

Corpo estranho no nariz e no ouvido, cerúmen e otalgia sem otite

Rinorreia fétida unilateral, beijo da mãe, bateria e ímãs no nariz, inseto vivo, irrigação, cerúmen e otalgia referida

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

O corpo estranho nasal é típico de **2 a 5 anos** e, quando não presenciado, aparece como **rinorreia purulenta, fétida e unilateral** (V Consenso Brasileiro de Rinite, SBP/ASBAI/ABORL-CCF 2024). **Bateria de botão ou ímãs no nariz são emergência (🔴)**: necrose e perfuração do septo em horas; pronto-socorro com otorrinolaringologia na hora, **sem soro, sem gotas e sem novas tentativas**. Objeto inerte, visível e anterior, em criança tranquila, pode sair com **pressão positiva — o "beijo da mãe"** (cerca de 60% de sucesso; Cook, CMAJ 2012). No ouvido, a retirada raramente é urgente, exceto a da bateria (Ministério da Saúde 2013); **inseto vivo** é imobilizado com óleo antes; **não irrigar** bateria, material vegetal nem tímpano perfurado ou duvidoso. **Cerúmen só se remove quando causa sintomas ou impede a otoscopia** (AAO-HNS 2017); hastes flexíveis não entram no conduto (SBP). Na **otalgia com otoscopia normal**, procurar a causa nos **dentes, na articulação temporomandibular (ATM), na faringe e no pescoço**; trismo, sialorreia ou torcicolo sugerem infecção profunda (🔴).

1. O que é e como se apresenta

Corpo estranho nasal. Pico de 2 a 5 anos e em crianças com transtorno do neurodesenvolvimento: borrachas, contas, espuma, papel, grãos, peças de brinquedo, **baterias de botão e ímãs** (brincos, brinquedos). Fica em geral no **assoalho da fossa, no meato inferior** (AEPap 2011; SEPEAP 2022).

- **Não presenciado** (o presenciado costuma ser assintomático): **rinorreia unilateral, purulenta e fétida**, obstrução unilateral, epistaxe, halitose. Secreção unilateral persistente é corpo estranho até prova em contrário (SBP/ASBAI/ABORL-CCF 2024; site — Rinossinusite aguda).
- **Bateria de botão:** corrente e vazamento alcalino necrosam mucosa e cartilagem; em 176 crianças, **17,6% tiveram perfuração septal**, sem relação linear com o tempo de permanência (Yan, PLoS One 2024). **Ímãs** em lados opostos do septo comprimem e necrosam a parede.
- Todo corpo estranho nasal pode migrar e ser **aspirado**.

Corpo estranho no ouvido. Mais comum abaixo de 6 anos: contas, algodão (da própria haste), papel, grãos, baterias e **insetos** (MS 2013; AEPap 2011). Sintomas: plenitude, hipoacusia, otalgia, otorreia, otorragia, tosse (ramo auricular do vago). **Inseto vivo:** dor intensa, ruído e sensação de movimento.

Cerúmen. Normal e protetor; o conduto se limpa sozinho; hastes e tampões favorecem a impactação (AAO-HNS 2017). **Cerúmen impactado** é o acúmulo que **causa sintomas**

(plenitude, hipoacusia, prurido, otalgia, zumbido) **ou impede a otoscopia necessária**, como na criança febril (AAO-HNS 2017). Rolhas de cerúmen raramente causam dor importante (MS 2013).

