



A Criança que Baba

Anna H. Messner

O objetivo principal do capítulo é entender melhor o problema das crianças que apresentam sialorréia excessiva, também conhecida como hipersalivação ou mais comumente como a criança que baba. As crianças têm quatro conjuntos de glândulas salivares. As glândulas parótidas localizam-se na bochecha. Além disso, há as glândulas submandibulares, as glândulas sublinguais, e por toda a cavidade oral temos pequenas glândulas salivares.

A saliva lubrifica ou umedece a boca. Ela ajuda a tamponar e limpar os alimentos na cavidade oral além de auxiliar a limpar os dentes. Ela também tem uma função antibacteriana, e auxilia com o paladar e a digestão.

É bastante comum os pais chegarem ao consultório dizendo: “meu filho baba o tempo todo!” Neste caso, o que devemos fazer? Em primeiro lugar, é preciso lembrar qual é a quantidade de saliva considerada normal. Um adulto normal produz de 1 - 1,5 litros de saliva em 24 horas - a mesma quantidade de aproximadamente quatro latas de refrigerante. Uma criança não produz tanta saliva, mas ainda há bastante saliva. Na grande maioria das vezes o problema não é a criança que produz muita saliva, o problema é que a criança não engole toda a saliva que produz.

As várias glândulas salivares produzem quantidades diferentes de saliva. A saliva da glândula parótida é muito serosa, até mesmo aquosa, com pouca viscosidade. Durante um estado sem estímulos, como por exemplo, enquanto estamos lendo este capítulo, nossa glândula parótida produz aproximadamente 25% da sua saliva. Quando nos concentramos na figura de um limão, ou até mesmo quando pensamos em um limão, sentimos a nossa boca se encher de saliva - este é o estado estimulado. É a nossa glândula parótida que está produzindo a maioria da nossa saliva “estimulada”. A glândula submandibular produz saliva que é um pouco mais espessa, quando comparada com a glândula parótida e, enquanto, você estiver sentado, lendo este capítulo, ela estará produzindo aproximadamente 70% da sua saliva e, em um estado estimulado, aproximadamente 25%. As glândulas sublinguais e as glândulas salivares menores não produzem muito da nossa saliva (**Tabela 1**).

Tabela 1. Características de glândulas salivares

Glândula	Viscosidade	Estado não estimulado	Estado estimulado
Parótida	Aquosa	25%	70%
Submandibular	Semi-viscosa	71%	25%
Sublingual	Viscosa	3-4%	3-4%
Menores	Viscosa	traços	traços

Supondo que estejamos frente a uma criança de 18 meses de idade com salivação excessiva ou sialorréia. A família relata que sua camisa está sempre molhada, que sua boca está sempre aberta, que tem saliva constantemente no queixo, babando o tempo todo, mas ela, de outro modo, é uma criança sem nenhum outro problema, nem sequer neurológico. Primeiro, precisamos excluir a obstrução nasal, portanto é preciso verificar se a criança consegue respirar através do nariz e se ela consegue fechar a boca. Mas, geralmente, a obstrução nasal não é o problema. Geralmente o problema é a hipotonicidade (flacidez) motora da musculatura da cavidade oral e facial. Podemos considerar a terapia ocupacional ou a fonoterapia para ajudar a lidar com o problema. Mas, de modo realista, o que realmente precisamos fazer é tranquilizar os pais dizendo: “tudo isso passa, esta situação irá melhorar”. A hipersalivação em uma criança neurologicamente normal cessa, habitualmente, por volta dos quatro ou cinco anos de idade.

O que ocorre, porém, quando a salivação excessiva não é normal? Há um grupo de crianças mais velhas que apresentam problemas neurológicos, sendo que permanece a salivação excessiva e constante. Estas sim, são as crianças para as quais podemos considerar fazer algo a mais. O problema com a salivação excessiva em crianças mais velhas requer muito cuidado por parte da família. A saliva pode causar *rash* cutâneo e, em casos graves, pode levar a fissuras na pele. Não nos surpreende que isto também cause problemas sociais, visto que ninguém quer abraçar uma criança toda molhada de saliva. Atualmente, algumas crianças com lesões neurológicas usam computadores para se comunicar, sendo um problema para o equipamento eletrônico quando a saliva da criança fica gotejando constantemente por todo o teclado.

