

RESUMO EXPANDIDO- I JORNADA CAMED UNIBH

29 A 31 DE OUTUBRO DE 2018- UNIBH, BELO HORIZONTE- MG

RELACTAÇÃO EM CRIANÇA COM LARINGOMALÁCIA: RELATO DE CASO

RELACTATION IN A CHILD WITH LARYNGOMALACIA: CASE REPORT

**Niara Rodrigues Torquato¹; Débora Teixeira Lopes¹; Fernanda de Catella Marcello¹;
Christiane Marize Garcia Rocha²**

1. Graduandas em Medicina no Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH). Email: niarartorquato@gmail.com; lopesdeborateixeira@gmail.com; fernandacatella@gmail.com.
2. Pediatra. (1984). Professora do Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH). Email: christianerocha19@gmail.com.

Resumo: **Introdução:** Laringomalácia (LM) é a anomalia congênita da laringe mais comum, caracterizada pelo subdesenvolvimento da cartilagem e alteração na dinâmica da via aérea. O principal sintoma é o estridor inspiratório, geralmente associado a refluxo gastroesofágico e dificuldade de amamentação, fatores que desestimulam o aleitamento materno. **Descrição do caso:** Lactente masculino, 11 meses de idade corrigida e peso ao nascer de 2385g. Admitido ao ambulatório de pediatria aos 3 meses de idade com o diagnóstico de LM e desnutrição proteico-calórica grau III. Foram relatadas dificuldade de amamentação e ganho ponderal apesar do uso de fórmulas infantis. Ao exame físico, apresentava-se com 2980g, hipocorado, desidratado, desnutrido e com fácies emagrecida. Pele com difusa hiperplasia sebácea e pregas cutâneas horizontalizadas em membros inferiores. A alteração do plano alimentar, com ajuste inicial das mamadeiras e associação de maltodextrina, resultou em ganho de peso e melhora clínica. Após 4 semanas foi orientada utilização de sonda uretral para relactação com leite materno. Houve boa aceitação, diminuição do estridor inspiratório e recuperação do peso. **Discussão:** A LM apresenta-se ao lactente como dificultador da coordenação de sucção, deglutição e respiração, tornando o exercício do aleitamento materno extenuante e muito sintomático. O diagnóstico precoce por laringoscopia ou fibroscopia transnasal é importante para correta orientação parental acerca do tratamento conservador e dos cuidados nutricionais, inclusive da estimulação à relactação com leite materno. **Conclusão:** O diagnóstico de LM não deve limitador ao aleitamento materno. É importante a abordagem dos benefícios de sua reintrodução, bem como das técnicas adequadas a esses pacientes.

Palavras-chave: laringomalácia; relactação; aleitamento materno.

1. INTRODUÇÃO

A laringomalácia (LM) é descrita como uma afecção que envolve o subdesenvolvimento ou a degeneração da cartilagem da laringe, resultando em uma parede frouxa e passível de colapso (KUSAK,2016). Este

causa uma obstrução da dinâmica do ar na via aérea que caracteriza o estridor inspiratório presente nos pacientes afetados, sem preferência de gênero (COCKERILL, 2016). Está relacionado a cerca de 70% dos casos de ruído respiratório em bebês e crianças, sendo a anomalia congênita da laringe mais comum e a principal causa de estridor neonatal, dado que

justifica a necessidade de estudo desta patologia (RATHI,2016),(COCKERILL,2016),(TATE,2016).

A etiologia da LM não está firmada, sendo as teorias atuais descritas na Tabela 01. A mais aceita é a neuromuscular, apesar de achados de normalidade em casos leves a moderados (TATE,2016). A LM tende a aumentar a demanda de oxigênio, elevando a pressão negativa e produzindo o ruído inspiratório (COCKERILL,2016).

