

Disfagia é definida como uma interrupção na sequência normal da deglutição (processo de engolir o alimento ou a própria saliva), que resulta em comprometimento da segurança, eficácia ou adequação da dieta ou aporte nutricional. É preciso diferenciar o que é uma alteração da habilidade de deglutir de distúrbios comportamentais encontrados em crianças com habilidade normal para comer e beber.

A deglutição pode ser dividida em 4 fases: fase oral – aonde ocorrer a sucção e mastigação e transporte do bolo alimentar para a faringe; o acionamento do reflexo faríngeo; fase faríngea – passagem do alimento pela faringe e a fase esofágica – transporte do bolo do esôfago para o estomago.

Nos bebês estas fases são involuntárias e a coordenação entre sucção, deglutição e respiração é muito importante e é na fase faríngea que ocorrem mecanismos de proteção da via aérea (fechamento velofaríngeo, a elevação laríngea, fechamento glótico e a abertura do esfíncter esofágico superior). Mais tarde na infância a fase oral passa a ter controle voluntário o que é essencial para a mastigação de alimentos sólidos.

As causas de disfagia na infância podem envolver múltiplos sistemas conforme listadas na tabela 1. Desta forma entende-se a necessidade da avaliação de diversas especialidades no processo diagnóstico e terapêutico. Além disso, as consequências da disfagia também podem afetar diversos sistemas.

Causas	
Prematuridade	Idade gestacional baixa no nascimento Peso baixo ao nascer Comorbidades associadas a prematuridade
Desordens cardíacas e respiratórias	Apneia do recém nascido Displasia pulmonar Síndrome do desconforto respiratório Displasia broncopulmonar (Doença pulmonar crônica) Asma Bronquiectasia Defeitos cardíacos cianóticos e acianóticos
Desordens Gastrointestinais	Enterocolite necrotizante Doença de Hirschsprung Gastrosquize

	<p>Atresia esofágica Hérnia diafragmática congênita Doença do Refluxo Gastroesofágico Esofagite eosinofílica Dismotilidade esofágica Alergias e intolerâncias alimentares Dificuldade de ganho de peso</p>
Desordens neurológicas	<p>Microcefalia Hidrocefalia Hemorragia intraventricular Leucomalácia periventricular Paralisia cerebral e anoxia perinatal Danos cerebrais adquiridos Convulsões Malformação de Chiari Hipotonia Encefalopatia estática</p>
Desordens da via aérea	<p>Atresia de coana Paralisia de prega vocal Glossoptose Anquiloglossia Fenda laringotraqueoesofágica Estenoses: glóticas, subglótica, traqueais e complexas Laringo/Traqueo/Broncomalácia Fístula traqueoesofágica Fenda labial/palatina</p>
Desordens genéticas	<p>Síndrome de CHARGE Sequência de Pierre Robin Síndrome de Moebius Síndrome de Down Deleção 22q11 VATER/VACTERL Síndromes craniofaciais Síndrome de Opitz Síndrome de Cornelia de Lange Síndrome de Crit du Chat</p>
Doenças maternas e perinatais	<p>Icterícia Diabetes Síndrome Alcoólica Fetal Síndrome de abstinência neonatal</p>
Desordens alimentares	<p>Incoordenação na deglutição Aversão oral Desordens comportamentais da alimentação</p>
Desordens do sono	<p>Síndrome da apneia obstrutiva do sono Apneia central Hipoventilação</p>

Complicações iatrogênicas	Sonda de alimentação Traqueostomia Suporte respiratório Medicações (especialmente as que afetam a consciência, o tônus muscular ou a produção de saliva)
Danos pela ingesta de substâncias causticas	Produtos de limpeza Bateria

Independente da etiologia, crianças com distúrbios da deglutição podem apresentar tanto prejuízo na nutrição, com perda de peso e dificuldade de crescimento e desenvolvimento, como também prejuízos pulmonares em caso de aspirações recorrentes (passagem de alimento ou saliva para a via aérea ao invés da via digestiva).

Os sintomas podem ser variados (Tabela 2) e devem ser explorados ativamente durante a consulta de crianças com distúrbios respiratórios frequentes ou recorrentes e dificuldades na alimentação, independente de apresentarem atraso neuropsicomotor.

Sintomas
Engasgos e tosse durante ou após a ingestão de líquidos ou alimentos
Engasgo e tosse espontâneos frequentes
Sensação de globus faríngeo ou desconforto a deglutição
Sialorréia / babação
Refluxo nasal
Necessidade de realizar deglutições múltiplas
Perda de peso ou dificuldade em ganhar peso
Ocorrência de eventos respiratórios recorrentes apesar de tratamento clínico
Pneumonias de repetição
Tempo excessivo para realização das refeições (mais de 30 minutos)

O otorrinolaringologista tem papel fundamental na avaliação, investigação e acompanhamento desses pacientes. A avaliação da deglutição tem como objetivos: identificar as possíveis causas da disfagia; avaliar a segurança da deglutição e o risco de aspiração e decidir sobre a via de alimentação mais adequada (oral versus alternativa).

Ela começa com uma anamnese detalhada, com dados desde o nascimento da criança, desenvolvimento neuropsicomotor, curva de ganho de peso, tempo do

aleitamento materno exclusivo e padrão de sucção, introdução alimentar, sinais e sintomas de acordo com diferentes consistências de alimento e presença de sintomas respiratórios. Além disso, deve-se questionar sobre pneumonias de repetição, número de internações, medicações de uso contínuo e co-morbidades conhecidas ou em investigação particularmente pneumopatias e uso de neurolépticos.

