

recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

nº 47

Departamentos Científicos da SPSP,
gestão 2007-2009.



Departamento de
Suporte Nutricional

**Nutrição
para crianças
com fissura
labiopalatina**

Departamento de Medicina do Sono
**Síndrome da apneia
obstrutiva do sono**



Sociedade de Pediatria de São Paulo

Alameda Santos, 211, 5º andar
01419-000 São Paulo, SP
(11) 3284-9809

Nutrição de crianças com fissura labiopalatina

As fissuras de lábio e/ou palato (FL/P) são anomalias craniofaciais congênitas que podem ocorrer isoladas ou associadas a síndromes. São consideradas as mais comuns dentre as malformações craniofaciais, uma vez que afetam cerca de 1/650 neonatos brasileiros. A diversidade morfológica das fissuras varia em relação à estrutura afetada (lábio e/ou palato), às formas de apresentação (uni e bilateral, mediana, transforamen e submucosa) e à magnitude da fissura (completa e incompleta). (Figuras 1, 2, 3 e 4)

As manifestações clínicas são dependentes, na maioria das vezes, da idade e da localização das fissuras. Quando a fissura acomete a região da pré-maxila, leva à descontinuidade do músculo orbicular dificultando o selamento labial. Quando acomete o palato, o déficit de pressão negativa intra-oral e o reflexo da deglutição levam o lactente a apresentar engasgos, falta de coordenação da sucção com a respiração e a deglutição, fadiga, pouca ingestão volumétrica de leite, refluxo nasal de alimentos com prejuízo ao ganho ponderal.

Autores:

Suely Prieto de Barros, Renata Cerri, Hilton Coimbra Borgo, Ilza Lazarini Marques

DEPARTAMENTO DE SUPORTE NUTRICIONAL

Gestão 2007-2009

Presidente:

José Simon Camelo Junior

Vice-Presidente:

Silvana Darcie Maccagnano

Secretário:

Grasiela Bossolan

Membros:

Adalberto Stape, Ana Lucia G. Demarchi, Artur Figueiredo Delgado, Carlos Alberto Garcia Oliva, Ciro João Bertoli, Fernanda Luisa C.Oliveira, Heitor Pons Leite, Ilana Holander Rosenhek, Izaura G. R. Assumpção, Jane Oba, Jone Robson de Almeida, Márcia Teske, Maria Inez M. Fernandes, Mario Cicero Falcão, Mario Telles Jr., Marta Maria Galli B. Mataloun, Norma Noriko Yamamura Honda, Roseli Saccardo Sarni, Rubens Feferbaum, Suely Prieto de Barros, Vera Lúcia Jornada Krebs.

Figura 1



Fissura de lábio bilateral

Figura 2



Fissura de palato

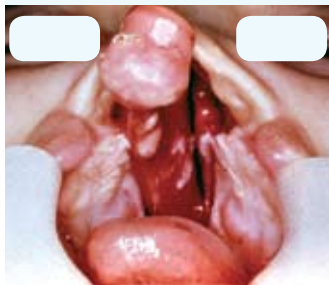
Fotos do arquivo do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP/Bauru.

Em geral, esses lactentes podem ser alimentados por via oral, inclusive diretamente ao seio materno, utilizando-se algumas técnicas facilitadoras, sendo raras as indicações de sondas, geralmente restritas a casos síndrômicos. A introdução de alimentos complementares não difere da orientada para crianças sem fissura labio-palatina, devendo seguir as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria. A fissura labiopalatina também não é impedimento para que se inicie, aos seis meses, a ingestão de alimentos em consistência cremosa, com pequenos pedaços, ou seja, amassando-os, sem a necessidade de liquidificar e/ou coar.

O aleitamento materno deve ser sempre estimulado, não só por seus benefícios imunológicos, mas também por auxiliar no estabelecimento do vínculo entre mãe e filho e na estimulação da musculatura orbicular e mandibular realizada durante a mamada que contribui para a oclusão dentária e posicionamento mandibular adequados e para o equilíbrio neuromuscular dos tecidos que envolvem a mastigação. Tais movimentos favorecerão a harmonia do desenvolvimento miofuncional e neurovegetativo e, conseqüentemente, o desenvolvimento da fala e da linguagem.

Os resultados do estudo de Tomé, 1990, mostraram que crianças com fissura de

Figura 3



Fissura de lábio e palato bilateral

Figura 4



Fissura mediana

Fotos do arquivo do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP/Bauru.

expediente

**Diretoria da Sociedade de
Pediatria de São Paulo**
Trênio 2007 - 2009

**Diretoria Executiva
Presidente:**

José Hugo Lins Pessoa

1º Vice-Presidente:

João Coriolano Rego Barros

2º Vice-Presidente:

Mário Roberto Hirschheimer

Secretário Geral:

Maria Fernanda B. de Almeida

1º Secretário:

Sulim Abramovici

2º Secretário:

Fábio Eliseo F. Álvares Leite

1º Tesoureiro:

Lucimar Aparecida Françaço

2º Tesoureiro:

Aderbal Tadeu Mariotti

Diretoria de Publicações

Diretor:

Cléa Rodrigues Leone

Editor Revista Paulista de Pediatria:

Ruth Guinsburg

Editores executivos:

Amélia Miyashiro N. Santos

Antônio A. Barros Filho

Antônio Carlos Pastorino

Mário Cicero Falcão

Sônia Regina T.S. Ramos

Departamentos Científicos

Coordenadores:

Ciro João Bertoli

Mauro Batista de Moraes

Sérgio Antônio B. Sarrubbo



Produção editorial:

L.F. Comunicações Ltda.

