

Crupe (Laringotraqueíte viral aguda)

Guia prático para manejo do crupe no pronto-socorro pediátrico: classificação de gravidade, nebulização com adrenalina, dexametasona e critérios de alta. Atualizado 2025.

Paciente típico: Criança de 6 meses a 3 anos com pródromos catarrais há 1-2 dias, evoluindo com tosse ladrante (metálica), rouquidão e estridor inspiratório, geralmente piorando à noite. Febre baixa e sem sinais de toxemia.

? Guia rápido

i Clique nos tópicos abaixo para ver detalhes

História clínica típica

História Clínica

QP: "Tosse de cachorro" há □ dias

HDA: Mãe refere que a criança iniciou há □ dias com coriza hialina e obstrução nasal leve. Evoluiu com tosse seca característica ("latido de cachorro"), rouquidão e "chiado" ao respirar, mais intenso à noite.

Febre baixa (até 38,5°C). Nega dificuldade para engolir.

Nega sialorreia. Nega posição antálgica preferencial.

Melhora parcial com ar frio/úmido.

ISDA: Nega diarreia, vômitos, exantema. Aceita líquidos.

AP: Hígida, vacinação em dia.

Nega internações prévias. Nega atopias conhecidas.

Alergias: NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS CONHECIDAS

Exame físico

REG, corada, hidratada, acianótica, anictérica

FR: □ irpm | FC: □ bpm | Tax: □°C | SatO2: □% em AA

Peso: □ kg

Orofaringe: hiperemia leve, sem exsudato, SEM sinais de epiglote

Ausência de sialorreia ou disfagia

Pescoço: ausência de linfadenomegalias volumosas

AR: Estridor inspiratório [leve/moderado/grave]

[Com/Sem] tiragem intercostal

[Com/Sem] batimento de asa nasal

MV presente bilateralmente, sem RA

ACV: BRNF 2T, sem sopros

Abd: Flácido, indolor, RHA+

Neuro: Ativa, interagindo com o ambiente

HD

- Laringotraqueíte viral aguda (Crupe) [leve/moderado/grave]

Conduta

- Classificar gravidade (presença de estridor em repouso)

- Dexametasona VO ou IM (todos os casos)

- Nebulização com adrenalina (se moderado/grave)

- Observação 3-4h após adrenalina

- Alta se ausência de estridor em repouso

- Orientações de sinais de alarme

Classificação de Gravidade do Crupe

GRAVIDADE	ESTRIDOR	TIRAGEM	ENTRADA DE AR	CONSCIÊNCIA	CONDUTA
LEVE	Ausente em repouso, presente ao choro	Ausente ou leve	Normal	Normal	Dexametasona VO

GRAVIDADE	ESTRIDOR	TIRAGEM	ENTRADA DE AR	CONSCIÊNCIA	CONDUTA
MODERADO	Presente em repouso	Moderada	Levemente diminuída	Normal	Dexametasona + Adrenalina NBZ
GRAVE	Acentuado em repouso	Grave + BAN	Muito diminuída	Agitado ou letárgico	Dexametasona + Adrenalina NBZ + Observação rigorosa
IMINÊNCIA DE IRpA	Pode estar ausente (exaustão)	Paradoxal	Mínima	Obnubilado	IOT de EMERGÊNCIA

Prescrição para paciente típico

Crupe LEVE (sem estridor em repouso):

01. Dexametasona 4mg/mL – Fazer □ mL, V0, dose única AGORA
(Dose: 0,15-0,3 mg/kg – máx. 10 mg)
 02. Dipirona 500mg/mL gotas – 1 gota/kg, V0, se febre ($T \geq 37,8^{\circ}\text{C}$) ou dor
(máx.: 40 gotas/dose)
- # Observação por 1-2 horas
Alta com orientações se estável

Crupe MODERADO/GRAVE (com estridor em repouso):

01. Dexametasona 4mg/mL – Fazer □ mL (0,6 mg/kg), IM ou EV, dose única AGORA
(máx.: 16 mg)
02. Nebulização com Adrenalina 1mg/mL (pura) – □ mL + SF 0,9% qsp 5 mL
(Dose: 0,5 mL/kg – máx. 5 mL)
Pode repetir após 30 minutos se necessário
03. O2 suplementar úmido se SatO2 < 92% - cateter nasal 1-2 L/min
04. Dipirona 500mg/mL (15mg/kg) – Fazer □ mL + AD qsp 20 mL, EV lento, se febre ou dor

Observação por 3-4 horas após nebulização com adrenalina

Alta se ausência de estridor em repouso após período de observação

Para casa (após alta do PS):

