

Rouquidão (disfonia) e obstrução nasal crônica na criança

Dos nódulos vocais à papilomatose e à paralisia de prega vocal do recém-nascido, e da hipertrofia de adenoide à atresia de coanas

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

Disfonia é a alteração de qualidade, altura, intensidade ou esforço da voz que prejudica a comunicação (AAO-HNS 2018). Na criança predominam a disfonia funcional e os **nódulos vocais** por uso excessivo da voz; o tratamento é **higiene vocal e fonoterapia**, e a cirurgia é exceção. A disfonia que **persiste ou piora** precisa de **laringoscopia** pelo otorrinolaringologista, que separa nódulo de **papilomatose respiratória** (rouquidão progressiva que evolui para estridor) e de **paralisia de prega vocal**. Não se prescreve antibiótico, corticoide nem **inibidor de bomba de prótons (IBP) empírico** para rouquidão isolada. Choro rouco ou fraco no **recém-nascido e no lactente** é encaminhado com prioridade. A **obstrução nasal crônica** vem de rinite e **hipertrofia de adenoide** (lavagem nasal e corticoide intranasal no consultório); **pólipo nasal** leva ao **teste do suor** e obstrução **unilateral**, ao especialista. **Vão ao pronto-socorro (🔴)** a rouquidão com estridor, desconforto respiratório, sialorreia ou disfagia, e o recém-nascido com **cianose cíclica que melhora ao chorar** (atresia de coanas bilateral).

1. O que é e como se apresenta

Disfonia — causas por idade

- **Recém-nascido e lactente** (choro rouco, fraco ou afônico):
 - **Paralisia de prega vocal**: após cirurgia cardíaca ou torácica (canal arterial, arco aórtico), parto traumático, Arnold-Chiari; a unilateral dá choro fraco e engasgos, a bilateral, estridor com choro quase normal.
 - **Lesão pós-intubação** (granuloma, estenose subglótica) no egresso de UTI neonatal; membranas, cistos, fenda laríngea, hemangioma subglótico.
 - **Hipotireoidismo congênito** (choro rouco, macroglossia, icterícia prolongada — conferir o teste do pezinho).
- **Pré-escolar e escolar**:
 - **Nódulos vocais**, a lesão orgânica mais comum: bilaterais, mais em meninos falantes, que gritam e praticam esportes coletivos; nódulos e pólipos somam 38–78% das disfonias crônicas infantis (SEORL-CCC). Também disfonia por tensão muscular, cistos e sulcos.
 - **Papilomatose respiratória recorrente juvenil** (HPV 6 e 11, transmitido no parto): rouquidão **lentamente progressiva**, depois estridor — muitas vezes tratada como asma ou crupe de repetição. Pistas: mãe com verrugas genitais, primeiro filho, parto vaginal (Novakovic 2018).

- Laringite irritativa (rinite, tosse crônica, tabagismo passivo); o refluxo laringofaríngeo é causa discutida e **não justifica tratamento empírico**.
- **Adolescente**: muda vocal persistente, canto e teatro, tabaco e vape, corticoide inalatório sem enxágue.
- **Disfonia aguda**: crupe (documento próprio), **corpo estranho**, **cáustico**, **angioedema e anafilaxia**, trauma cervical, epiglote, abscesso cervical profundo.

Obstrução nasal crônica

- **Hipertrofia de adenoide** (pico aos 4–5 anos, involução até cerca de 10 — SBP, Respirador oral) e **rinite alérgica**, muitas vezes juntas; rinite infecciosa da creche; **rinite medicamentosa** por vasoconstritor.
- **Pólipos nasais bilaterais**: pensar em **fibrose cística** (e discinesia ciliar); o pólipo antrocoanal é unilateral.
- **Obstrução unilateral**: **corpo estranho** (secreção fétida no pré-escolar), atresia de coana unilateral, pólipo antrocoanal; **menino adolescente com epistaxe unilateral de repetição**, nasoangiofibroma juvenil; massa nasal congênita no lactente (encefalocelo, glioma) — **não puncionar nem biopsiar**.
- **Atresia de coanas** (1 em 5.000–8.000 nascidos vivos; cerca de metade com síndrome associada, sobretudo **CHARGE** — StatPearls 2025): o recém-nascido respira pelo nariz, e a **bilateral** dá obstrução ao nascer, com **cianose que melhora ao chorar e volta em repouso ou ao mamar**. A **unilateral** aparece mais tarde, com rinorreia de um lado só.