Editor:

Luiz Laerte Fontes

LLFontes@LFComunicacoes.com.br

Revisão:

Otacília da Paz Pereira

Arte:

Lucia Fontes

Lucia@LFComunicacoes.com.br

palato apresentam-se em desvantagem para o aleitamento materno (cerca de 10% de sucesso), quando comparados àquelas com apenas fissura de lábio (45% de sucesso). Esta dificuldade foi ratificada no estudo de Serrano *et al*, 2008, que encontrou um menor índice de aleitamento materno nas fissuras de palato (2,7% de sucesso) do que nas de lábio (49% de sucesso).

Técnicas que permitem melhora na capacidade de alimentação de lactentes

Quando não é possível o aleitamento materno direto ao seio, orienta-se a oferta do leite materno ordenhado e, na impossibilidade deste, fórmulas industrializadas adaptadas para a idade do lactente. Também são orientadas algumas técnicas que permitam uma melhora na capacidade de alimentação de lactentes com fissura labiopalatina. São elas:

- ▶ Mamadeiras com, preferencialmente, bico de látex, ou o de melhor adaptação da criança, com furo não superior a 1 mm de diâmetro.
- ▶ Manter o lactente semi-sentado para evitar refluxo de alimentos pelo nariz.
- ▶ Lembrar que o tempo de alimentação não deve exceder 30 minutos, para que não haja um desequilíbrio no balanço energético. Nos casos em que há evidência de fadiga, a alimentação pode ser complementada com colher.
- ▶ Fazer paradas durante as mamadas para a eructação.
- ▶ Fazer higiene da boca e do nariz com "cotonetes" molhados em água fervida e morna, antes e após a alimentação.
- ▶ Após as mamadas, colocar a criança em posição lateralizada para evitar o risco de aspiração dos alimentos.

As recomendações nutricionais seguem os *Dietary Reference Intakes* (DRIs), acrescentando-se, nos períodos de pós-operatórios, uma maior concentração de nutrientes, de modo que se reverta, rapidamente, o estado catabólico.

As cirurgias de palatoplastias e queiloplastias implicam um pós-operatório de 30 dias, caracterizado por dieta líquida homogênea, fracionada de três em três horas, por via oral.

Para os pós-operatórios das cirurgias buco-maxilares, cirurgias de maior porte, orienta-se dieta líquida homogênea, complementada com 400 a 600 ml de suplementos hipercalóricos (1,5 caloria por mililitro), hiperprotéicos, palatáveis e por via oral, de modo a oferecer de 40 a 45 calorias por quilograma de peso por dia, 1,2 a 1,5 grama de proteínas por quilograma de peso por dia e micronutrientes segundo os DRIs. Sugere-se a retirada de leite e preparações à base de leite, nos 4-5 dias de pós-operatório para evitar fermentação oral excessiva. Nestas situações clínicas, os principais agentes de comorbidades, com influência

direta no estado nutricional, são: o estresse cirúrgico, a retirada do enxerto de um segundo sítio cirúrgico, tempo relativamente longo (30 a 60 dias) de dieta líquida homogênea e/ou modificada, impossibilidade de mastigação, machucaduras na cavidade oral, dor ao deglutir e ingestão insuficiente.

O longo período de submissão à dieta líquida homogênea pode predispor ao desenvolvimento de constipação intestinal, sendo preconizado o uso de fibras dietéticas, inclusive nos suplementos nutricionais.

Neonatos e lactentes com síndromes associadas

Outra situação que merece atenção especial é a dos neonatos e lactentes com síndromes associadas à fissura labiopalatina, como os com sequência de Pierre Robin (Figuras 5), que passam por avaliação individualizada nas equipes de Sequência de Robin, de Disfagia e Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional para definição da via alimentar e da conduta nutricional. Quando apresentam sofrimento

respiratório, aumento do gasto energético, ingestão volumétrica insuficiente, disfagia e/ou situação de es-

trese metabólico elevado, indica-se dieta hipercalórica e normoprotéica por meio da adição de polímeros de

Figuras 5

Referências bibliográficas

MONLLEÓ, I.L.; GIL-DA-SILVA-LOPES, V.L. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no Sistema Único de Saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 913-922, mai, 2006.

RIBEIRO, E.M.; MOREIRA, A.S.C.G. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza, v.18, n.1, p. 31-40, 2005.

SOUZA-FREITAS, J.A. Ciência e humanismo a favor da reabilitação e do próximo. In: Curso de Anomalias Congênitas Labiopalatais, 39. 2006, Bauru. Anais... Bauru: USP, 2006. p. 2-8.

