

Disfagia

Introdução

A disfagia é uma alteração do processo de deglutição que não permite a passagem segura e/ou eficaz da comida da boca para o estômago [1]. É uma sensação de dificuldade no trânsito dos alimentos da boca para o estômago [2]. A prevalência da disfagia não é conhecida com rigor, mas sabe-se que é maior nas pessoas com mais de 50 anos e sobretudo nos doentes hospitalizados e em lares [2].

O acto de engolir pode dividir-se em três fases: oral, faríngea e esofágica [3]. A fase oral é principalmente voluntária e inclui pôr a comida ou líquido na boca, prepará-la e transportá-los para a faringe. A eficiência da fase oral depende da capacidade motora, da consistência da comida, do gosto, da fome e da motivação. A fase faríngea consiste em várias acções de coordenação que transportam a comida da orofaringe para o esófago. Esta fase pode ocorrer involuntariamente, mas pode também ser modificada voluntariamente por via cortical e subcortical. A fase esofágica é completamente involuntária, parcialmente sob controlo autonómico [3].

A disfagia inclui a dificuldade em iniciar a deglutição – disfagia orofaríngea – e a sensação de a comida ficar presa ao longo do esófago [2]. As doenças neuromusculares predominam na disfagia orofaríngea, enquanto as causas estruturais predominam na disfagia esofágica.

A disfagia pode causar várias complicações. A aspiração pode ocorrer em 52% dos doentes com disfagia, de que podem resultar infecções respiratórias, nomeadamente pneumonias. Pode haver sufocação. A desidratação ocorre em 58 a 75% dos doentes, assim como o emagrecimento e a má nutrição, que se correlacionam com a gravidade da disfagia [1]. Nos doentes internados o tempo de internamento pode prolongar-se. A qualidade de vida é afectada e há um aumento da mortalidade [1].

Disfagia orofaríngea

Cancro da cabeça e pescoço

As neoplasias da cabeça e pescoço, sobretudo orofaríngeas e laríngeas, podem causar disfagia antes de serem tratados ou quando avançadas e incontroláveis, mas também após o tratamento, mesmo que curadas. A cirurgia pode causar alteração da função de nervos e de músculos que controlam a deglutição. Também a quimioterapia e sobretudo a radioterapia podem causar efeitos agudos e crónicos, como trismo [3].

Doenças neurológicas

A disfagia ocorre em associação a várias doenças neurológicas. A esclerose lateral amiotrófica pode apresentar-se com alterações da deglutição na variante bulbar em cerca de 30%, mas em fases mais avançadas da doença ocorre na maioria dos doentes [4]. Na esclerose múltipla ocorre em cerca de 31%. Na doença de Parkinson aproximadamente 50% dos doentes têm disfagia. Nas demências a prevalência é de 13% a 57%, mas nas fases mais avançadas é praticamente constante. Após AVC ocorre em cerca de 65%. Ocorre em outras doenças neurológicas menos comuns, mas não há dados sobre a sua prevalência [4].

Causas miogénicas

As miopatias inflamatórias idiopáticas são um grupo heterogéneo de doenças autoimunes nas quais a inflamação dos músculos estriados esqueléticos leva a mialgias e fraqueza [5]. Entre elas estão a dermatomiosite, a poliomiosite e a miosite de corpos de inclusão. A disfagia faz parte dos critérios de diagnóstico American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism (ACR/EULAR) [6]. A disfagia pode ocorrer como o sintoma inicial ou como único sintoma. A prevalência geral da disfagia nestas patologias é de 36% e é particularmente alta na miosite de corpos de inclusão com 56% [5].

Os doentes tireotóxicos podem ter disfagia como parte da miopatia. Embora sendo incomum, deve ser sempre considerada, particularmente nos idosos em que os sintomas e sinais tireotóxicos clássicos podem estar ausentes, porque é uma causa reversível de disfagia que geralmente responde bem ao tratamento com a restauração do estado eutireóideo [7].

Na miastenia gravis, a disfagia ocorre em 30% a 60% dos doentes [7]. A disfagia está presente ao diagnóstico em cerca de 20% dos doentes e pode ser o único sintoma de apresentação em 15%.

