

Disfonia crónica numa criança

Ana Dantas,*† Ana Magalhães,*†† Maria João Oliveira,*††† Olena Lourenço,*††† Paulo Baptista Coelho*†

RESUMO

Introdução: Os sintomas associados ao refluxo gastroesofágico (RGE) nas crianças variam com a idade, atingindo uma prevalência de 1,8% a 8,2%. Os principais sintomas em crianças mais velhas e adolescentes são azia e regurgitação. Uma complicação possível é a disfonia crónica devido à laringite por refluxo (refluxo laringo-faríngeo – RLF). O objectivo deste caso é alertar para o RLF/RGE como uma causa de disfonia crónica em idade pediátrica.

Descrição do caso: Relata-se o caso de uma menina de seis anos que recorreu ao seu médico de família (MF) para uma consulta de rotina. O MF detectou disfonia cuja cronicidade foi confirmada pela mãe. A menina foi referenciada à Otorrinolaringologia (ORL), onde efectuou uma nasofaringolaringoscopia. Detectaram hipertrofia das adenoides, edema da corda vocal direita e *sulcus glottidis*, tendo diagnosticado RLF. Prescreveram esomeprazol e terapia da voz, tendo a disfonia remitido após nove meses.

Comentário: O RLF condicionou lesão das cordas vocais, originando disfonia. O tratamento adequado resolveu os sintomas. A disfonia é pouco reconhecida pelos doentes, pelos seus pais e mesmo pelos médicos. No entanto, pode ser o único sintoma de RLF/RGE. Não detectar a disfonia atrasa o diagnóstico e o tratamento, aumentando as complicações e piorando o prognóstico.

Palavras-chave: Refluxo Gastroesofágico; Regurgitação Gástrica; Disfonia; Criança.

INTRODUÇÃO

A doença do RGE ocorre apenas quando o RGE se torna sintomático. Considera-se normal até cinquenta eventos de refluxo esofágico por dia e até quatro eventos de refluxo laríngeo por dia.¹ Os sintomas na idade pediátrica variam com a idade, atingindo uma prevalência de 1,8% a 8,2%.² Durante o primeiro ano de vida, o RGE é frequente, porque o esófago é curto e intra-abdominal e o esfíncter esofágico inferior é imaturo.³ Na idade pré-escolar torna-se menos frequente, manifestando-se sobretudo por regurgitação intermitente. Na idade escolar e adolescência, os sintomas são semelhantes aos da idade adulta: azia, regurgitação, náuseas e epigastralgia. O RGE aumenta o risco de laringite (OR=2,6), sinusite (OR=2,3), pneumonia (OR=2,3), bronquiectasias (OR=2,3) e asma (OR=1,9).²

O RLF é o refluxo do estômago para a laringofaringe, originando sintomas da laringe e da hipofaringe. Pode ser considerado uma manifestação extra-esofági-

ca do RGE, no entanto é fisiopatologicamente diferente deste; o RGE tem origem numa disfunção do esfíncter esofágico inferior, enquanto o RLF deve-se a uma disfunção do esfíncter esofágico superior. O RLF manifesta-se por disfonia (71%), tosse (51%), globo faríngeo (47%), pigarro (42%) e disfagia (35%).¹ Pode originar edema, nódulos, granulomas e pólipos das cordas vocais, pseudosulcus, estenose subglótica, laringoespasmos, edema da laringe e hiperplasia da amígdala lingual.^{1,4} O diagnóstico faz-se através da clínica e das alterações encontradas na laringoscopia.¹ A abordagem terapêutica inclui alterações da dieta (dieta polifracionada; última refeição pelo menos três horas antes de deitar;⁵⁻⁷ abolição de cafeína, teína, álcool, chocolate, menta, citrinos, tomate, gorduras, comida picante, bebidas gaseificadas e alimentos com temperaturas extremas),^{5,8,9} alterações do comportamento (evitar o exercício nas duas horas que se seguem a uma refeição; não elevar o tom de voz; não usar roupa apertada; deixar de fumar; elevar a cabeceira da cama cerca de 10 a 15 cm)⁵⁻⁷ e fármacos (inibidor da bomba de prótons – IBP,^{1,10,11} antagonista dos receptores H₂^{1,12,13} e antiácidos¹). O tratamento de primeira linha do RLF é a supressão ácida com IBP, mas de forma mais agressiva e mais prolon-

*Interna/o do Internato de Medicina Geral e Familiar.

†USF Tílias, ACES Lisboa Norte.

††USF Rodrigues Miguéis, ACES Lisboa Norte.

