

Laringite viral (crupe)

Escore de Westley, dexametasona em dose única, adrenalina inalatória com observação e diagnóstico diferencial das obstruções altas graves

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

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

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
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 crupe (laringotraqueíte ou laringotraqueobronquite viral) é causado principalmente pelos vírus parainfluenza e se manifesta por tosse ladrante, rouquidão e estridor inspiratório, geralmente à noite, após 1–2 dias de coriza e febre baixa. O diagnóstico é clínico; exames e radiografia não são necessários no quadro típico. A gravidade é definida pela presença de estridor em repouso, tiragem, agitação ou sonolência e SpO₂, e pode ser graduada pelo escore de Westley. Toda criança com crupe, inclusive a leve, se beneficia de uma dose única de dexametasona oral: 0,15 mg/kg no crupe leve (SBP, AEP, RCH) e até 0,6 mg/kg nos quadros moderados a graves (máximo 10–12 mg, conforme a referência). O crupe leve é tratado em casa (●). Crupe moderado, com estridor em repouso, exige corticoide e observação; se houver necessidade de adrenalina inalatória, a criança deve ficar em observação por 2 a 4 horas antes da alta (●). Estridor em repouso persistente, hipoxemia, agitação, sonolência, cianose, sialorreia ou aspecto toxêmico indicam encaminhamento imediato ao pronto-socorro (●), sem manipular a orofaringe e mantendo a criança no colo.

1. O que é e como se apresenta

- **Definição:** inflamação viral da laringe e da traqueia subglótica, com edema que estreita a via aérea na região mais estreita da criança (subglote). Quando há acometimento de brônquios, fala-se em laringotraqueobronquite.
- **Etiologia:** parainfluenza tipos 1 a 3 (cerca de 75% dos casos), seguido de VSR, influenza A e B, adenovírus, metapneumovírus e SARS-CoV-2 (AEP). Causas bacterianas (como *Mycoplasma pneumoniae*) são raras.
- **Faixa etária:** 6 meses a 3 anos, com pico no segundo ano de vida (AEP). Pode ocorrer de 3 meses até a idade escolar. Menores de 6 meses com estridor exigem avaliação mais cuidadosa (malformação de via aérea, hemangioma subglótico).
- **Quadro típico:** pródromo de coriza e febre baixa por 12–48 h, seguido de tosse metálica ("de cachorro", ladrante), rouquidão e estridor inspiratório, pior à noite e com o choro. Os sintomas costumam durar 3 a 7 dias, com pico nas primeiras 24–48 h.
- **Crupe espasmódico:** episódios súbitos noturnos, sem pródromo febril, que melhoram em horas.

2. Classificação de gravidade

O **escore de Westley** (0 a 17 pontos) soma: nível de consciência (normal 0; desorientado 5), cianose (ausente 0; com agitação 4; em repouso 5), estridor (ausente 0; com agitação 1; em repouso 2), entrada de ar (normal 0; diminuída 1; muito diminuída 2) e retrações (ausentes 0; leves 1; moderadas 2; graves 3). Os pontos de corte variam entre referências: no modelo de Alberta, reproduzido pela AAFP, leve ≤ 2 , moderado 3–7, grave 8–11 e insuficiência respiratória iminente ≥ 12 ; a AEPap usa leve ≤ 3 , moderado 4–5 e grave ≥ 6 . Na prática, a presença ou ausência de **estridor em repouso** e de **tiragem** e o estado de consciência orientam a conduta.

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Bom estado geral, ativa; tosse ladrante; estridor ausente em repouso (só com choro ou agitação); sem tiragem ou tiragem mínima; FR normal; SpO2 normal (Westley ≤ 2)	Dexametasona oral 0,15 mg/kg dose única; orientação e tratamento domiciliar; retorno se piora
● Moderada	Estridor em repouso intermitente; tiragem supraesternal ou subcostal; FR aumentada; criança alerta, com agitação intermitente; SpO2 normal (Westley 3–7)	Dexametasona oral 0,15–0,6 mg/kg; observar 2–4 h. Se houver desconforto importante, adrenalina inalatória e observação mínima de 2–4 h após a última dose (idealmente no PS). Alta só sem estridor em repouso
● Grave	Estridor persistente ou bifásico em repouso; tiragem acentuada; agitação crescente ou sonolência; palidez; hipoxemia (SpO2 $< 92\%$); cianose; murmúrio vesicular diminuído; estridor que "diminui" com piora do esforço (fadiga) (Westley ≥ 8)	Encaminhar imediatamente ao PS/hospital; adrenalina inalatória e dexametasona antes do transporte se disponíveis; oxigênio; criança no colo, sem manipulação

Crítérios adaptados de RCH Melbourne (2024), AAFP (2018), AEPap (2018) e TREKK (2023). A SBP (2017) ressalta que **hipoxemia no crupe indica terapia intensiva**, pois é sinal tardio de obstrução grave.

