

Avaliação videoendoscópica da deglutição na abordagem da disfagia orofaríngea

Videoendoscopy evaluation of swallowing on oropharyngeal dysphagia approach

Luís Freitas • Elizabeth Moscoso • Maria Machado • Ana Rita • Marco Simão • Óscar Dias • Mário Andrea

RESUMO

Introdução: A disfagia orofaríngea pode ser interpretada como uma perturbação que dificulta ou impossibilita a ingestão segura, eficiente e confortável de qualquer consistência de alimento ou saliva. Este sintoma pode relacionar-se com uma doença de base congénita ou adquirida, permanente ou transitória, ou resulta de causas neurológicas, mecânicas, psicogênicas, induzida por drogas ou decorrente da idade, podendo comprometer uma ou mais fases da deglutição. Conhecer a anatomofisiologia da deglutição é imprescindível para se identificar e explicar as diversas manifestações da sua alteração. Neste trabalho pretendemos demonstrar a utilidade da videoendoscopia da deglutição no diagnóstico e orientação terapêutica nos doentes com disfagia orofaríngea. **Material e Métodos:** Os autores apresentam uma série de vinte doentes referenciados à consulta de Otorrinolaringologia entre Janeiro/2010 e Dezembro/2011 por disfagia orofaríngea. A avaliação clínica consistiu na anamnese e avaliação funcional com videoendoscopia da deglutição. Na classificação da gravidade foi usada a escala adaptada de Milton Costa.

Luís Freitas

Interno Complementar – Departamento de Otorrinolaringologia, Voz e Perturbações da Comunicação do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Elizabeth Moscoso

Terapeuta da Fala em Otorrinolaringologia, Hospital Santa Maria

Maria Machado

Interno Complementar – Departamento de Otorrinolaringologia, Voz e Perturbações da Comunicação do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Ana Rita

Assistente Hospitalar Graduado – Departamento de Otorrinolaringologia, Voz e Perturbações da Comunicação do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Marco Simão

Assistente Hospitalar Graduado – Departamento de Otorrinolaringologia, Voz e Perturbações da Comunicação do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Óscar Dias

Professor Associado de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina de Lisboa
Chefe de Serviço – Departamento de Otorrinolaringologia, Voz e Perturbações da Comunicação do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Mário Andrea

Professor Catedrático de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina de Lisboa
Director de Serviço – Departamento de Otorrinolaringologia, Voz e Perturbações da Comunicação do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Correspondência

Luís Freitas
Departamento de Otorrinolaringologia, Voz e Perturbações da Comunicação, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte
l.p.freitas@gmail.com 965148916

Apresentado como Comunicação Oral no 58º Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

Resultados: Os doentes observados apresentavam disfagia de origem neurológica, mecânica e presbifagia; quanto ao comprometimento da deglutição, 60% (doze) tinham disfagia grave, 25% (cinco) com disfagia moderada e 15% (três) dos doentes apresentavam disfagia leve.

Discussão e conclusão: A videoendoscopia é um exame útil, de fácil execução e baixo custo, podendo ser realizada como primeiro método na avaliação, diagnóstico, orientação terapêutica em doentes com perturbações da deglutição. Esta técnica permite uma abordagem diagnóstica importante para avaliação dinâmica e funcional das estruturas faringolaringeas.

Palavras-chave: disfagia orofaríngea, videoendoscopia da deglutição

ABSTRACT

Introduction: Oropharyngeal dysphagia can be interpreted as a disorder that difficult an efficient, comfortable and safe ingestion of any consistency of food or saliva. It is a symptom that may be related with an underlying congenital or acquired disease, permanent or temporary, or result from neurological, mechanical or psychogenic diseases, drug induced or due to age. It can compromise one or more phases. The knowledge of anatomy and physiology of swallowing is essential to an accurate diagnosis. In this paper we intend to demonstrate the usefulness of videoendoscopy of swallowing in the diagnosis and therapy in patients with oropharyngeal dysphagia.

Methods: We present a serie of twenty patients who were referenced to our department with oropharyngeal dysphagia, between January and December 2011. Clinical evaluation was performed through clinically history and videoendoscopy evaluation of swallowing. In the classification of the severity an adaptation of Milton scale was used.

