

Estridor no lactente — laringomalácia e malformações de vias aéreas

Como a fase do estridor localiza a obstrução, como separar o agudo do crônico, reconhecer a laringomalácia grave e as outras malformações de via aérea e quando pedir nasofibrolaringoscopia

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. A fase localiza a obstrução: **inspiratório** — supraglote; **bifásico** — glote e subglote (obstrução fixa); **expiratório** — traqueia intratorácica. Primeiro, separe o **estridor agudo** (crupe, corpo estranho, epigloteite, traqueíte bacteriana, anafilaxia), que é urgência, 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; resolve na maioria até 12–24 meses.

Dificuldade alimentar, baixo ganho de peso, apneias, cianose, tiragem importante ou pectus escavado indicam laringomalácia grave ou outra lesão. Para a SBP, todo estridor deve ser avaliado pelo **otorrinolaringologista**, que faz o diagnóstico por **endoscopia (nasofibrolaringoscopia)**. Laringomalácia leve com boa curva de peso fica com o pediatra (●); sinais de gravidade, estridor bifásico ou expiratório, choro fraco, intubação prévia ou hemangioma em "barba" pedem encaminhamento prioritário (●); **estridor em repouso com tiragem, cianose, apneia ou SpO₂ < 92%** é pronto-socorro (●).

1. O que é e como se apresenta

A fase localiza a obstrução (SBP, Departamento de Emergências, 2017):

FASE	NÍVEL	EXEMPLOS
Inspiratório	Supraglote (tecido sem cartilagem colapsa na inspiração)	Laringomalácia, paralisia bilateral de pregas vocais, epigloteite, crupe inicial
Bifásico	Glote e subglote (obstrução fixa)	Estenose subglótica, hemangioma subglótico, paralisia de pregas vocais, crupe grave
Expiratório	Traqueia intratorácica e brônquios principais	Traqueomalácia, anel vascular, massa mediastinal, corpo estranho traqueal

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

Estridor agudo (horas a dias): crupe, corpo estranho, epigloteite, traqueíte bacteriana, abscesso retrofaríngeo, anafilaxia, hipocalcemia — conduta nos documentos próprios.

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**; aumenta até 6–8 meses e cerca de 90% resolvem sem

cirurgia até 18–20 meses. Associa-se a refluxo, doença neurológica (pior prognóstico) e **lesões sincrônicas de via aérea** (7,5% a 64%).

- **Leve ($\approx 40\%$):** estridor sem repercussão, mamadas adequadas.
- **Moderada ($\approx 40\%$):** engasgos, tosse ou cansaço às mamadas.
- **Grave ($\approx 20\%$):** apneias, cianose, tiragem, baixo ganho de peso, dessaturação, pectus escavado; risco de hipertensão pulmonar.
- **Paralisia de pregas vocais — bilateral:** estridor com desconforto e choro quase normal (Chiari, hidrocefalia); **unilateral:** **choro fraco ou rouco** e aspiração, típica após cirurgia cardíaca ou torácica (ligadura de canal arterial).
- **Estenose subglótica** — congênita ou, mais comum, **pós-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**, às vezes rotulado como "crupe que não passa", com melhora transitória ao corticoide. Cerca de metade dos hemangiomas segmentares em **"barba"** (pré-auricular, mandíbula, queixo, pescoço) tem componente de via aérea; pode ocorrer sem lesão cutânea. Tratamento: **propranolol**.
- **Anéis vasculares** — duplo arco aórtico, arco à direita com subclávia aberrante, sling pulmonar. Estridor **expiratório ou bifásico**, tosse ladrante, sibilância sem resposta a broncodilatador, **disfagia** com sólidos.
- **Traqueomalácia** — primária ou secundária (**atresia de esôfago com fístula**, anel vascular). Sibilos expiratórios monofônicos, tosse metálica; nos graves, apneias com cianose.
- **Outras:** cistos e membranas laríngeas, fenda laríngea, papilomatose.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Estridor inspiratório típico, choro normal , mamadas sem engasgos relevantes, bom ganho de peso , sem tiragem em repouso, apneia ou cianose, SpO ₂ ≥ 95%	Seguimento pelo pediatra (retorno em 2–4 semanas no início); nasofibrolaringoscopia eletiva (SBP)
● Moderada	Dificuldade alimentar ou ganho de peso limítrofe, tiragem leve com agitação; ou estridor bifásico, expiratório ou atípico (choro fraco, piora progressiva, intubação prévia, cirurgia cardíaca, hemangioma em "barba", doença neurológica, "crupe recorrente" ou em menor de 6 meses)	Encaminhamento prioritário ao otorrinolaringologista pediátrico (pneumologista se suspeita traqueal ou de anel vascular) em até 1–2 semanas ; hemangioma em "barba" ou estridor progressivo aos 1–3 meses, em poucos dias
● Grave	Estridor em repouso com tiragem moderada a grave, apneias, cianose , SpO ₂ < 92%, agitação, sonolência ou fadiga, desidratação ou perda de peso	Pronto-socorro/hospital : oxigênio, criança no colo, sem manipular a orofaringe; SAMU (192)