Várias drogas podem causar miopatia tóxicas ou inflamatórias e devem ser consideradas na avaliação dos doentes com disfagia, porque a suspensão desses fármacos geralmente reverte a disfagia. Os fármacos que podem causar disfagia são [7]:

- De acção central
 - Fenotiazinas, metoclopramida, benzodiazepinas (nitrazepam, clonazepam), anti-histamínicos
- Com actuação na junção neuromuscular
 - Toxina botulínica A, procainamida, penicilamina, eritromicina, aminoglicosídeos
- Tóxicos para o músculo
 - Amiodarona, álcool, inibidores da HMG-CoA redutase, ciclosporina, penicilamina
- Miscelânea
 - Digoxina, tricloroetileno, vincristina, estatinas
- Inibidores da salivação
 - Anticolinérgicos, antidepressivos, antipsicóticos, anti-histamínicos, antiparkinsonianos, anti-hipertensivos, diuréticos

DPOC

Cerca de 85% dos doentes com DPOC têm disfagia que se deve geralmente à perturbação do ciclo deglutição-respiração, conhecida como disfagia respiratória [1]. Pode haver uma relação entre a disfagia e o aumento das exacerbações.

Idade avançada

Calcula-se que 50% a 75% dos residentes de lares têm alguma dificuldade na deglutição [1]. Uma situação particular dos adultos mais velhos é a de 50% terem sarcopenia. A disfagia sarcopénica ocorre como resultado da perda da massa dos músculos envolvidos na deglutição e da função associada à perda generalizada da massa e da função muscular.

Disfagia esofágica

Na disfagia esofágica as causas estruturais predominam. Há várias causas estruturais possíveis, mas em cuidados paliativos o cancro do esófago, a compressão extrínseca ou infiltração do esófago por neoplasias pulmonares ou que atinjam o mediastino e estenoses provocadas por cirurgia ou radioterapia prévias [2]. Há, porém, outras causas relacionadas com estenoses provocadas por refluxo gastroesofágico, AINE, bifosfonatos orais ou suplementos de potássio. A esofagite eosinofílica é também uma possibilidade.

As doenças neuromusculares como a esclerodermia e outras podem também causar disfagia esofágica, mas numa percentagem muito menor do que na disfagia orofaríngea.

Diagnóstico

Deve considerar-se disfagia nos doentes que [1]:

- Referem problemas na deglutição de certos alimentos ou líquidos
- Referem problemas de deglutição em geral

- Tossem ou sufocam ao comer ou beber
- Têm a sensação de que a comida encrava na garganta ou no tórax
- Clarear frequente da garganta
- Babar persistente
- Xerostomia
- Infecções respiratórias recorrentes
- Uma alteração dos hábitos alimentares, como comer devagar ou evitar ocasiões sociais

Pela história é geralmente possível distinguir a disfagia orofaríngea da disfagia esofágica. A causa pode ser evidente, se o doente tiver uma neoplasia da orofaringe ou do esófago. Na disfagia orofaríngea, os doentes têm mais problemas em deglutir líquidos finos do que sólidos, e têm frequentemente tosse ao engolir. Na disfagia esofágica os sintomas são mais frequentemente localizados no tórax e têm mais dificuldade em deglutir sólidos do que líquidos.

Na observação é importante avaliar o estado de nutrição e a hidratação. Dependendo da história, o estado neurológico, em particular os pares cranianos V e VII a XII. O doente deve ser observado, se possível, a engolir alguns goles de água ou pequenos pedaços de gelo, sob os seguintes aspectos: possibilidade de fechar os lábios com eficácia, aspiração ou regurgitação nasal, tosse adequada, elevação da laringe, possibilidade de engolir se a água ou o gelo for colocado directamente na faringe (ver abaixo). Na disfagia orofaríngea a videofluoroscopia pode ser útil permitindo observar as fases oral e faríngea da deglutição, usando bólus de diferente consistência, desde líquidos finos até sólidos; permite determinar a depuração orofaríngea dos alimentos, se há aspiração silenciosa (ocorre numa grande percentagem de doentes) e mostrar possíveis anormalidades estruturais [2]. Na disfagia esofágica a endoscopia tem um papel muito relevante.

Tratamento

Se não houver causas reversíveis devem tentar-se métodos conservadores. A aspiração não significa sempre que não se pode fazer a alimentação oral, porque um certo grau de aspiração pode ser bem tolerado.