Results: The patients had neurological and mechanical dysphagia and presbifagia; in relation to swallowing severity, 60% (12) had severe dysphagia, 25% (5) had moderate dysphagia and 15% (three) of the patients had mild dysphagia. **Conclusion:** Fiberotic endoscopy is a useful tool for examination, easily handled, with lower cost, that can be performed as the first method in the evaluation, diagnosis and therapeutic orientation in patients with this pathology. It is an important diagnostic approach for evaluation of dynamic and functional pharyngeal-laryngeal structures.

Keywords: oropharyngeal dysphagia, videoendoscopy of swallowing

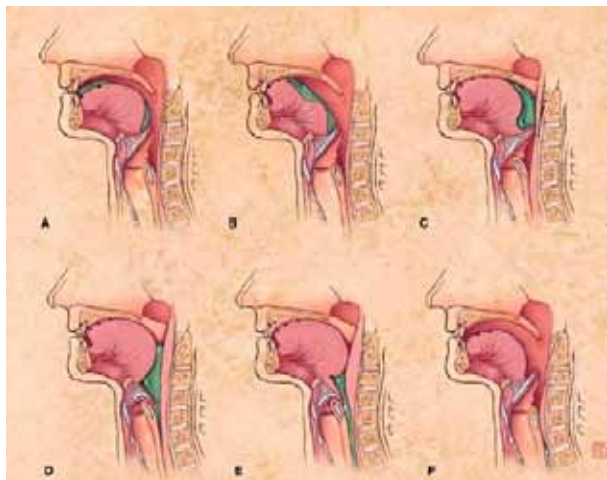
INTRODUÇÃO

A deglutição consiste no transporte do bolo alimentar da cavidade oral ao estômago. Didaticamente pode ser dividida em 3 fases: oral, faríngea e esofágica; alguns autores consideram que a primeira pode ser subdividida numa fase preparatória (mastigação) e oral propriamente dita¹⁻⁴ (Fig 1).

FIGURA 1

Fisiologia da Deglutição
Adaptado de Jeri Longeman,
"Diagnosis and Management of Dysphagia in Seniors"

Fase oral : A, B e C
Fase Faríngea: D e E
Fase Esofágica: F



A disfagia orofaríngea define-se como a dificuldade no transporte do alimento, líquido ou sólido, desde a cavidade oral até ao esófago cervical. Surge quando existem alterações nas estruturas anatómicas, nervosas ou musculares que intervêm na deglutição, podendo ser classificada de acordo com a etiologia, em neurogénica, mecânica, associada à idade, psicogénica ou induzida por drogas. Tem uma apresentação clínica variada, desde a dificuldade em iniciar a deglutição, à impossibilidade total de deglutir a saliva ou qualquer outra consistência alimentar. As consequências podem ser graves, como desidratação, malnutrição, broncopneumonia de aspiração e morte.¹⁻⁴

De acordo com a literatura, os distúrbios da deglutição têm uma incidência de 16% a 22% na população acima de 50 anos, alcançando índices de 70% a 90% nos doentes mais idosos. Estima-se que 20% a 40% dos pacientes após AVC apresentam disfagia; alguns estudos referem percentagens variadas de aspiração que em alguns casos atinge os 55%.^{1,3}

Os Otorrinolaringologistas são muitas vezes os primeiros médicos a observar doentes com disfagia, sobretudo se está associada a tumores da cabeça e pescoço ou se a etiologia é desconhecida, sendo muitas vezes referenciados posteriormente a um Terapeuta da Fala.

Os avanços relacionados com a fisiopatologia da deglutição e com os métodos de avaliação têm proporcionado diagnóstico mais preciso e implementação de opções terapêuticas eficazes.

Embora a avaliação videofluoroscópica seja considerada o método *gold standard*,¹⁻⁴ apresenta algumas desvantagens e não está disponível em todos os serviços médicos e hospitalares.