01. Dexametasona 0,1mg/mL elixir ————— 01 frasco

Tomar □ mL (0,15 mg/kg), VO, 1x ao dia, por mais 1-2 dias

(somente se não recebeu dexametasona injetável no PS)

02. Dipirona 500mg/mL gotas ————— 01 frasco

Tomar 1 gota/kg, VO, de 6/6h, se febre ou dor

(máx.: 40 gotas/dose)

03. Paracetamol 200mg/mL gotas ————— 01 frasco

ALTERNATIVA: Tomar 1 gota/kg, VO, de 4/4h ou 6/6h, se febre ou dor

(máx.: 50 gotas/dose)

? NO PRONTO-SOCORRO

• ⚠ MANEJO E CUIDADOS INICIAIS

- **Manter a criança calma** - o choro e a agitação pioram o estridor
- **Deixar no colo dos pais** sempre que possível
- **Evitar manipulação excessiva** e procedimentos desnecessários inicialmente
- **Avaliar rapidamente gravidade** pela presença de estridor em repouso
- **NÃO visualizar orofaringe com abaixador de língua** se suspeita de epiglote
- **Oximetria de pulso** - manter SatO₂ ≥ 92%
- **Radiografia cervical lateral** - apenas se dúvida diagnóstica (sinal da torre/ponta de lápis)
- **RED FLAGS para diagnóstico diferencial:**
 - Febre alta + toxemia + sialorreia → **EPIGLOTITE** (garantir via aérea!)
 - Febre alta + piora progressiva + não responde à adrenalina → **TRAQUEÍTE BACTERIANA**
 - Início súbito sem pródromos → **ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO**

• **CORTICOSTEROIDE** - BASE DO TRATAMENTO (todos os casos)

◦ **Prescrição prática:**

- Dexametasona 4mg/mL - Fazer 0,15 mL/kg (0,6 mg/kg), VO ou IM, dose única

- Crupe leve: 0,15-0,3 mg/kg | Crupe moderado/grave: 0,6 mg/kg
- Dose máxima: 16 mg (4 mL da apresentação 4mg/mL)
- **Alternativas:**
 - Budesonida 0,25-0,5mg/mL – 2 mg NBZ (diluir 4 mL em igual volume de SF 0,9%), dose única
 - Prednisolona 3mg/mL – 1-2 mg/kg, VO, 1x/dia por 3-5 dias
- **Indicações:**
 - TODOS os casos de crupe (leve, moderado ou grave)
 - Reduz edema laríngeo, diminui necessidade de adrenalina e internação
- **Apresentações:**
 - Dexametasona injetável: 4mg/mL (ampola 2,5 mL) ou 8mg/mL
 - Dexametasona elixir: 0,1mg/mL (para uso oral/domiciliar)
 - Budesonida suspensão: 0,25mg/mL e 0,5mg/mL
 - Prednisolona solução: 3mg/mL
- **Via(s):** Oral | IM | EV | Inalatória
- **Cuidados:**
 - Dexametasona é a droga de escolha - ação rápida (2-3h) e duradoura
 - A via IM deve ser usada se criança vomitar ou não tolerar VO
 - **Dose única** é geralmente suficiente (meia-vida longa: 36-54h)
 - Regra prática dose IM/EV: $\text{Peso} \div 6 = \text{mL de Dexametasona 4mg/mL}$

• NEBULIZAÇÃO COM ADRENALINA - CASOS MODERADOS/GRAVES

- **Prescrição prática:**
 - Adrenalina 1mg/mL (1:1000) – Fazer 0,5 mL/kg (máx. 5 mL), pura ou diluída em SF 0,9%
 - Nebulizar com O2 6-8 L/min por 10-15 minutos
 - Pode repetir a cada 20-30 minutos se necessário (até 3x)
- **Alternativas:**
 - Adrenalina racêmica 2,25% – 0,05 mL/kg (máx. 0,5 mL) diluída em 3 mL SF 0,9%
- **Indicações:**
 - Crupe **moderado a grave** (estridor em repouso)
 - Efeito TEMPORÁRIO (duração 1-2 horas) - não altera curso da doença
- **Apresentações:**
 - Adrenalina (Epinefrina) 1mg/mL (1:1000) - ampola 1 mL
- **Via(s):** Inalatória (nebulização)
- **Cuidados:**
 - **Regra prática:** $\text{Peso} \div 2 = \text{dose em mL}$ (máximo 5 mL)
 - Efeito inicia em **10-30 minutos** e dura **1-2 horas**
 - **⚠ OBRIGATÓRIO** observação de **3-4 horas após** a nebulização
 - Alta somente se **ausência de estridor em repouso** após período de observação
 - Pode ocorrer efeito rebote - monitorar FC e estado clínico
 - Se necessitar >3 nebulizações → considerar internação
 - **Não resposta à adrenalina** → pensar em **traqueíte bacteriana**

