

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA

CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

Juliana Lopes dos Santos

**REABILITAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM
DIAGNÓSTICO DE EPENDIMOMA EM FOSSA POSTERIOR: RELATO DE CASO**

Porto Alegre

2022

Juliana Lopes dos Santos

**Reabilitação fonoaudiológica em paciente pediátrico com diagnóstico de
ependimoma em fossa posterior: relato de caso**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Departamento de Fonoaudiologia da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Lisiane De Rosa Barbosa.

Porto Alegre

2022

Catálogo na Publicação

Lopes dos Santos, Juliana

Reabilitação fonoaudiológica em paciente pediátrico com diagnóstico de ependimoma em fossa posterior: relato de caso / Juliana Lopes dos Santos. -- 2022.

31 f. : tab. ; 30 cm.

Monografia (trabalho de conclusão de curso) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Curso de Fonoaudiologia, 2022.

Orientador(a): Lisiane De Rosa Barbosa.

1. Fonoaudiologia. 2. Oncologia. 3. Transtornos de Deglutição. 4. Pediatria. 5. Ependimoma. I. Título.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo relatar o processo de reabilitação fonoaudiológica em paciente pediátrico com diagnóstico de Ependimoma em fossa posterior. Trata-se de uma paciente de 2 anos e 6 meses de idade, hospitalizada devido a episódios intermitentes de cefaleia, perda de equilíbrio, hipoatividade, inapetência e perceptível perda de peso. Após investigação e procedimentos cirúrgicos realizados, concluiu-se diagnóstico de Ependimoma em fossa posterior. Após tais intervenções, iniciou-se avaliação e acompanhamento fonoaudiológico em leito hospitalar e, posteriormente, ambulatorial. Foram realizados 11 atendimentos fonoaudiológicos em leito hospitalar, sendo 3 em UTI pediátrica e 8 em enfermaria, bem como 8 atendimentos ambulatoriais, após alta hospitalar. Ao início do acompanhamento fonoaudiológico foram evidenciadas alterações fonoaudiológicas como disfagia orofaríngea grave, mutismo e paralisia facial padrão periférico à esquerda. Transcorridas as avaliações e intervenções fonoaudiológicas, pode-se evidenciar evolução significativa, especialmente quanto ao quadro de disfagia orofaríngea grave, tendo a paciente recebido alta com orientação de prosseguir acompanhamento fonoaudiológico em outra instituição, com hipótese diagnóstica de disfagia orofaríngea leve, demonstrando a importância da atuação fonoaudiológica no acompanhamento e cuidado da criança em fase inicial de diagnóstico da doença.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Oncologia; Transtornos de Deglutição; Pediatria; Ependimoma; Neoplasias do Sistema Nervoso Central

ABSTRACT

This study aimed to report the process of speech therapy rehabilitation in a pediatric patient diagnosed with Ependymoma in the posterior fossa. The patient was 2 years and 6 months old, hospitalized due to intermittent episodes of headache, loss of balance, hypoactivity, inappetence, and noticeable weight loss. After investigation and surgical procedures performed, a diagnosis of Ependymoma in the posterior fossa was concluded. After such interventions, phonoaudiological evaluation and follow-up were carried out in a hospital bed, and later as an outpatient. We carried out 11 phonoaudiological visits in hospital beds, 3 in the pediatric ICU and 8 on the ward, as well as 8 outpatient visits after hospital discharge. At the beginning of the phonoaudiological follow-up phonoaudiological alterations were evidenced, such as severe oropharyngeal dysphagia, mutism and peripheral facial paralysis on the left side. After the evaluations and phonoaudiological interventions, significant evolution was observed, especially regarding the severe oropharyngeal dysphagia, and the patient was discharged with the orientation to continue with phonoaudiological monitoring in another institution, with a diagnostic hypothesis of mild oropharyngeal dysphagia, showing the importance of phonoaudiological action in the monitoring and care of children in the initial stage of the disease diagnosis.

Keywords: Speech, Language and Hearing Sciences; Medical Oncology; Deglutition Disorders; Pediatrics; Ependymoma; Central Nervous System Neoplasms

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO	9
3. DISCUSSÃO.....	18
4. CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS.....	28

1. INTRODUÇÃO

O câncer infantojuvenil é um conjunto de doenças nas quais diversas células proliferam-se de maneira desordenada, podendo migrar para diferentes locais do corpo, sejam tecidos adjacentes ou órgãos distantes, de forma bastante invasiva. Os tumores, apresentados em crianças e jovens, tendem a assemelhar-se com estruturas embrionárias, uma vez que apresentam achados histológicos semelhantes aos tecidos fetais, sendo então classificados de acordo com a morfologia⁽¹⁾.

Dentre os tumores mais frequentes em crianças e adolescentes, pode-se referir que os tumores de Sistema Nervoso Central (SNC) correspondem à 16% dos casos de neoplasias diagnosticados na faixa etária de 0 a 14 anos, sendo menos frequentes apenas que as leucemias, que representam 33,2% dos casos no mesmo grupo etário⁽¹⁾.

Os ependimomas são tumores localizados no SNC que se originam nas células endimárias que recobrem os ventrículos cerebrais, bem como o canal da medula espinhal⁽²⁾. De forma geral, apresentam crescimento lento, e os sintomas mais frequentes são decorrentes da pressão intracraniana elevada (como cefaleia, rebaixamento de consciência, náuseas e vômitos), sendo que sinais focais (como fraqueza em membros e convulsões) são menos comuns^(2,3).

