

Transtorno do Espectro do Autismo na Otorrinolaringologia Pediátrica: Revisão

Karin Hotchkiss, Matthew Cecchini e Craig Derkay

O autismo é um distúrbio no desenvolvimento inicial do cérebro que afeta a interação social e a comunicação verbal e a não verbal. As crianças acometidas apresentam muitas vezes, comportamentos restritos ou repetitivos e podem ter inteligência variável. O autismo é atualmente classificado como um transtorno de espectro variável, pois a criança pode apresentar uma vasta gama de sintomas. Isso muitas vezes torna a identificação um desafio e leva ao atraso no diagnóstico. Dados publicados recentemente pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (*Centers for Disease Control and Prevention - CDC*), mostram que o autismo continua a aumentar em prevalência com uma criança acometida em cada 68¹. As crianças são frequentemente encaminhadas para um otorrinolaringologista para avaliação da audição e atrasos de comunicação. Isto representa uma oportunidade para a comunidade otorrinolaringológica ajudar no diagnóstico precoce e na abordagem dessa população de pacientes.

Esta condição foi descrita pela primeira vez em 1943, quando o psiquiatra Leo Kanner relatou um grupo de 11 crianças que tinham uma preferência por isolamento e obsessão pela similaridade.²⁻³ Hans Asperger, um Pediatra austríaco desconhecendo o relatório anterior, publicou um artigo em 1944, descrevendo um grupo semelhante de crianças, mas com habilidades verbais e cognitivas superiores.⁴ Em 1960, o autismo era visto como uma forma de esquizofrenia infantil, em parte avolumada por estilos maternos emocionalmente ausentes. Para uma compreensão mais profunda do processo desenvolvido, as diferenças na maturação do cérebro vieram à luz. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM*) na sua terceira edição publicada em 1980, distingue o autismo da esquizofrenia infantil.⁵

Um DSM-5 atualizado, lançado em 2013 colocou todas as subcategorias do autismo em um diagnóstico guarda-chuva de Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Isso inclui a síndrome de Asperger, o transtorno invasivo do desenvolvimento não específico (TID-NE) e o autismo. Os sintomas de diagnóstico também foram consolidados em duas áreas: interação social/comunicação e comportamentos restrito/repetitivo.⁶

O transtorno do espectro autista (TEA) é uma incapacidade vitalícia no desenvolvimento que varia em gravidade.⁷ **O TEA afeta atualmente mais de 2 milhões de pessoas nos Estados Unidos.** O CDC tem monitorado os padrões de diagnóstico em pacientes de 8 anos de idade em várias regiões nos Estados Unidos. A incidência no ano de 2000 sugeriu uma prevalência de 6,7 por 1.000, ou uma criança afetada a cada 150.⁸ As análises recentes divulgadas em 2010 revelaram um aumento da prevalência de 14,7 por 1.000 crianças, elevando o número para uma criança afetada a cada 68. **1 Os indivíduos do sexo masculino são**

mais comumente acometidos do que as do sexo feminino, com uma incidência estável de 5-1. Na prática, a incidência do autismo por sexo se traduz em um em cada 42 meninos e uma em cada 189 meninas. Embora não haja uma explicação exata para o aumento da prevalência ao longo dos últimos 10 anos, algum crédito pode ser dado a uma maior sensibilização e diagnóstico.^{9,10} **Os sintomas iniciais podem ser aparentes na primeira infância, mas os déficits notáveis, muitas vezes não são reconhecidos até que a criança se torne incapaz de cumprir as etapas previstas para as demandas sociais e educacionais.**¹¹ **Isto pode conduzir a um atraso no diagnóstico. O rastreio precoce por profissionais pode identificar com precisão pacientes com TEA aos 2 anos de idade e, por vezes, tão cedo quanto 18 meses. Atualmente, a idade média do diagnóstico é de 4, 5 anos.**¹ A Academia Americana de Pediatria (AAP), recomendou a aplicação de exames de desenvolvimento de rotina para todos os pacientes, aos 9, 18 e 30 meses, ou sempre que os pais ou cuidadores da criança expressarem preocupações.¹² **É interessante notar que a inteligência geral encontrada neste grupo é maior do que a inicialmente reconhecida.** Dos pacientes diagnosticados, 46% irão demonstrar funcionamento intelectual na média ou acima.¹ Esta é uma característica de um paciente com transtorno de Asperger, que tem alto funcionamento em matemática e ciências, mas tem uma diminuição no desejo ou capacidade de interagir e se comunicar socialmente. Todo paciente com autismo também deve ser examinado para distúrbios de fala e linguagem. O comprometimento da linguagem varia, e estima-se que 25% dos pacientes são não verbais.