Tabela 1 - Teorias propostas para elucidar a fisiopatologia da LM

Citado por	Teoria	Explicação
KUSAK et al., 2016 RATHI, A., RATHI, S., 2016 SEDAGHAT et al., 2017	Neurológica	Integração neuromuscular anormal entre as estruturas laríngeas, com um nervo laríngeo superior espesso e fraco reflexo laringofaríngeo. Há um atraso no desenvolvimento das funções neurológica e tônica do tecido laríngeo.
KUSAK et al., 2016	Anatômica	O comprimento da dobra ariepiglótica é curta em crianças com LM. Limitação: poucas crianças com a dobra curta possuem LM.
KUSAK et al., 2016	RGE na laringe	Atualmente aceito como seqüela da LM, pois a dobra de estruturas laríngeas em um espaço limitado causa um efeito de sucção responsável pela regurgitação do conteúdo gástrico.
KUSAK et al., 2016	Desequilíbrio relativo da dinâmica laríngea	Em neonatos e bebês de até 2 anos de idade, o espaço pós nasal é limitado, o que favorece a transmissão da pressão negativa durante a inspiração e o colapso da via aérea.
SIMONS, 2016	Multifatorial	Anatômica: prolapso anormal do tecido laríngeo. Cartilaginosa: imaturidade ou fraqueza da cartilagem. Inflamatórias e neurológicas: hipotonia e controle neuromuscular deficitários.

Fonte: própria dos autores.

Nota: LM: laringomalácia. RGE: refluxo gastroesofágico.

O principal sintoma da LM é o estridor inspiratório, mas cerca de 10 a 20% dos pacientes apresentam associados à ele dispnéia, retração intercostal e/ou supraesternal, hipóxia, apneia obstrutiva do sono, cianose, dificuldade alimentar, retardo pondero-estatural e/ou cor pulmonale (RATHI,2016),(SEDAGHAT,2017). Podem ser associados ao quadro refluxo gastroesofágico (RGE), traqueomalácia, estenose subglótica e doenças neurológicas ou cardíacas (TATE,2016).

O diagnóstico da LM geralmente é feito nas duas primeiras semanas de vida com o estridor respiratório, sinal que é intensificado entre o 6° e o 8° meses (LEE,2018). Os casos geralmente têm apresentação leve e cerca de 70% dos pacientes exibem regressão dos sintomas até 18 ou 24 meses sem a intervenção cirúrgica (LUEBKE,2017). Os exames indicados, laringoscopia ou fibroscopia transnasal, têm como principais achados: colapso de estruturas supraglóticas durante a inspiração; prolapso inspiratório da cartilagem aritenóide; mucosa aritenóide redundante; dobras ariepiglóticas encurtadas; e, epiglote tubular ou em forma de ômega(LUEBKE,2017),(LEE,2018).

Pacientes com as alterações descritas apresentam dificuldade de coordenar sucção, deglutição e respiração e, por isso, apresentam disfagia, quadros aspirativos, comprometimento nutricional, estridor e/ou cianose durante a alimentação (LUEBKE,2017),(LEE,2018). O estridor inspiratório é intensificado quando a criança apresenta-se agitada, alimentando-se ou em decúbito dorsal (LEE,2018). Destaca-se, dessa forma, a dificuldade de manutenção do aleitamento materno nesses pacientes.

O tratamento conservador dos pacientes com LM é considerado na maioria dos casos leves a moderados por ser uma afecção predominantemente autolimitada, com resolução completa até cerca de 2 anos de idade

(LEE,2018). Entretanto, em cerca de 5 a 20% dos casos, o estridor inspiratório está associado a dispnéia, retração intercostal e/ou supraesternal, hipóxia, apnéia, cianose, dificuldades de alimentação, retardo pondero-estatural e/ou cor pulmonale (FRIEDMAN,2009). Neste grupo é indicado o tratamento cirúrgico, denominado supraglotoplastia (SGP) (SEDAGHAT,2017). Para Sedaghat (2017) a SPG é indicada em casos de estridor associados a três ou mais sintomas (LEE,2018), mas para Antoine (2016) o estridor necessita estar associado apenas a um destes sintomas (SEDAGHAT,2017).

Objetiva-se com este relato, em que um lactente apresentava-se com LM e quadro de desnutrição importante, demonstrar a importância do acompanhamento ambulatorial para a assistência ao aleitamento materno. Acredita-se que esse contexto foi fator determinante na recuperação ponderal e da saúde do paciente.

2. METODOLOGIA

Foi realizada revisão da literatura, na qual foram incluídos 10 artigos científicos publicados no período de 2009 e 2018. À partir do embasamento teórico foi realizada discussão embasada na descrição do caso clínico apresentada.

2.1. DESCRIÇÃO DO CASO

Lactente T.R.S., masculino, 11 meses de idade corrigida. Nascido com 35 semanas de gestação, apgar 9/9 e peso de 2385g. Foi admitido ao ambulatório de pediatria aos 3 meses de idade com o diagnóstico de LM e quadro de desnutrição proteico-calórica grau III.

