



«E a mãe a insistir no amendoim...»

Mónica Granja*

RESUMO

Introdução: A aspiração de corpos estranhos, mais comum nas crianças em idade pré-escolar, é um acidente que pode causar doença grave ou mesmo morte. Apresentando-se mais frequentemente por sufocação, tosse, sibilância, febre e alterações radiológicas, pode, contudo, não revelar qualquer sintoma ou sinal imagiológico, sendo a história clínica sugestiva um elemento chave no seu diagnóstico.

Descrição do Caso: Criança de 20 meses, que, após episódio de sufocação com amendoins, inicia quadro de tosse e sibilância. Observada de imediato num serviço de urgência hospitalar, a hipótese de aspiração de corpo estranho não foi confirmada (com base na normalidade da radiografia pulmonar), sendo instituída terapêutica broncodilatadora. Como os sintomas persistiram, foi trazida a consulta urgente no Centro de Saúde ainda mais três vezes (sendo das duas últimas vezes de novo enviada ao Hospital). Na sequência da última destas consultas, ao 33º dia pós sufocação, realiza broncofibroscopia, confirmando-se a presença de corpo estranho brônquico (casca de amendoim), associado já a necrose da parede.

Comentário: Com este caso pretende-se ilustrar a supremacia da anamnese, em detrimento da radiologia, nos casos suspeitos de aspiração de corpo estranho, alertando para as complicações decorrentes do atraso diagnóstico. Ilustra-se ainda a vantagem da articulação entre os vários de cuidados e a importância dos cuidados antecipatórios na consulta de Saúde Infantil.

Palavras-chave: Aspiração de Corpo Estranho; Sufocação; Broncospasmo

INTRODUÇÃO

A aspiração de corpo estranho (CE) não é uma situação rara em Saúde Infantil: na década de 90, no Hospital Pediátrico de Coimbra, registaram-se cerca de 18 casos confirmados por ano (de entre quase o dobro de suspeitas)¹ e no Hospital de Santa Maria (Lisboa) cerca de 4 casos por ano.² A maior parte destes é conduzida de imediato a um centro hospitalar. Alguns casos (14% de acordo com uma grande série norte-americana),³ no entanto, serão observados em primeiro lugar por um médico não hospitalar. Estes serão, à partida, os casos clinicamente menos graves e evidentes mas, também, aqueles que correm mais risco de um diagnóstico errado e de só tardiamente terem um diagnóstico correcto.

Relata-se um caso de aspiração de CE por uma criança de 20 meses a quem é diagnosticada aspiração de corpo estranho 33 dias após ter apresentado um episódio de sufocação (ou síndrome de penetração) clássi-

co enquanto mexia num amendoim. Apesar de observada de imediato num serviço de urgência (SU) hospitalar por suspeita de aspiração de CE, teve alta com esta suspeita não confirmada. Durante os 33 dias que mediaram entre o síndrome de penetração e o diagnóstico, os sintomas persistiram e a criança foi trazida a várias consultas no Centro de Saúde (sendo dali enviada ao SU), não voltando a ser levantada a suspeita de aspiração de CE a não ser pela mãe da criança, facto que terá originado a frase que dá título a esta apresentação: «E a mãe a insistir no amendoim...».

Com a apresentação deste caso pretende-se ilustrar as elevadas sensibilidade e especificidade do episódio de sufocação/síndrome de penetração (superiores às das alterações radiológicas), nos casos suspeitos de aspiração de corpo estranho. Apesar de descritas pela generalidade da literatura médica elas nem sempre são devidamente valorizadas na prática clínica. Pretende-se ainda alertar para as complicações decorrentes do atraso diagnóstico e ilustrar a vantagem da articulação entre os vários níveis de cuidados (neste caso entre médico de família, consultor de Pediatria no Centro de

*Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar
Centro de Saúde da Senhora da Hora
Unidade Local de Saúde de Matosinhos



Saúde e Pneumologista hospitalar) e dos cuidados antecipatórios na consulta de Saúde Infantil.