A identificação das características autistas pode ser útil no diagnóstico. Estas podem incluir contato visual pobre e habilidades motoras finas atrasadas ou em falta. O tom de voz pode não demonstrar sentimentos, com frases muitas vezes expressas de maneira monótona. A empatia é de difícil expressão ou compreensão. As regras de conversação, como revezamento ou reformular uma frase para ajudar na narrativa, muitas vezes não são seguidas.

O contato físico pode ser desconfortável e as crianças podem se afastar do afago ou toque. O raciocínio é frequentemente concreto levando a dificuldade em compreender expressões literárias. Foi observada hipersensibilidade a ruídos altos, luzes brilhantes e cheiros fortes. Têm preferência por previsibilidade ao invés de mudança.⁶

Como o otorrinolaringologista pode ajudar?

O conhecimento do diagnóstico

Como a prevalência do autismo continua a aumentar, a conscientização e compreensão deste diagnóstico são fundamentais tanto para o otorrinolaringologista pediátrico como para o geral. O TEA é uma deficiência vitalícia que acomete o paciente de ORL em todas as idades. **Os pacientes com TEA têm uma incidência ligeiramente maior de morbidades, incluindo distúrbios do sono, alergias alimentares, eczema e asma.**¹⁰ O uso de estratégias de comunicação eficazes, criando um ambiente de cuidado centrado no paciente, e a conscientização das potenciais morbidades irá melhorar a relação paciente – pais (e cuidadores) e facilitar a qualidade dos cuidados.

Reconhecimento de bandeiras vermelhas

É importante que os otorrinolaringologistas **sejam capazes de reconhecer as bandeiras vermelhas para o autismo, a fim de ajudar com o diagnóstico precoce e a intervenção. As crianças com deficiência auditiva ou atraso de linguagem podem ser apresentadas primeiro para o Otorrinolaringologista para uma avaliação.** Este é um momento oportuno para testar as crianças. Os pais, quando perguntados, muitas vezes admitem ter preocupações com questões de desenvolvimento ou sociais. Esta é uma oportunidade para começar uma conversa acerca destas preocupações. A lista de bandeiras vermelhas, mencionadas a seguir, pode ajudar na triagem precoce.⁴

Bandeiras Vermelhas para o Autismo

- **Falta de grandes sorrisos ou outras expressões calorosas, alegres aos seis meses.**
- **Sem compartilhamento de vai-e-vem de sons, sorrisos ou outras expressões faciais aos nove meses.**
- **Sem balbucio aos 12 meses.**
- **Nenhum gesto de vai-e-vem, como apontar, mostrar, alcançar ou acenar aos 12 meses.**
- **Nenhuma palavra aos 16 meses.**
- **Nenhuma frase significativa de duas palavras (sem contar imitação ou repetição) aos 24 meses.**
- **Qualquer falta da fala, balbucio ou habilidades sociais em qualquer idade.**

Deteção precisa de perda auditiva

As avaliações auditivas precisas podem ser um desafio no diagnóstico. Muitos pacientes com TEA têm problemas sensoriais, especialmente ao toque, que torna difícil a obtenção de um audiograma. O uso de fones de ouvido ou outros dispositivos podem ser difíceis para algumas crianças por qualquer período de tempo durante o teste. A hipersensibilidade ao aumento dos volumes, sons alternados ou luzes piscando na cabine de áudio pode se tornar um evento devastador.

Uma parte dos pacientes também pode ser não verbal o que limita as respostas de comunicação. A confiabilidade do teste e a precisão também podem ser um desafio. Como as crianças com TEA podem não ter atingido suas metas de desenvolvimento, as técnicas do teste devem ser alteradas. Enquanto uma criança com 8 anos de idade sem TEA deve ser capaz de completar a audiometria convencional, uma com TEA pode tolerar somente testes com reforço visual. Quando estiver em dúvida da confiabilidade deles, testes de audiometria de tronco cerebral, realizados sob sedação ou anestesia geral, podem ajudar a estabelecer uma linha de base.

