

Disfonia na Infância

Paulo Pontes

Uma história típica de disfonia é a de um menino em idade escolar que vem apresentando rouquidão que se acentua após jogos esportivos como futebol, nos quais a voz é mais utilizada. Isto ocorre não somente durante as atividades de recreação, como na seqüência das mesmas. Esta história caracteriza, na prática, a maior incidência de disfonias nas crianças, sendo a história típica de um nódulo de prega vocal. Discute-se muito o que fazer com as crianças que têm nódulo vocal. Comentarei nosso pensamento a respeito da etiopatogenia do nódulo vocal. Como vocês sabem a laringe da criança é muito semelhante à laringe da mulher. No homem existe uma transformação no período da puberdade que predispõe sua laringe a alterações diferentes daquelas da mulher e da criança. Observamos que a laringe de mulher durante a fonação poderia ser uma laringe de criança. É característica dessa faixa etária e do sexo feminino a presença de uma abertura posterior durante a fonação, que é a fenda triangular posterior. Em estudos que realizamos, verificamos que existe uma correlação nítida entre a fenda triangular posterior e a relação da parte membranácea com a parte cartilaginosa da glote. Quanto menor essa proporção, como ocorre nas mulheres e nas crianças, maior a abertura posterior. Já na laringe masculina esta relação é diferente. Isto já é conhecido há vários séculos, mas o que constatamos com estudos de telaringoscopia foi que com a proporção acima de 1 (um), como ocorre nos homens, não temos a fenda posterior.

No homem esta proporção está diretamente relacionada com a maior aproximação das cartilagens aritenóideas, isto é, durante a fonação elas estão muito próximas; assim, quando se fala sob tensão, não há um relaxamento completo nem do cricoaritenóideo posterior nem do lateral, nas respectivas fases de adução e abdução. Portanto, o impacto durante a fonação, nesta situação de tensão muscular primária, ocorre na região dos processos vocais e por esta razão o homem apresenta quantidade maior de granulomas posteriores do que as mulheres.

Na laringe feminina ou da criança, nas quais a proporção é igual ou menor que 1 (um), durante a fonação temos a aproximação das pregas vocais deixando as aritenóides parcialmente afastadas.

Nas crianças hiperativas, que gritam, que falam alto e a veia jugular “salta”, na região lateral do pescoço, a laringe fica sob tensão. Portanto, o que ocorre? Não há um relaxamento completo da musculatura e a aproximação das aritenóides fica

mais difícil ainda; a fenda triangular posterior passa a ser uma fenda triangular médio-posterior o que faz com que a energia fonatória que se distribuiria ao longo de toda a parte membranácea da prega vocal se concentre no seu terço médio, vértice do triângulo da fenda, o que resulta em impacto maior nos tecidos e a formação do nódulo ou calo. Por esta razão a criança tem uma grande incidência de nódulo vocal.

Quando chega na idade adulta, o que acontece? A mulher praticamente mantém esse padrão infantil, com a fenda triangular posterior e, no garoto, a laringe passa para o padrão masculino, mudam as condições anatômicas e o nódulo desaparece.

Esta compreensão é importante. Nos jovens o que devemos fazer? Dar orientação à família e à criança no sentido de que isto é uma alteração benigna que irá desaparecer e não deixará seqüelas. Só fazemos a intervenção com a fonoterapia, mais direcionada à higiene vocal, quando está havendo alguma restrição ou a criança tem de realizar uma apresentação vocal. Nestes casos podemos também fazer a cirurgia. Não devemos “massacrar” a criança com fonoterapia e nem submetê-la à cirurgia como rotina, fazemos apenas a orientação.

No caso das mulheres, há necessidade de uma orientação maior pois a laringe é predisposta a manter a alteração na fase adulta.

Este é o conceito que temos para a formação dos nódulos e, de acordo com ele, definimos nossa conduta.

Leituras recomendadas

1. Tuma J, Yazaki R K, Pontes P, Brasil O O C. Configuração das pregas vestibulares em laringes de pacientes com nódulo vocal. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2005; 71: 576-581.
2. Biase N, Pontes P, Vieira V P, Biase S. O modo de coaptação glótica em crianças no diagnóstico diferencial de alteração estrutural mínima. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2004; 70: 457-462.
3. Pontes P, Biase N, Kyrillos L. Configuration in the Development of Posterior Laryngeal Granuloma. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001; 110: 765-769.
4. Ruiz D M C, Pontes P, Behlau M. Laryngeal Microweb and Vocal Nodules. A Clinical Study in a Brazilian Population. *J Dysmorphol Speech hearing Dis* 1998; 1: 7-12.
5. Pontes P, Behlau M, Kyrillos L. An Attempt to Understand the Posterior Triangular Glottic Chink. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 1994; 115: 3-6.