

AULA: DISFAGIA

PROFESSOR: Hilton Ricz

TRANSCRIÇÃO: Luís Felipe Visconde

EDIÇÃO: Sara Caixeta

DEFINIÇÃO

- A disfagia, conceitualmente, é qualquer alteração que impeça ou dificulte a condução fisiológica do alimento da boca até o estômago (deglutição).
- A disfagia é, portanto um sintoma. Porém, a incidência desse sintoma tem aumentado de forma tão significativa na nossa população que, cada vez mais, ela tem se transformado em uma identidade nosológica isolada (isto é, uma patologia propriamente dita). Esse aumento de incidência pode ser creditado ao:
 - Envelhecimento progressivo da população;
 - Melhor controle de doenças degenerativas e neurológicas;
 - Melhor controle das sequelas inerentes a processos neurológicos como tumores e AVC's;
 - Melhor controle e sobrevida de neoplasias (p.ex: em neoplasias de trato digestório e respiratório alto);
- Esses fatos têm feito com que pacientes que possuem desordens da deglutição sobrevivam por mais tempo, aumentando a prevalência desse achado na população. Por isso, torna-se necessário que o médico invista sua atenção nessa queixa e, quando possível, reverta esse quadro.

TIPOS DE DISFAGIA

- As disfagias podem ser divididas em 2 grandes grupos:
 - **DISFAGIAS OROFARÍNGEAS OU ALTAS:** acontecem na fase oral e/ou na fase faríngea da deglutição.
 - **DISFAGIAS ESOFÁGICAS OU BAIXAS:** acontecem devido a distúrbios na fase esofágica da deglutição.
- Nessa aula, daremos atenção especial às disfagias orofaríngeas.

DEGLUTIÇÃO

- Para que a deglutição aconteça, o alimento será colocado na cavidade oral, onde ocorrerão diversos processos que contam com a participação da língua, dos músculos que formam a bochecha, dentes e assoalho da boca.
- Após o processo de mastigação, o alimento é “preparado” e, numa segunda fase da deglutição, denominada “ejeção do bolo”, esse conteúdo é empurrado, por auxílio das estruturas citadas, rumo à orofaringe.
- Posteriormente, o bolo desce para a laringofaringe (ou hipofaringe), e adentra o esôfago para ser levada ao estômago.
- Note que há várias estruturas anatômicas e funcionais que são importantes para que

tenhamos uma deglutição fisiológica.

→ Dessa forma, em termos médicos, a deglutição pode ser dividida em 3 fases:

- **FASE ORAL:** fase totalmente voluntária. O alimento é colocado na boca, preparado e transformado no “bolo alimentar” que será, então, ejetado para dentro da faringe. Alguns autores sugerem que essa fase inicia-se antes mesmo de o alimento ser colocado na boca, e propõe a criação de uma 4ª fase, que precederia todas as demais: a fase antecipatória. Aqui, consideraremos a fase antecipatória como uma etapa preparatória, incluída dentro da fase oral.
- **FASE FARÍNGEA:** é uma fase involuntária, que independe do controle do indivíduo.
- **FASE ESOFÁGICA:** também é uma fase involuntária, que independe do controle do indivíduo.

1) A FASE ORAL:

→ Didaticamente, podemos dividir essa etapa em 4 subfases (essa divisão é didática, pois, na realidade, todas essas fases acontecem concomitantemente):

- a) PREPARAÇÃO: marcada por aumento da produção salivar (muitas vezes é induzida pelo próprio cheiro do alimento; a musculatura que trabalhará na deglutição começa a ganhar uma tonicidade adequada.
- b) QUALIFICAÇÃO: momento em que se faz a identificação do alimento (quantidade, consistência, sabor, etc).
- c) ORGANIZAÇÃO: fase em que o alimento já mastigado, devidamente preparado e qualificado é organizado na borda superior da língua para que ele seja, posteriormente, ejetado.
- d) EJEÇÃO DO BOLO: o bolo alimentar é ejetado para dentro da orofaringe.

→ Após a ejeção do bolo alimentar este é direcionado rumo às valéculas e escorre ao redor da epiglote para adentrar a hipofaringe (ou laringofaringe).