DESCRIÇÃO DO CASO

Dia 0

B é uma menina de 20 meses que, de acordo com a avó, que dela cuidava, se engasgou enquanto comia amendoins. Tendo iniciado de imediato tosse intensa, foi levada ao SU.

B é caucasiana, natural de, e residente em, Custóias, Matosinhos. Nascida de parto eutócico (Apgar 9/10) com 3.300 g e 47 cm, foi, logo no berçário, orientada para a consulta de Ortopedia Infantil por valgismo do pé esquerdo. Fez aleitamento materno exclusivo até aos 2 meses, notando-se então má evolução ponderal pelo que inicia suplementação artificial, mantendo a partir de então normal aumento de peso. Na consulta de Ortopedia, pelos quatro meses de idade, é-lhe diagnosticada ainda luxação congénita da anca, passando a usar tala de Pavlik (até aos 8 meses) o que condicionou ligeiro atraso na sua motricidade grosseira: sentou-se aos 9 meses e andou aos 17 meses, não se registando alterações em qualquer dos restantes parâmetros do desenvolvimento. A frequentar infantário desde os 4 meses, apresentou, a partir dos 9 meses, várias otites médias agudas, nunca tendo apresentado sibilância até ao início do quadro que se relata.

Nos seus antecedentes familiares não havia registo de problemas de saúde relevantes, nomeadamente de asma ou outra doença pulmonar crónica. Enquadrada numa família nuclear, B é trazida às consultas pela sua mãe, de 36 anos, saudável, auxiliar de acção educativa com o 9º ano de escolaridade, cuidadora atenta, ponderada e com hábitos racionais de utilização dos serviços de saúde. O pai, de 40 anos, fumador, nunca compareceu no Centro de Saúde (CS).

Dias 0 a 2

Ficou internada no Serviço de Pediatria por «*síndrome de dificuldade respiratória (SDR) e suspeita de aspiração de corpo estranho*». Na admissão realizou exames analíticos que revelaram apenas leucocitose, sem neutrofilia, e uma ligeira elevação (para o triplo) da Proteína C Reactiva. Fez também radiografia pulmonar que foi normal. Fez nebulizações com salbutamol e brometo de ipatrópio, tendo-se mantido «*apirética, sem SDR*

ou pieira». Da nota de alta constavam os seguintes diagnósticos: «*traqueo-bronquite vírica*» e «*suspeita não confirmada de aspiração de amendoim*», sendo aconselhado que mantivesse as nebulizações realizadas no internamento.

Dia 4

Dois dias depois da alta comparece a consulta programada no CS e a mãe relata o sucedido, referindo que, apesar de continuar a fazer as três nebulizações diárias prescritas, B continua a tossir muito. Ao exame objetivo (EO) encontra-se bem disposta e apirética mas tossindo com frequência. Destaca-se ainda uma frequência respiratória de 36 ciclos por minuto (cpm), assimetria do murmúrio vesicular (mais audível à esquerda), roncos expiratórios mobilizáveis dispersos bilateralmente e tempo expiratório normal. É-lhe dada indicação para manter terapêutica até à melhoria sintomática.

Dia 10

É trazida pela mãe a consulta urgente no CS visto estar a tossir cada vez mais, apesar de até ter aumentado a frequência das nebulizações (4 vezes ao dia). Mantém-se bem disposta (não obstante a tosse constante), mas mais taquipneica (agora de 52 cpm), auscultando-se sibilos dispersos bilateralmente e um aumento do tempo expiratório. Perante o agravamento do quadro, é enviada ao SU. Na carta de referência não é mencionado o episódio de sufocação com amendoim ocorrido 10 dias antes. Esta omissão foi deliberada repousando na afirmação constante da nota de alta do internamento «*suspeita não confirmada de aspiração de corpo estranho*».