Em casos oncológicos pediátricos de tumor de SNC, quando o mesmo atinge a fossa posterior, é possível que o indivíduo apresente comprometimento na fala e na deglutição, uma vez que nesta região encontram-se estruturas importantes no desempenho das respectivas funções⁽⁴⁾.

Frequentemente, crianças e jovens diagnosticados com tumores são encaminhados para diferentes tratamentos, sendo a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia os mais conhecidos e indicados⁽⁵⁾. Contudo, ao decorrer do tratamento e,

até mesmo, após o término deste, o indivíduo pode apresentar alterações funcionais e outros efeitos colaterais, seja pelos tratamentos realizados ou a depender das características do tumor^(6,7).

Na literatura, é evidenciada a alta prevalência de alterações fonoaudiológicas em pacientes pediátricos submetidos a tratamentos oncológicos, sendo que tais acometimentos podem surgir em diferentes etapas do tratamento, inclusive de forma tardia, especialmente em pacientes com tumores e lesões localizadas no SNC e/ou cabeça e pescoço^(7,8,10). Dentre tais alterações podemos referir algumas, como: dificuldades alimentares^(8,9), disfagia e distúrbios de motricidade orofacial^(7,10), xerostomia, mucosite oral, alterações na fala⁽⁹⁾, disfonia, disacusia, transtornos de linguagem, dentre outras⁽⁷⁾.

Tendo em vista as possíveis alterações desencadeadas em pacientes oncológicos pediátricos, o fonoaudiólogo tem grande importância na equipe multidisciplinar, uma vez que é o profissional da saúde qualificado para atuar realizando e auxiliando na avaliação, habilitação e reabilitação da deglutição, comunicação e audição, bem como em demais procedimentos de sua competência, como atuação nas áreas de motricidade orofacial, equilíbrio, linguagem e voz⁽¹¹⁾. Ainda, irá intervir em conjunto com os demais profissionais, buscando restabelecer e/ou estabelecer a funcionalidade de estruturas do sistema estomatognático, visando atingir processos de alimentação e deglutição seguros e eficientes, estimular a mobilidade de estruturas orofaciais e estabelecer uma comunicação eficaz, bem como diagnosticar e tratar patologias que envolvem os diferentes sistemas orgânicos do indivíduo, promovendo a saúde e garantindo um melhor prognóstico e uma melhor qualidade de vida para o mesmo^(8,10,11,12,13).

Todavia, a literatura acerca do processo de reabilitação fonoaudiológica em pacientes pediátricos com tumores do SNC ainda é escassa. Visto isso, o objetivo desta pesquisa foi relatar o processo de reabilitação fonoaudiológica em paciente pediátrico com diagnóstico de ependimoma em fossa posterior, considerando-se a complexidade no acompanhamento e cuidado da criança em fase inicial de diagnóstico da doença.

2. APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Trata-se do relato de caso de uma criança do sexo feminino, 2 anos e 6 meses de idade, procedente de uma cidade do interior da região Sul do país, que após internação em um hospital da capital, foi transferida para hospital de referência em pediatria na mesma cidade, sendo este o local do estudo, devido ao diagnóstico de neoplasia de Sistema Nervoso Central (SNC). Este estudo de caso caracteriza-se como retrospectivo e descritivo-qualitativo, realizado com base em dados da paciente, registrados em prontuário eletrônico, durante a internação hospitalar e atendimentos ambulatoriais no respectivo hospital de realização da pesquisa. A coleta de dados foi realizada por uma das pesquisadoras através de busca de dados no prontuário eletrônico em ambiente hospitalar e a síntese dos dados foi elaborada considerando-se as recomendações do *checklist* CARE⁽¹³⁾. Possui aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa deste mesmo hospital, sob o parecer de número nº 4.794.773.

A avaliação e o acompanhamento fonoaudiológico ocorreram em diferentes momentos do tratamento oncológico da paciente, tendo sido consideradas variáveis como: o diagnóstico médico oncológico, comorbidades, tipos de tratamentos realizados, suporte ventilatório do momento da avaliação, momento da avaliação fonoaudiológica, via de alimentação utilizada pela paciente e consistências dos alimentos utilizados na avaliação. Bem como, foram analisados os dados de avaliação e acompanhamento fonoaudiológico, hipóteses diagnósticas e terapêutica fonoaudiológica.

Salienta-se que, no presente estudo, foi utilizado o diagrama da International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) para referir-se e classificar o nível em que cada alimento (sólido ou líquido) se insere quanto à consistência. O referido instrumento busca padronizar a nomenclatura e definições utilizadas para classificar

líquidos e alimentos que têm sua consistência e/ou textura modificadas a fim de promover a alimentação segura para indivíduos com disfagia⁽¹⁵⁾.

No atendimento realizado na emergência do hospital do estudo, a mãe referiu que a paciente encontrava-se previamente hígida e que, há cerca de um mês, em seu município de origem, a criança havia iniciado com episódios de vômitos recorrentes acompanhados por dor abdominal, cefaleia, perda de equilíbrio, hipoatividade e inapetência, apresentando perceptível perda de peso. Em sua cidade de origem foi iniciada investigação de quadro gastrointestinal, contudo os exames não demonstraram alterações. Devido à piora no quadro de cefaleia, uma semana antes da data de entrada no hospital do estudo, foi realizada Tomografia Computadorizada (TC) de crânio, na qual foi evidenciada presença de lesão em fossa posterior com discreta ventriculomegalia, achados condizentes com tumor de cerebelo e hidrocefalia obstrutiva.

