

Estridor no lactente e na criança — laringomalácia e causas que não podem passar

Como a fase do estridor localiza a obstrução, quando a laringomalácia deixa de ser benigna e quais causas não podem passar

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

Estridor é o ruído do ar turbulento numa via aérea de grosso calibre estreitada, e a **fase localiza a obstrução: inspiratório** — supraglote; **bifásico** — glote e subglote (obstrução fixa); **expiratório** — traqueia intratorácica. Primeiro, separe o **estridor agudo** (crupe, epiglote, traqueíte bacteriana, corpo estranho, anafilaxia), que é urgência e tem conduta própria, do **crônico ou congênito**. A **laringomalácia** é a causa congênita mais comum: estridor inspiratório nas primeiras semanas, pior com choro, mamada e decúbito dorsal, **com choro normal**, que melhora com o crescimento na grande maioria. Para a SBP, **todo estridor deve ser avaliado pelo otorrinolaringologista**, que faz o diagnóstico por endoscopia. Laringomalácia leve com boa curva de peso fica com o pediatra (●). **Déficit de ganho de peso, dificuldade alimentar, apneia, cianose ou desconforto**, estridor bifásico ou expiratório, choro fraco, intubação prévia ou **hemangioma em "barba"** pedem encaminhamento **com prioridade** — **com urgência** no hemangioma (●). **Estridor em repouso com tiragem, apneia, cianose, SpO₂ < 92% ou suspeita de epiglote ou corpo estranho é pronto-socorro** (●).

1. O que é e como se apresenta

O estridor é sinal de obstrução de laringe, traqueia ou brônquios principais. **A fase indica o nível** (SBP 2017; StatPearls 2023):

FASE	NÍVEL	EXEMPLOS
Inspiratório	Supraglote e glote	Laringomalácia, paralisia bilateral de pregas vocais, epiglote, crupe inicial
Bifásico	Glote e subglote (obstrução fixa)	Estenose subglótica, hemangioma subglótico, paralisia de pregas vocais, papilomatose, crupe grave
Expiratório	Traqueia intratorácica	Traqueomalácia, anel vascular, massa mediastinal, corpo estranho traqueal

Pistas: voz abafada e sialorreia — supraglote; **rouquidão ou choro fraco** — pregas vocais; disfagia — anel vascular ou fenda laríngea.

Estridor agudo (horas a dias; conduta nos documentos próprios): **crupe** (tosse ladrante, rouquidão, à noite, após coriza; ver **Laringite viral (crupe)**); **epiglote** (início abrupto, febre alta, toxemia, sialorreia, voz abafada, tripé, sem tosse ladrante — rara após a vacina Hib, mas possível); **traqueíte bacteriana** (crupe que piora após melhora, toxemia, má resposta à adrenalina); **corpo estranho** (engasgo, início súbito em criança previamente bem; pilhas são as mais perigosas — SBP 2017); anafilaxia, abscesso retrofaríngeo, hipocalcemia.

Estridor crônico ou congênito:

