



Distúrbios da deglutição e disfagia na infância

Swallowing disorders and dysphagia in children

Rebecca Maunsell¹, Melissa Ameloti Avelino²

Palavras-chave:

Transtornos de
Deglutição,
Criança,
Anormalidades
Congênitas,
Pneumonia Aspirativa.

Resumo

O papel da equipe médica que atua em crianças portadoras de distúrbios de deglutição vai muito além da indicação da intervenção dos profissionais não médicos, prescrição de medicamentos ou identificação de condições clínicas para alimentação por via oral. Os distúrbios da deglutição em crianças levam ao atraso no desenvolvimento e crescimento, com repercussões significativas para a saúde geral da criança, podendo ser motivo de internações repetidas e realização de exames de forma pouco efetiva, e até iatrogênica, quando fora do contexto de uma avaliação multidisciplinar. Na maior parte dos casos a disfagia é multifatorial. Diversas patologias além dos distúrbios neurológicos podem ser responsáveis por distúrbios de deglutição como fator causal ou cofator. As abordagens terapêuticas podem ser conservadoras e/ou cirúrgicas, e algumas intervenções podem ser necessárias no seguimento dado às consequências e repercussões da disfagia a longo prazo. Os profissionais considerados pilares principais na avaliação destas crianças são: o otorrinolaringologista, o pneumologista, gastroenterologista e o fonoaudiólogo, garantindo a avaliação contínua tanto estrutural e funcional da via aérea e digestiva e suas repercussões na saúde da criança. Esta carta visa chamar atenção para a necessidade de uma criteriosa avaliação médica especializada antes do início de terapias, além da atuação contínua de especialistas médicos na investigação e seguimento destas crianças.

Keywords:

Deglutition Disorders,
Child,
Congenital
Abnormalities,
Pneumonia,
Aspiration.

Abstract

The role of the medical team in the evaluation of children with dysphagia goes way beyond the prescription of medical and nonmedical treatment and the evaluation of the possibility of oral feeding. Swallowing disorders in children may compromise growth and development with significant compromise to the child's general health, sometimes leading to multiple hospital admissions and diagnostic exams that expose the child to unnecessary risks, when ordered outside the context of a multidisciplinary approach. Most times dysphagia is multifactorial. Several pathologies apart from neurologic impairments may be involved as the main cause or a co-factor for swallowing disorders. Treatment may be medical, surgical or both, and some interventions may be needed even during follow-up due to consequences of long-term dysphagia. Specialists central to all multidisciplinary programs are: the otolaryngologist, the pneumologist, the gastroenterologist and the speech and language pathologist to ensure that evaluation of structural and functional aspects of the respiratory and digestive systems and its repercussions on the child's general health have been encountered and will be continuously accounted for. This letter hopes to bring attention to the need of a detailed and specialized medical evaluation of these children before and continuously during diagnosis and rehabilitation of these children.

¹ Universidade Estadual de Campinas, Setor de Otorrinolaringologia Pediátrica - Depto Oftalmo/Otorrinolaringologia - Campinas - SP - Brasil.

² Universidade Federal de Goiás, Otorrinolaringologia - Goiás - GO - Brasil.

Endereço para correspondência:

Rebecca Maunsell.

Universidade Estadual de Campinas. Cidade Universitária Zeferino Vaz - Barão Geraldo, Campinas, SP, Brasil. CEP: 13083-970. E-mail: rebecca.maunsell@gmail.com

Distúrbios da deglutição e disfagia na Infância

Parabenizamos a revista pelo recente artigo “Atuação multiprofissional na disfagia pediátrica”, publicado nesta conceituada revista¹. No entanto, precisamos esclarecer alguns aspectos da disfagia na infância que acreditamos serem cruciais para o entendimento da atuação dos profissionais envolvidos no atendimento à estas crianças.

