UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

LARISSA MENDONÇA DOS ANJOS

QUEIXA DE ALTERAÇÃO NA DEGLUTIÇÃO EM LARINGECTOMIZADOS TOTAIS

JOÃO PESSOA
2018

LARISSA MENDONÇA DOS ANJOS

QUEIXA DE ALTERAÇÃO NA DEGLUTIÇÃO EM LARINGECTOMIZADOS TOTAIS

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado como requisito obrigatório para conclusão do Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).
Orientador: Prof. Dr. Leandro Pernambuco

JOÃO PESSOA
2018

Queixa de alteração na deglutição em laringectomizados totais

Swallowing disorder complaint in total laryngectomy subjects

Título resumido: deglutição em laringectomizados totais

Larissa Mendonça dos Anjos (1), Leandro Pernambuco (2)

(1) Curso de Fonoaudiologia, Universidade Federal da Paraíba – UFPB – JoãoPessoa (PB), Brasil.

(2) Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal da Paraíba – UFPB – JoãoPessoa (PB), Brasil.

Trabalho realizado no Hospital de Câncer de Pernambuco – HCP – Recife (PE), Brasil.

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: *LMA* contribuiu com a escrita e revisão final do artigo; *LP* contribuiu com a concepção do estudo, coleta, análise dos dados, orientação e revisão final do artigo.

Autor correspondente:

Leandro Pernambuco

Departamento de Fonoaudiologia

Cidade Universitária, João Pessoa (PB), Brasil, CEP: 58051-900.

E-mail: leandroape@globo.com

Este trabalho foi escrito de acordo com as normas da Revista CoDAS para manuscritos do tipo “Comunicação Breve”.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A laringectomia total pode acarretar alterações na deglutição. A apresentação de queixas para deglutir também variar de acordo com o tempo pós-cirúrgico, por efeito de uma possível acomodação na biomecânica da deglutição. **OBJETIVO:** Verificar a frequência de queixa de alteração na deglutição em laringectomizados totais e qual a distribuição da queixa em relação ao tempo de cirurgia. **MÉTODO:** Foi realizada uma análise retrospectiva do banco de dados de um projeto maior. Foram considerados dados pessoais, história clínica e a presença de queixa para deglutir de acordo com uma entrevista. A amostra foi de 14 voluntários submetidos à laringectomia total com esvaziamento cervical e radioterapia adjuvante, com idade média de 57,29±9,49 anos. A análise foi realizada através da estatística descritiva, com medidas de dispersão e medida central, assim como a distribuição absoluta e relativa.**RESULTADOS:** A frequência de queixa de alteração para deglutir foi de 71,4% e de sensação de aperto na garganta ao deglutir foi 50%. Verificou-se maior ocorrência de queixas para deglutir entre os voluntários com tratamento cirúrgico mais recente. **CONCLUSÃO:** Existe alta frequência de queixa de deglutição em laringectomizados totais e maior concentração de queixas em voluntários que realizaram o procedimento cirúrgico há mais de seis meses e menos de um ano.

Descritores: neoplasias laríngeas; laringectomia; deglutição; transtornos de deglutição.

ABSTRACT

Introduction: Total laryngectomy can result in deglutition disorders. Swallowing complaints may also vary according to the post-surgical time, as a result of possible accommodation in the biomechanics of swallowing. **Objective:** To verify the frequency of swallowing disorder complaints in total laryngectomy and the distribution of the complaint in relation to the time of surgery. **Method:** A retrospective analysis of a major database was made.It was considered personal data, clinical history and swallowing disorder complaint according an interview. The sample consisted of 14 volunteerswho underwent total laryngectomy, neck dissection and adjuvant radiotherapy, with a mean age of 57.29 ± 9.49 years. The analysis was performed using descriptive statistics, including dispersion and central measurement, as well as absolute and relative distribution. **Results:** The frequency of swallowing complaintwas 71.4% and throat tightness was 50%.There was more frequency of swallowing complaints among patients with recent surgical treatment. **Conclusion:** There is a high frequency of swallowing complaints in total laryngectomy and a higher concentration of complaints in patients who underwent surgery for more than six months and less than one year.

Keywords: laryngeal neoplasms; laryngectomy; deglutition; deglutition disorders.

INTRODUÇÃO

O câncer de cabeça e pescoço (CCP) representa 2% de todas as ocorrências de neoplasias no Brasil[1]. O câncer de laringe é um dos mais comuns entre os que atingem a região da cabeça e pescoço, manifestando-se com maior frequência em homens e representa cerca de 25% dos tumores malignos que acometem essa região[2].