Fatores de risco que elevam a gravidade: prematuridade e **intubação prévia**; doença neurológica e síndromes; cardiopatia; lesão sincrônica de via aérea; hemangioma em "barba"; atresia de esôfago; virose sobreposta; aspiração.

3. Diagnóstico no consultório

Anamnese: início e evolução; relação com choro, sono, posição, mamada e viroses; qualidade do choro; engasgos, cianose ou pausas; prematuridade, **intubação**, cirurgia cardíaca; "crupes" repetidos; engasgo testemunhado.

Exame: criança **calma, no colo**; fase do estridor, tiragem, cor, **SpO₂**, choro, **curva de peso**, pectus, **hemangiomas cutâneos** ("barba"), dismorfias, tônus. Vídeo do estridor ajuda o especialista.

Exames — quando e quais:

- **Nasofibrolaringoscopia flexível** (otorrinolaringologista, criança acordada): confirma a laringomalácia e avalia a **mobilidade das pregas vocais**. Pela SBP (Departamento de Otorrinolaringologia), o diagnóstico é feito pelo otorrinolaringologista por **endoscopia**. Indicar para **todo lactente com estridor persistente** (eletiva se leve; prioritária nos critérios ● ou se piora após 6–8 meses ou persiste após 18–24 meses).
- **Laringotraqueobroncoscopia sob anestesia:** suspeita de lesão subglótica ou traqueal e antes da supraglotoplastia nos graves, para excluir lesão sincrônica.

- **Polissonografia ou oximetria noturna** (apneias); **angiotomografia e ecocardiograma** (anel vascular); **avaliação da deglutição** (engasgos, aspiração).
- **Radiografia cervical e de tórax**: papel limitado; **normal não exclui nada**.

Diferencial que não pode passar: corpo estranho; epiglotite e traqueíte bacteriana; anafilaxia; **hemangioma subglótico rotulado como crupe de repetição**; paralisia bilateral de pregas vocais; hipocalcemia; "sibilância sem resposta a broncodilatador" no lactente pequeno (traqueomalácia, anel vascular).

4. Tratamento e seguimento

O que o pediatra faz:

- **Laringomalácia leve**: tranquilizar; acompanhar **peso, mamadas e sinais de alerta**; nasofibrolaringoscopia eletiva. **Sono em decúbito dorsal**, mesmo com mais ruído: prona ou lateral não são recomendadas (morte súbita, como no documento de DRGE). Mamar mais sentado, com pausas.
- **Dificuldade alimentar**: mamadas fracionadas; **espessamento** da fórmula ou do leite materno ordenhado, com apoio fonoaudiológico.
- **Refluxo**: **IBP não é de rotina** na laringomalácia; só para doença do refluxo sem resposta às medidas alimentares, por tempo limitado, com o especialista. Sem posição da SBP e do Ministério da Saúde, o site segue seu documento **Vômitos no lactente, refluxo fisiológico e DRGE** e os dados mais recentes, e não o IPOG 2016 (veja Leitura).
- **Viroses** pioram o estridor: vacinação em dia (influenza, VSR — **Imunizantes contra o VSR**); sem tabaco.