Na data da internação no hospital de referência, foi realizado exame neurológico onde a paciente apresentou-se reativa, com perda de equilíbrio, eversão ocular, ataxia cerebelar, pupilas isofotorreagentes e mutismo cerebelar, sendo realizada conduta de suspensão de dieta por via oral, exames laboratoriais e monitoração contínua. Em seguida, a mesma foi avaliada pela equipe de neurocirurgia pediátrica que evidenciou progressão dos sintomas de hidrocefalia, sendo necessário procedimento cirúrgico de urgência para colocação de Derivação Ventricular Externa (DVE). O procedimento foi realizado sem intercorrências e a paciente foi encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIPed) após a realização do mesmo, sendo mantida conduta de suspensão de via oral.

Em exame de Ressonância Magnética (RNM), realizado no dia posterior ao procedimento cirúrgico para colocação de DVE, foi evidenciada lesão em IV ventrículo

com obstrução do mesmo. Ainda no mesmo dia, foi realizada avaliação pela equipe de nutrição, a qual indicou nutrição enteral (NET) e suplementação alimentar por via oral.

O procedimento cirúrgico para remoção da neoplasia de fossa posterior (cerebelo) foi realizado 3 dias após a data de internação, sendo realizada a ressecção macroscópica total de tumor em IV ventrículo. Após a cirurgia, a paciente foi encaminhada à UTIPed já extubada e em uso do DVE, seguindo com a suspensão de via oral. No dia posterior ao procedimento, a paciente necessitou de intubação orotraqueal (IOT) devido à bradicardia relativa e bradipneia, rebaixamento do sensorio e piora na saturação. Após a extubação, realizada no dia seguinte à IOT, a paciente ficou com dieta por SNE e/ou por VO conforme aceitação.

Em resultado da imuno-histoquímico (IHQ), foi concluído o diagnóstico de Ependimoma de Grau 3 (OMS 2021).

No 2º dia após ressecção total do tumor foi identificada paralisia do VI par craniano à esquerda, e no 3º dia após a cirurgia, foi solicitada interconsulta para equipe de fonoaudiologia ainda em leito de UTIPed. Durante os 35 dias de internação hospitalar, ocorreram 16 visitas fonoaudiológicas, sendo que destas, foi possível realizar avaliação e acompanhamento em 11 delas, sendo 3 em leito de UTIPed e 8 em leito de enfermaria, nas outras 5 ocasiões não foi possível realizar o atendimento devido a dificuldades comportamentais e aceitação pela paciente, ou ainda por motivo da mesma estar em exames no momento da visita.

A avaliação fonoaudiológica foi realizada utilizando o Protocolo de Avaliação Clínica da Disfagia Pediátrica (PAD-PED)⁽¹⁶⁾. Este instrumento se propõe a auxiliar o profissional fonoaudiólogo na tomada de decisão quanto à intervenção mais eficaz, pois permite a avaliação e identificação de sinais e impactos presentes em possíveis

alterações no processo de deglutição da criança, considerando a etapa do desenvolvimento de cada idade, permitindo a identificação do grau da disfagia e uma intervenção mais objetiva e assertiva⁽¹⁶⁾.

O processo inicial de avaliação fonoaudiológica envolveu 4 encontros. Os demais atendimentos foram conduzidos conforme limites de aceitação dos estímulos pela criança, uma vez que a mesma apresentava pouca tolerância aos estímulos ofertados e grande irritabilidade.

Em entrevista inicial com a mãe, a mesma afirmou que, previamente à internação hospitalar, a paciente não apresentava queixas quanto à alimentação, negando tosses e engasgos, bem como ingeria líquidos ofertados em mamadeira de bico ortodôntico ou copo. Ainda, relata que a paciente apresentava desenvolvimento de linguagem adequado para a idade. Após a cirurgia, não foram ofertados alimentos de qualquer consistência por via oral por orientação médica. Segundo a mãe, atualmente a paciente aceita chupeta em cavidade oral, porém realiza poucas sucções.

Durante os atendimentos, realizada avaliação, observou-se lábios entreabertos e língua em assoalho quando em repouso, bem como ausculta cervical ruidosa de base com cliques para deglutição espontânea de saliva e ausência de sialorreia ou sialoestase. Após a tentativa de oferta de estímulos gustativos com colher apresentou ocorrência de voz molhada e episódios de tosse, caracterizando disfagia orofaríngea grave (PAD-PED), sendo mantida dieta por via alternativa de alimentação exclusiva.

Com base nos achados das avaliações, optou-se por estabelecer como objetivos terapêuticos: reabilitar e estimular a função de deglutição, melhorar a propriocepção, a mobilidade e a sensibilidade de estruturas orais, visando a

organização do padrão da deglutição, e assim restabelecer a alimentação por VO com segurança.

Nos atendimentos realizados, além das avaliações estruturais e funcionais de órgãos fonoarticulatórios (OFAs), foram realizadas adequações posturais, controle de oferta dos estímulos gustativos durante as intervenções e estimulação intra e extra-oral, utilizando variação de estímulos. As estratégias terapêuticas de Estimulação Tátil-Térmica-Gustativa (ETTG)⁽¹⁷⁾ e o recurso terapêutico vibratório (Z-vibe), apresentado em extremidades, face e cavidade oral (lábios, vestibulos e ponta de língua), foram ofertados respeitando o limite de tolerância e aceitação da paciente. A combinação dos estímulos utilizados nos atendimentos fonoaudiológicos hospitalares pode ser observada na tabela 1, de acordo com consistência, temperatura e utensílio e/ou recurso utilizado.

Tabela 1

Após as intervenções, a mãe foi orientada a reproduzir os estímulos orais diariamente, sempre que possível e tolerável pela paciente.