A laringectomia total é o tratamento mais indicado em casos de tumores avançados e consiste na retirada de todo o arcabouço laríngeo, deixando como sequela a perda da voz laríngea, a dissociação da comunicação entre a via respiratória e via digestiva e a traqueostomia definitiva, com a implantação da traqueia direto na pele[3]. Em relação a alimentação, há uso de sonda nasoenteral no pós-operatório imediato com retirada da mesma geralmente uma semana após cirurgia nos casos que evoluem sem complicações; no entanto, alguns fatores podem interferir na deglutição do laringectomizado total[3].

Estas dificuldades no processo de deglutição podem ocorrer devido a diversas causas: cicatrizes na base da língua ou na região da faringe que predispõem acúmulo de alimento ou líquido durante a deglutição; hipertonia da musculatura cricofaríngea ou estenose, que dificultarão a passagem e a penetração do alimento no esôfago; alterações no trânsito esofágico e no peristaltismo esofágico decorrentes das regiões de sutura[4]. Podem existir também fístulas cervicais e estenose local (normalmente na hipofaringe)[5], problemas relacionados ao clareamento faríngeo[6], essa estenose pode estar relacionada com a queixa de sensação de aperto na garganta ao deglutir, referido pela metade da amostra, assim como mostra na literatura estudos com laringectomizados totais que referem essa

queixa. Além de pseudoepiglotes ou um pseudodivertículo também pode formar complicações adicionais para a deglutição eficiente[7].

Nota-se que na literatura existe uma carência de publicações cuja atenção esteja voltada aos problemas de deglutição em laringectomizados totais, especialmente quando comparado ao número maior de estudos que investigam as alterações de voz e respiração nessa população[8]. O fato das vias respiratória e digestiva serem dissociadas em função da cirurgia pode representar, equivocadamente, que o laringectomizado total não é um grupo de risco para disfagia. A aspiração atrai grande preocupação em casos de disfagia, mas sua ausência em laringectomias totais não equivale a uma deglutição sem problemas[9]. Muitas vezes a equipe médica negligência outros sintomas sugestivos de disfagia[3] que são resultantes de tratamentos cirúrgicos ou combinados e podem afetar a nutrição e o bem estar[9]. Além disso, alguns pacientes podem não referir queixas ou subvalorizaremos sintomas de disfagia, o que os leva a adaptações na alimentação que, na maior parte dos casos, resultam em restrições alimentares que interferem na qualidade de vida[10].

A presença de queixas relacionadas à deglutição pode variar de acordo com o tratamento, procedimentos coadjuvantes como esvaziamento cervical e radioterapia, além do tempo pós-cirúrgico, além de possíveis adaptações anatômicas e funcionais[5,8,9]. Diante disso, o objetivo desse estudo é verificar a frequência de queixa de deglutição em laringectomizados totais e qual a distribuição da queixa em relação ao tempo de cirurgia.

MÉTODO

Este é um estudo descritivo, observacional, retrospectivo e transversal, realizado a partir de análise do banco de dados do projeto “Atividade elétrica do músculo masseter durante a deglutição em laringectomizados totais e não laringectomizados”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP) sob o número 43/2009. Todos os voluntários que participaram do estudo principal assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de qualquer procedimento de coleta. A amostra foi composta por 14 voluntários do sexo masculino, todos usuários do ambulatório do Serviço de Fonoaudiologia do HCP, com idade mínima de 45 anos e máxima de 79 anos (média = 57,29±9,49 anos). Todos os voluntários foram submetidos à laringectomia total com esvaziamento cervical e radioterapia adjuvante há no mínimo 6 meses e no máximo 3 anos. Foram excluídos aqueles que, no período de coleta, apresentavam fístula faringocutânea, deiscências, necrose de tecido ou sinais de infecção. Também foram excluídos voluntários com dificuldade na compreensão de ordens simples ou alteração neurológica; indivíduos que sofreram lesões traumáticas em região de cabeça e pescoço; com trismo ou sinais e sintomas de Disfunção Têmporomandibular (DTM).

A coleta dos dados ocorreu por meio de uma entrevista na qual foram obtidos os dados pessoais e de história clínica dos voluntários. Para identificar a presença de queixa para deglutir foi utilizada a seguinte pergunta: “Você sente dificuldade para engolir?”. Além disso, foi feita a pergunta: “Você sente a garganta apertada quando engole?” no intuito de identificar a autopercepção de estenose esofágica, um dos sintomas mais referidos pelos laringectomizados totais na rotina clínica. Em relação ao tempo de cirurgia, os voluntários foram agrupados em dois grupos: seis

meses a um ano e acima de um ano. A análise dos dados considerou medidas de dispersão e medida central, assim como a distribuição absoluta e relativa.