- **Laringomalácia** — colapso inspiratório da supraglote (epiglote em ômega, pregas ariepiglóticas curtas). Começa nas primeiras semanas, **piora com choro, mamada, viroses e decúbito dorsal**, choro normal; intensifica-se até 6–8 meses e resolve na maioria sem cirurgia até 12–24 meses (Boston Children's: por volta de 20 meses; AAP 2022: 18–24 meses). Espectro (Landry e Thompson, 2012):
 - **Leve ($\approx 40\%$)**: estridor sem repercussão, mamadas adequadas.
 - **Moderada ($\approx 40\%$)**: tosse, engasgos ou cansaço às mamadas.
 - **Grave ($\approx 20\%$)**: apneias, cianose, tiragem, dessaturação, **baixo ganho de peso**, pectus escavado; risco de hipertensão pulmonar.
 - Pior com **doença neurológica e lesões sincrônicas de via aérea** (7,5% a 64%).
- **Paralisia de prega vocal** — bilateral: estridor com desconforto e choro quase normal (Chiari, hidrocefalia); unilateral: **choro fraco ou rouco** e aspiração, típica após cirurgia cardíaca ou torácica.
- **Estenose subglótica** — congênita ou, mais comum, **após intubação** (premature). Estridor bifásico, piora acentuada com viroses, **"crupe recorrente" ou fora da idade típica**.
- **Hemangioma subglótico** — estridor **bifásico progressivo entre 6 e 12 semanas**, rotulado como "crupe que não passa" (melhora transitória ao corticoide). Cerca de metade dos hemangiomas segmentares em **"barba"** (pré-auricular, mandíbula, queixo, pescoço) tem componente de via aérea (Hemangiomas Infantis); pode ocorrer sem lesão na pele.
- **Anel vascular** (duplo arco aórtico, arco à direita com subclávia aberrante, sling pulmonar) — estridor **expiratório ou bifásico**, tosse ladrante, sibilância sem resposta a broncodilatador, **disfagia**.
- **Papilomatose respiratória recorrente** — **HPV 6 e 11** (mais de 90%), adquirido no parto; pico entre 2 e 5 anos, **rouquidão progressiva** antes do estridor e do desconforto; recidiva e exige cirurgias repetidas (Sci Rep 2025; SBP 2017).
- Outras: traqueomalácia, cistos e membranas laríngeas, fenda laríngea.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Estridor inspiratório típico das primeiras semanas, choro normal , mamadas sem engasgos relevantes, bom ganho de peso , sem tiragem em repouso, apneia ou cianose, SpO ₂ ≥ 95%	Seguimento pelo pediatra, com controle da curva de peso; nasofibrolaringoscopia eletiva pelo otorrinolaringologista (SBP)
● Moderada	Laringomalácia com dificuldade alimentar, déficit de ganho de peso , tiragem leve com agitação ou dessaturação às mamadas; ou estridor atípico : bifásico, expiratório, choro fraco ou rouquidão , piora progressiva, intubação prévia , cirurgia cardíaca, doença neurológica, "crupe recorrente" ou abaixo de 6 meses, disfagia	Encaminhar com prioridade ao otorrinolaringologista pediátrico (endoscopia; supraglotoplastia nos graves); suspeita traqueal ou de anel vascular: também pneumologia e cardiologia. Hemangioma em "barba" com estridor, ou estridor bifásico progressivo aos 1–3 meses: encaminhar com urgência
● Grave	Estridor em repouso com tiragem moderada a grave; apneias, cianose, SpO₂ < 92% ; agitação, sonolência ou fadiga; desidratação; suspeita de epigloteite, traqueíte bacteriana, corpo estranho ou anafilaxia	Pronto-socorro/hospital : criança no colo, oxigênio, sem manipular a orofaringe; SAMU (192) com equipe de via aérea

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Prematuridade, **intubação prévia**, DBP.
- Doença neurológica, síndromes, malformações craniofaciais.
- Cardiopatia, cirurgia cardíaca; atresia de esôfago.
- Lesão sincrônica de via aérea; hemangioma segmentar em "barba".
- Idade abaixo de 3 meses, virose sobreposta.

3. Diagnóstico no consultório

A orientação inicial é clínica; o diagnóstico de certeza é endoscópico.

- **Anamnese**: início e evolução; relação com choro, sono, posição, mamada e viroses; **qualidade do choro e da voz**; engasgos, cianose ou pausas; **prematuridade, intubação**, cirurgia cardíaca; "crupes" repetidos; engasgo testemunhado; vacinação (Hib).
- **Exame**: criança calma, **no colo**; fase do estridor, tiragem, cor, **SpO₂**, choro, **curva de peso**, pectus, **hemangiomas na "barba"**, tonsus.
- **Exames**:

- **Nasofibrolaringoscopia flexível** (otorrinolaringologista, criança acordada): confirma a laringomalácia e avalia a **mobilidade das pregas vocais**. Pela SBP, o diagnóstico é feito pelo otorrinolaringologista por endoscopia — eletiva na forma leve; **com prioridade** nos critérios 🟡 ou se o estridor piora depois de 6–8 meses ou persiste depois de 18–24 meses.
- **Laringotraqueobroncoscopia sob anestesia** (especialista): suspeita de lesão subglótica ou traqueal e antes da supraglotoplastia, para excluir lesão sincrônica.
- **Polissonografia, angiotomografia e ecocardiograma** (anel vascular) e **avaliação da deglutição**, conforme o caso.
- **Radiografia cervical e de tórax**: papel limitado; **normal não exclui nada** e não deve atrasar o encaminhamento.