→ No momento da ejeção do bolo alimentar, para que esse processo ocorra de forma adequada, é necessário que toda a musculatura da deglutição (m. Bucinador, m. da língua e m. tensor do véu palatino) esteja com tonicidade adequada e os lábios estejam completamente vedados, para que dentro da cavidade oral se forma uma câmara de pressão. É exatamente essa pressão que é transmitida da cavidade oral à cavidade faríngea e, desta, para o esôfago, fazendo com que essa transmissão realize a deglutição.

→ Durante a deglutição o m. tensor do véu palatino é responsável por fechar a passagem do alimento, evitando que o bolo alimentar seja empurrado para dentro do nariz.

→ Uma das formas de se avaliar, dinamicamente, a deglutição é por meio da vídeo-fluoroscopia (um exame radiológico de imagem).

→ Uma vez que o alimento entra na orofaringe, após a sua ejeção, inicia-se a fase faríngea da deglutição. A partir desse momento, todo o processo torna-se involuntário.

2) A FASE FARÍNGEA

→ O grande evento que acontece na fase faríngea é a passagem do bolo alimentar da

orofaringe para dentro da laringofaringe.

- Para que isso aconteça, inicialmente, a epiglote deve projetar-se posteriormente, permitindo que o alimento escorra ao seu redor, passando das valéculas para dentro dos seios (ou recessos piriformes). A musculatura constrictora da faringe começa a se contrair, num movimento peristáltico.
- Após a passagem do alimento, a epiglote se everte, fazendo um movimento de retroversão sobre a laringe. Com isso, a epiglote fecha a laringe, separando a orofaringe da laringofaringe. Nesse momento as vias aéreas devem se fechar completamente, aumentando fortemente sua resistência para evitar a entrada de alimento pelas vias aéreas.
- Por fim, o alimento deve passar pela transição faringoesofágica para que ele siga para o esôfago.
- É na fase faríngea que acontece um importante evento: a proteção das vias aéreas. Isso é garantido por:
 - Um rearranjo sequencial e sincronizado de todos os segmentos anatômicos, para que tudo aconteça a seu tempo (como o processo é iniciado por um disparo involuntário, cada evento acontece de forma sequencial e organizada).
 - Quando não se realiza a fase oral da deglutição (p.ex: tentar comer uma pipoca sem mastiga-la), esse disparo involuntário não acontece e, portanto, a via aérea não e a faringe não são devidamente protegidas, levando ao engasgo.
 - Além dessa sincronização de eventos, a passagem de pressão da fase oral para a fase faríngea, ao final da ejeção, faz com que a resistência da via digestiva diminua muito. Assim, o alimento segue facilmente por essa via.
 - A laringe, no momento da fase faríngea precisa se elevar e se anteriorizar, para que haja abertura da transição faringoesofágica (lembre-se que essa transição é um espaço virtual, pois a cartilagem cricóide da laringe está colada à coluna cervical. Se essa elevação laríngea não acontecer, esse espaço não se abrirá).
 - Ao longo dessa cadeia de eventos, há uma apneia preventiva, em que pregas vocais e pregas vestibulares se fecham com muita força, evitando a passagem de qualquer alimento para dentro das vias aéreas (por isso é impossível falar ou respirar e deglutir ao mesmo tempo).
 - Além de tudo isso, a cartilagem epiglótica se retroverte, fazendo uma aposição contra pregas vestibulares e fechando o ádito laríngeo, completando a proteção das vias aéreas.
- Toda a dinâmica da deglutição pode ser acompanhada por uma nasofibrosopia (dá-se um alimento corado com anilina para o paciente e se filma o processo de deglutição. Em indivíduos normais espera-se que, nesse teste, nenhum alimento – líquido, pastoso ou sólido - seja visto dentro do ádito laríngeo).
- Esse exame pode ser realizado com alimentos em diferentes consistências (sólido, pastoso e líquido) para verificar se o paciente tem disfagia específica para algumas texturas de alimento.