†††UCSP Sete Rios, ACES Lisboa Norte.



gada comparativamente ao RGE,^{10,11} sendo necessários pelo menos seis meses para o desaparecimento das lesões e do edema da laringe.^{10,14} No entanto, alguns estudos demonstram que a sua eficácia não é significativamente superior à do placebo.^{6,15,16} A mesma controvérsia se verifica quanto à eficácia dos antagonistas dos receptores H₂, aparentemente não superiores aos IBP.^{17,18,19}

DESCRIÇÃO DO CASO

M é uma menina de seis anos, caucasiana, a frequentar o primeiro ano de escolaridade, segunda numa fratria de dois. Pertence a uma família nuclear na fase IV do ciclo de Duvall e encontra-se no terceiro nível da classificação de Graffar. Os seus antecedentes pessoais e familiares são irrelevantes para o caso que se apresenta.

M recorreu a uma consulta com o seu MF para a realização do exame global de saúde dos cinco/seis anos. O MF detectou disфонia. A mãe de M referiu que a voz da sua filha «foi sempre assim» e que não tinha notado outros sintomas associados, nomeadamente do foro respiratório. A menina foi referenciada à consulta de ORL, onde efectuou uma nasofaringolaringoscopia. Na sequência foi-lhe detectado hipertrofia das adenóides, edema da corda vocal direita e *sulcus glottidis* (uma depressão nas cordas vocais), tendo sido diagnosticado RLF.

M foi aconselhada a modificar os seus hábitos alimentares (sobretudo polifracção das suas refeições, reduzir o consumo de bebidas gaseificadas e de chocolate) e comportamentais (essencialmente não elevar o tom de voz). Foi medicada com esomeprazol (uma saqueta de 10 mg em jejum) e iniciou concomitantemente sessões semanais de terapia da voz.

Quatro meses depois, a disфонia estava menos acentuada. A nasofaringolaringoscopia mantinha as alterações já detectadas anteriormente e ainda edema e nódulos em ambas as cordas vocais. M manteve-se sob as mesmas medidas farmacológicas e não-farmacológicas, tendo sido reavaliada após cinco meses. Nessa altura, estava completamente assintomática e objectivava-se apenas hipertrofia das adenóides. Desta forma, suspendeu o esomeprazol e a terapia da voz, estando já há sete meses assintomática, mas mantendo a avaliação semestral em ORL.

COMENTÁRIO

A disфонia é pouco reconhecida pelos doentes pediátricos, pelos seus pais e até mesmo pelos médicos. A sua etiologia é variada, incluindo o RLF/RGE. A disфонia poderá ter sido devida exclusivamente ao RLF ou ser a única manifestação do RGE. O diagnóstico de RLF baseou-se na disфонia e nos achados da nasofaringolaringoscopia (edema, *sulcus glottidis* e nódulos das cordas vocais). Não foi realizada estroboscopia para esclarecimento do *sulcus glottidis*, porque foi interpretado como o pseudosulcus encontrado frequentemente no RLF. O tratamento adequado incluiu o IBP, medidas profiláticas não farmacológicas e terapia da voz. Após nove meses, houve remissão completa dos sintomas e das alterações estruturais das cordas vocais.

Não detectar a disфонia atrasa o diagnóstico e o tratamento do RLF/RGE, aumentando as suas complicações e piorando o prognóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Franco RA. Laryngopharyngeal reflux [Internet]. UpToDate 2009 [Acedido em 02/06/2011]. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/laryngopharyngeal-reflux?source=search_result&search=laryngopharyngeal+reflux&selectedTitle=1%7E20 [acedido em 25/11/2011].
2. Winter HS. Clinical manifestations and diagnosis of gastroesophageal reflux disease in children and adolescents [Internet]. UpToDate 2010 [Acedido em 02/06/2011]. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-gastroesophageal-reflux-disease-in-children-and-adolescents?source=search_result&search=gastroesophageal+reflux+in+children+and+adolescents&selectedTitle=2%7E150 [acedido em 25/11/2011].
3. McQuirt WF Jr. Gastroesophageal reflux and the upper airway. *Pediatr Clin North Am* 2003 Apr; 50 (2): 487-502.
4. Zalvan CH, Jones J. Etiology and management of hoarseness in children [Internet]. UpToDate 2010. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/etiology-and-management-of-hoarseness-in-children?source=search_result&search=etiology+hoarseness+in+children&selectedTitle=1%7E150 [acedido em 02/06/2011].
5. Ford CN. Evaluation and management of laryngopharyngeal reflux. *JAMA* 2005 Sep 28; 294 (12): 1534-40.
6. Tsunoda K, Ishimoto S, Suzuki M, Hara M, Yamaguchi H, Sugimoto M, et al. An effective management regimen for laryngeal granuloma caused by gastro-esophageal reflux: combination therapy with suggestions for lifestyle modifications. *Ata Otolaryngol* 2007 Jan; 127 (11): 88-92.
7. Hopkins C, Yousaf U, Pedersen M. Acid reflux treatment for hoarseness. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 Jan 25; (1): CD005054.
8. Axford SE, Sharp N, Ross PE, Pearson JP, Dettmar PW, Panetti M, et al. Cell biology of laryngeal epithelial defenses in health and disease: preliminary studies. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001 Dec; 110 (12): 1099-108.