Otalgia sem otite. A orelha recebe fibras dos nervos **V, VII, IX, X e de C2–C3**; dor de outras regiões é sentida no ouvido (**otalgia referida**). Com otoscopia normal, as causas mais comuns são **dentárias** (cárie, pulpíte, abscesso, terceiro molar), **ATM** (bruxismo, disfunção), **faringe e amígdalas**, linfadenite cervical, parotidite, sinusite e coluna cervical (MS 2013).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
 Leve	Objeto inerte, visível e anterior (nariz) ou no terço externo do conduto , não vegetal, criança colaborativa, sem sangramento; cerúmen assintomático ou que só atrapalha a otoscopia; otalgia com otoscopia normal e causa benigna evidente	Nariz: pressão positiva; ouvido: uma tentativa, se houver treino e material; cerúmen: nada, ou ceruminolítico e irrigação quando indicada; analgesia e tratamento da causa
 Moderada	Falha de uma tentativa ; objeto esférico, profundo, impactado, vegetal ou não visível; criança que não colabora; inseto vivo (após o óleo); rinorreia unilateral fétida sem objeto visível; lesão do conduto ou otite externa secundária; cerúmen que não sai após ceruminolítico e irrigação	Encaminhar ao otorrinolaringologista com prioridade ; não repetir tentativas
 Grave	Bateria de botão no nariz ou no ouvido (confirmada ou suspeita); ímãs no nariz ou ímã + metal; objeto que migrou para trás , engasgo, tosse persistente, estridor, desconforto respiratório ou SpO2 < 92% (aspiração); objeto penetrante ou trauma com vertigem, nistagmo, hipoacusia súbita, paralisia facial ou sangramento importante; celulite facial ou periorbitária; otalgia com trismo, sialorreia, torcicolo, abaulamento faríngeo ou toxemia ; edema retroauricular	Pronto-socorro imediato com otorrinolaringologia; suspeita de aspiração = protocolo de via aérea

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 3 anos, agitação, transtorno do neurodesenvolvimento.
- Objeto não presenciado, tentativas prévias, vegetal, esférico ou mais de um objeto.
- Perfuração timpânica, tubo de ventilação, cirurgia otológica.

3. Diagnóstico no consultório

É **clínico**: história (o quê, quando, tentativas, sintomas respiratórios) e exame com **boa iluminação**.

- **Nariz: as duas narinas**, aspirando a secreção; orofaringe e ausculta pulmonar.
- **Ouvido: os dois ouvidos** e a integridade da membrana. Na otalgia: **dentes, gengivas, ATM** (dor e estalido à abertura da boca), **faringe, pescoço e parótidas**.

Exames: radiografia só na **suspeita de bateria ou ímã** não visível e na suspeita de **aspiração ou ingestão** associada (pescoço, tórax e abdome, frente e perfil — ver "Ingestão de corpo estranho, baterias, ímãs e cáusticos"), sem atrasar o encaminhamento da bateria visível.

Nasofibroscopia (otorrino) na rinorreia unilateral sem objeto visível.

Diferencial que não pode passar:

- Rinorreia unilateral: atresia coanal, pólipos (fibrose cística), tumor, rinossinusite (SBP/ASBAI/ABORL-CCF 2024).
- Otalgia com otoscopia normal: **abscesso periamigdaliano ou retrofaríngeo**, mastoidite inicial, herpes-zóster ótico, parotidite; otite externa e otite média aguda estão em "Otite média aguda (e otite externa)".
- Otorreia crônica fétida: colesteatoma (MS 2013). Engasgo com tosse e sibilância unilateral: aspiração.

4. Tratamento e seguimento

O **pediatra** faz as manobras simples, **no máximo uma tentativa instrumental** se tiver treino, trata a dor e encaminha; o **otorrinolaringologista** retira o que é profundo, impactado, vegetal ou esférico, as falhas e a criança que não colabora (sedação). SBP e Ministério da Saúde não descrevem técnicas de retirada nem de remoção de cerúmen; o **site segue a AEP (AEPap 2011; SEPEAP 2022) e a revisão de Cook (CMAJ 2012) no corpo estranho, e a AAO-HNS 2017 no cerúmen**, as referências mais completas encontradas.

Nariz — pressão positiva ("beijo da mãe"):

- **Técnica (Cook, CMAJ 2012):** o adulto de confiança **veda com a boca a boca aberta da criança, oclui com o dedo a narina livre** e, ao sentir resistência (fechamento da glote), dá **um sopro curto e firme**; pode repetir.
- **Evidência:** 8 séries e relatos de casos, **sucesso de 59,9% (91/152)**, **nenhum efeito adverso**; quando falha, costuma trazer o objeto para frente.
- **Alternativas:** assoar com a narina livre tampada; ambu sobre a boca ou oxigênio pela narina contralateral (AEPap 2011).