RESULTADOS

A amostra foi de 14 voluntários que tinham realizado laringectomia total. A queixa para deglutir foi frequente, alcançando 71,4% da amostra. Dos 14 voluntários, 10 tinham sido submetidos à cirurgia entre seis meses a um ano da data da entrevista; já a sensação de aperto na garganta ao deglutir foi citada por metade da amostra.

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com tempo de cirurgia, queixa para deglutir e queixa de sensação de "aperto" na garganta ao deglutir (n=14). Recife, PE. 2009.

	n	%
Tempo de cirurgia		
Seis meses a um ano	10	71,4
Um a três anos	4	28,6
Queixa para deglutir		
Sim	10	71,4
Não	4	28,6
Sensação de aperto na garganta ao deglutir		
Sim	7	50,0
Não	7	50,0

Fonte: própria.

No cruzamento das variáveis "queixa para deglutir" e "tempo de cirurgia", observou-se maior concentração de voluntários com queixa entre os que fizeram cirurgia mais recentemente.

Tabela 2. Relação entre tempo de cirurgia e queixa para deglutir em laringectomizados totais. João Pessoa, PB. 2018.

	Queixa para deglutir			
	Sim		Não	
	n	%	N	%
Tempo de cirurgia				
Seis meses a um ano	8	80	2	20
Um a três anos	2	50	2	50

DISCUSSÃO

Neste estudo, a maioria dos participantes (71,4%) relataram queixa para deglutir após laringectomia total. Isto confirma evidências da literatura que indicam que alterações de deglutição[9-12] podem ser referidas por pacientes após esse procedimento cirúrgico.

Sabe-se que a gênese da alteração de deglutição após laringectomia total está relacionada, dentre outros fatores, às características da cirurgia e funcionalidade das estruturas remanescentes, pois existem diversas variações de técnicas cirúrgicas utilizadas para dissecar a laringe e reconstruir a faringe[9]. Neste estudo, essas propriedades não foram analisadas, mas podem ter influenciado os resultados encontrados em relação à frequência de queixa para deglutir.

Metade da amostra deste estudo referiu sensação de aperto na garganta ao deglutir, o que corrobora a literatura[9,13,14]. Tal achado pode ser explicado pelaocorrência da redução da amplitude e duração do peristaltismo faríngeo e pela diminuição da sensibilidade faríngea em decorrência da secção do nervo laríngeo superior e do nervo laríngeo recorrente[9,13]. Além disso, a estenose (estreitamento)

pode se desenvolver na faringe ou esôfago e impedir a passagem do bolo alimentar, causando sensação de aperto ao deglutir[14].

Já em relação ao tempo pós-cirúrgico, observa-se que não é uma variável considerada por alguns autores que estudaram a queixa de deglutição em laringectomizados totais [15]. Contudo, entre aqueles que incluíram essa variável nas suas pesquisas, existe heterogeneidade quanto aos marcadores de tempo pós-operatório. Um trabalho definiu o tempo pós-cirúrgico como concomitante ao início do acompanhamento fonoaudiológico[1]. Outros autores[5] consideraram um tempo pós-cirúrgico similar a uma das categorias do presente estudo (6 à 12 meses) e verificaram que 73% da amostra possuíam queixas de deglutição nesse período, proporção muito próxima aos 80% encontrados nesta pesquisa. Por outro lado, pesquisadores que analisaram queixas de deglutição após 24 meses do procedimento cirúrgico encontraram relato positivo em apenas 10,7% da amostra de laringectomizados totais[8], resultado dissonante ao verificado neste estudo.

É possível que, na prática, a queixa para deglutir seja mais frequente nos laringectomizados totais que realizaram cirurgia há menos tempo porque, em parte, os efeitos mais agudos da cirurgia e da radioterapia adjuvante ainda podem estar mais ativos. Além disso, espera-se que ao longo do tempo exista maior acomodação anatômica e funcional à nova biomecânica da deglutição instituída pelo tratamento oncológico, o que pode minimizar a frequência da queixa no prazo mais longo. Vale destacar também que as diferenças de resultados entre diferentes estudos podem estar vinculadas aos procedimentos metodológicos distintos utilizados pelos autores.