O papel da equipe médica que atua em crianças portadoras de distúrbios de deglutição não pode se limitar de maneira alguma, como descrito no artigo recentemente publicado, à indicação da intervenção dos profissionais não médicos, nem a prescrição de medicamentos ou identificação de condições clínicas para alimentação por via oral¹. As evidências dos impactos nas vias respiratórias e na saúde geral destas crianças é tão evidente que, nos últimos anos, dezenas de centros de atenção a crianças com distúrbios “aerodigestivos” foram criados nos Estados Unidos, justamente depois da comprovação de que a atuação conjunta de profissionais médicos e não médicos não apenas melhora a qualidade da atenção prestada à criança com disfagia, mas também é mais eficiente economicamente².

Os distúrbios da deglutição em crianças levam ao atraso no desenvolvimento e crescimento com repercussões significativas para a saúde da criança gerando internações repetidas e realização de exames de forma pouco efetiva e até iatrogênica, quando fora do contexto de uma avaliação multidisciplinar. Diversas patologias podem ser responsáveis por distúrbios de deglutição algumas delas passíveis de correções cirúrgicas inclusive, além dos distúrbios neurológicos e, em muitos casos a disfagia é multifatorial, necessitando de diferentes tipos de abordagem clínicas e cirúrgicas³.

Os profissionais considerados pilares principais na avaliação e seguimento destas crianças são: o otorrinolaringologista, pneumologista, gastroenterologista e o fonoaudiólogo² além, evidentemente do pediatra, dado a importância da avaliação estrutural e funcional da via aérea e digestiva e as repercussões na saúde geral da criança. É essencial por exemplo, que patologias frequentes neste grupo de pacientes como: doença do refluxo gastro-esofágico, pneumonias aspirativas, eventos respiratórios recorrentes e malformações, as vias aéreas sejam identificadas e seu impacto minimizado³. Além disso, diagnósticos diferenciais com outras patologias menos prevalentes, mas não desprezíveis, são essenciais. Pode ser necessário ainda a atuação do neuropediatra, cirurgia pediátrica, cirurgião torácico, geneticista e outras especialidades não médicas como enfermagem, fisioterapia, psicologia e nutrição.

O objetivo do trabalho conjunto é o entendimento global dos problemas para orientação do pedido racional de exames complementares minimizando as intervenções sob anestesia e a exposição à radiação. Além disso, a tomada de decisões acordadas entre os profissionais facilita a comunicação com a família e a adesão às terapias e tratamentos necessários. Para tal, é importante que cada membro da equipe conheça e reconheça a atuação do outro e que estes se comuniquem continuamente.

Entende-se por disfagia qualquer distúrbio na deglutição que comprometa a nutrição ou a segurança para alimentação por via oral³. O distúrbio pode estar restrito a determinadas consistências ou não. A disfagia na infância muitas vezes é um desafio diagnóstico, pois a respiração e a deglutição têm em comum a mesma região anatômica e para que a respiração e a deglutição ocorram de forma segura e efetiva, promovendo o crescimento e desenvolvimento da criança, é preciso que as estruturas anatômicas estejam íntegras e que, além da integridade anatômica, haja também funcional com boa coordenação entre estas funções.

Esta coordenação depende de um bom funcionamento do sistema nervoso central (SNC). No entanto, não é incomum a concomitância de causas relacionadas a malformações dos tratos digestivo e respiratório com ou sem alterações neurológicas associadas. Malformações das vias aéreas como a laringomalácia, paralisia de pregas vocais, cistos laríngeos, fendas laríngeas, compressões extrínsecas traqueais, traqueomalácia, entre outras, devem ser descartadas bem como a ocorrência de fístulas traqueoesofágicas. Além de estarmos sempre atentos para a coexistência de malformações, frequentemente associadas, como por exemplo, à atresia de esôfago e à traqueomalácia⁴.

Assim, embora uma abordagem multiprofissional seja fundamental para o manejo da disfagia na infância, é imperativo que a criança seja avaliada inicialmente pelo otorrinolaringologista para que seja realizado o exame físico da via aérea e digestiva alta e seja excluída a possibilidade de uma alteração anatômica e/ou funcional desta região. Esta avaliação deve inclusive nortear orientações básicas relativas à segurança da introdução de alimento por via oral ou qualquer estímulo que aumente a salivação.