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 6 meses.
- Estenose subglótica conhecida, intubação prévia, malformações de via aérea, síndrome de Down.
- Episódio anterior de crupe moderado a grave ou necessidade prévia de internação.
- Doença cardíaca, pulmonar crônica ou neuromuscular.
- Retorno ao serviço em menos de 24 h, dificuldade de acesso ou de retorno, cuidadores sem condições de vigilância noturna.
- Necessidade de mais de uma dose de adrenalina inalatória.

3. Diagnóstico no consultório

- **Clínico.** Tosse ladrante, rouquidão e estridor inspiratório em criança de 6 meses a 3 anos com pródromo viral fecham o diagnóstico.
- **Exame:** observar a criança no colo do cuidador, sem agitação; avaliar estridor em repouso, tiragem, cor, consciência, FR e SpO2. **Não examinar a orofaringe com abaixador** se houver suspeita de epigloteite ou sialorreia. Evitar procedimentos que causem choro (RCH).
- **Exames complementares:** não são necessários. Radiografia cervical (sinal da "torre de igreja") não é indicada rotineiramente; reservar para casos atípicos, em ambiente hospitalar. Teste viral apenas se mudar a conduta (influenza em grupo de risco).

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- **Epigloteite:** início abrupto, febre alta, aspecto toxêmico, sialorreia, disfagia, voz abafada, ausência de tosse ladrante, posição em tripé. Rara após a vacina Hib, mas ainda possível (não vacinados, outros agentes). Emergência: não deitar, não examinar a garganta, transportar com oxigênio e equipe de via aérea.
- **Traqueíte bacteriana:** quadro de crupe que piora após melhora inicial, febre alta, aspecto toxêmico, secreção purulenta, má resposta à adrenalina. Principal agente *Staphylococcus aureus*; acomete sobretudo menores de 6 anos (SBP). Requer antibiótico parenteral e frequentemente via aérea artificial.
- **Corpo estranho em via aérea ou esôfago:** início súbito com engasgo, sem pródromo viral nem febre; estridor ou sibilo localizado.
- **Abscesso retrofaríngeo ou periamigdaliano:** febre, dor cervical, torcicolo, trismo, disfagia, sialorreia.
- **Anafilaxia ou angioedema:** exposição a alérgeno, urticária, edema de face, sintomas sistêmicos. Tratar com adrenalina intramuscular.
- **Outros:** trauma de via aérea, hemangioma subglótico (lactente pequeno), difteria em não vacinados.

4. Tratamento em casa

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Dexametasona oral	0,15 mg/kg (leve); 0,15–0,6 mg/kg (moderado a grave)	Dose única	Única	SBP 2017 e TREKK 0,15–0,6 mg/kg; máximo 10 mg (AEPap) ou 12 mg (RCH, TREKK). Pode ser IM se vômitos
Prednisolona oral	1 mg/kg (RCH, leve a moderado)	Dose única	Única	Alternativa quando não houver dexametasona
Budesonida inalatória	2 mg nebulizada (AEPap)	Dose única	Única	Alternativa se não tolerar via oral; efeito semelhante, custo e tempo maiores
Paracetamol ou ibuprofeno	Paracetamol 10–15 mg/kg/dose (máx. 75 mg/kg/dia, nunca > 4 g/dia); ibuprofeno 5– 10 mg/kg/dose	Paracetamol 4–6 h (máx. 5 doses/dia); ibuprofeno 6–8 h, conforme bula	Enquanto houver febre ou desconforto	Criança calma respira melhor

Paracetamol. Atenção ao efeito cumulativo: o uso repetido por 48–72 h, especialmente em doses no limite máximo, em criança desidratada, desnutrida, com jejum prolongado ou somando mais de um produto com paracetamol, aumenta o risco de hepatotoxicidade — não ultrapassar a dose diária, não usar por mais de 48–72 h sem reavaliação médica e conferir outros medicamentos que contenham paracetamol.