A avaliação endoscópica da deglutição foi descrita por Langmore et al em 1988, na observação da fase oral em doentes neurológicos com disfagia e o seu grau de aspiração.⁶⁻⁸

Posteriormente, vários estudos comparativos entre estas técnicas demonstraram sensibilidade e especificidade semelhante. A videoendoscopia não tem por objectivo substituir a videofluoroscopia, mas é um bom método de avaliação para este tipo de patologia: é seguro, económico, portátil e com melhor definição da anatomia, da fisiologia e da sensibilidade faringo-laríngea. Apresenta como desvantagem uma avaliação pouco eficaz da fase oral.

MATERIAL E MÉTODOS

A população do nosso estudo foi constituída por todos os doentes referenciados à consulta externa de ORL por disfagia orofaríngea com indicação para terapia da deglutição. Neste estudo são apresentados vinte doentes, doze do sexo masculino e oito do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 27 e os 83 anos (média de 62 anos). A avaliação clínica englobou a anamnese e a avaliação funcional com videoendoscopia da deglutição, na presença de um médico Otorrinolaringologista e uma Terapeuta da Fala. O procedimento seguiu um protocolo que compreende quatro etapas principais: 1-avaliação endoscópica anatómica e funcional; 2-avaliação da sensibilidade laríngea; 3-estudo da deglutição; 4-graduação da gravidade dos achados endoscópicos.

Após inspecção da cavidade oral, o nasofibroscópio (Olympus ENF TYPE V2, 3,2 mm) é introduzido pela narina que permita a progressão mais fácil. São observados os aspectos da integridade anatómica da faringe e laringe. Na inspecção funcional, avalia-se a sensibilidade das estruturas, competência velofaríngea, a presença de estase salivar ou resíduos alimentares, sobretudo a nível das valéculas e seios piriformes, além de se observar a penetração ou aspiração da saliva ou do bolo alimentar.

No estudo da deglutição, nenhum tipo de anestesia é usado para evitar a diminuição da sensibilidade laríngea. Foram usados "bolus contrastados com azul de metileno" de diferentes consistências (líquido, pastoso fino, pastoso grosso, e sólido). Com o nasofibroscópio localizado entre a rino e a orofaringe, pede-se ao paciente que, inicialmente, mantenha o bolo na cavidade oral. Deste modo, avalia-se a competência para a retenção do alimento na cavidade oral e a acção

da língua e do esfíncter velo faríngeo. Na fase seguinte, solicita-se ao doente que inicie a deglutição, avaliando-se a qualidade e eficiência no transporte do bolo alimentar em toda a fase orofaríngea. O tempo de início e eventual atraso para desencadear o reflexo podem ser avaliados. Quando se dá a passagem do bolo entre a fase oral e faríngea, ocorre o fenómeno chamado de “white-out”, perdendo-se momentaneamente a visão devido à movimentação das estruturas velo palatinas, base da língua e parede da faringe. Deve-se solicitar ao doente até três movimentos de deglutição (padrão da normalidade) para que ocorra completa depuração do bolo alimentar na faringe. A presença de regurgitação nasal, estase do bolo nas valéculas e seios piriformes deve ser observada. Avalia-se também a mobilidade laríngea e se ocorreu penetração ou aspiração laringotraqueal. Para todas as consistências alimentares utiliza-se o mesmo método de avaliação sequencial. Na classificação da gravidade foi usada a escala adaptada de Milton Costa (Tabela 1).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na população do nosso estudo, dos vinte doentes submetidos a Videoendoscopia da deglutição, 60% (doze) tinham disfagia grave, 25% (cinco) disfagia moderada e 15% (três) dos doentes apresentavam disfagia leve (Fig. 2 e Tabela 2).

Dos doentes observados, oito apresentavam disfagia de origem mecânica.

Quatro com disfagia grave após laringectomias parciais, com alimentação por SNG por estase salivar elevada e risco de aspiração; apenas um doente permaneceu com SNG após reabilitação.

Um doente com disfagia grave após hemiglossectomia direita e mandibulectomia, com dificuldade na propulsão do bolo alimentar e ausência do reflexo de adução glótica; actualmente em regime de alimentação líquida e pastosa sem engasgamentos.

Dois doentes com disfagia moderada, um após tireoidectomia total, com paresia corda vocal direita e redução da sensibilidade laríngea, e outro por neoplasia da língua submetido a RT+ QT com estase salivar e regurgitação nasal, tiveram alta da consulta assintomáticos.