- ➔ Durante a nasofibrosopia, o movimento de elevação da laringe faz com que essa se projete rumo á câmara do laringoscópio, ocluindo momentaneamente a visualização das estruturas envolvidas.
- Como a disfagia, apesar de ser um sintoma, acaba sendo, hoje, quase uma entidade nosológica independente, devemos tentar caracterizar, na anamnese, como acontece essa alteração na deglutição e quais são os sinais e sintomas podem se associar a ela.

SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS À DISFAGIA

- Tosse ou engasgo (durante ou após deglutição)
- Dificuldade em iniciar a deglutição (o indivíduo não consegue jogar o alimento para dentro da cavidade faríngea)
- Sensação de alimento parado na garganta
- Sialorréia (o indivíduo tem aumento de produção salivar e, ao mesmo tempo, tem dificuldade de deglutí-la. Assim, a saliva tende a escorrer para fora da boca)
- Perda de peso (consequentemente a falta de deglutição e ingestão adequada de alimentos)
- Mudança de hábitos alimentares (o indivíduo tenta adaptar sua dieta, buscando alimentos com consistências ou volumes que facilitem a deglutição)
- Pneumonias de repetição (pois a grande consequência da disfagia é a aspiração de alimentos, que pode gerar pneumonias de repetição)
- Mudanças de voz ou fala (o alimento parado na laringe modifica a produção vocal)
- Regurgitação oral ou nasal do bolo alimentar.

MANEJO E AVALIAÇÃO DO INDIVÍDUO COM DISFAGIA.

- ➔ A avaliação e manejo adequado do paciente com disfagia exige uma equipe multidisciplinar, abrangendo, a depender da causa, profissionais da área de:

- Cirurgia de cabeça e pescoço
- Otorrinolaringologista
- Fonoaudiologia (que atuará na reabilitação do paciente)
- Nutrição (para garantir que o paciente continue a ter um aporte calórico-proteico adequado, e não tenha perda de peso)
- Gastroenterologia
- Neurologia e outras especialidades.

CAUSAS DE DISFAGIA OROFARÍNGE

- ➔ As causas de disfagia alta podem ser várias.
- ➔ As mais comuns são aquelas decorrentes de **distúrbios neurológicos e avc's**, tais como:
 - Infarto cerebral
 - Infarto de tronco cerebral (que compromete a função de pares cranianos, nervos esses que são fundamentais para o processo de

deglutição)

- Parkinson
- Demências
- Hemorragia intracraniana
- Esclerose Lateral Amiotrófica e Esclerose múltipla
- Miastenia gravis

→ **Introgênias** (nem sempre resultantes de erros médicos, e sim, de tratamentos que o paciente recebe):

- Ressecções cirúrgicas (para tratamento de tumores de cabeça e pescoço)
- Fibrose secundária à radioterapia
- Medicamentos

→ **Lesões estruturais** (alterações de estruturas anatômicas que atrapalham o processo de deglutição):

- Bócios (que podem comprimir o esôfago)
- Hiperostose cervical (como a hiperostose, que dificultam a passagem de alimento para o esôfago).
- Acalásia
- Divertículo de Zencker
- Ingestão de cáusticos (podem gerar estenose faríngea)
- Neoplasias (que obstruem a passagem do alimento ou causam perda da função de deglutição)

→ **Transtorno psiquiátricos:**

- Disfagia psicogênica

→ **Doenças do tecido conjuntivo:**

- Poliomiosite
- Distrofias musculares
- Síndrome Sjogren (causa disfagia por que o compromete a produção salivar, dificultando a preparação e umedecimento do bolo alimentar).

→ Algumas dessas etiologias podem estar presentes tanto nas disfagias altas (orofaríngea) e baixas, como nas doenças neuromusculares.

→ Porém, algumas delas causam, preferencialmente, disfagias altas, tais como: doenças neurológicas (Parkinsons, ELA, esclerose múltipla, Dç. de Huntington AVC's), miopatias (poliomiosite, distrofias musculares, dermatomiosites), tumores obstrutivos.

→ Massas mediastinais, acalasia, lesões pépticas, lesões químicas, estão mais relacionadas a disfagias baixas.