Como podemos avaliar estas crianças? Em primeiro lugar, deve-se perguntar à família se a hipersalivação representa um grande problema, se é ocasional ou se ocorre durante o tempo todo. Como é a deglutição da criança? É importante observá-la para ver se há algum problema além da pele, algum problema dentário e se está relacionado com a deglutição. O sistema de classificação de Thomas-Stonell e Greenberg avalia dois aspectos da hipersalivação:

- 1) a gravidade, variando de seco a abundante;
- 2) a frequência, variando de nunca a constantemente (**Tabela 2**).¹

Tabela 2. Classificação de Thomas-Stonell & Greenberg para a Hipersalivação

Gravidade (1-5)
<ul style="list-style-type: none"> • Lábios secos • Lábios levemente úmidos • Lábios e queixo moderadamente úmidos • Roupa muito molhada • Abundante – roupas, mãos e objetos molhados
Frequência (1-4)
<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Frequentemente • Constantemente

Quando abordamos crianças com problemas de salivação excessiva, a parte difícil é conseguir alcançar um equilíbrio entre nenhuma salivação e a boca úmida. Uma boca seca é uma complicação grave que pode advir de qualquer tratamento mal conduzido e pode tornar estas crianças infelizes. É importante que os tratamentos recomendados tenham efeitos colaterais ou complicações limitadas ou até mesmo inexistentes. Um relato na literatura descreve o uso da acupuntura para controlar a hipersalivação.² Os autores colocaram cinco agulhas na língua, cinco dias por semana, durante seis semanas e relataram que a acupuntura melhorou a hipersalivação. Seria difícil imaginar os pequenos pacientes concordando com esta terapia. Como alternativa, podemos considerar a recomendação de terapia motora oral (fonoterapia) para crianças que tenham hipersalivação leve, e esta terapia, às vezes, parece ajudar.

A inervação do sistema salivar é complicada, mas o resultado final é que ela é uma inervação parassimpática, sendo mediada pela acetilcolina. Muitos dos tratamentos para a hipersalivação interferem na inervação das glândulas salivares. Se interrompermos a inervação para as glândulas salivares, elas não produzirão saliva.

Há diversos **agentes farmacológicos** que podem ser experimentados. Nos Estados Unidos, o **glicopirrolato** é freqüentemente usado, também chamado de Robinul®. Este é um **medicamento anticolinérgico** que não passa a barreira hematoencefálica. No Brasil ainda não existe um fármaco equivalente. Embora este medicamento não cause alguns dos efeitos colaterais de outros anticolinérgicos, pode causar alguns efeitos indesejáveis, sendo que o mais significativo é que ele torna a saliva do paciente extremamente viscosa, podendo ser bastante desagradável para alguns. Este fármaco apresenta alguns efeitos colaterais em até aproximadamente 70%. Em até 20% dos usuários o paciente terá de interromper o uso do medicamento.³ Ainda assim, é a primeira opção de tratamento. Este medicamento também tem tido sua administração recomendada três vezes ao dia, o que pode levar a um problema de aderência ao mesmo.

Também podemos usar **adesivos transdérmicos de escopolamina (transderm scop)**. Estes são pequenos adesivos transdérmicos colocados na pele, atrás da orelha, sobre a mastóide. Eles podem apresentar potenciais efeitos colaterais, porém o adesivo é bastante fácil de ser usado.

Também, podemos considerar uma **injeção de toxina botulínica do tipo A** diretamente nas glândulas salivares. Normalmente as pessoas conhecem o uso de injeções da toxina botulínica para livrarem-se de rugas no rosto, mas ela também pode ser usada para reduzir o fluxo salivar. A toxina botulínica funciona através do bloqueio da liberação de acetilcolina, interrompendo desta forma a inervação da glândula e bloqueando a liberação de saliva. A toxina botulínica pode ser injetada nas glândulas submandibulares e/ou nas glândulas parótidas. Visto que as glândulas submandibulares produzem 70% da saliva no estado não estimulado, se precisarmos reduzir o fluxo de saliva, precisamos tratar as glândulas submandibulares. Uma ultrassonografia pode ser usada para delimitar as glândulas, ou podemos apalpá-las no exame físico. O procedimento pode ser realizado com anestesia local, tópica ou geral.

Na Holanda, um estudo clínico prospectivo comparou o uso do **adesivo transdérmico de escopolamina com a injeção da toxina botulínica**.⁴ O estudo incluiu 45 crianças com paralisia cerebral e dificuldades neurológicas. Os autores usaram primeiro o adesivo transdérmico de escopolamina, e depois as crianças receberam injeções de Botox® sendo, então, comparados os resultados. Neste estudo, quando o adesivo transdérmico de escopolamina foi colocado nas crianças, a hipersalivação melhorou, e quando o adesivo foi retirado a hipersalivação piorou. A seguir, as crianças foram submetidas à injeção da toxina botulínica que também reduziu a hipersalivação, mas por um período mais longo. Infelizmente, 70% das crianças apresentou efeitos colaterais de moderados a graves com o adesivo transdérmico de escopolamina. A principal vantagem das injeções de toxina botulínica é que o efeito é local, e a criança não tem efeitos colaterais em outras partes do seu organismo. A desvantagem é que necessária a aplicação de uma injeção, o que a criança definitivamente não aprecia.