Um doente com disfagia leve após parotidectomia com parésia facial periférica, também teve uma evolução favorável.

O processo de reabilitação consistiu em maximizar a mobilidade, potencializar a força, sensibilidade e eficiência das estruturas oro-faríngeo-laríngeas com exercícios mioelétricos.

São utilizadas manobras de reabilitação, como a manobra supra-glótica e de Mendelsohn, manobras de limpeza, como tosse, escarro e estalar de lábios, e também compensações posturais que assegurem com eficácia o processo de deglutição, mantendo um estado nutricional adequado, bem como a protecção das vias aéreas inferiores.

Nos casos de ressecção de língua, podemos colocar a cabeça para trás o que favorece a acção da gravidade auxiliando a propulsão da língua com diminuição do tempo de trânsito oro-faríngeo.

Dez doentes apresentavam disfagia orofaríngea de origem neurológica.

Dos cinco doentes com disfagia após acidentes vasculares cerebrais: três apresentavam engasgamento com líquidos e sólidos durante e após a deglutição associada a regurgitação nasal (Fig 3), um doente avaliado alimentava-se por PEG há 13 anos e um com SNG recente; após terapia conseguiram alimentar-se por via oral sem restrições.

Um doente com disfagia grave teve indicação para colocação de SNG por ter sido registada aspiração maciça na videoendoscopia da deglutição, provavelmente relacionada com os antecedentes de múltiplos AVCs.

TABELA 1

Adaptada de Milton Costa, 2003

Grau 0	Normal	Contenção oral normal Reflexos presentes Ausência de estase salivar, alimentar ou aspiração
Grau I	Leve	Pequena estase pós-deglutição Menos de 3 tentativas de propulsão do bolo Ausência de regurgitação nasal e penetração laríngea
Grau II	Moderado	Estase salivar moderada Maior estase pós-deglutição Mais de 3 tentativas de propulsão do bolo Regurgitação Nasal Redução da sensibilidade laríngea com penetração, mas sem aspiração traqueal
Grau III	Severo/ Grave	Ausência de reflexo de adução glótica Grande estase salivar Agravamento pós-deglutição Aspiração laringotraqueal

TABELA 2

CHP- Cricohioidopexia
SNG- Sonda Naso gastrica

Sexo	Idade		Clínica	Etiologia	Gravidade	Evolução
F	60	Tiroidectomia total Paresia CV direita	Engasgamento com líquido durante e após deglutição	Mecanica	Moderada	Alta
M	59	Neoplasia Laringe	CHP – Alimentação SNG	Mecanica	Grave	Alta
M	59	Neoplasia Laringe	CHP – Alimentação SNG	Mecanica	Grave	Alta
M	61	Neoplasia Laringe	CHP – Alimentação SNG	Mecanica	Grave	Alta
F	60	Neoplasia Laringe	CHP – Alimentação SNG	Mecanica	Grave	SNG
F	76	Neoplasia Parotida	Parotidectomia Total	Mecanica	Leve	Alta
F	60	Neoplasia Lingua	Glossectomia Parcial e Mandibulectomia – SNG	Mecanica	Grave	Alimentação Pastosa
F	72	Neoplasia base Lingua	Regurgitação Nasal Alimentação por SNG	Mecanica	Moderada	Alta
M	58	Tumor Cavum	Alimentação PEG	Neurologica	Grave	PEG
F	45	TCE (agressão)	Alimentação por SNS	Neurologica	Grave	SNG
F	70	AVC	Engasgamento com líquidos e sólidos durante e pós deglutição + regurgitação nasal	Neurologico	Moderada	Alta
M	74	AVC	Alimentação por SNG	Neurologico	Grave	Alta
M	51	AVC	Disfagia acentuada para líquidos	Neurologico	Moderada	Alta
M	71	AVCs	Engasgamento com todas as consistências de alimentos	Neurologico	Grave	SNG
F	52	AVC há 13 anos	PEG há 13 anos	Neurologico	Grave	Alta
M	70	AVCs	Engasgamento com líquidos e sólidos durante e pós deglutição	Neurologico	Moderado	Alta
M	64	Linfoma SNC	Alimentação por SNG.	Neurologico	Grave	Mantem SNG
M	27	Tumor Base cranio	Alimentação por SNG.	Neurologico	Grave	Alta
M	68	-----	Engasgamento com líquidos há 5 ano	Presbifagia	Leve	Alta
M	83	-----	Engasgamento com saliva e alimentos sólidos após-deglutição	Presbifagia	Leve	Alta

Um doente com TCE em contexto de agressão, alimentava-se por via oral apenas com uma consistência de alimentos, optando-se por permanecer com SNG. Foi transferido para um Centro de Reabilitação onde dará continuidade ao tratamento.