Respiração oral e consequências (SBP, Respirador oral; AEPap 2018): ronco e distúrbio respiratório do sono, enurese, desatenção e queda do rendimento escolar; **face alongada, palato ogival, má oclusão e mordida cruzada**; alterações de mastigação, deglutição e fala; otite média com efusão; nos graves, prejuízo do crescimento.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Rouquidão com causa evidente (infecção viral, uso vocal) e em melhora , sem estridor, dispneia, disfagia ou sialorreia; obstrução nasal por rinite ou adenoide sem apneias, com sono, crescimento e escola preservados	Seguimento pelo pediatra: higiene vocal, tratamento da rinite, lavagem nasal, corticoide intranasal quando indicado; retorno programado
● Moderada	Disfonia persistente ou progressiva ; disfonia em recém-nascido ou lactente ; após intubação ou cirurgia cervical, torácica ou cardíaca; ronco com pausas, alterações dentofaciais , otite com efusão; pólipo nasal ; obstrução unilateral	Encaminhar ao otorrinolaringologista pediátrico (laringoscopia, nasofibrosopia); com prioridade no recém-nascido e lactente, na rouquidão progressiva, no pólipo, na massa nasal e na epistaxe unilateral do adolescente; pólipo: teste do suor ; fonoterapia após a laringoscopia
● Grave	Rouquidão com estridor em repouso, tiragem, cianose ou SpO2 < 92%; voz abafada com sialorreia, disfagia ou posição de tripé ; disfonia após trauma cervical, cáustico, corpo estranho ou angioedema ; recém-nascido com cianose cíclica que melhora ao chorar	Pronto-socorro ou hospital : criança calma no colo, sem espátula na garganta; oxigênio; no recém-nascido, via aérea oral e transporte neonatal

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 1 ano, prematuridade, intubação prolongada; cirurgia cardíaca, torácica ou cervical; doença neurológica.
- Síndromes craniofaciais e genéticas (CHARGE, Down, Pierre Robin), obesidade.
- Papilomatose conhecida; rouquidão progressiva, perda de peso, massa cervical.

3. Diagnóstico no consultório

Disfonia

- **Anamnese**: início e evolução; uso vocal (grita, imita vozes, canta); rinite, tosse, asma e corticoide inalatório; **intubação, cirurgia, trauma**; engasgos, disfagia, ganho de peso; ronco; sintomas típicos de refluxo; verrugas genitais maternas.
- **Exame**: voz e choro, **estridor**, esforço respiratório, SpO2, massa cervical, rinite, otoscopia, crescimento.

- O diagnóstico da lesão é da **laringoscopia**. A AAO-HNS (2018) a indica quando a disfonia **não resolve ou não melhora, a qualquer tempo** se houver suspeita de causa grave (cirurgia ou intubação recentes, massa cervical, estridor ou desconforto) e **antes da fonoterapia**.
- **Não pedir** tomografia ou ressonância antes da laringoscopia (AAO-HNS 2018).

Obstrução nasal

- Ronco, pausas, respiração oral, voz hiponasal, prurido e espirros, secreção unilateral, epistaxe; rinoscopia anterior com otoscópio (mucosa, cornetos, septo, pólio acinzentado e insensível), amígdalas, otoscopia, face e oclusão.
- **Exames:** a **nasofibroscopia** é mais fiel que a radiografia de cavum, que é barata mas subjetiva (SBP, Respirador oral); polissonografia conforme "Ronco e apneia obstrutiva do sono na criança"; teste cutâneo ou IgE específica se a rinite alérgica for duvidosa; **pólipo nasal: teste do suor** (cloreto ≥ 60 mmol/L positivo, 30–59 inconclusivo — PCDDT/MS 2024, conforme "Fibrose cística"). Tomografia de seios da face é do especialista.