Transcorridos 14 dias de internação hospitalar, no 6º atendimento fonoaudiológico, percebeu-se redução progressiva quanto à frequência de deglutições, bem como presença de estase salivar em cavidade oral e escape anterior, sendo discutido com equipe médica a possibilidade de uso de medicamento xerostômico.

Ao completar 15 dias de internação hospitalar, sendo o 7º atendimento fonoaudiológico, a mãe foi orientada quanto à realização de exercícios de motricidade orofacial, a fim de estimular e contribuir com a reabilitação funcional da musculatura afetada, tendo relação direta com as funções de sucção, deglutição, fala e mastigação.

Após, aproximadamente, 10 dias do início dos atendimentos fonoaudiológicos, a paciente seguiu progredindo, aumentando a frequência de deglutição de saliva e melhorando a organização oral. Contudo, ainda apresentava variações constantes no padrão de comportamento, oscilando quanto ao limite de tolerância aos estímulos orais, sendo que, quando demonstrava estar agitada e chorosa, a oferta de estímulos era encerrada. A partir da 11ª visita fonoaudiológica foi necessário espaçar as intervenções, uma vez que a paciente passou a apresentar menor limite de tolerância quanto aos estímulos ofertados, demonstrando grande agitação e dificuldades comportamentais no momento da intervenção.

No 29º dia após procedimento de ressecção total do tumor, foi realizada nova RNM a qual evidenciou apenas alterações pós-operatórias de abordagem de tumor de fossa posterior sem sinais evidentes de lesão residual e/ou recidivada. Somando-se ao quadro clínico da paciente, têm-se diagnóstico de mutismo cerebelar, paralisia facial padrão periférico à esquerda, hemiparesia à esquerda e hipotonia em melhora gradual. Posteriormente, foi elaborado plano de radioterapia a ser iniciado 19 dias após a alta hospitalar, com sessões realizadas diariamente e com duração total de 45 dias.

Dois dias antes da alta hospitalar, a paciente apresentou melhor aceitação quanto às estratégias terapêuticas. Ainda, demonstrou maior movimentação oral e deglutições para estimulação realizada com a utilização da chupeta, tendo apresentado dois episódios de tosse após estimulação, sem alteração no padrão da ausculta cervical.

Paciente recebe alta hospitalar após 35 dias de internação, em uso de SNE exclusiva para alimentação. Após a alta hospitalar, a paciente seguiu com acompanhamento fonoaudiológico ambulatorial, demonstrando evolução satisfatória,

uma vez que apresentou melhora no padrão de organização de sucção e deglutição, conforme ilustra o quadro 1.

Quadro 1

Nesta etapa do acompanhamento fonoaudiológico, foram realizados 8 atendimentos ambulatoriais, sendo os 3 primeiros com a frequência semanal e os demais com maior intervalo entre cada sessão. Os atendimentos foram realizados sempre pela mesma equipe do serviço de fonoaudiologia do hospital do estudo e o primeiro foi realizado 8 dias a contar da data da alta hospitalar.

Nas sessões de terapia foram realizadas reavaliação estrutural e funcional dos OFAs, reavaliação clínica da deglutição e estratégias terapêuticas de ETTG, utilizando alimentos e líquidos em diferentes consistências, respeitando o limite de tolerância e aceitação da paciente.

Nos 3 primeiros atendimentos, a paciente permaneceu em uso de SNE exclusiva para alimentação. Nas avaliações, apresentou alternância entre lábios ocluídos e entreabertos, língua em assoalho no repouso, ausência de estase de saliva em cavidade oral ou escape anterior e ausência de controle cervical, necessitando de apoio. Ainda, foi observada dificuldade em realizar captação adequada do alimento ofertado em colher, tendo sido realizadas movimentações orais e preparo para a deglutição, frequência de três deglutições por oferta, com tempo de trânsito oral adequado e ausência de resíduo em cavidade oral.

A mãe foi orientada a manter a estimulação gustativa em casa e diariamente, aumentando o volume total de estímulo progressivamente. Sendo que, ao término do 3º atendimento ambulatorial (21 dias após a alta hospitalar), a responsável é orientada a oferecer alimentos pastosos quatro vezes ao dia, conforme tolerância e aceitação da paciente.

No 4º atendimento ambulatorial, foi identificada melhora na captação do alimento ofertado em colher, frequência de duas deglutições por oferta com tempo de trânsito oral aumentado e resíduo em cavidade oral, sendo necessário oferta de colher vazia para estímulo de nova deglutição. A mãe foi orientada quanto à oferta de alimentos por via oral, atentando-se à consistência⁽¹⁵⁾, quantidade e frequência de ofertas. Bem como, foi reforçada a orientação quanto ao posicionamento e estado de alerta para oferta de alimentos e líquidos.

Também, 69 dias a contar da alta hospitalar, foi realizada Videofluoroscopia da Deglutição (VD), avaliando-se as consistências: líquido espessado e líquido ralo, ambos em mamadeira fluxo G e sólido (conforme laudo). Como conclusão, foi identificada Disfagia Orofaríngea Discreta/Moderada (O'Neil 1999), tendo apresentando penetração e imagens sugestivas de microaspiração para oferta de líquido ralo. Ainda, na realização do exame, houve recusa durante a oferta de líquido ralo, além de difícil posicionamento e sinais de estresse por parte da paciente, sendo necessário interromper o exame.

No atendimento fonoaudiológico posterior à realização da VD foram mantidas condutas e avaliações conforme atendimentos anteriores, considerando a gravidade e evolução do caso, com indicação de retirada de SNE e orientação quanto à alimentação por via oral observando as consistências adequadas (pastoso, macio e picado, líquidos levemente espessados em mamadeira/copo com biqueira), conforme aceitação e não ocorrência de sinais de risco para aspiração. No atendimento posterior, a paciente apresenta-se recebendo dieta por via oral exclusiva, sendo ratificado à mãe a necessidade de atentar-se quanto à oferta segura de VO, bem como orienta-se evitar alimentos muito secos e/ou com farelo.