Dia 10

À entrada no SU estava apirética, taquiesfígmica (127 pulsações por minuto) e com normal saturação de oxigénio (99%). Realiza nova radiografia pulmonar, descrita como normal, faz duas nebulizações semelhantes às que fazia em casa e 2 mg de betametasona (em solução oral). Dos registos do SU consta a seguinte observação: «*Muito bem disposta, a brincar e a correr pelo SU.*» Tem alta 3 horas após a admissão com «*alguma pieira em repouso (...)*», com o tempo expiratório muito aumentado e sibilos e crepitações dispersas, medicada com be-



tametasona durante 3 dias e com indicação para continuar com as nebulizações.

A mãe conta que neste episódio interroga o Pediatra que observou a criança sobre a hipótese de o quadro estar relacionado com o episódio de sufocação de 10 dias antes, obtendo a resposta «*E a mãe a insistir no amendoim!*»

Dia 32

Trazida de novo a consulta urgente no CS por persistência de tosse intensa, com exame objectivo sobreponível ao do dia 10. O caso é apresentado à Pediatra que, por coincidência, nesse dia faz consultadoria semanal no CS. A Pediatra estabelece contacto telefónico imediato com o serviço de Pneumologia do hospital de referência e B é internada para realização de broncoscopia flexível por suspeita de aspiração de corpo estranho.

Dias 32 a 35

Realiza broncoscopia flexível no segundo dia de internamento a qual revela no brônquio principal direito «*presença de um corpo estranho, de cor esbranquiçada, de contornos irregulares, não ocluindo totalmente o brônquio principal*». No mesmo dia realiza, noutro centro hospitalar, broncoscopia rígida para extracção do corpo estranho, a qual descreve «*muito tecido de granulação e necrose no brônquio principal direito. O corpo estranho (fragmentos de osso) estava no tronco intermédio. Foi retirado o material necrosado.*»

No internamento (de 4 dias) mantém nebulizações com salbutamol, budesonido e acetilcisteína e inicia antibioterapia (amoxicilina e ácido clavulânico) e corticoterapia (2 mg/Kg/dia de prednisolona) que manterá ainda mais um dia em ambulatório. Tem alta sem alterações ao exame objectivo e com internamento agendado para dez dias depois para realização de broncoscopia (flexível) de controlo.

Dias 45 a 47

Internamento programado para reavaliação, estando assintomática e sem alterações ao exame objectivo. A broncoscopia não revelou quaisquer alterações na árvore brônquica previamente afectada. Foi colhido lavado brônquico para novo exame microbiológico. Teve alta ainda com nova reavaliação clínica agendada para dali a uma semana na consultadoria de Pediatria do CS.

Dia 48

Trazida a consulta urgente no CS por febre na véspera (no regresso a casa após a alta hospitalar). Sem outros sintomas e com o exame objectivo normal é-lhe prescrito apenas tratamento sintomático e dada indicação para vigilância.

Dia 59

Contacto telefónico da colega de Pneumologia do hospital para o médico de família, informando do isolamento de um *Haemophilus Influenza* na cultura do lavado brônquico, sensível à associação amoxicilina e ácido clavulânico, a qual é prescrita.

Dia 77

Comparece a consulta de vigilância no CS, assintomática. O exame objectivo é normal, destacando-se boa evolução estado-ponderal (peso entre o percentil 90 e 75 e altura no percentil 50).

COMENTÁRIO

A aspiração de CE é uma situação comum em Pediatria: na década de 90, no Hospital Pediátrico de Coimbra (Portugal) registaram-se por ano cerca de 18 casos confirmados (de entre quase o dobro de suspeitas);¹ no Hospital de Santa Maria (Lisboa, Portugal) registaram-se na mesma época cerca de 4 casos por ano.² Nos Estados Unidos, entre 1991 e 1994, estimava-se que a aspiração de CE terá causado a morte de 180 a 300 crianças por ano.^{4,5}

Este relato, envolvendo uma criança de 20 meses, é típico dado que, devido à fase oral do desenvolvimento infantil, à ausência de molares, à imaturidade do reflexo de deglutição e ao pequeno calibre das vias aéreas, a aspiração de CE tem um pico de incidência entre o 1 e os 2 anos de idade.^{2-4,6-10}