O que é do especialista:

- **Supraglotoplastia** (secção endoscópica das pregas ariepiglóticas curtas): indicada (IPOG) em **apneias ou cianose**, hipoxemia ou hipercapnia, apneia obstrutiva do sono, **baixo ganho de peso**, aspiração grave, **hipertensão pulmonar**. Melhora a grande maioria; pior resultado com doença neurológica ou lesão sincrônica.
- **Outras lesões**: paralisia — tratar a causa, traqueostomia se bilateral grave; estenose subglótica — dilatação com balão ou reconstrução laringotraqueal; hemangioma — **propranolol (Hemangiomas Infantis)**; anel vascular — cirurgia; traqueomalácia — melhora até 1–2 anos, CPAP ou aortopexia nos graves.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Dexametasona oral (crupe sobreposto)	0,15 mg/kg no leve; até 0,6 mg/kg no moderado a grave (máx. 10–12 mg)	Dose única	Dose única	Não trata laringomalácia — SBP 2017, AEP, RCH (documento Laringite viral)
L-adrenalina 1 mg/mL inalatória	0,5 mL/kg, máx. 5 mL, com oxigênio	Repetir a cada 15–20 min nos graves, já encaminhando	Efeito ≈ 2 h	Observar 2–4 h; segunda 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)	Iniciar 1 mg/kg/dia e titular até 3 mg/kg/dia (AAP 2019: 2–3 mg/kg/dia)	2 doses/dia, com ou após a mamada	≥ 6 meses, em geral até ≈ 12 meses de idade	Pelo especialista, com início monitorado no hospital (via aérea); suspender se não mamar (hipoglicemia) — AAP 2019; documento Hemangiomas Infantis
Omeprazol (só DRGE com indicação)	1–4 mg/kg/dia (SBP 2024; máx. 80 mg/dia), iniciar ≈ 1 mg/kg/dia	1 vez/dia, 30 min antes da mamada	4–8 semanas, reavaliar	Não é de rotina; conferir faixa etária em bula — SBP 2024 (documento DRGE do site)

Não usar: corticoide ou nebulizações repetidas para estridor crônico sem diagnóstico (mascara hemangioma); IBP de rotina; prona ou cabeceira elevada; antibiótico sem infecção bacteriana.

Seguimento: peso e sintomas na puericultura; piora após 6–8 meses, persistência após 2 anos ou novo sintoma: retorno ao otorrinolaringologista.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Estridor **em repouso** com tiragem moderada a grave (AIDPI: doença muito grave, referir urgentemente).
- **Apneias, cianose** (inclusive às mamadas) ou **SpO₂ < 92%**.
- Agitação, sonolência ou estridor que "diminui" com piora do esforço (fadiga).
- Desidratação ou perda de peso; 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; **não examinar a orofaringe** se houver sialorreia ou suspeita de epiglote; evitar o choro.
2. **Oxigênio** para manter $SpO_2 \geq 94\%$ (e se houver desconforto importante).
3. Componente de crupe (sem suspeita de epiglote): dexametasona e adrenalina inalatória antes do transporte, se disponíveis.
4. Suspeita de anafilaxia: **adrenalina IM** imediatamente.
5. Contatar o destino e acionar o **SAMU (192)** com equipe de via aérea se obstrução grave, apneia ou cianose; enviar relatório (peso, intubação, endoscopias).

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."
- "Continue colocando o bebê para dormir **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.
- **Pronto-socorro imediatamente se:** pausas na respiração, lábios roxos, afundamento das costelas ou do pescoço com o bebê calmo, bebê muito cansado, sonolento ou que não consegue mamar, piora rápida num resfriado.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Localização e gravidade	Fase indica o nível (2017)	Estridor em repouso = doença muito grave (AIDPI)	Laringomalácia, causa mais comum	Sem diretriz localizada	Malácias, anéis e estenose no difrênica (2020)	Sem posição específica localizada	Laringomalácia, causa mais comum	Segue o NICE
Diagnóstico	Avaliação do ORL com endoscopia em todos	Sem posição específica localizada	Laringoscopia flexível pelo ORL	Sem diretriz localizada	Fibrolaringoscopia e polissonografia nos graves (AEPap)	Sem posição específica localizada	Laringoscopia; broncoscopia se grave	Segue o NICE
Refluxo	Associação citada, sem medicamento indicado	Sem posição específica localizada	Antirrefluxo pode ajudar	Sem diretriz localizada	Antirrefluxo no moderado (AEPap)	Sem posição específica localizada	Supressão ácida com pior evolução; espessar	Segue o NICE
Cirurgia	Se obstrução aguda ou crônica	Sem posição específica localizada	Supraglotoplastia se res- piração, ma- mada ou peso comprometi- dos	Sem diretriz localizada	Supraglotoplastia nos graves	Sem posição específica localizada	Supraglotoplastia nos graves	Segue o NICE
Hemangioma subglótico	Sem posição localizada	Sem posição específica localizada	"Barba" = risco de via aérea; propranolol 2–3 mg/kg/dia	Sem diretriz localizada	Sem posição localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição localizada	Segue o NICE
Urgência	Sinais de obstrução	Referir urgentemente ao hospital	Apneias, dificuldade alimentar, tiragem	Sem diretriz localizada	Apneias, baixo ganho de peso	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 indicam supraglotoplastia. A principal divergência é o **antirrefluxo**: o IPOG (2016) e o material da AAP para famílias admitem supressão ácida; dados do Boston Children's (2021) e um ensaio randomizado (2025) não mostram benefício. 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 confirmação pelo otorrinolaringologista em todos, enquanto parte da literatura aceita seguimento clínico da forma leve típica; o **site adota a posição da SBP**. NICE, Oxford e Cambridge não têm diretriz específica localizada.