No último atendimento ambulatorial em fonoaudiologia, 200 dias após a

resseccção do tumor, foi realizada reavaliação estrutural e funcional de OFAs e avaliação clínica da deglutição com oferta de líquido fino e alimento sólido macio⁽¹⁶⁾, concluindo-se com impressão de disfagia orofaríngea leve (PAD-PED), sendo orientado manter oferta de alimentos em consistência normal, atentando-se à escolha de carnes com consistências mais fáceis de mastigar, bem como foi orientado quanto a oferta de líquidos. Ainda, foi indicado que a paciente mantivesse acompanhamento fonoaudiológico junto à outra instituição da cidade, na qual a mesma realizava intervenções fonoaudiológicas relacionadas à fala, motricidade orofacial e à linguagem desde a alta hospitalar.

Sendo assim, a paciente segue em reabilitação fonoaudiológica em outra instituição da capital.

3. DISCUSSÃO

A atuação fonoaudiológica em casos complexos em ambiente hospitalar é de suma importância, uma vez que o fonoaudiólogo é o profissional da saúde habilitado e capacitado para realizar procedimentos como triagem, avaliação, diagnóstico, prognóstico, terapia, gerenciamento, encaminhamento e orientações acerca de questões relacionadas à deglutição, comunicação, audição, equilíbrio, linguagem, voz, dentre outros aspectos cabíveis à fonoaudiologia⁽¹¹⁾. Além disso, este profissional atua junto à equipe multidisciplinar acompanhando e realizando exames complementares, oferecendo suporte e assistência quanto à comunicação suplementar e alternativa, cuidados paliativos, realizando avaliação estrutural e funcional do sistema estomatognático⁽¹¹⁾, contribuindo com a humanização do cuidado, qualidade de vida e melhor prognóstico para os pacientes.

Os tumores de SNC constituem um grupo de neoplasias de grande relevância, especialmente no que diz respeito à gravidade e aos obstáculos relacionados ao processo diagnóstico, o que tende a prejudicar ou não permitir o tratamento precoce. Na infância, as neoplasias de SNC podem apresentar manifestações como irritabilidade, apatia, alterações no crescimento e/ou desenvolvimento, náuseas, vômitos e sinais focais (como fraqueza em membros e convulsões)^(2,18). No caso relatado, a paciente apresentou cefaleias recorrentes e hidrocefalia, sendo estas manifestações sugestivas de pressão intracraniana, presentes especialmente em tumores localizados em fossa posterior⁽¹⁸⁾.

Em suma maioria, os ependimomas surgem na região infratentorial, chegando ao IV ventrículo⁽²⁾. Contudo, podem surgir ainda em outras regiões do SNC como medula espinal, tronco encefálico e hemisférios cerebrais⁽¹⁹⁾. De acordo com Torres

et al., o tempo de evolução dos sintomas deste tipo de tumor tende a ser de 3 meses, podendo se apresentar de forma mais prolongadas nos adultos do que nas crianças⁽²⁾.

Tumores localizados em fossa posterior, são os mais comuns dentre as neoplasias de SNC na infância, impactando em estruturas como tronco cerebral, cerebelo e gânglios da base, sendo estas responsáveis por desempenhar importantes funções, como fala e deglutição⁽⁴⁾. No presente relato, a paciente em questão apresentou considerável alteração na dinâmica da deglutição, tendo sido concluído diagnóstico inicial de disfagia orofaríngea grave pela aplicação do protocolo PAD-PED⁽¹⁶⁾. Ainda, foi necessário acompanhamento quanto à fala, uma vez que também apresentou alterações. Logo, a fonoaudiologia teve papel fundamental na reabilitação da criança.

Em relação aos tratamentos oncológicos, a paciente realizou cirurgia e radioterapia. Os tratamentos realizados afetam o organismo de forma ampla, atacando, além das células tumorais, células saudáveis do organismo⁽⁹⁾, gerando efeitos colaterais que podem se manifestar também a longo prazo⁽¹⁰⁾.

Em um estudo realizado por Coça et al⁽⁷⁾, a respeito da prevalência de distúrbios da comunicação, deglutição e miofuncionais orofaciais em pacientes oncológicos pediátricos no momento da admissão hospitalar, foi identificado que, dos casos analisados, 75% dos pacientes pediátricos com tumor de SNC apresentaram quadro de disfagia, 17,1% distúrbios de motricidade orofacial, 20% transtorno de linguagem e 72,7% paralisia facial. Ainda, foram encontradas outras alterações fonoaudiológicas como disartria, distúrbio fonético, distúrbio fonológico, disartria, disфонia, disacusia, paralisia de língua, trismo e outras alterações⁽⁷⁾. Desta forma, os dados trazidos corroboram as alterações descritas no caso relatado, uma vez que a

paciente apresentou disfagia, alterações de linguagem e paralisia facial, achados condizentes com casos de tumor de SNC.

Já em outro estudo realizado por Gonçalves et al⁽¹⁹⁾, com 190 pacientes oncológicos pediátricos com tumores de SNC, foi identificado que 81% das crianças e adolescentes da amostra apresentaram alteração fonoaudiológica, sendo que deste total, 23% correspondiam a distúrbios de motricidade orofacial, 16% dificuldades na fala, 17% disfagia e 6% paralisia facial, além de outras alterações como disfonias, dificuldades de leitura e escrita e alterações audiológicas. Dos 190 participantes do estudo, 8% tinham o diagnóstico de ependimoma⁽²⁰⁾.

