

# *Avaliação Otorrinolaringológica da Disfagia em Crianças: Avaliação Endoscópica da Deglutição (AED)*

*Myrian Adriana Pérez García e Teolinda Morales*

A avaliação otorrinolaringológica de pacientes com queixa de disfagia deve ser conduzida de maneira organizada e esquematizada para a coleta de uma quantidade suficiente de informações que permita a abordagem adequada desses pacientes. Ela começa com uma anamnese detalhada, incluindo o histórico médico pessoal da mãe desde a gravidez e da criança; a evolução de problemas, o uso de fármacos e qualquer doença que possa ter ocorrido durante a gestação. Quanto ao trabalho de parto, é importante investigar a possibilidade de hipóxia e se o recém-nascido precisou de reanimação e/ou intubação. Quanto tempo e como o bebê mamou no peito - ele mamava com força? Fazia pausas? Também é de interesse o momento exato da interrupção do aleitamento materno e que tipo de alimento os pais ofereceram à criança.

O histórico deve levantar questões específicas sobre o desenvolvimento psicomotor e a presença de qualquer malformação congênita. O exame deve incluir dados sobre a primeira vez que o paciente apresentou distúrbio de deglutição e deve investigar estridor ou tosse no início, durante ou após a alimentação. A consistência do alimento que é difícil de deglutir e há quanto tempo o problema ocorre também são dados que devem ser registrados. O médico deve avaliar a possibilidade de desnutrição, doenças e pneumonias recorrentes.

Uma vez que esse estágio importante da consulta esteja completo, o médico deve prosseguir com o exame físico cuidadoso da cabeça e do pescoço antes de fazer a endoscopia, buscando estreitamentos ósseos, desvios de septo e tumores. Deve-se explorar também as áreas do palato, maxila, mandíbula e faringe. Hipertrofia tonsilar, cistos tireoglossos, cistos valesculares e o funcionamento dos nervos cranianos também devem ser analisados.

Depois inicia-se a endoscopia para avaliação das condições anatômicas/estruturais do nariz, da cavidade oral e da hipolaringe (**Figura 1**). É importante evitar o uso de anestesia local, pois a sensibilidade durante o exame é essencial para a endoscopia. Se o paciente for alimentado através de sonda nasogástrica ela deve ser retirada quatro horas antes da endoscopia. São necessárias descrições precisas de alterações velopalatinas e da dinâmica da laringe durante a respiração (elevação, mobilidade, fechamento das pregas vocais) e malformações como fendas laríngeas posteriores, paralisia das pregas vocais ou presença de secreções retidas na base da língua, seios piriformes, área cricóidea posterior e vestibulo da laringe. A entrada de secreções até o nível das pregas vocais é sinal de distúrbios graves e constitui contra-indicação para a avaliação endoscópica da deglutição.

**Figura 1.** Avaliação endoscópica

A avaliação da deglutição de crianças deve começar com um estímulo à sucção e com reflexos de busca em lactentes (que ainda mamam no peito). Em crianças mais velhas deve-se examinar o fechamento dos lábios, a posição da língua, a manipulação do alimento e o movimento dos músculos bucais, da maxila e da mandíbula na fase preparatória oral.

A avaliação endoscópica da deglutição (AED) requer a passagem de um endoscópio flexível através das narinas, sobre e posteriormente ao palato mole e úvula até uma posição que permita a visualização da epiglote, da base da língua, das paredes da faringe, da hipofaringe e da laringe durante seus movimentos. Depois deve ser oferecido ao paciente alimentos com várias consistências diferentes e com corantes artificiais que permitam a visualização de sua passagem. A AED é singular para a análise dos reflexos da laringe de proteção das vias aéreas e transporte do bolo de alimento ingerido. As consistências dos alimentos usados no teste devem incluir líquidos (líquidos mais fluidos e mais grossos), semi-sólidos e sólidos oferecidos em mamadeira, canudo e colher. Isso permite a avaliação de como o paciente lida com quantidades de alimento e ajuda a criar estratégias para melhorar a administração dos alimentos.