Em ocasião do primeiro atendimento, foram relatadas dificuldade de amamentação e de ganho ponderal

apesar do uso diário de fórmulas infantis. Utiliza ferripolimaltose 100 mg e polivitamínico desde o 9º dia de vida. Ao exame físico, apresentava-se com 2980g, hipocorado, desidratado, desnutrido e com fácies emagrecida. Pele com difusa hiperplasia sebácea e pregas cutâneas horizontalizadas em membros inferiores. Foi realizada alteração do plano alimentar, com ajuste inicial da composição das mamadeiras e associação de maltodextrina.

Houve ganho de peso e melhora satisfatória do aspecto clínico nas avaliações subsequentes, como pode ser acompanhado na Imagem 1.

Imagem 1 a 4 – Evolução do T.R.S. conforme a idade corrigida

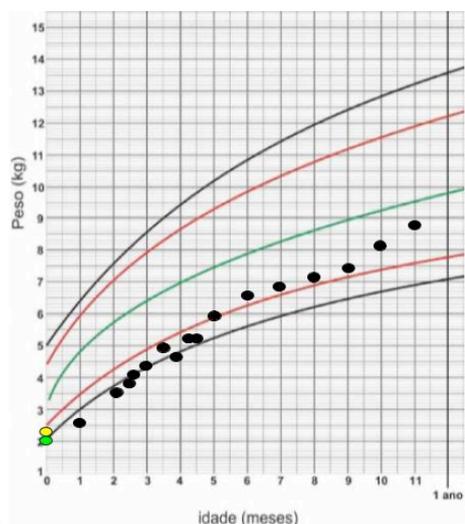


Nota: 1) Paciente com 2 meses e 5 dias. 2) Paciente com 3 meses 3) Paciente com 3 meses e 12 dias; início da relactação com leite materno. 4) Paciente com 5 meses e 12 dias. Fonte: fotos cedidas pelos pais.

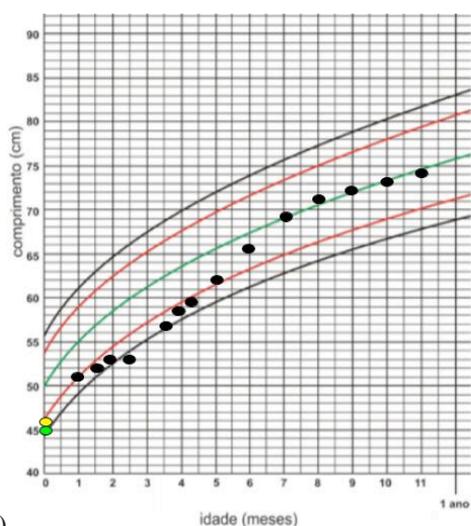
Após 4 semanas, foi orientada utilização de sonda uretral para relactação com leite materno. Verificou-se boa aceitação, diminuição do estridor inspiratório e recuperação do peso em 3 meses, como pode ser observado nos Gráficos 1 e 2.

Concomitantemente, ele recebeu o diagnóstico de RGE e foi realizado plano terapêutico adequado.

Gráficos 1 e 2 - Curvas de peso (1) e de comprimento (2) de T.R.S.



1)



2)

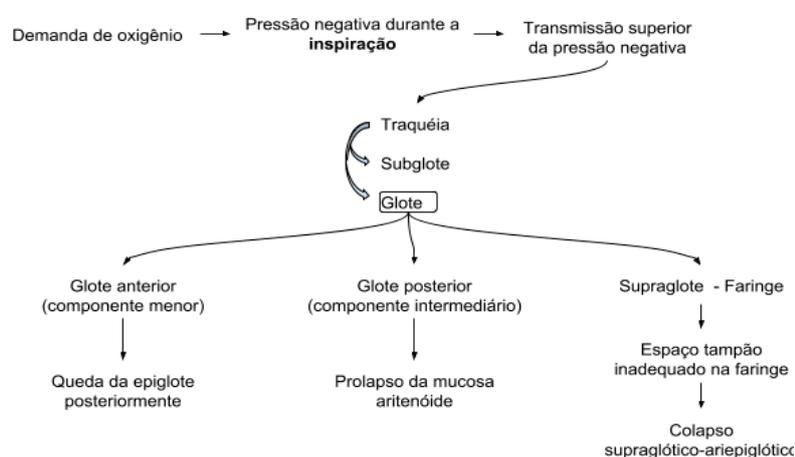
Nota: 1) Amarelo: peso ao nascer. Verde: Peso na alta hospitalar. Preto: acompanhamento do peso durante o período de 11 meses. 2) Amarelo: comprimento ao nascer. Verde: comprimento na alta hospitalar. Preto: acompanhamento do comprimento por um período de 11 meses. Fonte: dados fornecidos pela responsável.