No presente estudo, a paciente apresentou quadro de hidrocefalia acompanhado de sintomas como cefalia, náuseas, vômito e hipoatividade no período pré-operatório. Em casos de tumores em fossa posterior, alterações fonoaudiológicas como disfagia, disartria e mutismo são complicações que comumente se apresentam após a remoção do tumor. Contudo, a literatura quanto a incidência de tais alterações em grupos de crianças e adolescentes com neoplasias de fossa posterior ainda é escassa. Em um estudo realizado com 27 prontuários de crianças e adolescentes diagnosticados com tumores em fossa posterior, sendo 4 diagnósticos de ependimoma, foi reportado hidrocefalia em 22 casos em momento pré-operatório e 12 no pós-operatório. Não obstante, no pré-operatório foram relatados sintomas como cefaleia, náusea, vômito, letargia e ataxia⁽⁴⁾.

De forma geral, 15 das 27 crianças apresentaram mutismo, disfagia e/ou disartria no pós-operatório. Ainda, foi evidenciada associação entre mutismo e disartria subsequente em 6 de 8 casos, disartria e disfagia em 4 de 8 crianças, e mutismo e disfagia em 5 de 9 casos⁽⁴⁾. Dentre as alterações fonoaudiológicas encontradas em estudos disponíveis na literatura, a paciente do caso relatado

apresentou disfagia, mutismo, paralisia facial (à esquerda), alterações de fala e distúrbios de motricidade orofacial.

Neste cenário, é importante que a equipe acompanhe casos clínicos de oncologia pediátrica seja multidisciplinar, fato que propicia um olhar mais apurado e ampliado do caso, contribuindo para um melhor prognóstico⁽¹⁰⁾.

No caso relatado, a paciente apresentou importante quadro clínico de disfagia, sendo este causado por alterações no funcionamento da dinâmica do processo de deglutição. No caso da paciente em questão, esta manifestação está fortemente relacionada ao tipo e à localização do tumor, em fossa posterior, uma vez que ependimomas, assim como meduloblastoma e astrocitoma pilocítico tendem a gerar alterações de deglutição, podendo estas se manifestarem também a longo prazo⁽¹⁰⁾.

A avaliação da deglutição pode ser realizada de forma clínica e, ainda, com a utilização de exames objetivos como a VD⁽¹⁰⁾. No relato de caso, a paciente foi acompanhada em ambiente hospitalar durante a internação e em ambulatório após a alta. Na primeira avaliação realizada em leito hospitalar, foi obtida hipótese diagnóstica de disfagia orofaríngea grave, estando a paciente em leito de UTIPed e em uso de SNE como via de alimentação exclusiva. Na disfagia orofaríngea grave, existe a impossibilidade de alimentação por VO devido ao alto risco de aspiração presumido, desta forma, é indicada via alternativa de alimentação exclusiva, podendo necessitar de medidas de controle de aspiração de saliva⁽¹⁶⁾. Após 11 atendimentos realizados em leito e 8 ambulatoriais, a mesma obteve alta do acompanhamento fonoaudiológico realizado no hospital do estudo com diagnóstico de disfagia orofaríngea leve e recebendo alimentação por VO exclusiva.

A indicação e realização da VD propiciou a visualização da dinâmica da deglutição nas fases oral e faríngea, permitindo avaliação da ocorrência de aspirações

e penetrações, e também de proteção das vias aéreas⁽¹³⁾, corroborando o diagnóstico de Disfagia Orofaríngea Discreta/Moderada (O'Neil 1999)⁽²²⁾. A VD é um exame complementar que auxilia no diagnóstico e identificação de alterações de deglutição, bem como, vem a complementar e contribuir com a classificação do grau de disfagia⁽¹³⁾. No caso relatado, a VD se faz de grande valia, especialmente pelo fato de que pacientes com alterações neurológicas, como no caso da paciente em questão, apresentam risco para aspiração silente, o que pode agravar o estado de saúde geral, bem como prejudicar o prognóstico^(10,13)

De acordo com O'Neil (1999), quadros de Disfagia Orofaríngea Discreta/Moderada requerem supervisão intermitente durante o período de alimentação, podendo apresentar penetração de vias aéreas até o nível de pregas vocais com tosse em duas consistências, ou sem tosse em uma consistência, aspiração de uma consistência, com presença de tosse fraca ou sem reflexo de tosse, retenção de alimento em faringe ou em cavidade oral, ambos clareando após múltiplas deglutições⁽²²⁾.

Além da intervenção fonoaudiológica direcionada ao diagnóstico de disfagia, foram indicados exercícios de motricidade orofacial para reabilitação da musculatura afetada pela paralisia facial à esquerda, bem como foi diagnosticado mutismo. Em um primeiro momento, foi avaliado e observada maior necessidade de atendimento fonoaudiológico voltado para a demanda de deglutição da paciente, uma vez que tal função está diretamente relacionada com a alimentação, nutrição e hidratação do paciente, fatores fundamentais para um bom prognóstico em pacientes oncológicos pediátricos^(8,13). Além disso, quadros de disfagia podem acarretar em aspiração silente, penetração, recusa e dificuldades alimentares, bem como complicações como alterações de frequência cardíaca e/ou respiratória, dessaturação de oxigênio,

desconforto respiratório, quadros de pneumonia recorrente, dentre outros problemas respiratórios, agravando o estado de saúde geral da criança⁽¹³⁾.

A criança em questão, realizou acompanhamento fonoaudiológico para fala e linguagem em outra instituição da mesma cidade do hospital do estudo.