- **Quando NÃO tentar:** bateria ou ímãs (pronto-socorro, sem atrasar); objeto posterior ou não visível; sinais de aspiração; agitação intensa; epistaxe ativa; objeto penetrante.
- **Instrumental:** **gancho rombo ou alça** por trás do objeto liso; **pinça só para o que se agarra** (papel, espuma) — no liso, empurra para trás (AEPap 2011; SEPEAP 2022).

Ouvido:

- **Inseto vivo:** imobilizar com algumas gotas de **óleo mineral ou vegetal** ou lidocaína tópica e depois retirar (AEPap 2011; AAFP 2025); não usar se houver suspeita de perfuração.
- **Irrigação** com água à **temperatura corporal** (evita vertigem): objeto pequeno, não impactado, **tímpano íntegro**. **Não irrigar bateria** (corrosão), **vegetal** (incha), **perfuração ou dúvida**, tubo de ventilação, cirurgia otológica (AEPap 2011; AAFP 2025).
- **Instrumental** só no terço externo, criança imóvel; **uma tentativa** e, se falhar, otorrino (AAFP 2025).

Cerúmen (AAO-HNS 2017):

- **Não tratar** o assintomático com ouvido examinável; **tratar ou encaminhar** se causa sintomas ou impede a otoscopia; procurar ativamente na criança pequena e na que não se expressa.
- **Opções:** ceruminolítico (inclusive água ou soro — nenhum é superior), irrigação ou remoção manual; conferir o conduto livre no fim; impactação persistente vai ao otorrino.
- **Contraindicações à irrigação:** perfuração, tubo, cirurgia otológica, otite aguda, ouvido único (AAO-HNS 2017). Em casa, só a partir de **6 anos** e com orientação (AAP, HealthyChildren).
- **Não usar:** hastes flexíveis, grampos ou palitos no conduto (SBP; AAP; NICE NG98) e **velas de ouvido** (AAO-HNS 2017).

Otalgia sem otite: analgesia sempre (SBP, Diretriz nº 177/2024) e tratamento da causa: dentista (cárie, abscesso, terceiro molar, bruxismo); ATM com calor local e dieta macia; "Faringoamigdalite". Persistente e sem causa: otorrinolaringologista.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose (máx. 75 mg/kg/dia; teto por dose da apresentação (bulas: gotas 200 mg/mL máx. 35 gotas, suspensão 32 mg/mL máx. 15 mL e 100 mg/mL máx. 2,5 mL abaixo de 12 anos; comprimidos só a partir de 12 anos; nunca > 1 g/dose))	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver dor; reavaliar em 48–72 h	Indicação: SBP, Diretriz nº 177/2024; dose: padrões do site e bula; risco cumulativo de hepatotoxicidade
Dipirona	15 mg/kg/dose	6/6 h (máx. 4 doses/dia)	Enquanto houver dor	Não usar < 3 meses ou < 5 kg (bula; padrões do site)
Ibuprofeno	5–10 mg/kg/dose	6–8 h	Enquanto houver dor	≥ 6 meses (bula); SBP, Diretriz nº 177/2024; evitar na desidratação, varicela e suspeita de dengue
Óleo mineral ou vegetal	Algumas gotas no conduto	Dose única	—	Imobilizar inseto vivo; não usar com suspeita de perfuração (AEPap 2011; AAFP 2025)
Ceruminolítico (água, soro ou produto comercial)	Conforme bula	Conforme bula	Poucos dias antes da remoção	Nenhum superior (AAO-HNS 2017); não usar com perfuração ou tubo
Ciprofloxacino 0,3% (Ciloxan®) ou com hidrocortisona (Otocirix®)	3–4 gotas; Otocirix®: 3 gotas	2–3x/dia; Otocirix®: 12/12 h	Até 5–10 dias; Otocirix®: 7 dias	Lesão do conduto ou otite externa após a retirada; a partir de 1 ano; Otocirix® contraindicado com perfuração (bulas); SEPEAP 2022: 7–10 dias

Não usar: soro ou gotas na suspeita de **bateria** (AAFP 2025); tentativas repetidas com pinça; antibiótico oral no corpo estranho não complicado; anti-histamínico sedativo para "acalmar" (padrões do site). Após bateria nasal, seguimento com o otorrino (perfuração septal, sinéquias).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Pronto-socorro imediato: todas as situações  da tabela — bateria (MS 2013: retirada imediata), ímãs no nariz, suspeita de aspiração, objeto penetrante ou trauma com sinais de orelha interna ou paralisia facial, celulite, edema retroauricular e otalgia com sinais de infecção profunda (ver "Infecções profundas de cabeça e pescoço").