3. DISCUSSÃO

A LM apresenta-se ao lactente como dificultador da coordenação de sucção, deglutição e respiração, tornando o exercício do aleitamento materno

extenuante e sintomático (LUEBKE,2017),(LEE,2018). Dessa forma, o lactente apresenta disfagia, risco de aspiração pulmonar, intensificação do estridor inspiratório e cianose (LEE,2018). A fisiopatologia básica das alterações está descrita na Imagem 5.

Imagem 5 – Fisiopatologia básica da dificuldade de amamentação em paciente com LM conforme fisiopatologia do desequilíbrio relativo da dinâmica laríngea



Fonte: adaptado de COCKERILL,2016.

O quadro sintomatológico exacerbado durante a alimentação desestimula o aleitamento materno, tanto pelo lactente quanto pela família. O uso do cateter uretral, como orientado no presente relato, apresenta-se como alternativa visando a manutenção da amamentação desses pacientes. Destaca-se que o aleitamento materno exclusivo, quando possível, antes dos 6 meses de idade é um fator essencial para um adequado crescimento e funcionamento fisiológico do lactente (ALVES, 2018).

O RGE apresentado pelo paciente é uma comorbidade bem estabelecida na LM, associada a cerca de 70 a 80% dos casos, principalmente nos casos de intensidade moderada a intermediária (TATE,2016).

O diagnóstico precoce por laringoscopia ou fibroscopia transnasal é importante para correta orientação parental acerca do tratamento conservador e dos cuidados nutricionais, inclusive da estimulação à relactação com leite materno. Esta é a escolha terapêutica na maioria dos casos, visto o caráter autolimitado predominante da afecção. Casos graves de LM (5 a 10% dos pacientes) são encaminhados para tratamento cirúrgico, denominado supraglotoplastia (SGP) (SEDAGHAT,2017; LEE,2018; FRIEDMAN,2009).

4. CONCLUSÃO

O diagnóstico de LM não deve ser fator limitante ao aleitamento materno. É importante a abordagem pelos profissionais dos benefícios de sua reintrodução, bem como das técnicas adequadas a esses pacientes, uma vez que o aleitamento materno diminui comorbidades, aumenta o vínculo mãe-bebê e contribui para o desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Maria E. F., et al. Malefícios Trazidos pela Interrupção do Aleitamento Materno Exclusivo e a Implementação do Aleitamento Artificial. CC BY-NC-ND 4.0 · **International Journal of Nutrology** 2018; 11(S 01): S24-S327. DOI: 10.1055/s-0038-1674817. Disponível em <<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0038-1674817>>. Acesso 18 de out 2018.
- COCKERILL, Cara C., et al. Supraglottoplasty outcomes in children with Down syndrome. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**. 87: 87-90. 2016.
- FRIEDMAN, Ellen. M., et al. Uma abordagem completa da avaliação da laringe pediátrica. VIII **Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO**. 8: 128-136. 2009.
- LEE, Chia-Fan, et al. Treatment outcomes of supraglottoplasty for pediatric obstructive sleep apnea: A meta-analysis. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**. 87: 18-27. 2018.
- LUEBKE, Kendra M. D., et al. Pepsin as a biomarker for laryngopharyngeal reflux in children with laryngomalacia. **The Laryngoscope**. 127: 2413-2417. 2017.
- KUSAK, Beata, et al. Types of Laryngomalacia in Children: Interrelationship between Clinical Course and Comorbid Conditions. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**. 274.3 (2017): 1577–1583. 2018.
- RATHI, Alok; RATHI, Shweta. Relative imbalance as etiology of laryngomalacia – **A new theory. Medical Hypotheses**. 98: p38-41. 2017.
- SEDAGHAT, Sahba, et al. Supraglottoplasty for laryngomalacia: The experience from Concepcion, Chile. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**. 103: 113-116. 2017.
- SIMONS, Jeffrey P., et al. Laryngomalacia and Swallowing Function in Children. **The Laryngoscope**. 126.2 (2016): 478–484. 2018.
- TATE, Naylor, et al. Isolated epiglottic lymphatic malformation in a 2-year-old: Diagnosis and treatment. **Ear Nose Throat Journal**. 95(9): 28-29. 2016.