Atresia de coanas no recém-nascido: ausência de fluxo aéreo nas narinas; diagnóstico pelo otorrinolaringologista com **endoscopia nasal** e **tomografia** (IPOG 2019); procurar **CHARGE** (coloboma, cardiopatia, orelhas e audição, genitais).

Diagnóstico diferencial que não pode passar: papilomatose "tratada como asma"; corpo estranho laríngeo, esofágico ou nasal; paralisia de prega vocal no lactente operado do coração; hemangioma subglótico; nasoangiofibroma, rabdomiossarcoma e linfoma (obstrução unilateral progressiva, epistaxe, massa cervical); fibrose cística e discinesia ciliar.

4. Tratamento e seguimento

O que o pediatra faz

- **Higiene vocal** (AAO-HNS 2018): não gritar nem imitar vozes, falar de perto, pausas de voz, água, tratar a rinite, casa sem tabaco; orientar a escola.
- **Fonoterapia** para nódulos e disfonia funcional, **após a laringoscopia**; funciona também no pré-escolar (Boston Children's Hospital). A cirurgia dos nódulos é exceção e raramente antes de cerca de 8 anos (AEP).
- **Rinite e adenoide:** lavagem nasal, controle ambiental e corticoide intranasal conforme "Rinite alérgica" (SBP 2023); na adenoide com ronco sem apneia significativa, corticoide intranasal é opção (AAP 2012), com reavaliação; sem melhora, encaminhar.
- **Respiração oral:** tratar a causa e articular otorrinolaringologista, alergista, ortodontista e fonoaudiólogo (SBP, Respirador oral); o ortodontista intercepta a compressão maxilar e a má oclusão (AEPap 2018).

- **Papilomatose — prevenção: vacina HPV** (SBP 2026/2027: HPV9 preferida, 2 doses dos 9 aos 19 anos; SUS: HPV4 dose única dos 9 aos 14 anos, resgate de 15 a 19 até 31/12/2026 — ver "Vacinas – Atualizações 2026"). Na Austrália, a forma juvenil caiu de 0,16 para 0,02 por 100.000 entre 2012 e 2016, e nenhuma mãe dos casos era vacinada (Novakovic 2018).

O que é do especialista: laringoscopia e estroboscopia; cirurgia de nódulos refratários, cistos, membranas e estenose; na **papilomatose**, remoções cirúrgicas repetidas e adjuvantes (bevacizumabe, cidofovir), com a **vacina HPV como adjuvante** sugerida em metanálise (Goon 2023); investigação da paralisia de prega vocal; adenoidectomia ou adenotonsilectomia (critérios em "Ronco e apneia obstrutiva do sono na criança"); septoplastia; cirurgia de pólipos; **correção endoscópica da atresia de coanas**.

Medicamentos

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Soro fisiológico 0,9% (lavagem nasal)	Volume conforme idade e dispositivo (estudos pediátricos de 2,5 a 20 mL por narina)	1–3 vezes ao dia	Enquanto houver obstrução	Contraindicação relativa em fenda palatina, disfagia com risco de aspiração e suspeita de corpo estranho (SBP, GPA nº 120/2023)
Furoato de mometasona spray nasal (50 mcg/jato)	2–11 anos: 1 jato/narina; ≥ 12 anos: 2 jatos/narina	1 vez ao dia	Contínuo na rinite persistente; reavaliar	A partir de 2 anos (bula; SBP 2023); opção na AOS leve (AAP 2012)
Furoato de fluticasona spray nasal (27,5 mcg/jato)	2–11 anos: 1 jato/narina; ≥ 12 anos: 2 jatos/narina	1 vez ao dia	Idem	A partir de 2 anos (bula; SBP 2023)
Anti-histamínico oral de 2ª geração	Conforme idade (tabela de "Rinite alérgica")	1 vez ao dia	Sob demanda ou contínuo	Só na rinite alérgica; não trata adenoide nem disфонia (SBP 2023)

O que não usar

- **IBP ou antiácido empírico** para rouquidão isolada, sem laringoscopia (AAO-HNS 2018); NICE (NG1, 1.1.6) e AAP (2013) concordam. Refluxo só com quadro típico, conforme "Vômitos no lactente, refluxo fisiológico e DRGE".
- **Antibiótico** (recomendação forte contra) e **corticoide sistêmico** antes de ver a laringe (AAO-HNS 2018).
- **Vasoconstritor nasal** contínuo e **anti-histamínico de 1ª geração** (padrão do site); radiografia de seios da face para "obstrução nasal".