Como encaminhar:

- **Bateria ou ímã:** saída imediata para serviço **com otorrinolaringologia**, avisando o destino; **sem soro, sem gotas, sem novas tentativas**; levar a embalagem ou o aparelho. Se pode ter havido **ingestão**, seguir também "Ingestão de corpo estranho, baterias, ímãs e cáusticos" (mel a caminho do hospital se ≥ 1 ano e < 12 h, sem atrasar o transporte).
- **Suspeita de aspiração:** não tentar retirar; criança no colo, na posição de conforto; **oxigênio para manter SpO2 entre 94% e 98%** se necessário; obstrução total = manobras de "Afogamento e obstrução de via aérea por corpo estranho"; SAMU 192.
- **Jejum** se a retirada puder ser sob sedação.
- Inserções repetidas ou lesões incompatíveis com a história: documentar e fazer a **notificação obrigatória (compulsória)** de maus-tratos.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Não tente tirar com pinça, grampo ou cotonete: empurra o objeto."
- **"Pilha pequena ou ímã no nariz ou no ouvido: pronto-socorro na hora**, mesmo sem dor. Não pingue nada."
- "Inseto no ouvido: ouvido para cima e algumas gotas de óleo, **se nunca houve perfuração nem tubinho**; depois, atendimento para retirar."
- "Cera é proteção: limpe só a parte de fora. Volte se o ouvido entupir ou se houver catarro de um lado só, com cheiro forte."

Pronto-socorro se: tosse, chiado ou falta de ar depois de pôr algo no nariz; sangramento que não para; inchaço no rosto, no olho ou atrás da orelha; tontura, rosto torto ou perda súbita da audição; dor de ouvido com dificuldade para abrir a boca, baba ou pescoço duro.

Prevenção (site — Acidentes domésticos): compartimento de bateria parafusado; baterias, ímãs e peças pequenas fora do alcance.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Nariz — diagnóstico	Secreção uni- lateral purulen- ta (V Consen- so de Rinite 2024)	Fator de rinos- sinusite (CAB 28, 2013)	Sem posição específica localizada	Sem diretriz específica	Rinorreia fétida unilateral (AE- Pap 2011; SE- PEAP 2022)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Pressão positiva	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem diretriz específica	Assoar ou oxi- gênio sob pressão antes do instrumen- tal (2011)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Bateria ou ímã no nariz	Sem posição (Manual 2022 trata da ingestão)	Bateria no ou- vido: retirada imediate (2013)	Sem posição específica localizada	Sem diretriz específica	Extração ime- diata de bate- ria, ímã e ve- getal (2022)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Ouvido — in- seto e irrigação	Sem posição específica localizada	Retirada não urgente, exce- to bateria (2013)	Sem posição específica localizada	Sem diretriz específica	Óleo ou anes- tético no inse- to; não irrigar bateria nem vegetal (2011)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Cerúmen	Não manipular o conduto, nem com cotonete	Rolha rara- mente dói (2013)	Deixar; tratar só com sinto- mas; irrigar em casa ≥ 6 anos	NG98 (2018/2023), só adultos: sem seringa manual nem hastes	Sem protocolo próprio localizado	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Otalgia referida	Comum e in- tensa; parace- tamol e ibupro- feno (Diretriz nº 177/2024)	Dentes, ATM, faringe, coluna cervical (2013)	Sem posição específica localizada	Sem diretriz específica	Tosse e otalgia pelo ramo do vago (2011)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: as referências **convergem** no que define a gravidade: **bateria exige retirada imediata** (MS 2013; AEP), **vegetal e bateria não se irrigam**, inseto vivo é imobilizado antes, e **hastes não entram no conduto** (SBP; AAP; NICE NG98; AAO-HNS 2017). A pressão positiva ("beijo da mãe") tem apoio da AEP e da revisão de Cook (CMAJ 2012). **Lacunas e divergências:** SBP e MS não descrevem técnicas de retirada nem de remoção de cerúmen — o site segue a **AEP** no corpo estranho e a **AAO-HNS 2017** no cerúmen; o **NICE NG98** é só de adultos e não há diretriz NICE sobre corpo estranho; a AAP admite **irrigação domiciliar a partir de 6 anos**, que o site aceita apenas com orientação médica; a duração das gotas varia (bulas: até 5–10 dias ou 7 dias; SEPEAP: 7–10). **O site adota a posição da SBP** onde ela existe (secreção unilateral, proibição das hastes, analgesia da otalgia) e, na falta, a do Ministério da Saúde (retirada imediata da bateria, causas de otalgia referida).