• ANALGÉSICO / ANTITÉRMICO

○ Prescrição prática:

- Dipirona 500mg/mL (15-25 mg/kg) – Fazer $\text{Peso} \times 0,03 \text{ mL} + \text{AD}$ qsp 20 mL, EV lento, se febre/dor
- Dipirona 500mg/mL gotas – 1 gota/kg, VO, de 6/6h, se febre ou dor (máx. 40 gts)

○ Alternativas:

- Paracetamol 200mg/mL gotas – 1 gota/kg, VO, de 4/4h a 6/6h, se febre ou dor
- Ibuprofeno 50mg/mL gotas – 2 gotas/kg, VO, de 6/6h, se febre ou dor

○ Indicações:

- Febre ($T_{ax} \geq 37,8^{\circ}\text{C}$)
- Dor ou irritabilidade associada

○ Apresentações:

- Dipirona gotas: 500mg/mL (1 gota = 25 mg)
- Dipirona injetável: 500mg/mL (ampola 2 mL = 1g)
- Paracetamol gotas: 200mg/mL (1 gota = 10 mg)
- Ibuprofeno gotas: 50mg/mL ou 100mg/mL

○ Via(s): Oral | EV | IM

○ Cuidados:

- Dipirona EV: diluir e fazer lentamente
- Dose máxima dipirona: 40 gotas/dose ou 2 mL injetável/dose
- Paracetamol: máx. 75 mg/kg/dia
- Evitar AINEs em lactentes < 6 meses

• OXIGENOTERAPIA – SE HIPOXEMIA

○ Prescrição prática:

- O₂ úmido por cateter nasal 1-2 L/min para manter SatO₂ $\geq 92\%$
- Máscara de Venturi se necessário maior FiO₂

○ Indicações:

- SatO₂ < 92% em ar ambiente
- Sinais de desconforto respiratório grave

○ Cuidados:

- Preferir O₂ **umidificado** para não ressecar mucosas
- Evitar máscaras que causem agitação na criança

• HIDRATAÇÃO

○ Prescrição prática:

- SF 0,9% – 20 mL/kg EV em 30-60 min (se desidratação ou acesso venoso necessário)
- Preferir hidratação VO se criança estável e aceitando líquidos

○ Indicações:

- Desidratação
 - Febre alta
 - Recusa alimentar prolongada
 - **Cuidados:**
 - Manter aporte hídrico adequado – risco de SIADH em casos graves
 - Evitar sobrecarga hídrica
-

? PARA CASA

- **CORTICOSTEROIDE ORAL** (se não recebeu forma de depósito no PS)
 - **Prescrição:** Dexametasona 0,1mg/mL elixir – Tomar $\text{Peso} \times 1,5 \text{ mL}$ (0,15 mg/kg), VO, 1x/dia, por 1-2 dias
 - **Indicações:** Manutenção do efeito anti-inflamatório para casos com risco de recorrência
 - **Apresentações:** Dexametasona elixir 0,1mg/mL (Decadron®)
 - **Posologia:** 0,15-0,3 mg/kg/dia, 1x ao dia pela manhã
 - **Cuidados:**
 - Geralmente **não necessário** se recebeu Dexametasona IM ou EV no PS (meia-vida longa)
 - Tempo máximo: 3-5 dias
 - Regra prática: $\text{Peso} \div 4 = \text{mL/dose}$ (para concentração 0,1mg/mL)
 - **Alternativa(s):**
 - Prednisolona 3mg/mL – Tomar $\text{Peso} \div 3 \text{ mL}$, VO, 1x/dia por 3-5 dias

- **ANALGÉSICO / ANTITÉRMICO**
 - **Prescrição:** Dipirona 500mg/mL gotas – Tomar 1 gota/kg, VO, de 6/6h, se febre ou dor
 - **Indicações:** Febre, dor, irritabilidade
 - **Apresentações:** Dipirona gotas 500mg/mL | Paracetamol gotas 200mg/mL
 - **Posologia:** A cada 6/6h conforme necessidade
 - **Cuidados:**
 - Dose máxima: 40 gotas por dose
 - Intercalar com paracetamol se febre persistente
 - **Alternativa(s):**
 - Paracetamol 200mg/mL gotas – Tomar 1 gota/kg, VO, de 4/4h a 6/6h, se febre ou dor

- **IBUPROFENO** (alternativa anti-inflamatória)