Tal como se verifica neste caso, um episódio de engasgamento ou sufocação súbitos, com tosse paroxística, dificuldade respiratória, e, por vezes, vómito, enquanto a criança está a comer ou a brincar com objectos pequenos, testemunhado pelos cuidadores da criança, é encontrado na história da maioria dos casos de aspiração de CE confirmada e é designado na literatura portuguesa como síndrome de penetração. Em várias séries de casos pediátricos publicadas, foi confirmada a aspiração de CE em 70 a 98% das crianças com



síndrome de penetração.^{4,5,7,10-12} Numa série portuguesa, em 87% dos casos em que se confirmou a aspiração de CE havia história de síndrome de penetração.¹ De acordo com os resultados do estudo de várias séries, um síndrome de penetração teria uma sensibilidade entre 82 e 97%^{4,5,7-12} e uma especificidade entre 15 e 100%,^{4,5,7-9,11} Nenhum sintoma, sinal ou alteração do exame objectivo e radiológico, isolado ou associado, apresenta melhor relação sensibilidade / especificidade que a apresentada pelo síndrome de penetração.^{5,7,9}

Neste caso, estava presente o quadro clínico clássico: a tríade de tosse paroxística, sibilância e assimetria do murmúrio vesicular. No entanto, esta tríade nem sempre está presente sendo descrito que até 60 % das crianças podem estar assintomáticas ou com sintomas ligeiros^{1,3,4} e que 15% apresentam exame objectivo normal.⁸ A aspiração de CE é um diagnóstico diferencial obrigatório da sibilância do recém-nascido e da criança pequena, em particular do primeiro episódio,¹³ nos refractários ao tratamento médico ou recidivantes após o mesmo. De igual modo, deve ser considerada esta hipótese de diagnóstico nas infecções respiratórias prolongadas, recorrentes ou refractárias ao tratamento. Não obstante, há relatos de crianças com corpos estranhos na árvore respiratória não diagnosticados por longos períodos, anos em alguns casos,^{1,8,12} algumas das quais foram sendo tratadas como asmáticas, portadoras de bronquiectasias, *croup*, pneumonias ou com febre persistente.^{3,12,14}

O diagnóstico de aspiração de CE é uma urgência médica e a sua extracção deve ser realizada tão breve quanto possível pois, além do risco de asfixia fatal, o diagnóstico e tratamento tardios comportam risco aumentado de complicações. Numa série portuguesa, apenas 39% das crianças com aspiração de CE confirmada foram diagnosticadas ou tratadas até 24 horas depois do início dos sintomas.¹ Noutras séries, o diagnóstico fez-se nas primeiras 24 horas em 20% a 81% dos casos,^{3-5,8-12} até às 48 horas em 68 a 81% dos casos, após as 48 horas em 24%, em 20% depois de 3 dias ou mais, e em 25 a 27% o diagnóstico só se fez passados 8 ou mais dias do síndrome de penetração.

As complicações dos CE (tanto mais frequentes e graves quanto mais tempo os CE permanecem na árvore respiratória) podem dever-se à obstrução (atelectasia, asfixia e morte), a reacções secundárias (infecção,

broncospasmo e formação de granulomas) ou tardias (perfuração, estenose e bronquiectasias).

Tal como no presente caso, nas várias séries de casos,^{1,3-12} a radiografia do tórax foi normal em 5 a 47% das crianças que efectivamente tinham aspirado um CE, sendo-lhe atribuída uma sensibilidade 66 a 73% e uma especificidade de 45 a 67%. Quando presentes, as alterações mais frequentemente descritas são hiperinsuflação unilateral (32 a 90%), atelectasia (14 a 22%), condensação (6 a 8%) e CE radiopaco (2 a 15%).^{4,8,9,12} Perante uma história inequívoca de síndrome de penetração associada a alterações ao exame objectivo, a radiografia não tem qualquer utilidade diagnóstica pois, ao contrário da conclusão da primeira avaliação no SU da criança do caso relatado, esta não poderá excluir a presença de um CE.¹⁰