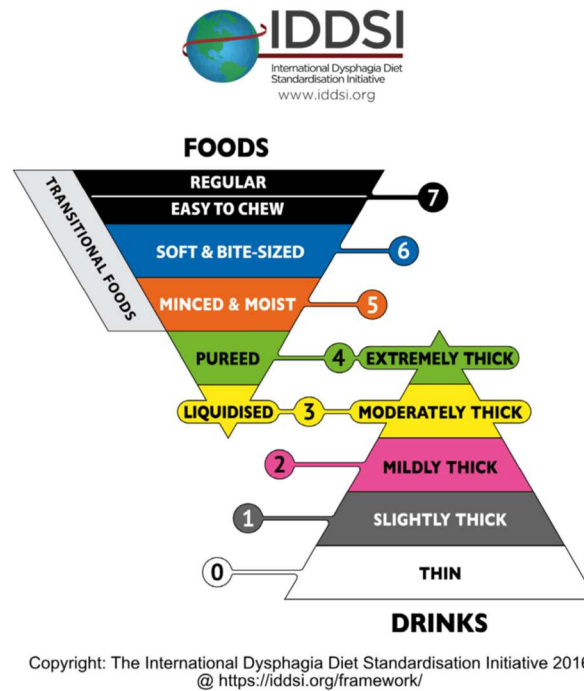
As estratégias para gerir a disfagia podem envolver a modificação dos alimentos e/ou dos líquidos, reabilitação e estratégias de compensação. O envolvimento de um profissional experiente nestes aspectos é importante para avaliar e orientar os doentes em [1]:

- Alterar a consistência dos líquidos para tonar a deglutição mais segura, como espessar as bebidas para ajudar a mobilizá-las mais lentamente da boca, através da faringe para o esófago
- Modificar a textura da dieta para ajudar na preparação de alimentos para a deglutição, particularmente se houver dificuldades na mastigação ou se houver um estreitamento do esófago
- Posicionamento e equipamento (como chávenas e colheres que limitem o volume colocado na boca)
- Exercícios para ajudar a fortalecer os músculos da faringe usados para preparar os alimentos para deglutir e limpar a cavidade oral e a faringe de resíduos após a deglutição

De modo a melhorar a segurança dos doentes, foi desenvolvida pela International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) uma terminologia padronizada para descrever a textura modificada dos alimentos e líquidos espessados para ser usada para todos os indivíduos com disfagia [8]. A estrutura da IDDSI consiste num contínuo de 8 níveis (0-7), em que as bebidas vão dos níveis 0 a 4 e os alimentos dos níveis 3 a 7 (ver figura). Os níveis são identificados por números, rótulos de texto e códigos de cor. No *site* da IDDSI encontram-se descritos detalhadamente os descritores e métodos simples de testar cada nível que podem ser usados pelos doentes, cuidadores e profissionais e pode ser consultado em:

https://iddsi.org/IDDSI/media/images/Testing_Methods_IDDSI_Framework_Final_31_July2019.pdf.

Se os doentes deixam de conseguir deglutir com as dietas com textura modificada, a situação deve ser discutida com os doentes e os seus familiares, sempre que possível. O estado do doente



e a sobrevivência esperada nessa altura e, conseqüentemente, o plano geral de intervenção, devem ser integrados no processo de decisão. Na disfagia causada por um tumor ou outra estenose irreversível a colocação de uma prótese esofágica expansível pode ser uma opção eficaz. Em certos casos, a dexametasona (dose inicial de 16 mg; se eficaz ao fim de 5 dias, reduzir para a dose mínima eficaz; se não for eficaz suspender ao fim dos 5 dias) pode melhorar a disfagia transitoriamente. Noutras situações, a colocação de uma sonda nasogástrica ou uma gastrostomia podem permitir a alimentação, hidratação e mesmo a administração de medicação. Se a probabilidade de ser necessária a alimentação entérica por maior de 2 a 3 semanas é preferível a gastrostomia.

Referências

1. Holdoway A, Smith A. Dysphagia. A healthcare professional fact sheet <https://www.malnutritionpathway.co.uk/dysphagia.pdf>. (consultado em 14/08/2023).
2. Hurtt E, Young J, Gyawali CP. Dysphagia. Prim Care Clin Office Pract 2023 ;50:325–338.
3. Langmore SE, Grillone G, Elackattu A, Walsh M. Disorders of Swallowing: Palliative Care. Otolaryngol Clin N Am 2009 ;42:87–105.
4. Panebianco M, Marchese-Ragona R, Masiero S, Restivo DA. Dysphagia in neurological diseases: a literature review. Neurol Sci 2020;41:3067–3073.
5. Labeit B, Pawlitzki N, Ruck T, et al. The Impact of Dysphagia in Myositis: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Med 2020;9:2150.
6. Bottai, M.; Tjarlund, A.; Santoni, et al. EULAR/ACR classification criteria for adult and juvenile idiopathic inflammatory myopathies and their major subgroups: A methodology report. RMD Open 2017;3:e000507.
7. Cook IJ. Oropharyngeal Dysphagia. Gastroenterol Clin N Am 2009;38:411-431.
8. <https://iddsi.org/framework> (consultado em 30/08/2023)