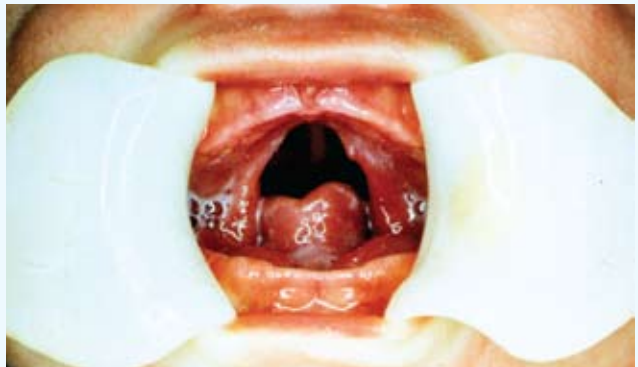
SPINA, V.; PSILLAKIS, J.M.; LAPA, F.S.; FERREIRA, M.C. Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestão de modificação. Revista do Hospital das Clínicas, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 5-6, 1972.

MARQUES, I.L.; TOMÉ, S.; PERES, S.P.B.A. Aspectos pediátricos das fissuras labiopalatinas. In: TRINDADE, I.K.; SILVA, O. G. (coord.). Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Editora Santos, p.51-72, 2007.

COX, J.M. Pediatric Nutritional assessment. Journal of pediatric & perinatal nutrition. New York, v. 2, n. 2, p. 17-41, 1990.

THOMÉ, S. Estudo da prática do aleitamento materno em crianças portadoras de malformação congênita de lábio e/ou palato [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1990.

MIRANDA, G.S.; MARQUES, I.L.; BARROS, S.P. Avaliação do estado nutricional de crianças com fissura labiopalatina. In: I Fórum Humana Alimentar de Atualidades em Nutrição na Prática Clínica, 2008, Bauru.CDrom.



Lactente com Sequência de Pierre Robin, caracterizada por micrognatia e glossoptose, com ou sem fissura de palato.

Fotos do arquivo do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP/Bauru.

glicose (8%) e triglicerídeos de cadeia média com ácidos graxos essenciais (3%) à fórmula alimentar utilizada. Na maior parte dos casos, a alimentação é oferecida por sonda nasogástrica e, após melhora clínica, gradativamente introduzida à via oral, com técnicas fonoaudiológicas facilitadoras. Quando necessário, inclui-se o espessamento da alimentação

na consistência *néctar* (51 a 350 centipóises, segundo a *American Dietetic Association*, 2002)¹⁶, com espessante à base de amido pré-gelatinizado, na concentração de 3%.

Além das intervenções dietéticas, os pacientes devem ser avaliados, rotineiramente, quanto ao seu estado nutricional, tanto em nível ambulatorial quanto em regime de internação.



Nutrir uma criança com fissura labiopalatina não é tarefa difícil, traduzindo-se em experiência gratificante quando se observa a surpreendente capacidade de adaptação destas, desde as idades mais precoces.

Suely Prieto de Barros.

Foto do arquivo do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP/Bauru. Reprodução autorizada pela autora.

PERES, S.P.B.A. Alimentando uma criança portadora de lesões lábio-palatais: primeiro ano de vida. *NUTRIVitae* 1999; 2:45-54.

NRC (National Academic Press). - Dietary Reference intakes (DRIs): applications in dietary assessment. Washington DC, National Academic Press, 2001.

PERES, S.P.B.A. Impacto da cirurgia ortognática e da conduta pós-operatória sobre o estado nutricional protéico-energético dos pacientes. 1996. 182f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

BORGHO, H.C. Suplementação com polissacarídeos de soja após cirurgia corretiva de fissuras lábio-palatais em crianças. Efeito sobre o hábito intestinal [Tese]. 39p. Faculdade de Medicina, Departamento de Pediatria, Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, 2005.

MARQUES, I.L.; SOUSA, T.V.; CARNEIRO, A.F.; PERES, S.P.B.A.; BARBIERI, M.A.; BETTIOL, H. Sequência de Robin - protocolo único de tratamento. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, p. 14-22, 2005.

PERES, S.P.B.A.; ARENA, E.P.; MOREIRA, F.L.; MARQUES, I.L. Importância da intervenção dietética no estado nutricional de lactentes portadores de Sequência de Robin. *Rev Bras Nutr* 2002; 17:15-9.

NASSAR, E.; MARQUES, I.L.; TRINDADE JUNIOR, A.S.; BETTIOL, H. Feeding-facilitating phonaudiologic techniques for the nursing infant with Robin sequence. *Cleft Palate Craniofac J* 2006; 43: 55-60

ADA, National Dysphagia Diet: Standardization for Optimal Care. National Dysphagia Diet Task Force. 2002.

BARROS, S.P.; ARENA, E.P.; PEREIRA, A.C. Avaliação Antropométrica em Pediatria: guia prático para profissionais da saúde. Ponto Crítico Ed., São Paulo, 176p., 2008