No caso em questão, apesar do relato da broncoscopia referir a extracção de um osso de frango, a hipótese mais provável é tratar-se de uma casca de amendoim (recoberta de produtos inflamatórios que lhe conferiram o aspecto esbranquiçado) que, pela sua forma, revestiu o lúmen brônquico não o ocluindo por completo. A natureza dos CE depende dos hábitos sócio-culturais das populações em estudo, prevalecendo nas séries pediátricas os de origem vegetal e nas crianças mais velhas e adultos os inorgânicos. Na série de casos pediátricos portugueses os amendoins, tremozos e feijões constituíram 74% dos CE respiratórios,¹ enquanto numa série espanhola, 81% eram exclusivamente frutos secos.⁹ Os casos relatados na bibliografia disponível descrevem outros CE tão variados quanto: amêndoas, nozes, avelãs, sementes de girassol, pistachios, pevides de fruta, pipocas, soja, cereais secos, ossos, dentes, unhas, rebuçados, carne, fragmentos de cenoura, de maçã, salsichas, grãos de café, pés de frutos, manteiga com pedaços de amendoim, fragmentos e tampas de canetas, pins, *punnaises*, *clips*, apitos, peças de brinquedos e brinquedos pequenos, conchas, seixos, parafusos, bijutarias pequenas, alfinetes, agulhas, giz, etc.^{4-6,10-12,15} Os CE orgânicos, como esta casca de amendoim, põem problemas particulares por serem na sua maioria radiolucentes, por poderem absorver líquidos, aumentando o seu volume, por libertarem substâncias irritativas para a árvore respiratória e por se poderem fragmentar, disseminando-se ou progredindo até pontos distais da árvore respiratória.



Uma broncoscopia de revisão está indicada nos casos, como o presente, em que houve atraso diagnóstico, inflamação marcada, remoção incompleta ou mal sucedida do CE, persistência dos sintomas ou das alterações radiológicas após a remoção do CE (realizada em 1 a 20% dos casos).^{1,4,7-9,11}

Em suma, é suspeita fundamentada de aspiração de CE a história inequívoca de síndrome de penetração. Nos casos de sibilância inaugural, de tosse paroxística intensa e persistente iniciada subitamente (enquanto a criança comia ou brincava sozinha) e de um modo geral nos quadros respiratórios prolongados, inexplicados e/ou refractários ao tratamento, colocar também a hipótese de aspiração de CE, pesquisando activamente síndrome de penetração. Perante um síndrome de penetração, as crianças devem ser enviadas a um serviço de urgência pediátrico que disponha de broncofibroscopia, com a indicação da suspeita e do objectivo da referência. Se a suspeita é forte, deve realizar-se broncoscopia rígida *ad initium*, pois uma só intervenção será diagnóstica e terapêutica. Nos quadros mais incertos ou arrastados, deve realizar-se primeiro broncoscopia flexível diagnóstica.¹⁶