→ O diagnóstico diferencial entre disfagias altas e baixas é fundamental para o correto manejo e seguimento do paciente. Devemos ter em mente que disfagia não é sinônimo de doença no esôfago, pois diversas causas orofaríngeas podem levar a distúrbios da deglutição.

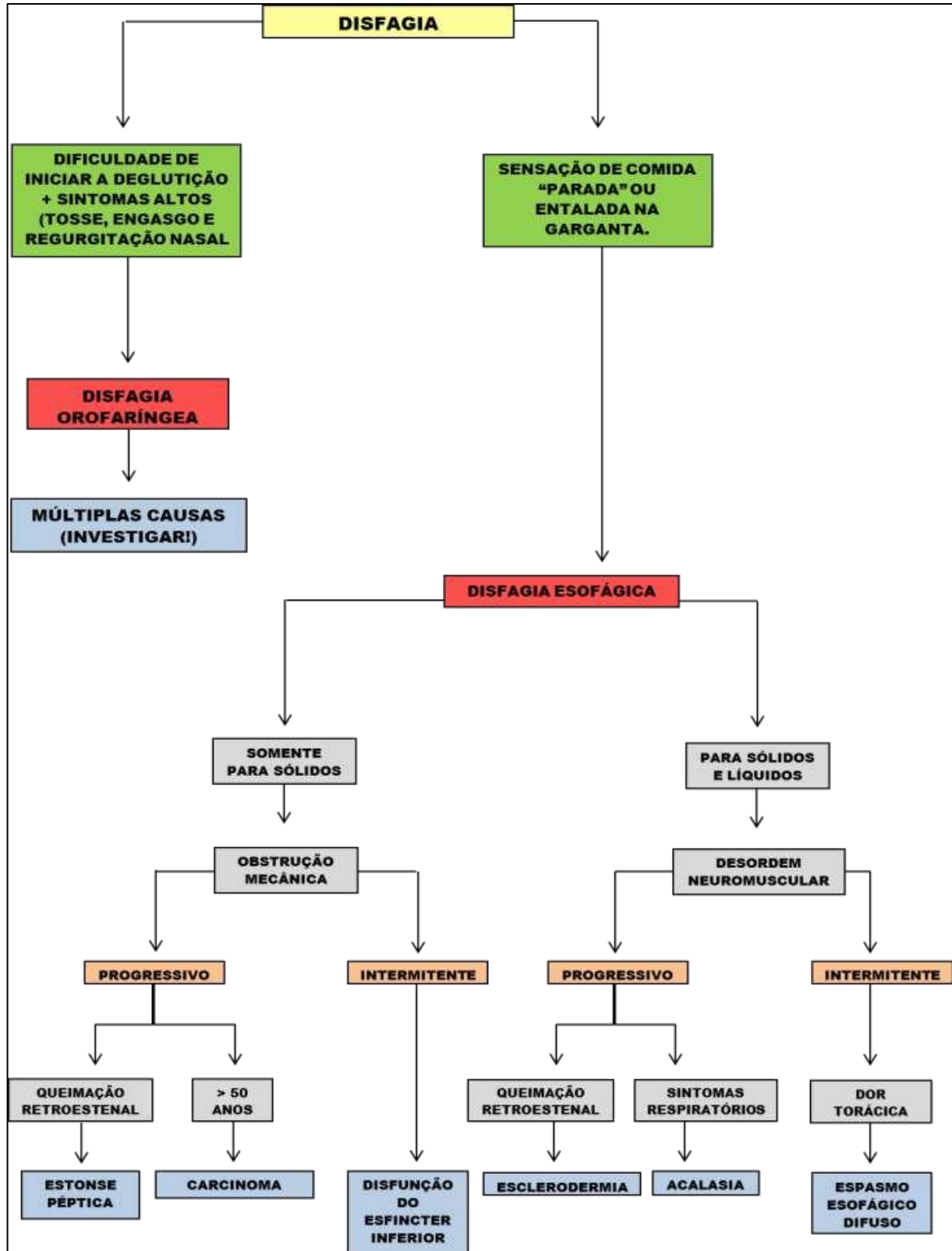
→ A depender dos sinais, sintomas e dados epidemiológicos associados ao quadro de disfagia, poderemos orientar nosso raciocínio diagnóstico para doenças específicas.