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Critérios: rouquidão com **estridor em repouso**, tiragem, cianose, **SpO2 < 92%**, agitação ou sonolência; **voz abafada, sialorreia, disfagia, trismo ou tripé**; disfonia após **corpo estranho, cáustico, trauma cervical** ou com **angioedema**; papilomatose com piora do estridor; **recém-nascido com cianose cíclica**, apneias ao mamar ou impossibilidade de mamar; lactente com choro fraco e aspiração.

Como encaminhar

1. Criança **no colo, calma, na posição que escolher; sem espátula** na orofaringe se houver suspeita de epiglote.
2. **Oxigênio** para manter **SpO2 entre 94% e 98%** (padrão do site; no recém-nascido, metas neonatais).
3. Anafilaxia: **adrenalina IM 0,01 mg/kg** (máx. 0,3 mg na criança, 0,5 mg no adolescente — padrão do site). Engasgo com obstrução total: "Afogamento e obstrução de via aérea por corpo estranho".
4. **Atresia de coanas bilateral**: boca aberta com **cânula orofaríngea (Guedel)** ou **bico de McGovern**; intubação se houver desconforto respiratório (StatPearls 2025); transporte neonatal.
5. **SAMU (192)** se houver desconforto importante; contato com serviço com otorrinolaringologia e anestesia pediátricas.
6. **Relatório**: evolução da rouquidão, intubações e cirurgias, sinais vitais e SpO2, medicamentos dados.

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

- "A rouquidão quase sempre vem do uso exagerado da voz: não gritar, falar de perto, fazer pausas, beber água e tratar o nariz."
- "Se não melhorar, o otorrinolaringologista precisa olhar as cordas vocais; só depois começa a fonoterapia. Remédio para refluxo, antibiótico ou corticoide não curam a rouquidão."
- "O spray nasal é diário e leva dias para funcionar."
- **Pronto-socorro se houver**: barulho para respirar em repouso, falta de ar, lábios roxos, baba sem conseguir engolir, voz abafada com febre, rouquidão após engasgo, produto de limpeza ou pancada no pescoço; bebê que fica roxo ao mamar e melhora quando chora.
- **Voltar ao pediatra se houver**: rouquidão que não melhora ou piora, choro rouco no bebê, ronco com pausas, boca sempre aberta, nariz entupido ou com secreção de um lado só, sangramento nasal repetido.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Laringoscopia na disfonia	Sem documento específico localizado	Sem posição específica localizada	Sem diretriz própria; AAO-HNS 2018 inclui crianças	Sem diretriz pediátrica de disfonia	Sinais de alarme pedem avaliação (AnPC 2014)	Sem posição específica localizada	Clínica de voz (ORL e fonoaudiologia)	Segue o NICE
Refluxo e IBP	IBP só na DRGE selecionada (doc. do site)	Sem posição específica localizada	IBP só na DRGE; alerta para excesso (2013)	Rouquidão isolada: não tratar (NG1, 2019)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Cita refluxo entre causas	Segue o NICE
Nódulos vocais	Sem documento específico localizado	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Higiene vocal e fonoterapia (SEORL-CCC)	Sem posição específica localizada	Fonoterapia	Segue o NICE
Vacina HPV	HPV9, 2 doses, 9–19 anos (2026/27)	HPV4 dose única, 9–14 anos (2026)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Obstrução nasal e adenoide	Respirador oral; lavagem nasal (GPA 120/2023)	Sem posição específica localizada	Adenotonsilectomia; corticoide nasal na AOS leve (2012)	Sem diretriz pediátrica localizada	Ortodontia junto do ORL (AE-Pap 2018)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Pólipo nasal	Investigar FC (doc. do site)	Teste do suor (PCDT FC 2024)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: as referências convergem — a rouquidão da criança é, em geral, funcional ou por nódulos, trata-se com higiene vocal e fonoterapia, e a lesão só se define vendo a laringe. A única diretriz de disfonia que abrange crianças é a da **AAO-HNS (2018)**: laringoscopia na disfonia que não resolve ou não melhora e, a qualquer tempo, com sinais de gravidade; sem antibiótico, corticoide ou antirrefluxo antes de ver a laringe. NICE (NG1, 09/10/2019) e AAP (2013) concordam quanto ao refluxo; AEP, SEORL-CCC e Boston Children's Hospital, quanto à fonoterapia. A **SBP** não tem documento sobre disfonia, mas tem documentos sobre respiração oral, lavagem nasal (GPA nº 120/2023) e rinite (2023). A divergência é a **vacina HPV**: SBP com HPV9 em 2 doses até 19 anos, SUS com HPV4 em dose única — o site adota a **SBP**. Para pólipo nasal vale o **PCDT de fibrose cística (MS 2024)**. Onde SBP e MS não têm posição (laringoscopia, refluxo na disfonia, nódulos), o site segue a **AAO-HNS 2018**, por ser a única diretriz de disfonia que inclui crianças e por concordar com NICE e AEP.

