

Refluxo Laringofaríngeo e Disfagia

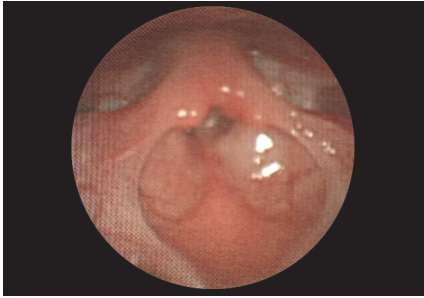
Myrian Adriana Pérez García e Teolinda Mendoza de Morales

Há evidências de uma relação entre o refluxo laringofaríngeo (RLF) e alterações crônicas e recorrentes da laringe, como disfagia. A incidência de RLF em bebês (**Figura 1**) é de aproximadamente 18%. Em estudo realizado na Venezuela, a relação entre RLF e transtornos da deglutição foi 78,9% em pacientes pediátricos. O diagnóstico de RLF pode ser muito difícil em crianças, já que não se queixam de azia ou de outros sintomas de refluxo. Isto explica por que a disfonia, a disfagia, os vômitos e a regurgitação são frequentemente encontrados.

O refluxo laringofaríngeo afeta a laringe de várias maneiras (**Figuras 2 e 3**). Inicialmente, um efeito direto do refluxo ácido induz resposta inflamatória imediata. O conteúdo do refluxo gástrico inclui pepsina, uma enzima proteolítica ativada em ambiente ácido. A autodigestão da mucosa da laringe ocorre devido ao contato com a pepsina, sendo mais danosa do que o ácido. A pepsina permanece na mucosa e seu potencial de reativação aumenta com a exposição a novos episódios de refluxo.

As barreiras fisiológicas de proteção ao RFL são: o esfíncter esofágico inferior, o peristaltismo esofágico, a saliva, que age como tampão contra o conteúdo do refluxo, as mucosas do esôfago, da laringe e da faringe e o esfíncter esofágico superior. Muitas doenças e medicamentos podem afetar estas barreiras e estimular o refluxo. No exame físico, observa-se discreto edema isolado e/ou aritenóides eritematosas, além de laringite difusa, edema e hiperemia com obstrução de vias aéreas. Para classificar os achados patológicos de RLF, Belafsky propôs uma escala de oito itens. Os itens da escala são descritos a seguir:

1. pseudo-sulco;
2. obliteração ventricular;
3. eritema/hiperemia das aritenóides;
4. edema das pregas vocais;
5. edema difuso da laringe;
6. hipertrofia da comissura posterior;
7. tecido de granulação;
8. muco endolaríngeo espesso.

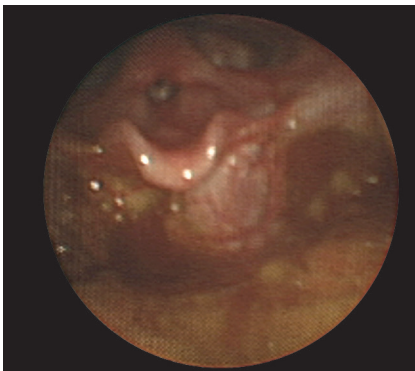
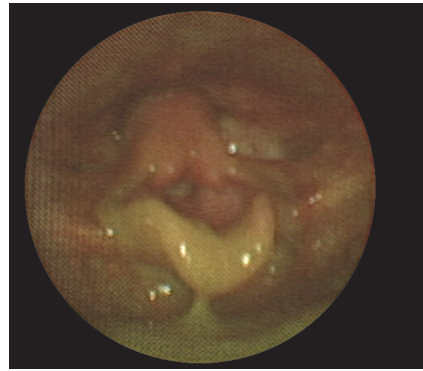
Figura 1. RLF em lactente

Em relação à escala, cada item tem pontuação diferente: dois itens têm pontuação 0 e 2, outros dois itens recebem 2 e 4 pontos e três recebem pontuação de, respectivamente, 1, 2, 3 e 4. O cálculo final do escore ajuda a interpretar sinais sugestivos de refluxo para cada paciente. Os escores serão considerados positivos se iguais ou superiores a 7.