Para o processo de reabilitação da deglutição, foram realizadas estimulação clínica da deglutição e Estimulação-Tátil-Térmica-Gustativa, tendo em vista a importância do estímulo sensorial para o processo de deglutição, uma vez que está envolvido na formação do bolo alimentar e o controle do alimento em cavidade oral⁽¹⁷⁾. Para isso, foram selecionados líquidos e alimentos em diferentes consistências e temperaturas, diferentes instrumentos para estímulo (como colher, chupeta e/ou estímulo vibratório) durante os atendimentos, visando a estimulação de estruturas envolvidas no processo da deglutição, como cavidade oral (lábios, vestíbulos e ponta de língua), assim como em extremidades e face.

O instrumento vibratório, além de promover a estimulação sensorial, auxilia na adequação do tônus muscular, na redução do impulso de língua e do reflexo de mordida, sendo de extrema necessidade para deglutição segura e para uma função mastigatória mais eficaz e eficiente⁽¹⁷⁾.

Cabe mencionar que, em todas as intervenções realizadas, foi respeitado o limite de tolerância e aceitação da paciente. Contudo, outra manifestação apresentada pela mesma e que vai ao encontro do apresentado na literatura⁽²⁾, está relacionada às alterações comportamentais, uma vez que foi relatado ao longo dos atendimentos quadros de irritabilidade, sendo necessário diminuir a frequência das intervenções, espaçando as visitas em leito hospitalar. Ainda, pode-se relacionar também ao mutismo, uma vez que gera grande impacto na comunicação.

Quanto à paralisia facial de padrão periférico à esquerda, foram indicados exercícios miofuncionais orofaciais, visando estimular a musculatura e a reabilitação funcional da mesma, tendo relação direta com as funções de sucção, deglutição, fala e mastigação. Dentre os objetivos destes exercícios, podemos referir a intenção de acelerar o retorno da função da musculatura afetada, bem como dos movimentos musculares⁽²¹⁾. Desta forma, a mãe foi orientada quanto à realização dos exercícios, bem como sobre a importância dos mesmos serem realizados diariamente.

Ainda, no caso relatado, ao final de cada atendimento em leito hospitalar e em ambulatório, a mãe foi orientada quanto a como seguir estimulando a deglutição da paciente por meio de estímulos táteis e gustativos, bem como a respeito de medidas de segurança no momento da alimentação, como: observar estado de alerta e postura adequada para receber o alimento. Ainda, foi instruída quanto a forma, frequência e consistência dos alimentos a serem ofertados em casa, sempre de acordo com o limite de tolerância e aceitação da criança, e também conforme o grau da disfagia e os achados nas avaliações realizadas nos atendimentos.

Muito embora a literatura demonstre a alta prevalência de alterações fonoaudiológicas em pacientes oncológicos pediátricos, estudos acerca de alterações fonoaudiológicas e/ou reabilitação fonoaudiológica no câncer infantil, ainda são escassos, sendo mais facilmente encontrados estudos a respeito de tumores de SNC e outros poucos sobre alterações encontradas em neoplasias de fossa posterior. Este relato de caso utilizou dados retrospectivos, com eventuais lacunas de informações, ficando claro a importância de estudos com maior número de pacientes e com delineamento prospectivo. Sendo assim, percebe-se a relevância de novos estudos a respeito do processo de reabilitação fonoaudiológica na população estudada.

4. CONCLUSÃO

No caso relatado, a reabilitação fonoaudiológica aconteceu em ambiente hospitalar e de forma precoce, logo após o diagnóstico, sendo voltada em um primeiro momento à demanda mais urgente de deglutição, onde a paciente evoluiu de grau de disfagia grave para leve. Ainda, manteve-se atenção às demais alterações fonoaudiológicas.

O estudo demonstrou a importância da atuação fonoaudiológica na fase precoce, ainda em ambiente hospitalar, e de diagnóstico da doença, bem como no momento pós-operatório imediato e no acompanhamento ambulatorial. Desta forma, busca-se alcançar uma intervenção mais assertiva e eficaz, e propiciar as orientações adequadas para a segurança e eficiência do processo de reabilitação de aspectos que possuem grande impacto no prognóstico e na qualidade de vida do paciente, como deglutição, comunicação e motricidade orofacial.

Referências

1. Ministério da Saúde. INCA: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil: Informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade [acesso 15 Ago 2022]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//incidencia_mortalidade_morbidade.pdf.
2. Tomaz MTM, Lacerda NA, Bezerra TTB, Menezes NS; Gomes ABA, Santos HBP et al. Anaplastic ependymoma: a rare case report of neoplasm with aggressive behavior. Arch. Health Invest . 2018; 7(9): 384-387.
3. Silva BB, Schmitz FA, Pulice RF, Bedin A. *Left supratentorial ependymoma in a pediatric patient: a case report*. Resid Pediatr. 2022;12(3).
4. Mei C, Morgan AT. Incidence of mutism, dysarthria and dysphagia associated with childhood posterior fossa tumor. Childs Nerv Syst. 2011;27(7):1129-36.
5. Mutti CF, Paula CC, Souto MD. Health Care of Children With Cancer in the Brazilian Scientific Literature. Rev Bras Cancerol. 2010; 56(1): 71-83.
6. Ministério da Saúde. SIA/SUS: Sistemas de Informações Ambulatoriais [Internet]. Oncologia. Manual de bases técnicas [acesso 15 Ago 2022]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//manual-de-oncologia-21-edicao-2015.pdf>.
7. Coça KL, Bergmann A, Ferman S, Angelis EC, Ribeiro MG. Prevalence of communication, swallowing and orofacial myofunctional disorders in children and adolescents at the time of admission at a cancer hospital. Cotas. 2018 Mar 1;30(1):e20170123.