PONTOS PRÁTICOS

1. Rouquidão que persiste ou piora precisa de laringoscopia; a fonoterapia vem depois.
2. Nada de IBP, antibiótico ou corticoide empírico para rouquidão isolada.
3. Choro rouco ou fraco no recém-nascido e no lactente: encaminhar com prioridade.
4. Rouquidão progressiva que vira estridor é papilomatose até prova em contrário; a vacina HPV a previne na geração seguinte.
5. Pólipo nasal leva ao teste do suor; obstrução unilateral, ao otorrinolaringologista.
6. Recém-nascido cianótico ao mamar que melhora ao chorar: atresia de coanas bilateral — via aérea oral e transporte.

Veja também, nesta Biblioteca: **Rinite alérgica, Rinossinusite aguda, Laringite viral (crupe), Ronco e apneia obstrutiva do sono na criança, Estridor no lactente e na criança, Fibrose cística, Vômitos no lactente, refluxo fisiológico e DRGE, Ingestão de corpo estranho, baterias, ímãs e cáusticos e Vacinas – Atualizações 2026.**

8. Fontes

- AAO-HNS Foundation. Stachler RJ et al. Clinical Practice Guideline — Hoarseness (Dysphonia) (Update), 2018. [PubMed](#)
- SBP, Departamento Científico de Otorrinolaringologia. Lavagem nasal (GPA nº 120), 30/11/2023. [PDF](#)
- SBP, Departamento de Alergia e Imunologia. Reis RP. Respirador oral (sem data). [PDF](#)
- NICE. Gastro-oesophageal reflux disease in children and young people (NG1), 2015, atualizado em 09/10/2019. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- AAP. Lightdale JR, Gremse DA. Gastroesophageal reflux — management guidance for the pediatrician, 2013. [PubMed](#)
- AAP. Marcus CL et al. Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome, 2012. [PubMed](#)
- AEP. Sánchez Callejas S, Carmona Bonet MA. Evaluación del niño con ronquera. An Pediatr Contin, 2014. [elsevier.es](https://www.elsevier.es)
- SEORL-CCC. Patologías de la voz en niños. [seorl.net](https://www.seorl.net)
- AEPap. Varela Morales M, García-Camba Varela P. Obstrucción de la vía aérea superior y deformidades dentofaciales, 2018. [PDF](#)

- Boston Children's Hospital (Harvard). Pediatric Voice Clinic. childrenshospital.org
- Novakovic D et al. Incidence of juvenile-onset recurrent respiratory papillomatosis after a national HPV vaccination program. J Infect Dis, 2018. academic.oup.com
- Goon P et al. Recurrent respiratory papillomatosis — meta-analyses on the HPV vaccine as adjuvant therapy. NPJ Vaccines, 2023. PMC
- Moreddu E et al. International Pediatric Otolaryngology Group (IPOG) consensus recommendations — pediatric choanal atresia care. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2019. PubMed
- Andalaro C, Winters R, La Mantia I. Choanal Atresia. StatPearls, atualizado em 21/01/2025. NCBI Bookshelf

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.