As alterações da sensibilidade da laringe e da faringe foram observadas em pacientes com RLF. Esta redução da sensibilidade foi notada em crianças com atenuação do reflexo adutor da laringe e está correlacionada à penetração laríngea e à aspiração. A deglutição ocorre pela coordenação motora e através da percepção sensorial na laringe e faringe. O comprometimento de um ou ambos os fatores causará disfagia no paciente pediátrico.

O bebê pode ter episódios de engasgos, náuseas ou regurgitação após a refeição, o que predispõe à aspiração laríngea e, portanto, a doenças pulmonares. O otorrinolaringologista tem instrumentos para examinar o refluxo laringofaríngeo ou a regurgitação. A avaliação da deglutição por endoscopia de fibra ótica (FEES, sigla em inglês) não substitui o padrão ouro de sonda dupla para verificação de pH por 24 horas, mas fornece informações importantes para a abordagem da doença.

Durante a endoscopia (FEES), alimentos líquidos, semi-sólidos e sólidos, corados por corante vegetal líquido, são administrados de acordo com a idade do paciente. O endoscópio nasofaríngeo será inserido na orofaringe e o examinador verificará e excluirá a penetração na laringe, os episódios de aspiração, a regurgitação, o edema ou o eritema de laringe.

Figura 2. RLF e extravasamento gástrico prematuro**Figura 3.** RLF e penetração na laringe

As doenças pediátricas da deglutição são caracterizadas por dificuldades de ingestão e alimentação (sugar, usar copo para tomar líquidos). As alterações da sensibilidade ao refluxo laringofaríngeo afetarão a fase oral, irritando a cavidade orolaríngea, causando náusea e vômitos frequentes e, na fase laríngea, diminuição da capacidade de perceber o alimento. A maioria dos líquidos irá predispor a uma menor proteção das vias aéreas. Quando houver diminuição da sensibilidade, a resposta sensorineural também está alterada; além disto, o edema das vias aéreas produz incoordenação da laringe. A RLF crônica é uma das causas de hipersensibilidade oral, náusea e vômitos.

O paciente pediátrico deve ser avaliado com sonda dupla de pHmetria por 24 horas, usando-se o manômetro esofágico. A sonda distal mede, em porcentagem, o tempo em que o pH é inferior a 4. A sonda faríngea proximal é colocada abaixo do músculo cricofaríngeo, registrando episódios de RLF. A manometria é essencial para o diagnóstico de refluxo não ácido, pois, durante um episódio de RLF, a condutividade aumenta devido à grande quantidade de íons presentes no material do refluxo, facilitando a migração da corrente à medida que a impedância diminui. Portanto, o refluxo não pode ser diagnosticado sem testar o pH.

Leituras recomendadas

1. Belafsky PC, Postma GN, Amin MR, Koufman JA. Symptoms and findings of laryngopharyngeal reflux. *Ear Nose Treat J* 2002;8(Suppl 2):10-13.
2. Haver K, Brigger M, Hardy S, Hartnick Ch. Pediatric aerodigestive disorders. Plural Publishing. San Diego 2009, chap 16: 289-311.
3. Barrios K, Pérez M, Acosta L, Alvarado J, Sanchez F. Videodeglutoscopia en pacientes pediátricos. experiencia en el hospital de niños jm de los rios. periodo 2008 –2009. Caracas- distrito capital. *Acta Otorrinolaringológica*. 23(1):
4. Pérez M, Manual de Disfagia Pediátrica. Caracas 2010, chap 6: 65-76
5. Koufman JA, Aviv J, Casiano R, Shaw G. Laryngopharyngeal reflux: Position Statement of the Committee on Speech, Voice, and Swallowing Disorders of The American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;127(1):32-35.