Diagnóstico diferencial que não pode passar: corpo estranho; epiglote e traqueíte bacteriana; anafilaxia; **hemangioma subglótico rotulado como crupe de repetição** (o corticoide melhora e mascara); paralisia bilateral de pregas vocais; papilomatose (rouquidão progressiva no pré-escolar); anel vascular e traqueomalácia ("sibilância sem resposta a broncodilatador" no lactente pequeno).

4. Tratamento e seguimento

O que o pediatra faz

- **Laringomalácia leve:** explicar a benignidade, acompanhar **peso, mamadas e sinais de alerta** e solicitar a avaliação endoscópica eletiva (SBP).
- **Sono em decúbito dorsal**, em berço firme, mesmo com mais ruído (prona e lateral aumentam o risco de morte súbita).
- **Mamadas** mais sentado, com pausas e fracionadas; se houver engasgos, espessamento com apoio fonoaudiológico (Boston Children's 2021).
- **Refluxo: inibidor de bomba de prótons não é de rotina**; só para doença do refluxo com indicação própria (ver **Vômitos no lactente, refluxo fisiológico e DRGE**). Ensaio randomizado em laringomalácia leve a moderada sem refluxo grave não mostrou benefício da supressão ácida (Laryngoscope 2025).
- **Prevenção:** vacinas em dia (influenza, VSR e HPV, conforme o calendário do site); ambiente sem tabaco.

O que é do especialista

- **Supraglotoplastia** na laringomalácia grave — **apneias, cianose, hipoxemia, tiragem importante, pectus escavado, hipertensão pulmonar, baixo ganho de peso**, aspiração com pneumonias (Landry e Thompson, 2012; SBP 2017: "obstrução respiratória aguda ou crônica"). Sucesso em torno de 94%.

- **Paralisia de prega vocal:** tratar a causa (neuroimagem na bilateral); traqueostomia se bilateral grave. **Estenose subglótica:** dilatação com balão ou reconstrução laringotraqueal. **Anel vascular:** cirurgia. **Papilomatose:** exérese endoscópica repetida; vacina HPV adjuvante a critério do especialista. **Traqueomalácia:** em geral melhora até 1–2 anos.
- **Hemangioma subglótico: propranolol**, iniciado pelo especialista com monitoramento hospitalar, por ser via aérea (**Hemangiomas Infantis**).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Dexametasona oral (crupe sobreposto)	0,15 mg/kg no leve; 0,3–0,6 mg/kg no moderado e 0,6 mg/kg no grave (SBP 2017); máx. 10–12 mg	Dose única	Dose única	Não trata laringomalácia — SBP 2017, AEP 2020 (documento Laringite viral)
L-adrenalina 1 mg/mL inalatória (crupe moderado a grave)	0,5 mL/kg, máx. 5 mL, com oxigênio	A cada 15–20 min nos graves, já encaminhando	Efeito ≈ 2 h	Observar 2–4 h; 2ª dose indica internação — AEPap, AAFP (documento Laringite viral)
Adrenalina IM 1 mg/mL (anafilaxia)	0,01 mg/kg; máx. 0,3 mg na criança e 0,5 mg no adolescente	Repetir em 5–15 min se necessário	Até estabilizar	Vasto lateral da coxa — padrão do site (Protocolo de Anafilaxia)
Propranolol oral (hemangioma subglótico)	Início 0,5 mg/kg/dia, aumento a cada 4–5 dias até 2–3 mg/kg/dia	8/8 ou 12/12 h, com a alimentação	Pelo menos 6 meses, muitas vezes até 12 meses de idade (AAP 2019)	SBP, DC nº 3/2018 (AAP 2019: alvo 2–3 mg/kg/dia); suspender em jejum ou vômitos (hipoglicemia) — Hemangiomas Infantis

Não usar: corticoide ou nebulizações repetidas para estridor crônico sem diagnóstico (mascaram o hemangioma); IBP de rotina; posição prona ou lateral; antibiótico sem infecção bacteriana.

Seguimento: peso e sintomas em toda consulta; voltar ao otorrinolaringologista nas situações acima ou com sintoma novo (dificuldade alimentar, apneia, rouquidão).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Estridor **em repouso** com tiragem (AIDPI 2017: estridor em repouso é sinal de doença muito grave, com referência urgente ao hospital).