Por fim, uma palavra para os cuidados antecipatórios na consulta de saúde infantil: prevenir sempre os pais para o perigo não só dos brinquedos com peças pequenas e dos balões, como também de pequenos objectos destinados a adultos a que as crianças possam ter acesso e, sobretudo e em particular no nosso país, dos frutos secos, tremeços e feijões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho M, Estevão HM, Boavida E, Pires R, Pato R, Isaac JB, et al. Corpos estranhos na árvore traqueobrônquica: experiência de 12 anos. *Acta Med Port* 1997 Feb-Mar; 10 (2-3): 151-5.
- Guimarães J. A Broncofibroscopia na Aspiração de Corpo Estranho na Criança. *Rev Port Pneumol* 1995 Mar-Abr; 1 (2): 139-44.
- Reilly J, Thompson J, MacArthur C, Pransky S, Beste D, Smith M, et al. Pediatric aerodigestive foreign bodies injuries: are complications related to timeliness of diagnosis? *Laryngoscope* 1997 Jan; 107 (1): 17-20.
- Schmidt H, Manegold BC. Foreign body aspiration in children. *Surg Endosc* 2000 Jul; 14 (7): 644-8.
- Metrangelo S, Monetti L, 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 Aug; 34 (8): 1229-31.
- Baharloo F, Veyckemans F, Francis C, Bietlot MP, Rodenstein DO. Tracheobronchial foreign bodies - presentation and management in children and adults. *Chest* 1999 May; 115 (5): 1357-62.
- Ayed AK, Jafar AM, Owayed A. Foreign body aspiration in children: diagnosis and treatment. *Pediatr Surg Int* 2003 Aug; 19 (6): 485-8.
- Bodart E, de Bilderling G, Tuerlinckx D, Gillet JB. Foreign body aspiration in childhood: management algorithm. *Eur J Emerg Med* 1999 Mar; 6 (1): 21-5.
- Barrios Fontoba JE, Gutierrez C, Lluna J, Vila JJ, Poquet J, Ruiz-Company S. Bronchial foreign body: should bronchoscopy be performed in all patients with a choking crisis? *Pediatr Surg Int* 1997 Feb; 12 (2-3): 118-20.
- Silva AB, Muntz HR, Clary R. Utility of conventional radiography in the diagnosis and management of pediatric airway foreign bodies. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998 Oct; 107 (10 Pt 1): 834-8.
- Zerella JT, Dimler M, McGill LC, Pippus KJ. Foreign body aspiration in children: value of radiography and complications of bronchoscopy. *J Pediatr Surg* 1998 Nov; 33 (11): 1651-4.
- Emir H, Tekant G, Be_ik C, Eliçevik M, Senyüz OF, Büyükkunal C~, et al. Bronchoscopic removal of tracheobronchial foreign bodies: value of patient history and timing. *Pediatr Surg Int* 2001 Mar; 17 (2-3): 85-7.
- Roback MG, Dreitlein DA. Chest radiograph in the evaluation of first time wheezing episodes: review of current clinical practice and efficacy. *Pediatr Emerg Care* 1998 Jun; 14 (3): 181-4.
- Franzese CB, Schweinfurth JM. Delayed diagnosis of a pediatric airway foreign body: case report and review of the literature. *Ear Nose Throat J* 2002 Sep; 81 (9): 655-6.
- Bastos V, Carvalho G. Aspiração de corpos estranhos: a propósito de dois casos clínicos. *Hygeia* 1992; VI (2): 27-9.
- Osman EZ, Webb CJ, Clarke RW. Management of suspected foreign body aspiration in children. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2003 Jun; 28 (3): 276.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Mónica Granja
Centro de Saúde da Senhora da Hora
R. da Lagoa
4460 Senhora da Hora
E-mail: monica.granja@ulsm.min-saude.pt

Recebido em 20/11/2008

Aceite para publicação em 05/03/2009



ABSTRACT

Introduction: Foreign body (FB) aspiration is an accident which is more common in pre-school children, and may lead to serious disease or even death. The most common clinical presentations of FB aspiration are choking crisis, cough, wheezing, fever and X-ray abnormalities. There may also be no clinical or radiological signs, thus making anamnesis the key element for diagnosis.

Case Report: Following a choking crisis while playing with peanuts, a twenty month-old toddler begins coughing and wheezing, and was immediately brought to the local emergency department. Since the chest radiography was normal, she was discharged with a presumptive "*non-confirmed suspicion of FB aspiration*" and received a prescription of bronchodilators. Since the symptoms persisted, she went to see her family physician three more times (in the last two she was again referred to the hospital emergency department). After this third visit and 33 days after the choking crisis, she underwent bronchoscopy, which revealed a bronchial FB (a peanut shell) with associated bronchial wall necrosis.

Comment: This case report illustrates that anamnesis is considerably superior to chest radiography in the diagnosis of suspected FB aspiration. Furthermore, it stresses that complications may arise if the diagnosis is delayed, and highlights the benefits of both multidisciplinary care and anticipatory guidance on child health surveillance plans.

Keywords: Foreign Body Aspiration; Choking Crisis; Wheezing.