Acomodando o ambiente para prestação dos cuidados médicos

Algumas acomodações diferenciadas podem ajudar as famílias e pacientes com acesso aos cuidados. **As primeiras consultas do dia são mais fáceis para os pacientes, pois as salas de espera tendem a ser menos lotadas e menos estimulantes no início da manhã. As consultas médicas também devem ocorrer o mais perto possível da hora marcada, evitando longas esperas que pode agravar a ansiedade. As cirurgias podem ser oferecidas no início do dia para**

evitar jejum prolongado (nada pela boca) e tempo de espera. O conhecimento dos gatilhos de estimulação sensorial pode limitar o estresse durante o exame. Isto pode começar durante o processo de admissão, acomodando o método de obtenção de informações dos sinais vitais. Por exemplo, o uso de um medidor de pressão pode ser equivalente à sensação de ter várias agulhas colocadas no braço de um paciente. Pedir aos pais assistência com toque e estímulos sonoros pode ajudar a individualizar um plano de assistência ao paciente.

Durante o exame, a comunicação com o paciente é mais eficaz se for utilizada uma linguagem simples e direta. Evitar o uso de expressões literárias, pois podem ser facilmente mal interpretadas. Por exemplo, *easy as cake* -"fácil como bolo" pode desencadear a um paciente autista olhar ao redor e esperar um bolo aparecer durante o exame. **Alertar um paciente antes do uso de equipamentos com sons altos**, tais como máquinas de sucção a vácuo pode ajudar a acalmá-lo. Os movimentos intencionais lentos ao explicar elementos do exame também são úteis. Educar o pessoal auxiliar para que tenham conhecimento e capacidade de acomodar as necessidades potenciais também vai ajudar a garantir que cada parte da experiência do paciente seja um sucesso.

Considerações cirúrgicas

O planejamento cuidadoso é a chave para o sucesso no período perioperatório, ainda assim, apesar do planejamento perfeito, os pacientes podem tornar-se combativos ou autodestrutivos, recusando toda a pré-medicação para a cirurgia.¹³ **Preparar o paciente com autismo para o procedimento diagnóstico ou cirúrgico sob anestesia pode exigir esforço adicional e ações por parte do pessoal do consultório, da equipe do hospital, do cirurgião e da família.** A comunicação detalhada com os pais ou cuidadores pode ser útil. Estes são uma fonte de idéias utilizadas regularmente para o conforto e redução da ansiedade que podem ser empregadas na clínica ou no hospital. Como muitas crianças com desenvolvimento normal, estas podem incluir o filme favorito e personagens de TV, músicas, sons repetitivos e movimentos, jogos ou itens de conforto. Muitos pacientes têm acomodações para melhorar a comunicação que podem incluir sistemas com base em imagem, linguagem gestual ou dispositivos de comunicação aumentados. **A utilização destes sistemas de comunicação no período peri-operatório pode melhorar a compreensão do paciente e diminuir a ansiedade.** Os programas de preparação pré-operatória do hospital podem incluir meios descritivos, visitas hospitalares, uma performance médica com a enfermagem ou especialistas em crianças, e uma infinidade de técnicas de distração, incluindo jogos de vídeo, brinquedos e dispositivos multimídia, como tablets e smartphones. As técnicas não farmacológicas devem ser utilizadas na medida em que a criança possa se envolver com elas. Os objetivos são a redução da ansiedade e da resistência à separação dos pais, a cooperação com a indução da anestesia, e a minimização de eventos psicológicos negativos e trauma. Embora essas técnicas não farmacológicas possam ser úteis em muitas crianças, **a administração da pré-medicação anestésica continua a ser a técnica mais confiável para diminuir a ansiedade e melhorar a cooperação durante todo o período perioperatório.**¹⁴ **O Midazolam oral é seguro e seus efeitos confiáveis em pacientes capazes de tomar medicamentos orais.**¹⁵

A adição de quetamina ao midazolam oral pode ser útil em pacientes mais idosos ou mais combativos. Muitos autistas têm problemas com a aversão a medicamentos orais, assim a administração desta pré-medicação anestésica pode revelar-se muito difícil ou traumática. A administração intranasal de dexmedetomidina ou midazolam é igualmente eficaz na diminuição da ansiedade pela separação dos pais¹⁶ e este caminho pode ser útil em pacientes mais jovens ou com aversão oral. Ambos os medicamentos podem causar algum desconforto nasal na sua administração. **A injeção intramuscular de quetamina isolada ou combinada com midazolam oral é uma opção útil nos pacientes de maior dimensão e naqueles mais combativos ou resistentes.** Com qualquer uma destas técnicas é importante explicar aos cuidadores, na ausência do paciente, exatamente o que esperar e o que será exigido deles. Muitos desses cuidadores são muito experientes na administração de medicamentos para seu filho resistente, e sua visão e cooperação pode ser bastante valiosa.

