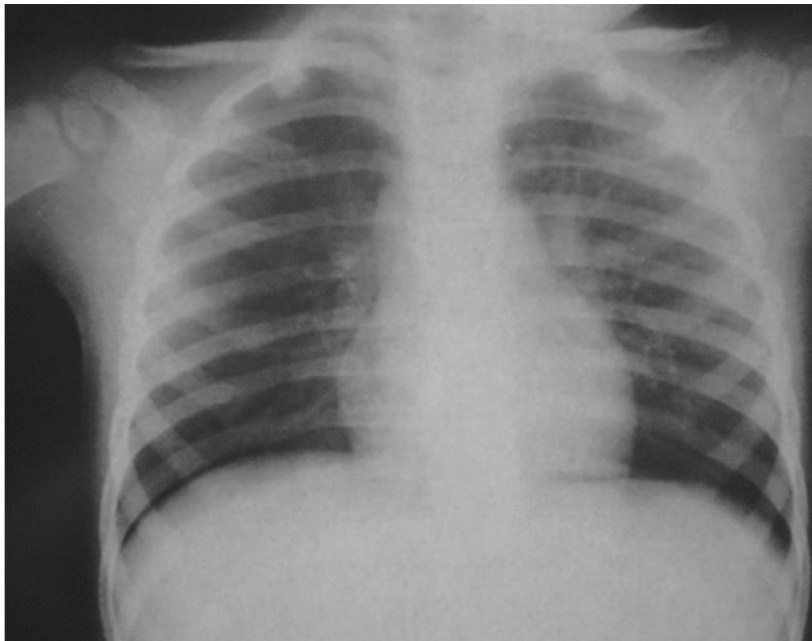
Portanto o ar penetra nas vias respiratórias, mas, não era expelido.

Agora esta imagem radiológica sugere uma obstrução parcial respiratória e torna-se necessário a realização de endoscopia respiratória.

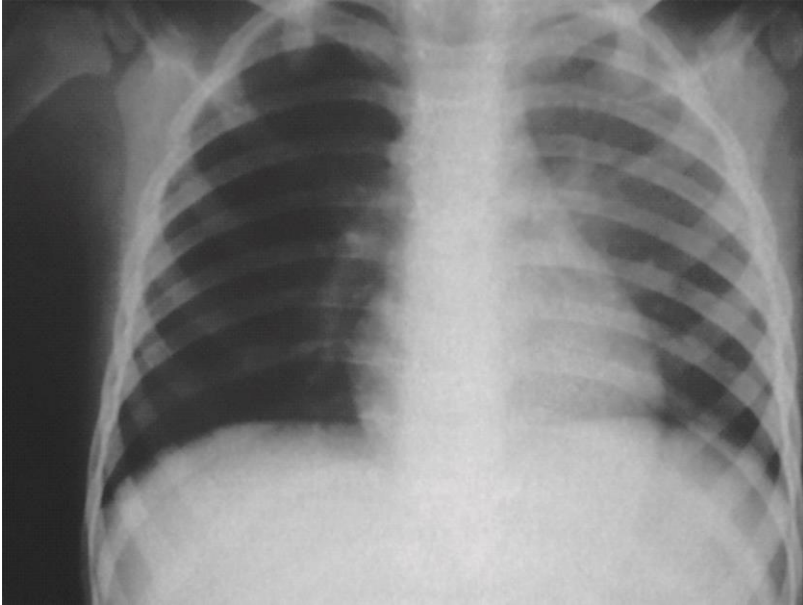
Foi realizada a endoscopia respiratória, sob anestesia geral inalatória, sendo utilizada máscara laríngea e broncoscópio pediátrico.

Observou-se a laringe sem alterações, traqueia centralizada sem desvios de compressão. Brônquio direito com presença de corpo estranho vegetal (castanha) que obstruía a luz do brônquio principal direito. Presença de edema e processo inflamatório na parede brônquica. O brônquio esquerdo estava sem alterações.

Conclusão diagnóstica: Tosse aguda provocada por aspiração de corpo estranho.



*Raio X de tórax em inspiração.  
Compare a transparência dos dois pulmões.*



*Raio X do tórax em expiração.  
Compare as transparências do pulmão direito e do esquerdo.*