Adrenalina inalatória (no consultório equipado ou no PS) para crupe moderado com desconforto importante ou grave: L-adrenalina 1:1.000 (1 mg/mL), 0,5 mL/kg, máximo 5 mL, sem diluir ou completando com soro fisiológico, nebulizada com oxigênio (AAFP, AEPap). O efeito começa em minutos e dura cerca de 2 horas; por isso a criança precisa ser **observada por 2 a 4 horas** após a dose (mínimo de 2 h pela AAFP e TREKK; 3 h pela RCH; 2–4 h pela AEPap). Pode ser repetida a cada 15–20 min em casos graves, já com encaminhamento em curso. Necessidade de segunda dose é critério de internação (AEPap).

O que não usar

- **Antibióticos:** o crupe é viral; só há indicação se houver suspeita de traqueíte bacteriana ou outra infecção bacteriana.
- **Antitussígenos e descongestionantes:** sem benefício e potencialmente danosos (RCH).
- **Nebulização com soro fisiológico ou "vapor quente" (banheiro com chuveiro):** sem benefício demonstrado e com risco de queimadura. Ar frio noturno pode aliviar subjetivamente, mas não substitui o corticoide.

- **Beta-2 agonistas (salbutamol):** sem papel no crupe, a menos que haja sibilância associada.
- **Sedativos:** contraindicados, pois mascaram a agitação da hipóxia.

Medidas de suporte

- Manter a criança calma e no colo; evitar choro e procedimentos desnecessários.
- Oferecer líquidos fracionados; antitérmico se febre.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Estridor em repouso que persiste após o corticoide ou retorna em até 2–4 h após adrenalina.
- Necessidade de mais de uma dose de adrenalina inalatória.
- Tiragem acentuada, esforço respiratório crescente ou fadiga.
- SpO₂ < 92% em ar ambiente, cianose ou palidez.
- Agitação crescente, sonolência, confusão ou hipotonia.
- Sialorreia, disfagia, voz abafada, aspecto toxêmico, febre alta com piora rápida (suspeita de epigloteite ou traqueíte bacteriana).
- Idade < 6 meses, fatores de risco anatômicos ou doença de base.
- Condições sociais que impeçam vigilância ou retorno rápido, sobretudo à noite.

Como encaminhar

1. Manter a criança **no colo do cuidador, sentada**, na posição que ela escolher. Não deitar e não examinar a orofaringe.
2. Oferecer **oxigênio** umidificado sem forçar máscara (blow-by, com o cuidador segurando), se SpO₂ < 92% ou desconforto.
3. Se disponível e sem suspeita de epigloteite: **adrenalina inalatória** 0,5 mL/kg (máx. 5 mL) e **dexametasona** 0,6 mg/kg (VO ou IM, máximo 10–12 mg) antes do transporte.
4. Não atrasar a transferência para colher exames ou fazer radiografia.
5. Contatar o serviço de destino relatando SpO₂, escore, medicações e horários; em caso de sinais de obstrução grave ou suspeita de epigloteite, transporte por **SAMU (192)** com equipe capaz de manejar via aérea.

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

- "O crupe é causado por vírus. A tosse de cachorro e a rouquidão costumam melhorar em 3 a 5 dias e pioram à noite."