A melhor forma de indução da anestesia em crianças autistas é a inalatória; no entanto, se contraindicada devido a preocupações ou o tamanho das vias aéreas, a via de administração pode ser intravenosa. A presença dos pais pode ser útil na indução, mas deve ser avaliada pelo anestesista caso-a-caso. É importante que todos os membros da equipe cirúrgica ajudem a confortar, ou imobilizar com segurança o paciente para a indução. Barulhos de rádio, conversas, dispositivos de sucção, etc., devem ser minimizados para evitar superestimulação. Cheirar as máscaras anestésicas, utilizar técnicas de distração (por exemplo, vídeos, jogos, truques de mágica) e contar histórias podem ser úteis nesta situação e devem ser adaptados para cada paciente. Enquanto que em uma criança cooperativa com Asperger e inaptidão social moderada uma explicação sobre as expectativas pode ser mais que suficiente, nas crianças com ansiedade social mais grave e transtorno de linguagem, uma contenção de segurança de toda a equipe da sala de operação pode ser necessária.

Cuidados no pós-operatório

O pós-operatório é complicado mais por dificuldades de comunicação. A incapacidade de expressar verbalmente os sentimentos de dor, ansiedade ou confusão pode levar ao aumento da agitação pós-operatória nesses pacientes. A administração de midazolam ou dexmedetomidine no pré-operatório ou na unidade de cuidados pós-anestesia pode ser útil no tratamento, mitigar ou prevenir a agitação nesse período. ^{17,18} A área no pós-operatório precisa ter trilhos de segurança e protetores acolchoados disponíveis, bem como pessoal adicional se for necessário conter o paciente temporariamente com conforto e segurança. Os pacientes podem ser muito intolerantes com curativos ou acesso intravenoso no pós-operatório. Todos os esforços devem ser feitos para garantir estes implementos, e alternativas como a medicação oral e a administração de fluidos devem ser consideradas, assim como adesivos de pele de uso tópico. A presença mais precoce dos pais pode ser útil para confortar ou restringir a criança agitada. **Os pacientes com TEA muitas vezes respondem mal ao ambiente hospitalar e podem ser intolerantes com equipamentos de monitoramento, tais como medidores de pressão arterial, oxímetros de pulso e eletrodos do**

eletrocardiograma. A agitação com dispositivos de monitorização e de acesso intravenoso pode exigir a necessidade de sedação ou restrições. Embora não se devam ignorar indicadores clínicos significativos como observação noturna ou prorrogação da internação após a cirurgia, vale a pena considerar se as necessidades dos pacientes não serão mais bem atendidas no ambiente familiar. Os riscos e benefícios relacionados ao local de recuperação devem ser discutidos com os cuidadores, e as decisões devem ter como base vários fatores, incluindo a integridade das vias aéreas, controle da dor, permitir o acesso aos serviços de emergência dos pais ou cuidador e também nos cuidados pós-operatórios necessários, como por exemplo, troca de curativos, administração de medicamentos e restrição de dieta. Há relatos de regressão ou agitação prolongada após a anestesia em pacientes com autismo, no entanto, nestes casos, não se estabeleceu nenhuma ligação com qualquer medicação ou técnica específica. É racional concluir que minimizar o risco de experiências traumáticas no período perioperatório é a melhor proteção contra danos psicológicos no longo prazo.