→ A tabela abaixo mostra alguns achados clínicos mais marcantes de algumas patologias que levam à disfagia:

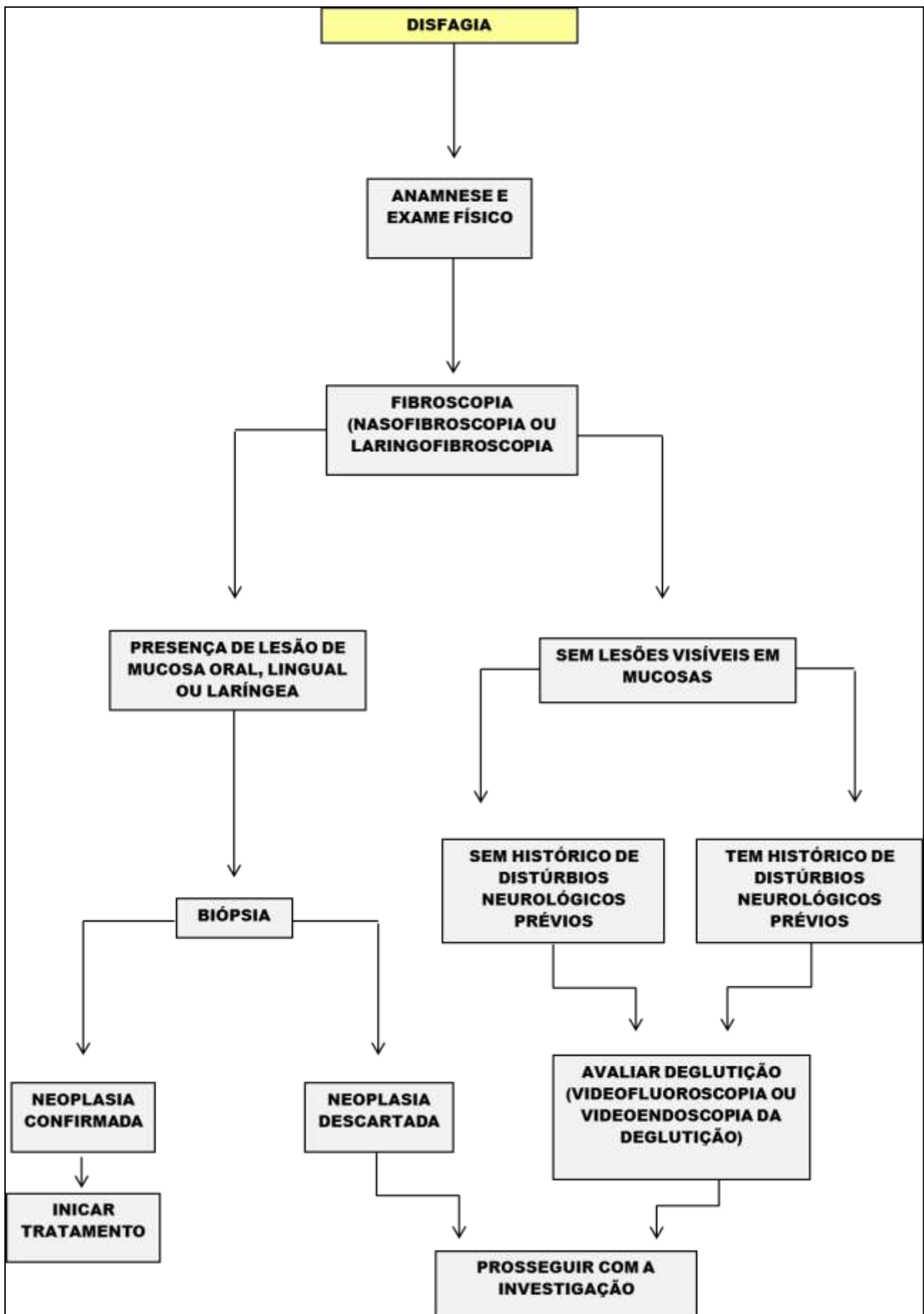
PATOLOGIA	SINAIS E SINTOMAS
Doenças neuromusculares e degenerativas	Disfagia progressiva
Doenças neurológicas	Tosse e engasgos no começo da deglutição
Neoplasias (p.ex: tumor no seio piriforme)	Engasgo ou tosse mais tardia, após a deglutição (isso pode ser sinal de que não houve um “clareamento” da região do seio piriforme, gerando estase de alimento e promovendo uma aspiração tardia de restos alimentares)
Acalásia (da região faringoesofágica)	Emagrecimento, causado por regurgitação do alimento
Neoplasias	Emagrecimento em idosos
Divertículo de Zencker	Halitose (por estase de alimento dentro do Divertículo)