Com os resultados do teste pode-se determinar o tipo de disfagia de acordo com a região anatômica comprometida: a disfagia orofaríngea ocorre na boca, faringe e entrada cervical do esôfago; ela envolve as fases preparatória oral, oral e faríngea da deglutição. A disfagia esofágica acomete o esôfago e a fase esofágica da deglutição. A intensidade da disfagia é descrita através da escala de gravidade da disfagia como a seguir:

**Nível I** - demonstra deglutição normal de alimentos e bebidas de todas as consistências;

**Nível II** - demonstra deglutição funcional que pode estar alterada ou anormal, mas que não resulta em aspiração ou em redução na eficiência da deglutição;

**Nível III** - na disfagia orofaríngea leve existe um distúrbio de deglutição, sendo necessário um acompanhamento fonoaudiológico para orientações específicas;

**Nível IV** - na disfagia leve a moderada há risco de aspiração, mas esse risco pode ser reduzido com a utilização de manobras e técnicas. É possível que haja sinais de aspiração com alimentos de determinada consistência;

**Nível V** - na disfagia orofaríngea moderada há um risco significativo de aspiração de alimentos de duas consistências. A alimentação oral deve ser suplementada com alimentos oferecidos por via alternativa;

**Nível VI** - na disfagia orofaríngea moderada a grave, há tolerância apenas para uma consistência de alimentos e é necessário o máximo cuidado para selecionar as estratégias de alimentação. Caso o paciente apresente comprometimento pulmonar, é necessário interromper a alimentação oral;

**Nível VII** - descreve a disfagia orofaríngea grave, onde o paciente não consegue se alimentar por via oral. Observa-se aspiração silenciosa de alimentos de duas ou mais consistências, e ocorrem broncoespasmos.

Frente a esses resultados, o processo de tratamento é dirigido inicialmente para a segurança da deglutição, a prevenção da aspiração, o trânsito adequado do bolo e o aproveitamento sensorial do alimento, se possível. As conclusões e recomendações de diversos especialistas como nutricionistas podem ser benéficas. A nutrição adequada pode ser obtida através da utilização de dietas orais ou não-orais, ou uma combinação de ambas, de maneira que o paciente receba nutrição adequada em termos calóricos e com a consistência mais bem tolerada. Um gastroenterologista pode ajudar na avaliação e abordagem das condições patológicas do esôfago, incluindo o refluxo gastroesofágico que muitas vezes está presente nesses pacientes. Um fonoaudiólogo pode ajudar com técnicas de deglutição compensatória e reabilitativa. Talvez haja a necessidade que um cirurgião pediatra coloque uma sonda oral para alimentação ou que faça uma cirurgia para correção do refluxo.

Finalmente, o papel do otorrinolaringologista pode ser resumido como o de um maestro que fornecerá as informações essenciais, coordenando uma equipe de especialistas que irão trabalhar de maneira combinada para cuidar de pacientes pediátricos com distúrbios de deglutição. O objetivo é estabelecer um programa terapêutico preciso, seguro, organizado e cuidadoso para o benefício não apenas do paciente, mas também de suas famílias e cuidadores, dando a todos melhor qualidade de vida.

### **Leituras recomendadas**

1. Darrow D, Harley Ch, Valoración de los trastornos de la deglución en niños. En: Clínicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica. Disfagia en niños, adultos y ancianos. México. Vol 3/1998. : 373-385.
2. Murry T, Carrau R. Clinical Management of Swallowing Disorders. 2nd edition. San Diego.2006 : 97- 136.
3. Moyano H. Estudio dinámico de la succión-deglución. En: Problemática de la Deglución en Niños. Paraná. Chile.1998 : 39-58.
4. Padovani AR, Moraes DP, Mangili LD, Andrade CRF. Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2007; 12(3):199-205