- **Prescrição:** Ibuprofeno 50mg/mL gotas – Tomar 2 gotas/kg, VO, de 6/6h a 8/8h, se febre ou dor
- **Indicações:** Alternativa analgésica/antitérmica (> 6 meses)
- **Apresentações:** Ibuprofeno gotas 50mg/mL (Alivium®) ou 100mg/mL
- **Posologia:** 5-10 mg/kg/dose, máximo 40 mg/kg/dia
- **Cuidados:**
 - Contraindicado em < 6 meses
 - Evitar uso prolongado
 - Administrar após alimentação
- **Alternativa(s):**
 - Ibuprofeno 100mg/mL gotas – Tomar 1 gota/kg, VO, de 6/6h a 8/8h

• **☐☐☐☐ Orientações ao paciente**

- ☐ **Ambiente:** Manter ar úmido e fresco (umidificador ou banho morno com vapor)
- ☐ **Conforto:** Deixar a criança em posição confortável, elevar cabeceira
- ☐ **Hidratação:** Oferecer líquidos frequentemente (água, leite, sucos)
- ☐ **Repouso:** Evitar choro excessivo e agitação (pioram o estridor)
- ☐ **Ar frio:** Exposição ao ar frio noturno pode aliviar sintomas
- ☐ **Evolução esperada:** Melhora em 2-3 dias, resolução completa em 5-7 dias
- ⚠ **RETORNAR IMEDIATAMENTE SE:**
 - Piora do estridor ou dificuldade para respirar
 - Tiragem intercostal ou uso de musculatura acessória
 - Cianose (coloração azulada dos lábios)
 - Babar ou dificuldade para engolir
 - Febre alta (> 39°C) persistente
 - Recusa alimentar ou sinais de desidratação
 - Sonolência excessiva ou irritabilidade intensa
 - Não melhora após 7 dias

? CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

CRITÉRIO	CONDUTA
Estridor em repouso persistente após 3-4h de observação	Internação para monitorização
Necessidade de >3 nebulizações com adrenalina	Internação
SatO2 < 92% persistente em ar ambiente	Internação + O2
Sinais de exaustão respiratória	UTI Pediátrica
Suspeita de epiglotite ou traqueíte bacteriana	Internação + ATB parenteral

CRITÉRIO	CONDUTA
Comorbidades (cardiopatía, pneumopatia, imunodeficiência)	Baixo limiar para internação
Condição socioeconômica desfavorável/dificuldade de retorno	Considerar observação prolongada

?? DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

CONDIÇÃO	CARACTERÍSTICAS DIFERENCIAIS
Epiglotite aguda	Quadro agudo e fulminante, febre ALTA, toxemia, sialorreia, disfagia, posição em tripé, SEM tosse e SEM rouquidão , epiglote vermelho-cereja. EMERGÊNCIA - garantir via aérea!
Traqueíte bacteriana	Geralmente pós-crupe viral, febre ALTA, piora progressiva, NÃO responde à adrenalina , secreção purulenta. ATB parenteral (Oxacilina/Vancomicina) + considerar IOT
Laringite estridulosa	Início SÚBITO sem pródromos, despertar noturno com estridor, afebril, melhora espontânea rápida. Tratamento igual ao crupe
Aspiração de corpo estranho	Início súbito durante alimentação ou brincadeira, história de engasgo, sibilos localizados. RX tórax + broncoscopia
Abscesso retrofaríngeo	Febre, disfagia, rigidez de nuca, massa palpável, torcicolo. TC cervical + drenagem cirúrgica
Angioedema/Anafilaxia	História de exposição a alérgeno, urticária, edema facial, hipotensão. Adrenalina IM + corticoide
Laringomalácia	Estridor CRÔNICO desde primeiras semanas de vida, piora com choro/alimentação, melhora em prono. Nasofibrolaringoscopia

? QUANDO SOLICITAR EXAMES

- **Radiografia cervical lateral:**
 - Dúvida diagnóstica com epiglotite
 - Suspeita de corpo estranho
 - Achado: **Sinal da torre** ou **ponta de lápis** (estreitamento subglótico)
- **Radiografia de tórax:**

- Suspeita de pneumonia associada
- Desconforto respiratório desproporcional
- **Hemograma / PCR:**
 - Suspeita de infecção bacteriana secundária
 - Febre alta persistente
- **Gasometria:**
 - Crupe grave com sinais de IRpA

⚠ **ATENÇÃO:** Na suspeita de **epiglotite**, NÃO manipular orofaringe e NÃO solicitar exames até garantir via aérea!

? CID-10:

- **J05.0:** Laringite obstrutiva aguda (Crupe)
 - **J04.0:** Laringite aguda
 - **J04.1:** Traqueíte aguda
 - **J04.2:** Laringotraqueíte aguda
 - **J05.1:** Epiglotite aguda
-

Revision #1

Created 30 November 2025 00:03:42 by Heric

Updated 30 November 2025 00:04:20 by Heric