- Diante de uma queixa de disfagia, devemos sempre nos lembrar que esse é, a princípio, um sintoma e, portanto, suas causas devem ser investigadas.
- A primeira etapa dessa investigação é diferenciar, pelos sintomas, se a disfagia é:
- 1) ALTA** (gera tosse, engasgo, regurgitação nasal, e sintomas mais altos que aparecem no início da deglutição) = Nesses casos, existem múltiplas etiologias)
 - 2) BAIXA ou ESOFÁGICA** (devemos pensar em obstruções mecânicas por neoplasias, estenoses, alterações do esfíncter esofágico inferior ou esclerodermia).
- Posteriormente, a investigação das etiologias segue uma ordem lógica, exposta no organograma a seguir:

ORGANOGRAMA PARA DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DAS DISFAGIAS



ORGANOGRAMA PARA AVALIAÇÃO PRIMÁRIA DA DISFAGIA



COMENTÁRIOS

- Diante de uma queixa de disfagia, a primeira medida a ser tomada é uma boa anamnese e um bom exame físico.
- O exame físico sempre deve ser acompanhado de uma fibroscopia (videolaringoscopia ou nasofibroscopia) para que toda a região faríngea (rinofaringe, véu velofaríngeo, palato, orofaringe e laringe, etc) seja analisada. Esse exame permite-nos identificar possíveis lesões de mucosa ou lesões funcionais, o que é fundamental para as etapas seguintes da avaliação.
- Diante do achado de lesões em língua, cavidade oral ou faringe, devemos fazer biópsia para o diagnóstico histológico.
- Se o diagnóstico de neoplasia é feito (seja de cavidade oral, hipofaringe ou seio piriforme) devemos providenciar tratamento. Contudo, se não houver nenhuma lesão estrutural e o paciente não apresenta histórico de doença neurológica prévia, devemos fazer uma avaliação mais detalhada da deglutição (por meio da avaliação do esôfago e avaliação videofluoroscópica ou videoendoscópica da deglutição).
- Para pacientes com doença neurológica prévia, a dificuldade da deglutição deve ser indentificada a partir de uma boa avaliação da deglutição, tais como videofluoroscopia ou videoendoscopia da deglutição (A videoendoscopia permite-nos testar a sensibilidade laríngea e ver como a deglutição do paciente responde a diferentes texturas de alimento).

ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

A terapia instituída dependerá muito da causa da disfagia, ponde ser realizada por:

- Terapia medicamentosa
- Uso de saliva artificial (alguns pacientes tem dificuldade de deglutição por falta de produção salivar)
- Modificação da dieta (uso de utensílios que facilitam a deglutição, mudança da textura dos alimentos, mudança nas formas de se alimentar)
- Reabilitação fonoaudiológica (ensina manobras e meios de se proteger a via aérea durante a deglutição)
- Procedimentos cirúrgicos (instituídos para neoplasias ou em situações neurológicas, com o objetivo de reinstituir a dieta por via oral)
- Nas disfagias causadas por neoplasias, a radioterapia e a quimioterapia podem ser indicadas
- Todo paciente que não tem condições seguras de se alimentar via oral pelo risco de aspiração laringotraqueal e pneumonias de repetição deve receber uma via alternativa de alimentação (sonda nasogástrica, sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomias). Isso é fundamental para o paciente continuar a receber um aporte energético proteico adequado.