Mas, e os **tratamentos cirúrgicos**? O objetivo é obter uma boca úmida, mas sem hipersalivação. Ocasionalmente observamos crianças com leve hipersalivação, tendo sua boca constantemente aberta. Se a criança tiver as **tonsilas palatinas e as adenóides grandes**, podemos melhorar a situação ao **remover as tonsilas e as adenóides**. Mas, em geral, este não é o caso. **Geralmente as crianças com tonsilas e adenóides grandes não apresentam problemas significativos de hipersalivação**. Se uma criança apresentar uma hipersalivação importante, a remoção das tonsilas e das adenóides, em geral, não resultará em muita melhora. Algumas pessoas dizem que o tratamento cirúrgico mais fácil é: a) **obstruir os ductos submandibulares**, ou b) **os ductos submandibulares e o ducto da parótida**. Isto é algo razoável de ser feito. Não é muito difícil tecnicamente, mas há uma revisão recente da literatura, que de alguma forma está relacionada com este procedimento.⁵ Neste estudo, os autores acompanharam 31 pacientes com hipersalivação, ligando várias combinações de ductos. Encontraram uma recorrência de hipersalivação em 68% dos pacientes em uma pesquisa de verificação no pós-operatório, quatro meses após a cirurgia.

Outra opção é simplesmente **remover as glândulas submandibulares e obstruir os ductos da parótida**.⁶ Funciona muito bem. Dos 93 pacientes que foram submetidos a este procedimento entre 1988 e 1997, 87% não relataram nenhuma hipersalivação adicional ou melhora significativa. A desvantagem desta abordagem, com a cirurgia tanto na glândula submandibular quanto na parótida, é que 10% apresentaram queixa de boca muito seca após a cirurgia, sendo esta complicação realmente significativa. Também, 14% dos pacientes não apresentaram nenhuma melhora com relação à hipersalivação. Com qualquer uma destas técnicas cirúrgicas, a família deve sempre ser avisada de que existe uma chance de que a cirurgia não trará os resultados esperados.

Foi descrito o **reposicionamento do ducto submandibular**. O objetivo desta cirurgia é mover o ducto submandibular da frente da boca para a parte posterior da mesma e, sendo assim, reduzindo a quantidade de saliva que sai da boca. Há um estudo que observou a realização da transferência do ducto submandibular.⁷ Descobriu-se melhora significativa em 51%, melhora moderada em 29%, nenhuma

melhora em 20%. A desvantagem de não remover as glândulas sublinguais é que uma porcentagem nada desprezível (9%), apresentou uma rânula no pós-operatório devido à realocação do ducto.

Há um estudo mais recente que observou uma transferência do ducto submandibular combinada com a excisão das glândulas sublinguais.⁸ Este estudo avaliou os resultados em 72 pacientes e encontrou uma nítida melhora tanto na gravidade da hipersalivação, quanto na sua freqüência. Um número menor de crianças precisou usar o babador ao redor do pescoço. Observaram-se algumas complicações, porém a maioria delas foi resolvida.

Conclusões

Para a criança com sialorréia crônica com cinco anos de idade ou mais, há diversas opções clínicas tais como **as injeções de toxina botulínica do tipo A, glicopirrolato, e o adesivo transdérmico de escopolamina**. Também há **diversas opções cirúrgicas tais como o reposicionamento bilateral do ducto submandibular**.

A boa notícia é que **há algo a ser feito** por estas crianças. A má notícia é que **nem sempre estas abordagens funcionam**.

Referências bibliográficas

1. Thomas-Stonell N, Greenberg J. Three treatment approaches and clinical factors in the reduction of drooling. *Dysphagia*. 1988;3(2): 73-78.
2. Wong V, Sun JG, Wong W.. Traditional Chinese medicine (tongue acupuncture) in children with drooling problems. *Pediatr Neurol* 2001 25(1):47-54.
3. Mier RJ, Bachrach SJ, Lakin RC, Barker T, Childs J, Moran M. Treatment of sialorrhea with glycopyrrolate: a double-blind, dose-ranging study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000 154(12):1214-1218.
4. Jongerius PH, van den Hoogen FJ, van Limbeek J, Gabreëls FJ, van Hulst K, Rotteveel JJ. Effect of botulinum toxin in the treatment of drooling: a controlled clinical trial. *Pediatrics*. 2004 114(3):620-627.
5. Martin TJ, Conley SF. Long-term efficacy of intra-oral surgery for sialorrhea. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007 137(1):54-8.
6. Stern Y, Feinmesser R, Collins M, Shott SR, Cotton RT. Bilateral submandibular gland excision with parotid duct ligation for treatment of sialorrhea in children: long-term results. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002 128(7):801-803.
7. Mankarious LA, Bottrill ID, Huchzermeyer PM, Bailey CM. Long-term follow-up of submandibular duct rerouting for the treatment of sialorrhea in the pediatric population. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999 120(3):303-307
8. Greensmith AL, Johnstone BR, Reid SM, Hazard CJ, Johnson HM, Reddihough DS. Prospective analysis of the outcome of surgical management of drooling in the pediatric population: a 10-year experience. *Plast Reconstr Surg* 2005 116(5):1233-42.