- **Apneias, cianose** (inclusive às mamadas) ou **SpO2 < 92%**.
- Agitação, sonolência ou fadiga (estridor que "diminui" com piora do esforço).
- Desidratação; malformação de via aérea conhecida com virose e desconforto.
- **Suspeita de corpo estranho, epiglote, traqueíte bacteriana ou anafilaxia.**

Como encaminhar

1. **Criança no colo, na posição que escolher**; evitar choro e manipulação. **Não examinar a orofaringe** se houver sialorreia ou suspeita de epiglote; não deitar.
2. **Oxigênio para manter SpO2 entre 94% e 98%** (padrão do site), sem agitar a criança.
3. **Crupe** (sem suspeita de epiglote): dexametasona e adrenalina inalatória antes do transporte, se disponíveis. **Anafilaxia**: adrenalina IM imediata.
4. **Corpo estranho com obstrução total**: manobras de desobstrução conforme a idade (**Afogamento e obstrução de via aérea**); com tosse eficaz, **não fazer manobras** nem retirar às cegas.
5. **SAMU (192) com equipe de via aérea** se obstrução grave, apneia, cianose ou suspeita de epiglote; contato prévio com o destino (ver **O que fazer ao receber uma criança com desconforto respiratório**).
6. **Relatório**: peso, SpO2, medicamentos, intubação e cirurgias prévias.

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

- "O barulho vem de uma parte mole da laringe que ainda está amadurecendo; aumenta com choro, mamada e resfriado e some com o crescimento, em geral até 1 ano e meio a 2 anos."
- "Bebê dorme **de barriga para cima**, em berço firme. Filme o barulho para mostrar ao médico."
- **Voltar antes da consulta se**: engasgos frequentes, mamadas demoradas, cansaço ao mamar, pouco ganho de peso, barulho cada vez mais forte, choro fraco, rouquidão que não passa.
- **Pronto-socorro imediatamente se**: pausas na respiração, lábios roxos, afundamento das costelas ou do pescoço com o bebê calmo, sonolência ou incapacidade de mamar, piora rápida num resfriado, **baba com febre alta e dificuldade para engolir**, ou **engasgo com objeto, alimento ou pilha**.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Definição	Laringomalá- cia, causa con- gênita mais co- mum (Otorrino, 2017)	Estridor em re- pouso = doen- ça muito grave (AIDPI, 2017)	Laringomalá- cia, causa mais comum (HealthyChil- dren, 2022)	Sem diretriz localizada	Malácia no di- ferencial do crupe (Proto- colos, 2020)	Sem posição específica localizada	Laringomalá- cia, causa mais comum (Boston Children's)	Segue o NICE
Diagnóstico	Otorrinolarin- gologista com endoscopia em todos (2017)	Sem posição específica localizada	Laringoscopia flexível pelo ORL (2022)	Sem diretriz localizada	Sem posição localizada	Sem posição específica localizada	Laringoscopia; broncoscopia se grave	Segue o NICE
Refluxo	Sem posição sobre medicamento	Sem posição específica localizada	Tratar o refluxo pode ajudar (2022)	Sem diretriz localizada	Sem posição localizada	Sem posição específica localizada	Espessar; su- pressão ácida sem benefício (2021)	Segue o NICE
Cirurgia	Só nos graves, com obstrução (2017)	Sem posição específica localizada	Supragloto- plastia se res- piração, ma- mada ou peso comprometi- dos (2022)	Sem diretriz localizada	Sem posição localizada	Sem posição específica localizada	Supragloto- plastia nos graves	Segue o NICE
Hemangioma subglótico	Propranolol 0,5 → 2–3 mg/kg/dia (DC nº 3/2018)	Sem posição específica localizada	Via aérea = alto risco; pro- pranolol 2–3 mg/kg/dia (CPG 2019)	Sem diretriz localizada	Sem posição localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição localizada	Segue o NICE
Urgência	Obstrução, corpo estra- nho, crupe (2017)	Referir urgen- temente ao hospital (AID- PI, 2017)	Apneias, difi- culdade ali- mentar, tira- gem (2022)	Sem diretriz localizada	Crupe grave: adrenalina e observação (2020)	Sem posição específica localizada	Dificuldade respiratória ou alimentar	Segue o NICE