9. Gupta R, Sataloff RT. Laryngopharyngeal reflux: current concepts and questions. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2009 Jun; 17 (3): 143-8.
10. Koufman JA, Aviv JE, Casiano RR, Shaw GY. 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 Jul; 127 (1): 32-5.
11. Koufman JA. The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD): a clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24-hour pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury. *Laryngoscope* 1991 Apr; 101 (4 Pt 2 Suppl 53): S1-S78.
12. Sato K. Laryngopharyngeal reflux disease with nocturnal gastric acid breakthrough while on proton pump inhibitor therapy. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2006 Dec; 263 (12): 1121-6.
13. Mainie I, Tutuian R, Castell DO. Addition of a H2 receptor antagonist to PPI improves acid control and decreases nocturnal acid breakthrough. *J Clin Gastroenterol* 2008 Jul; 42 (6): 676-9.
14. Park W, Hicks DM, Khandwala F, Richter JE, Abelson TI, Milstein C, et al. Laryngopharyngeal reflux: prospective cohort study evaluating optimal dose of proton-pump inhibitor therapy and pretherapy predictors of response. *Laryngoscope* 2005 Jul; 115 (7): 1230-8.
15. Fackler WK, Ours TM, Vaezi MF, Richter JE. Long-term effect of H2RA therapy on nocturnal gastric acid breakthrough. *Gastroenterology* 2002 Mar; 122 (3): 625-32.
16. Ours TM, Fackler WK, Richter JE, Vaezi MF. Nocturnal acid breakthrough: clinical significance and correlation with esophageal acid exposure. *Am J Gastroenterol* 2003 Mar; 98 (3): 545-50.
17. Aviv JE, Liu H, Parides M, Kaplan ST, Close LG. Laryngopharyngeal sensory deficits in patients with laryngopharyngeal reflux and dysphagia. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2000 Nov; 109 (11): 1000-6.
18. Qadeer MA, Phillips CO, Lopez AR, Steward DL, Noordzij JP, Wo JM, et al. Proton pump inhibitor therapy for suspected GERD-related chronic laryngitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Gastroenterol* 2006 Nov; 101 (11): 2646-54.
19. Karkos PD, Wilson JA. Empiric treatment of laryngopharyngeal reflux with proton pump inhibitors: a systematic review. *Laryngoscope* 2006 Jan; 116 (1): 144-8.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram ausência de conflitos de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ana Sofia Teixeira Dantas
Rua Padre Carlos dos Santos, Bloco B, 1.º, 1500-901 Lisboa
E-mail: dantas80@gmail.com

Recebido em 14/07/2011

Aceite para publicação em 26/11/2011

ABSTRACT

HOARSENESS IN A CHILD DUE TO LARYNGOPHARYNGEAL REFLUX

Introduction: Symptoms associated with gastroesophageal reflux (GER) in children vary according to age. The prevalence ranges from 1,8% to 8,2%. The cardinal symptoms among older children and adolescents are heartburn and regurgitation. One possible complication is chronic hoarseness due to reflux laryngitis (laryngopharyngeal reflux - LPR). The goal of this case report is to alert physicians to the possibility of LPR/GER as a cause of chronic hoarseness in children.

Case Report: We report the case of a six year old girl who consulted her general practitioner (GP) for a routine visit. The GP noticed hoarseness that her mother confirmed to be chronic. The girl was referred to an otorhinolaryngologist (ORL) who performed a nasopharyngolaryngoscopy. He found adenoid hypertrophy, right vocal fold edema and *sulcus glottidis*, and diagnosed LPR. The ORL prescribed esomeprazole and speech therapy. Nine months later the hoarseness was resolved.

Comment: LPR caused trauma to the vocal folds resulting in hoarseness. Appropriate treatment resolved the symptoms. Hoarseness is insufficiently recognized by young patients, their parents and even by physicians. It may be the only symptom of LPR/GER. Failure to recognize it may delay diagnosis and treatment, increase complications and worsen prognosis.

Keywords (MeSH terms): Gastroesophageal reflux; Regurgitation, gastric; Hoarseness; Child.