Perspectivas dos pais e preocupações

Além das preocupações compartilhadas por todos os cuidadores, os que cuidam de um paciente com diagnóstico de TEA podem apresentar uma série de preocupações adicionais ou temores. Os pacientes com TEA têm, muitas vezes, comportamentos estranhos ou de indisciplina no contexto clínico e a resposta do cuidador a explosões e comportamentos desajustados pode variar de envergonhada a hostil. **Um plano para atender as famílias deve ser colocado em prática pelos atendentes da clínica com provisão para acomodações razoáveis, agendamento nos primeiros horários e um rápido atendimento nas salas de exame, quando possível.** Pode ser necessário oferecer medicamentos ou vias de administração alternativas a pacientes com aversão extrema a via oral. Os pais já podem estar se sentindo frustrados ou envergonhados com a incapacidade da criança de tomar medicamentos ou completar os tratamentos. Para assegurar que o paciente receba o tratamento adequado, será necessário o diálogo claro e aberto com os cuidadores sobre os requisitos e as expectativas para o paciente, além dos riscos e benefícios de costume. As preocupações com a segurança e adequação do ambiente perioperatório precisam ser abordadas e os cuidadores tranquilizados de que o hospital e todos os funcionários estão preparados para pacientes desafiadores ou agitados.

Direcionar as famílias para os recursos da comunidade

Quando houver suspeita ou confirmação do diagnóstico, é importante dar assistência às famílias dos pacientes ao acesso de serviços de apoio e recursos da comunidade. Um Pediatra, um Neurologista e um Terapeuta Comportamental são geralmente necessários para confirmar o diagnóstico de TEA. Enfatizar os benefícios da intervenção precoce é importante para motivar as famílias a tomar medidas. A intervenção precoce tem demonstrado fazer uma diferença notável nos resultados. As terapias podem melhorar a linguagem e as habilidades cognitivas em grupos tão jovens como bebês. Isso pode facilitar a interação entre pais e filhos, reduzir a ansiedade e melhorar o relacionamento com os colegas. 8 Há também uma variedade de recursos para a família disponíveis no nível local

e nacional nos Estados Unidos. Estes incluem o acesso via web no CDC, AAP (Academia Americana de Pediatria), Autism Speaks (Austismo Fala) e campanhas publicitárias de esclarecimento promovidas por estas entidades.

Referências bibliográficas

1. CDC. Prevalence of autism spectrum disorders among children aged 8 years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites United States, 2010. *MMWR* 2014;63(SS02);1-21.
2. Baker, J. Autism at 70 — Redrawing the Boundaries. *NEJM* 2013; 369:1089-1091. Sept 19, 2013. DOI: 10.1056/NEJMp1306380
3. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nerv Child.* 1943;2:217– 250
4. Asperger H. Die “autistischen psychopathen” im kindesalter. *Arch Psychiatr Nervenkr.* 1944;117 :76– 136
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Edition (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
7. What is Autism? <http://www.autismspeaks.org>
8. CDC. Prevalence of autism spectrum disorders among children age 8 years– Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, six sites, United States, 2000. *MMWR* 2007;56(No.SS-1).
9. Blumberg SJ, Bramlett MD, Kogan MD, et al. Changes in prevalence of parent-reported autism spectrum disorder in school age U.S. children: 2007 to 2011-2012. *Natl Health Stat Rep* 2013; 65:1-11.
10. Schieve LA, Rice C, Devine O, et al. Have secular changes in perinatal risk factors contributed to the recent autism prevalence increase? Development and application of a mathematical assessment model. *Ann Epidemiol* 2011; 21:930-45.
11. Lord C, Risi S, DiLavore PS, Shulman C, Thurm A, Pickles A. Autism from 2 to 9 years of age. *Archives of General Psychiatry* 2006;63(6):694-701.
12. American Academy of Pediatrics; Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee and Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics*. 2006;118(1):405-420.
13. Shah SP. Perioperative management of a patient with autism. *Austin J Anesthesia and Analgesia*. 2014;2(2) 5
14. Bailey Jr PD, Bastien JL. Preinduction techniques for pediatric anesthesia. *Curr Opin Anesthesiol*. 2005;18:265-9.
15. Rosenbaum A, Kain ZV, Larsson P, Lonnqvist PA, Wolf, AR. The place of premedication in pediatric practice. *Pediatr Anaesth*. 2009;19:817-28
16. Sheta SA, Al-Sarheed MA, Abdelahlim AA. Intranasal dexmedetomidine vs midazolam for premedication in children undergoing complete dental rehabilitation. *Paediatr Anaesth*. 2014 Feb;24(2):181-9.
17. Ozcengiz D, Gunes Y, Ozmete O. Oral Melatonin, dexmedetomidine, and midazolam for prevention of postoperative agitation in children. *J Aneasth*. 2011 Apr;25(2):184-8.
18. Yuen VM. Dexmedetomidine: perioperative applications in children. *Paediatr Aneasth*. 2010 Mar;20(3):256-64.