Leitura: as referências convergem em que a laringomalácia é a causa mais comum de estridor no lactente, benigna na maioria, e nos sinais de gravidade — apneia, cianose, dificuldade alimentar, baixo ganho de peso, tiragem — que levam à supraglotoplastia; convergem também no risco de via aérea do hemangioma e no propranolol (SBP: início 0,5 mg/kg/dia; alvo de 2–3 mg/kg/dia na SBP e na AAP). A principal divergência é o **antirrefluxo**: o material da AAP para famílias (2022) admite tratar o refluxo, enquanto o Boston Children's (2021) e um ensaio randomizado (2025) não mostram benefício da supressão ácida; sem posição da SBP e do Ministério da Saúde, o site segue seu documento de DRGE (IBP não é de rotina). Quanto à **endoscopia**, a SBP pede avaliação do otorrinolaringologista em todo estridor, enquanto parte da literatura aceita só seguimento clínico da forma leve típica. **O site adota a posição da SBP.**

PONTOS PRÁTICOS

1. A fase localiza a obstrução: inspiratório — supraglote; bifásico — glote e subglote; expiratório — traqueia intratorácica.
2. Estridor inspiratório das primeiras semanas, com choro normal e bom ganho de peso, é laringomalácia leve: o pediatra acompanha o peso e pede a endoscopia eletiva.
3. Déficit de ganho de peso, dificuldade alimentar, apneia, cianose ou desconforto: encaminhar com prioridade ao otorrinolaringologista pediátrico (supraglotoplastia).
4. Estridor bifásico progressivo aos 1–3 meses, sobretudo com hemangioma em "barba", é hemangioma subglótico até prova em contrário: encaminhar com urgência; propranolol, não "crupe de repetição" tratado com corticoide.
5. Choro fraco sugere paralisia de prega vocal; intubação prévia, estenose subglótica; expiratório com disfagia, anel vascular; rouquidão progressiva no pré-escolar, papilomatose.
6. Estridor em repouso com tiragem, apneia, cianose, SpO₂ < 92%, epiglote ou corpo estranho: pronto-socorro, criança no colo, sem examinar a orofaringe, oxigênio para SpO₂ 94–98% e SAMU (192).

Veja também, nesta Biblioteca: **Laringite viral (crupe)** e **Acidentes domésticos** (Patologias do consultório); **Ingestão de corpo estranho, baterias, ímãs e cáusticos** (Gastroenterologia); **Hemangiomas Infantís** (Dermatologia); **O que fazer ao receber uma criança com desconforto respiratório** e **Protocolo de Anafilaxia** (Urgências); **Estridor no lactente — laringomalácia e malformações de vias aéreas** (Pneumologia); **Infecções profundas de cabeça e pescoço** (Infectologia).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Otorrinolaringologia. Estridor, 2017. sbp.com.br
- Ministério da Saúde. Manual de Quadros de Procedimentos AIDPI Criança — 2 meses a 5 anos, 2017. [PDF](#)
- American Academy of Pediatrics. McClay JE. Laryngomalacia and stridor. HealthyChildren.org, 2022. healthychildren.org
- SBP, Departamento de Dermatologia. Hemangioma — nova classificação e atualização terapêutica. Documento Científico nº 3, novembro de 2018. [PDF](#)

- American Academy of Pediatrics. Krowchuk DP et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Infantile Hemangiomas. Pediatrics, 2019. [PubMed](#)
- Asociación Española de Pediatría. Ventosa Rosquelles P, Luaces Cubells C. Diagnóstico y tratamiento de la laringitis en Urgencias, 2020. [PDF](#)
- Boston Children's Hospital (Harvard Medical School). Laryngomalacia. [childrenshospital.org](#); Thickened feeds, not acid suppression, in laryngomalacia (J Pediatr, 2021). [answers.childrenshospital.org](#)
- Landry AM, Thompson DM. Laryngomalacia — disease presentation, spectrum, and management. Int J Pediatr, 2012. [PMC](#)
- Acid suppression in mild-moderate laryngomalacia — randomized controlled trial. Laryngoscope, 2025. [PMC](#)
- Sicari V, Zabbo CP. Stridor in Children. StatPearls, 2023. [NCBI Bookshelf](#)
- HPV vaccination improves immune response in children with respiratory papillomatosis. Sci Rep, 2025. [PMC](#)

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.