Dois doentes com disfagia grave, não apresentaram melhoria com o tratamento instituído e face à natureza evolutiva das respectivas lesões (linfoma primitivo do SNC e Tumor do Cavum) permaneceram com suporte nutricional.

Um doente com disfagia grave com SNG por tumor da base do crânio submetido a cirurgia evoluiu favoravelmente com a terapia da deglutição.

Na disfagia orofaríngea de origem neurológica, não há alterações estruturais, mas sim alterações no mecanismo da deglutição. Além da estimulação sensorial intra-oral (térmica e gustativa) que actua nos receptores do reflexo da deglutição, são propostas técnicas que visam melhorar a motilidade, tonicidade,

coordenação e sensibilidade de todas as estruturas envolvidas neste processo.

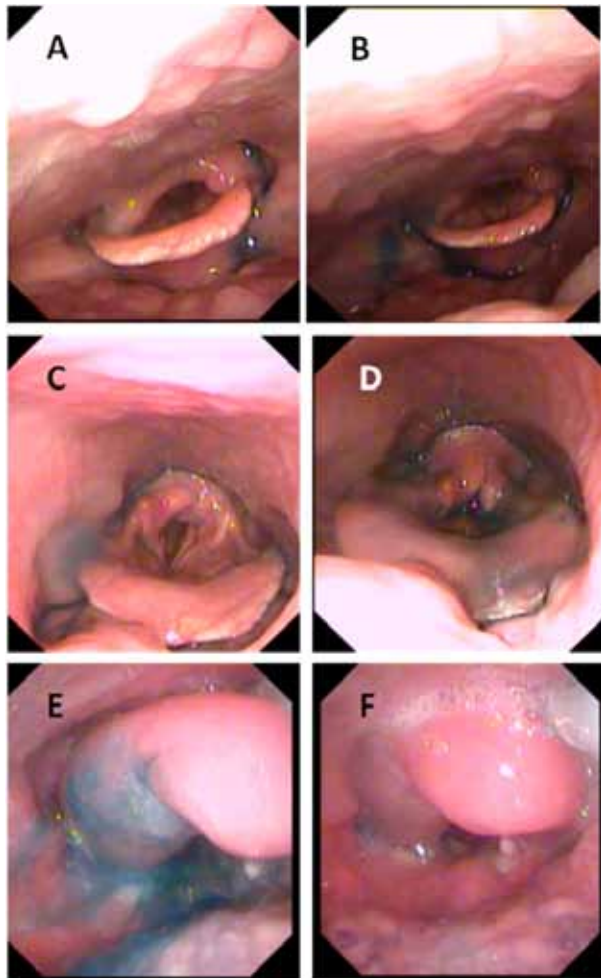
Através de exercícios isotónicos, isométricos e isocinéticos que têm como objectivo melhorar o encerramento labial, o posicionamento do bolo alimentar, o controle de língua, a diminuição dos resíduos na cavidade oral, a modulação do desencadear do reflexo da deglutição, a elevação e anteriorização do complexo hiolaríngeo e diminuição de estase em recesso faríngeos, conseguimos na maioria das vezes introduzir de forma segura e eficaz a alimentação por via oral.

São utilizadas técnicas activas para treino da deglutição de saliva e alimento em diferentes consistências, volumes, temperaturas e sabores.