- "O remédio (corticoide) é dado uma única vez e começa a fazer efeito em poucas horas. Não precisa repetir."
- "Mantenha a criança calma; o choro piora a falta de ar. Ofereça líquidos."
- Retornar ao consultório se: a tosse ou a rouquidão não melhoram em 5–7 dias; febre por mais de 3 dias; quadros repetidos de crupe.
- Ir ao pronto-socorro imediatamente se: ruído respiratório (estridor) com a criança calma ou dormindo; afundamento das costelas ou do pescoço ao respirar; lábios roxos ou palidez; criança muito agitada ou muito sonolenta; baba, dificuldade para engolir ou não consegue falar; febre alta com aparência muito doente; piora depois de ter melhorado.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Classificação	Clínica; hipoxemia indica UTI (SBP 2017)	Sem diretriz própria; referência norte-americana (AAFP 2018) usa Westley: leve ≤ 2 , moderado 3–7, grave 8–11, ≥ 12 falência iminente	CKS Croup (não foi possível acessar para confirmação)	Segue o NICE	Westley: leve ≤ 3 , moderado 4–5, grave ≥ 6 (AEPap)
Dexametasona	0,15 mg/kg (leve) a 0,6 mg/kg (grave), dose única, VO ou parenteral	AAFP: 0,6 mg/kg a mais usada; dose única em qualquer gravidade	Não confirmado	Segue o NICE	0,15 mg/kg (leve); 0,6 mg/kg (moderado/grave); máximo 10 mg
Adrenalina inalatória	Efeito ultrarrápido; indicada em moderado/grave	L-adrenalina 1:1.000 0,5 mL/kg (máx. 5 mL)	Não confirmado	Segue o NICE	0,5 mL/kg (máx. 5 mL), repetível a cada 15–20 min
Observação pós-adrenalina	Não especificada no material consultado	≥ 2 h	Não confirmado	Segue o NICE	2–4 h; 2ª dose indica internação
Exames	Não rotineiros	Não rotineiros; radiografia só se atípico	Não confirmado	Segue o NICE	Não rotineiros
Diferenciais	Traqueíte bacteriana (<i>S. aureus</i>) e epiglote	Epiglote, traqueíte, corpo estranho, abscessos	Não confirmado	Segue o NICE	Epiglote, traqueíte, abscesso retrofaríngeo, corpo estranho, alergia

Leitura: há forte convergência no essencial: diagnóstico clínico, corticoide em dose única para todas as gravidades, adrenalina inalatória apenas nos quadros moderados a graves e observação por pelo menos 2 horas depois dela, e nenhuma indicação de antibiótico. As divergências são de detalhe: a dose de dexametasona (0,15 mg/kg no leve para SBP, AEP e RCH; 0,6 mg/kg "para todos" como prática frequente nos EUA), a dose máxima (10 mg na

AEPap, 12 mg na RCH e no TREKK) e os pontos de corte do escore de Westley, que diferem entre Alberta/AAFP e AEPap. A RCH Melbourne, referência internacional frequente, pede 3 h de observação após adrenalina. A AAP não tem diretriz específica de crupe. Não foi possível acessar o NICE CKS para confirmar suas doses; por isso a coluna não traz números.

PONTOS PRÁTICOS

1. Dê dexametasona a toda criança com crupe, inclusive a leve; 0,15 mg/kg basta no leve, e a dose única dispensa receita para casa.
2. O que define a conduta é o estridor em repouso: sem estridor em repouso, casa; com estridor em repouso, corticoide e observação; persistente ou com hipoxemia, PS.
3. Após adrenalina inalatória, observar no mínimo 2 h (idealmente até 4 h) antes de liberar; o efeito passa, o edema pode voltar.
4. Febre alta, aspecto toxêmico, sialorreia e ausência de tosse ladrante sugerem epiglotite ou traqueíte bacteriana: não examinar a garganta e transferir com oxigênio.
5. SpO2 baixa no crupe é sinal tardio e grave; estridor que diminui com piora do esforço pode indicar fadiga.
6. Crupe recorrente, em menores de 6 meses ou atípico merece avaliação de via aérea com otorrinolaringologista.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria. Crupe viral e bacteriano (Documento Científico, 2017), resumo em Portal Afya. portal.afya.com.br
- Grupo de Vías Respiratorias da AEPap. El Pediatra de Atención Primaria y la laringitis aguda – Crup, 2018. [PDF](#)
- Arroba Basanta ML. Laringitis aguda (Crup). Anales de Pediatría, 2003. analesdepediatria.org
- Smith DK, McDermott AJ, Sullivan JF. Croup: Diagnosis and Management. American Family Physician, 2018. aafp.org
- The Royal Children's Hospital Melbourne. Clinical Practice Guideline — Croup (laryngotracheobronchitis), atualizado em 2024. rch.org.au
- TREKK (Translating Emergency Knowledge for Kids, Canadá). Bottom Line Recommendations — Croup, v4.0, 2023. [PDF](#)

- Oxford Handbook of Paediatrics, 3ª ed. Oxford University Press, 2021 (obra de referência).

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · 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.