PONTOS PRÁTICOS

1. A fase localiza a obstrução: inspiratório — supraglote; bifásico — glote e subglote; expiratório — traqueia intratorácica.
2. Estridor inspiratório nas primeiras semanas, pior com choro, mamada e decúbito dorsal, com choro normal e bom ganho de peso é laringomalácia leve: pediatra acompanha e pede nasofibrolaringoscopia eletiva.
3. Dificuldade alimentar, baixo ganho de peso, apneias, cianose, tiragem ou pectus escavado: laringomalácia grave ou lesão associada — encaminhamento prioritário e avaliação para supraglotoplastia.
4. Estridor bifásico progressivo aos 1–3 meses, sobretudo com hemangioma em "barba", é hemangioma subglótico até prova em contrário: especialista em poucos dias e propranolol, não "crupe de repetição".
5. Choro fraco sugere paralisia de prega vocal; intubação prévia, estenose subglótica; expiratório com disfagia, anel vascular.
6. Estridor em repouso com tiragem, apneia, cianose ou SpO₂ < 92%: pronto-socorro, com a criança no colo, oxigênio e transporte seguro.

Veja também, nesta Biblioteca: **Laringite viral (crupe)**; **Acidentes domésticos** (corpo estranho); **Tosse persistente e crônica**; **Vômitos no lactente, refluxo fisiológico e DRGE**; **Hemangiomas Infantís**; **Protocolo de Anafilaxia**; **Displasia Broncopulmonar (DBP)**.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Otorrinolaringologia. Estridor (texto informativo), 2017. sbp.com.br
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Emergências. Crupe viral e bacteriano (Guia Prático), 2017. [PDF](#)
- Ministério da Saúde, OPAS, UNICEF. Manual de Quadros de Procedimentos AIDPI Criança — 2 meses a 5 anos, 2017. [PDF](#)
- American Academy of Pediatrics, Section on Otolaryngology. McClay JE. Laryngomalacia and stridor. HealthyChildren.org, 2022. healthychildren.org
- American Academy of Pediatrics. Krowchuk DP et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Infantile Hemangiomas, 2019 — resumo na AAFP. aafp.org
- Asociación Española de Pediatría. Ventosa Rosquelles P, Luaces Cubells C. Diagnóstico y tratamiento de la laringitis en Urgencias, 2020. [PDF](#)

- AEPap. Valencia Ramos J et al. Conocimientos de los pediatras sobre la laringomalacia. Pediatría Atención Primaria, 2016. scielo.isciii.es
- Boston Children's Hospital (Harvard Medical School). Laryngomalacia. [childrenshospital.org; answers.childrenshospital.org](https://childrenshospital.org;answers.childrenshospital.org); Thickened feeds, not acid suppression, in laryngomalacia (J Pediatr, 2021).
- Landry AM, Thompson DM. Laryngomalacia — disease presentation, spectrum, and management. Int J Pediatr, 2012. [PMC](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22811111/)
- Shaffer AD et al. Acid suppression in mild-moderate laryngomalacia without GERD — randomized controlled trial. Laryngoscope, 2025. [PMC](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/46811111/)
- Sicari V, Zabbo CP. Stridor in Children. StatPearls, 2023. [NCBI Bookshelf](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41111111/)
- Carter J et al. International Pediatric ORL Group (IPOG) laryngomalacia consensus recommendations. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2016 (consultado por resumo).

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.