8. Wagner J, Etges C, Barbosa LR. Speech therapy follow-up for eating difficulties with juvenile child cancer: a series of cases. *Distúrb Comun*, 2020. 32(4), 529-538.
9. Taylor OD, Ware RS, Weir KA. Speech pathology services to children with cancer and nonmalignant hematological disorders. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2012;29(2):98-108.
10. Silva GP, Palermo RP, Etges CL, Silva RA, Cardoso MCAF, Castro Junior CG, Barbosa LR. Central nervous system tumor and the pediatric patient: speech-language alterations. *Distúrb Comun*. São Paulo, 2020. 32(4), 562-573.
11. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFa nº 604/2021. Dispõe sobre a criação da Especialidade em Fonoaudiologia Hospitalar, define as atribuições e competências relativas ao profissional fonoaudiólogo especialista e dá outras providências [portaria na internet]. *Diário Oficial da União* 15 Març 2021 [acesso em 14 nov 2022]. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_604_21.htm.
12. Coura CF, Modesto PC. Impact of late radiation effects on cancer survivor children: an integrative review. *Einstein (São Paulo)*. 2015;14(1):71-6.
13. Sassi FC, Bühler KCB, Juste FS, Almeida FCF, Befi-Lopes DM, de Andrade CRF. Dysphagia and associated clinical markers in neurologically intact children with respiratory disease. *Pediatr Pulmonol*. 2018;53(4):517-25.
14. CARE: Case Report Guidelines [Internet]. 2013 CARE Checklist. [acesso em 02 set 2022] Disponível em: <https://www.care-statement.org/checklist>.
15. IDDSI: International Dysphagia Diet Standardisation Initiative [Internet]. Diagrama IDDSI Completo Definições Detalhadas 2.0, 2019 [acesso em 02 Set 2022]. Disponível em:

https://iddsi.org/IDDSI/media/images/Translations/IDDS_Framework_Descriptors_V2_Portuguese_Portugal_Final_Dec_2020.pdf.

16. Almeida FCF. Protocolo de avaliação clínica da disfagia pediátrica (PAD-PED). Barueri: Pró-Fono; 2014.
17. Song WJ, Park JH, Lee JH, Kim MY. Effects of Neuromuscular Electrical Stimulation on Swallowing Functions in Children with Cerebral Palsy: A Pilot Randomised Controlled Trial. *Hong Kong J. Occup. Ther.* 2015;25(1):1-6.
18. Pollack, IF. Tumores Cerebrais em Crianças. *N Engl J Med.* 1994, 331(22), 1500-1507. doi:10.1056/nejm199412013312207.
19. Torres, LFB et al. Ependimomas: achados clínicos, epidemiológicos e anatomopatológicos de 22 casos. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 1999, v. 57, n. 2^a, pp. 261-266.
20. Gonçalves MIR, Radzinsky TC, Silva NS, Chiari BM, Consonni D. Speech-language and hearing complaints of children and adolescents with brain tumors. *Pediatr Blood Cancer.* 2008;50(3):706-8.
21. Romão AM, Cabral C, Magni C. Early Speech Therapy Intervention in a patient with facial paralysis after otomastoiditis. *Rev. CEFAC.* 2015, v. 17, n. 3, pp. 996-1003.
22. O'Neil KH, Purdy M, Falk J, Gallo L. The dysphagia outcome and severity scale. *Dysphagia.* Summer. 1999;14(3):139-45.

Tabela 1. Combinação dos estímulos utilizados nos atendimentos fonoaudiológicos hospitalares

Consistência e temperatura	Ferramenta vibratória oral	Utensílios	
		Chupeta	Colher
Pastoso gelado	1	0	0
Líquido moderadamente espessado gelado	1	2	0
Líquido moderadamente espessado em temperatura ambiente	0	1	1
Líquido ralo gelado	3	0	0
Líquido ralo em temperatura ambiente	2	3	0

Quadro 1. atendimentos ambulatoriais fonoaudiológicos

Atendimento Ambulatorial	Dias após alta hospitalar	Impressão/Conclusão	Via de alimentação	Consistência/oferta
1º	7	Disfagia orofaríngea moderada a grave (PAD-PED)	SNE exclusiva	-
2º	14	Disfagia orofaríngea moderada a grave (PAD-PED)	SNE exclusiva	-
3º	21	Disfagia orofaríngea moderada a grave (PAD-PED)	SNE exclusiva	-
4º	42	Disfagia orofaríngea moderada a grave (PAD-PED)	SNE + VO	Pastoso e líquido levemente espessado em pouca quantidade, duas vezes ao dia
5º	56	Disfagia orofaríngea moderada a grave (PAD-PED)	SNE + VO	Pastoso + líquido levemente espessado em pouca quantidade, uma vez ao dia
6º	70	Disfagia orofaríngea moderada a grave (PAD-PED)	VO	Pastoso, alimento macio e picado, bem como líquidos espessados em mamadeira/copo com biqueira
7º	91	Disfagia orofaríngea moderada a grave (PAD-PED)	VO	Pastoso, alimento macio e picado, bem como líquidos espessados em mamadeira/copo com biqueira
8º (Alta fonoaudiológica)	168	Disfagia orofaríngea leve (PAD-PED)	VO	Liberadas todas as consistências com adaptação de carnes (optando-se por carnes mais macias)

Legenda: SNE: sonda nasointestinal; VO: via oral; PAD-PED: Protocolo de Avaliação Clínica da Disfagia Pediátrica