PONTOS PRÁTICOS

1. Rinorreia purulenta, fétida e unilateral na criança pequena é corpo estranho até prova em contrário: examine as duas narinas com boa luz.
2. Bateria ou ímãs no nariz são 🚫 : pronto-socorro com otorrino na hora, sem soro, sem gotas, sem novas tentativas; pergunte se pode ter havido ingestão.
3. Objeto nasal anterior e inerte: primeiro a pressão positiva (cerca de 60% de sucesso); pinça só para o que se agarra.
4. Ouvido: inseto vivo, óleo antes; não irrigue bateria, vegetal nem tímpano duvidoso; uma tentativa e, se falhar, otorrino.
5. Cerúmen só se remove se causa sintomas ou impede ver o tímpano; nada de hastes nem velas.
6. Otolgia com otoscopia normal: dentes, ATM, faringe e pescoço; trismo, sialorreia ou torcicolo indicam infecção profunda.

Veja também, nesta Biblioteca: **Otite média aguda (e otite externa)**, **Rinossinusite aguda**, **Faringoamigdalite**, **Rinite alérgica** e **Acidentes domésticos** (Patologias do consultório); **Ingestão de corpo estranho, baterias, ímãs e cáusticos** (Gastroenterologia); **Afogamento e obstrução de via aérea por corpo estranho** e **Analgesia e sedação para procedimentos na emergência pediátrica** (Urgências e Emergências); **Infecções profundas de cabeça e pescoço** (Infectologia).

8. Fontes

- SBP, ASBAI e ABORL-CCF. V Consenso Brasileiro de Rinite, 2024 (Braz J Otorhinolaryngol, 2025). [Europe PMC](#)
- SBP, DC de Medicina da Dor e Cuidados Paliativos. Dores comuns em pediatria (Diretriz nº 177), 2024. [PDF](#)
- SBP. Otite externa ou otite do nadador (Pediatria para Famílias). sbp.com.br
- SBP, DC de Otorrinolaringologia. Uso incorreto do cotonete leva 34 crianças por dia ao pronto-socorro, 2017. sbp.com.br
- Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 28, vol. II — Queixas mais comuns na Atenção Básica (dor de ouvido), 2013. [PDF](#)
- AAP. Earwax buildup (HealthyChildren.org). healthychildren.org
- AAO-HNSF. Schwartz SR et al. Clinical Practice Guideline (Update): Earwax (Cerumen Impaction), 2017. [Europe PMC](#)

- NICE. NG98 — Hearing loss in adults, 2018, atualizado em 2023. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- AEP (AEPap). Pinilla Urraca M. Extracción de cuerpos extraños en la vía respiratoria superior y el conducto auditivo. FAPap, 2011. [PDF](#)
- AEP (SEPEAP). Rodríguez Anzules M, Bartolomé Benito M. Cuerpos extraños en vía aérea y conducto auditivo externo. Pediatría Integral, 2022. [PDF](#)
- Cook S, Burton M, Glasziou P. Efficacy and safety of the "mother's kiss" technique. CMAJ, 2012. [Europe PMC](#)
- Yan S et al. Pediatric nasal foreign bodies with button batteries — 176 cases. PLoS One, 2024. [Europe PMC](#)
- Alcon. Ciloxan® otológico — bula. [PDF](#); Farmoquímica. Oticirix® — bula. bulas.med.br
- AAFP (não é a AAP). Wilson JL. Foreign bodies in the ear, nose, and throat. Am Fam Physician, 2025. aafp.org

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.