No exame físico, deve-se dar atenção especial a avaliação da via aérea. Como mostrado na tabela 1, malformações congênitas craniofaciais e de via aerodigestiva são causas importantes de sintomas disfágicos e nem sempre o paciente vem em consulta com o diagnóstico já conhecido. Deve-se adotar a rotina de inspeção minuciosa da face em busca de dismorfismos e avaliação da oroscopia. A nasofibrolaringoscopia flexível deve ser feita em todos os pacientes e permite avaliação estática e dinâmica de alterações da via aérea (como malformações na cavidade nasal e rinofaringe, alterações velofaríngeas, cistos na base de língua, alterações supraglóticas sugestivas de laringomalacia, alteração de mobilidade de pregas vocais, presença de fendas laríngeas, etc).

A avaliação clínica fonoaudiológica é também muito importante e pode ser feita na mesma ocasião da consulta otorrinolaringológica quando profissionais trabalham juntos. É avaliado órgãos fonoarticulatórios e considerado as especificidades do desenvolvimento neuromotor.

Ainda na consulta, em pacientes que se alimentam por dieta via oral, deve ser realizada avaliação da deglutição nutritiva por meio da oferta de líquidos que pode ser o leite no seio materno, no copo ou na mamadeira, bem como outros alimentos ofertados nesses utensílios. Deve-se observar: parâmetros cardiorrespiratórios, pega adequada ou inadequada, padrão de sucção, (vedamento labial, força e pressão intraoral, movimentação da língua, canolamento, ritmo, pausas, sucção por pausa), tempo de mamada e volume aceito, reações de afastamento e aproximação. Quando o paciente for portador de traqueostomia pode ser observado a saída de alimento corado pela mesma durante a deglutição.

Além da anamnese e exame físico fonoaudiológico e otorrinolaringológico, exames como a videoendoscopia da deglutição e videofluoroscopia da deglutição complementam a investigação. A escolha entre tais exames varia de caso a caso, de acordo com as habilidades já adquiridas pela criança, suas comorbidades e do risco de broncoaspiração.

A videoendoscopia da deglutição é um exame realizado através de um endoscópio flexível, e evidencia as fases oral e faríngea da deglutição. Permite a avaliação anatômica da via aérea superior e traz informações essenciais sobre eventos ocorridos antes e depois da deglutição faríngea, tais como refluxo nasal, escape posterior precoce de alimento, redução de sensibilidade faringolaríngea, penetração laríngea e/ou aspiração, resíduos em valéculas e recessos piriformes, entre outros. Apresenta como desvantagem a não visualização da fase esofágica da deglutição e necessita da tolerância do paciente a passagem da fibra ótica pelo nariz.

A videofluoroscopia da deglutição ou videodeglutograma consiste na oferta de alimento com contraste e visualização da deglutição por meio da fluoroscopia contínua. Suas principais vantagens são a possibilidade de avaliação de todas as fases da deglutição e seu caráter não invasivo. Sua desvantagem é a exposição à irradiação e impossibilidade de distinguir aspectos superficiais das estruturas anatômicas e de identificar as aspirações de saliva.

Estudos demonstram que a equipe mínima necessária para a condução da maioria destas crianças é constituída pelo otorrinolaringologista, pneumologista, gastroenterologista e o fonoaudiólogo. Os principais objetivos da avaliação clínica e funcional da deglutição e da discussão multidisciplinar é estabelecer qual a via alimentar mais segura e mais eficiente para a criança, qual a proposta ou plano de reabilitação da deglutição e quais exames serão necessários para pesquisar ou monitorar possíveis complicações de broncoaspiração crônica.

O trabalho e discussão multidisciplinar contínua durante o seguimento destas crianças além de melhorar a qualidade do atendimento e acolhimento da família, facilita a racionalização na escolha da prioridade de exames a serem realizados.

Isto é muito importante para reduzir a exposição destas crianças a radiação e anestesia.

Mensagens- chave:

- Toda criança com distúrbio de deglutição deve ser avaliada pelo otorrino;
- O exame mínimo a ser realizado é a nasofibrolaringoscopia;
- Distúrbios da deglutição podem causar danos pulmonares quando associados a aspirações recorrentes;
- A avaliação multidisciplinar constituída pelo otorrinolaringologista, gastroenterologista e pneumologista pediátrico e fonoaudiologista é essencial para o diagnóstico, tratamento e detecção de complicações da disfagia.

Referência Bibliográfica:

Dodrill P, Gosa MM. Pediatric Dysphagia: Physiology, Assessment, and Management. *Ann Nutr Metab.* 2015;66 Suppl 5:24-31

Leituras recomendadas:

Speyer R. Oropharyngeal dysphagia screening and assessment. *Otolaryngol Clin North Am.* 2013;46(6):989-1008.

Boesch RP, Balakrishnan K, Grothe RM, Driscoll SW, Knoebel EE, Visscher SL, Cofer SA. Interdisciplinary aerodigestive care model improves risk, cost, and efficiency. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2018;113:119-123.

Gurberg J, Birnbaum R, Daniel SJ. Laryngeal penetration on videofluoroscopic swallowing study is associated with increased pneumonia in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2015;79(11):1827-1830.