Este estudo possui algumas limitações como o tamanho reduzido da amostra, ausência de informações sobre a técnica cirúrgica, tipo de reconstrução utilizada e ausência de avaliação clínica e exame instrumental da deglutição para confirmar a

presença de disfagia. Recomenda-se que estas limitações sejam superadas em estudos posteriores.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que há uma elevada frequência de queixa para deglutir em laringectomizados totais e que em termos proporcionais existe maior concentração de sujeitos com esse tipo de queixa entre os que realizaram cirurgia há mais de seis meses e menos de um ano.

REFERÊNCIAS

1. Algave DP, Mourão LF. Qualidade de vida pós laringectomia total. Rev. CEFAC. 2015 Jan-Fev; 17(1):58-70.

2. Ministério da Saúde.Instituto Nacional do Câncer.Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2018.

3. Nemr NK, Lehn C, Sanchez RF. Voz em Câncer de Cabeça e Pescoço. In: Irene Marchesan, Hilton Justino da Silva, Marileda Catellan Tomé. (Org.). Tratado das especialidades em Fonoaudiologia. 1 ed. São Paulo: Roca, 2014, p. 181-192.

4. Carvalho, M. A atuação fonoaudiológica em pacientes laringectomizados totais [trabalho de conclusão de curso]. Londrina: CEFAC, 2001.

5. Morandi, JC, Capobianco DM, Arakawa-Sugueno L, Ferraz AR, Cernea CR, Furquim de Andrade CL. Análise videofluoroscópica da deglutição após laringectomia total. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço.2014; 43:116-119.

6. Pauloski BR, Rademaker AW, Lazarus C, Boeckxtaens G, Kahrilas PJ, Logemann JA. Relationship between manometric and videofluoroscopic measures of swallow function in healthy adults and patients treated for head and neck cancer with various modalities. Dysphagia. 2009; 24(2): 196-203.

7. Oursin C, Pitzer G, Fournier P, Bongartz G, Steinbrich W. Anterior neopharyngeal pseudo diverticulum. A possible cause of dysphagia in laryngectomized patients. Clinical Imaging. 1999; 23, 15-18.

8. Queija DS, Portas JG, Dedivitis RA, Lehn CN, Barros APB. Swallowing and quality of life after total laryngectomy and pharyngolaryngectomy. Braz. JOtorhinolaryngol. 2009; 75(4):556-64.

9. Maclean J, Cotton S, Perry A. Post-laryngectomy: it's hard to swallow. Dysphagia, 2009;2:172–9.

10. Ward EC, Bishop B, Frisby J, Stevens M. Swallowing outcomes following laryngectomy and pharyngolaryngectomy. Arch. Otolaryngol Head Neck Surg., 2002; 128: 181-186.

11. Sawada NO, Zago MMF, Galvão CM, Ferreira E, Barichello E. Postoperative complications in total laryngectomies: a retrospective study. Rev. Bras. Cancerol., 1998; 44(1): 35-41.

12. Lennie TA, Christman SK, Jadack R. Educational needs and altered eating habits following a total laryngectomy. Oncol. Nursing. Fórum, 2001; 28(4):667-674.

13. Balfe DM. Dysphagia after laryngeal surgery: radiologic assessment. Dysphagia. 1990;5:20–34. doi:10.1007/BF02407390.

14. Landera, MA, Lundy DS, Sullivan PA. Dysphagia After Total Laryngectomy. Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders, 2010. 39-44.

15. Pernambuco LA, Oliveira JHP, Régis RMFL, Lima LM, Araújo AMB, Balata PMM et al. Qualidade de vida e deglutição após laringectomia total. Int. Arch. Otorhinolaryngol.,2012;16(4):460-465.

ANEXO 1

HCP
HOSPITAL
DE CÂNCER
DE PERNAMBUCO

DECLARAÇÃO

Declaramos que o projeto de Pesquisa nº **43/2009** intitulado: **"ELETROMIOGRAFIA DO MÚSCULO MASSETER DURANTE A DEGLUTIÇÃO EM LARINGECTOMIZADOS TOTAIS E NÃO LARINGECTOMIZADOS"**, apresentado pelo pesquisador Responsável **Leandro de Araújo Pernambuco,** foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer / Hospital de Câncer de Pernambuco.

Os autores deverão remeter cópia do artigo publicado para arquivo na Biblioteca da SPCC / HCP e terão que mencionar nas publicações a Instituição onde o trabalho foi realizado.

Recife, 14 de julho de 2009.

Atenciosamente,

Dr. Glauber Leitão
Coordenador
Comissão de Ética em Pesquisa
Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer
Hospital de Câncer de Pernambuco