A avaliação clínica inicial da criança com sinais ou suspeita de distúrbio de deglutição deve levar em consideração a observação do padrão respiratório, sinais de esforço e tosse relacionada a deglutição de saliva, além de alimento. A observação durante a alimentação também traz informações essenciais permitindo a avaliação da tonicidade e a coordenação durante a deglutição, além da presença do reflexo de tosse. Em caso de crianças com comprometimento neurológico é essencial a avaliação do pediatra e do neuropediatra para esclarecimento do diagnóstico e potencial prognóstico além das repercussões neuromusculares relacionadas⁵.

O exame físico inicia-se pela avaliação dos lábios, cavidade oral (oroscopia), mandíbula, mas deve abranger imprescindivelmente o exame da via aérea e digestiva alta que é realizado através da videoendoscopia com um nasofibrolaringoscópio flexível. Este exame é realizado pelo otorrinolaringologista, preferencialmente com formação e experiência no exame de neonatos e lactentes. Este exame possibilita, de forma pouco invasiva, a avaliação da via aérea desde as narinas até a laringe passando pela faringe. Vale ressaltar que alterações e malformações da via aérea, em qualquer destes níveis, pode ter repercussões na deglutição particularmente no neonato

logo nas primeiras semanas de vida, por isso este exame deve ser realizado precocemente. A videonasofibrolaringoscopia é realizada com a criança desperta, ativa e possibilita também diagnosticar alterações da mobilidade da laringe, assim como a ocorrência de incoordenações, alterações de sensibilidade e a presença de estase salivar.

Inúmeros estudos vêm demonstrando que a avaliação clínica isolada não tem sensibilidade para diagnosticar eventos aspirativos⁴. O videodeglutograma ou videofluoroscopia é uma radiografia dinâmica que é considerada o padrão ouro para avaliar todas as fases da deglutição⁶ e a videoendoscopia da deglutição (VED) é um exame endoscópico que avalia bem algumas fases da deglutição e, principalmente, as estruturas anatômicas. Estes exames são complementares, no entanto, tem indicações que dependem da ingestão de contraste bariado no caso da videofluoroscopia e na tolerância da passagem da fibra ótica pela narina no caso da VED. A decisão por um e/ou outro e a ordem em que serão realizados dependem, portanto, de uma discussão caso a caso geralmente envolvendo o otorrinolaringologista e o fonoaudiólogo.

Esta carta tem como objetivo reforçar a importância da equipe multidisciplinar, mas principalmente lembrar que o diagnóstico do distúrbio de deglutição deve passar

essencialmente por especialistas médicos que saibam avaliar a via aérea e digestiva alta da criança antes do início de terapias e que a acompanhem. A comunicação entre as equipes deve ser contínua desde o diagnóstico preciso e no seguimento, visando priorizar ações e racionalizar os exames a serem solicitados que possam ser relevantes para o pleno desenvolvimento da criança, considerando sempre seus riscos e benefícios.

REFERÊNCIAS

1. Miranda VSG, Niedermeyer CC, Tarnowski MS, Flach K, Flach K, Barbosa LR. Atuação multiprofissional na disfagia pediátrica. *Resid Pediatr*. 2020;10(1):48-50.
2. Piccione J, Boesch RP. The multidisciplinary approach to pediatric aerodigestiv disorders. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2018 Mar;48(3):66-70.
3. Dodrill P, Gosa MM. Pediatric dysphagia: physiology, assessment and management. *Ann Nutr Metab*. 2015;66(Supl 5):24-31.
4. Duncan DR, Mitchel PD, Larson K, Rosen F. Presenting signs and symptoms do not predict aspiration risk in children. *J Pediatr*. 2018 Oct;201:141-6.
5. Avelino MAG, Maunsell R. Disfagia na infância. In: Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), ed. *Tratado de pediatria*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Manole; 2017. p. 1683-5.
6. Gurberg J, Birnbaum, Daniel SJ. Laryngeal penetration on videofluoroscopic swallowing study is associated with increased pneumonia in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2015;79(11):1827-30.