Em dois doentes associou-se a disfagia leve a um processo natural de envelhecimento, com redução da reserva funcional dos vários órgãos relacionados com a deglutição (Fig. 2, A e B). Com o apoio da terapia

FIGURA 2

A e B : disfagia leve em doente de 68 anos de idade com presbifagia;
 C e D: disfagia Moderada em doente 51 anos, apos AVC, com disfagia acentuada para líquidos;
 E e F: disfagia grave em doente com 59 anos, submetido a CHP por neoplasia laríngea



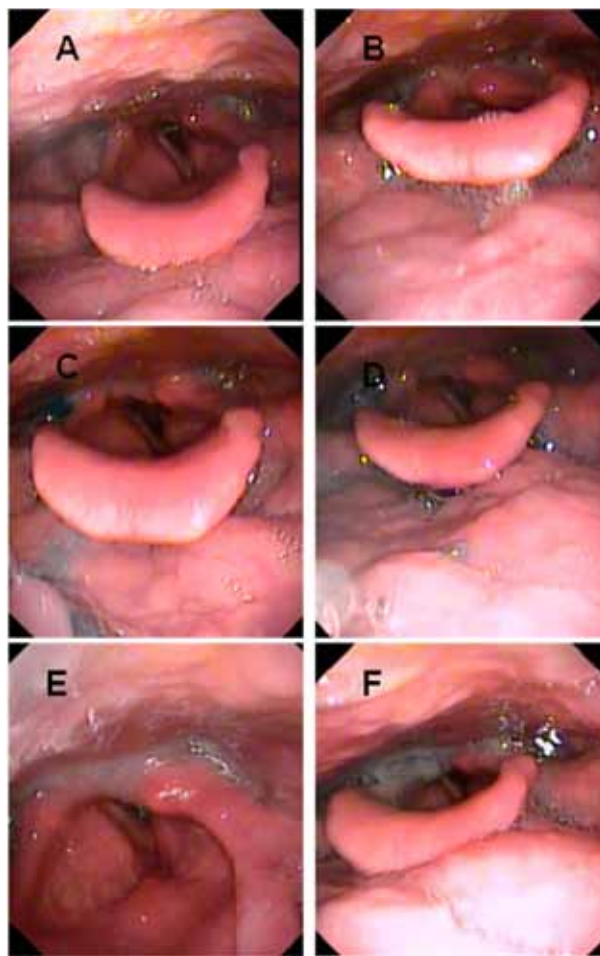
miofuncional, obtiveram-se grandes progressos em relação à deglutição.

CONCLUSÃO

No nosso estudo a videoendoscopia da deglutição revelou-se um exame útil, de fácil execução e baixo custo, podendo na nossa opinião ser realizada como primeiro método na avaliação, diagnóstico, orientação terapêutica nos doentes com perturbações da deglutição. Consideramos ser uma abordagem diagnóstica importante para avaliação dinâmica e funcional das estruturas faringo-laríngeas na disfagia orofaríngea, mostrando com precisão a indicação da via de alimentação mais segura e eficaz, evitando-se assim intercorrências respiratórias graves.

FIGURA 3

Sequências de imagem obtida da Videoendoscopia da deglutição, em doente de 70 anos com AVC, que apresentava engasgamento para todas as consistências de alimentos;
 A e B: estase salivar moderada na valécula e seios piriformes;
 C e D: contenção oral insuficiente;
 E e F: redução da sensibilidade laríngea com penetração, mas sem aspiração

**Referências Bibliográficas**

- 1-Costa M, Castro L. Tópicos em Deglutição e Disfagia. Medsi 2003
- 2-Jacob J, Levy. Disfagia, Avaliação e tratamento. Revinter 2003
- 3-Marly Canongia, Disfagia, Estudo e Reabilitação. Revinter 2003
- 4-Macedo E. Conceito e tipos de disfagia in: Manual de Cuidados do Paciente com Disfagia. Lovise 2000
- 5-Castro L, Savassi-Rocha P. Tópicos em Gastroenterologia, Medsi 2000
- 6-Langmore S. Evaluation of oropharyngeal dysphagia: which diagnostic tool is superior. Curr Opin Otolaryngology-Head and Neck Surgery and Neurology 2003; 11: 485-489.
- 7-Kelly A, Drinnan M, Leslie P. Assessing Penetration and Aspiration: How do Videofluoroscopy and Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing compare. Laryngoscope 2007; 117
- 8-Queiroz J, Andrade M, Frota E. Findings of fiberoptic endoscopy of swallowing in adults with neurogenic oropharyngeal dysphagia, Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. 2009; 14(4):454-462