

Disfagia: revisão de literatura

Dysphagia: review of the literature

André Pantaroto
Camilla Maria de Alencar Saraiva
Marianne Wolff Rezende Teixeira
Fábio Rodrigo Jorgino

DOI: 10.47573/aya.5379.2.67.32

RESUMO

Introdução: A apresentação clínica da disfagia é muito variada o que dificulta o diagnóstico. Como queixa, os pacientes apresentam desde incapacidade de iniciar a deglutição até a sensação de impactação de alimentos sólidos ou líquidos no esôfago. **Objetivo:** Realizar uma revisão na literatura sobre o tema. **Métodos:** Identificadas as questões relacionadas a disfagia, foi realizada uma busca bibliográfica na Scientific Electronic Library Online (SciElo), United States National Library of Medicine (PubMed) e busca manual nos principais livros relacionados ao tema. **Conclusão:** Apesar do avanço nos métodos diagnósticos e no tratamento de várias comorbidades que apresentam disfagia, o manejo do paciente com essa patologia ainda é um desafio.

Palavras-chave: patologia. disfagia. esôfago.

ABSTRACT

Introduction: The clinical presentation of dysphagia is very varied, which makes the diagnosis difficult. As a complaint, patients present from inability to start swallowing to the sensation of solid food or liquid impaction in the esophagus. **Objective:** To carry out a review of the literature on the subject. **Methods:** After identifying issues related to dysphagia, a bibliographic search was performed in the Scientific Electronic Library Online (SciElo), United States National Library of Medicine (PubMed) and manual search in the main books related to the topic. **Conclusion:** Despite advances in diagnostic methods and in the treatment of several comorbidities that present dysphagia, the management of the patient with this pathology is still a challenge.

Keywords: pathology. dysphagia. esophagus.

INTRODUÇÃO

A apresentação clínica da disfagia é muito variada e sugere anormalidade orgânica que limita a passagem de alimentos sólidos ou líquidos ingeridos durante seu trajeto entre a cavidade oral e o estômago (DOMINGUES GR *et al.*, 2001). Como queixa, os pacientes apresentam desde incapacidade de iniciar a deglutição (disfagia orofaríngea) (CUENCA RM 2007) até a sensação de impactação de alimentos sólidos ou líquidos no esôfago (disfagia esofágica) (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA 2014).

Para o manejo do paciente com disfagia é fundamental determinar se a disfagia é orofaríngea ou esofágica (DOMINGUES GR *et al.*, 2001). A classificação em orofaríngea ou esofágica, em 80-85% dos casos, pode ser realizada através da anamnese (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014).

OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo realizar revisão de literatura acerca de Disfagia.

MÉTODOS

Identificadas as questões relacionadas a disfagia, foi realizada uma busca bibliográfica na Scientific Electronic Library Online (SciELO), United States National Library of Medicine (PubMed) e busca manual nos principais livros relacionados ao tema. As palavras-chave utilizadas foram: disfagia, odinofagia, acalasia.

RESULTADOS

Definições

Disfagia

Percepção subjetiva de que há uma impossibilidade de passagem normal do alimento deglutido. (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014).

Odinofagia

Dor desencadeada com a deglutição.

Fogofobia

Medo de engolir.

Sensação de “globus”

Sensação persistente ou intermitente de “bola na garganta”. (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014).

Classificação da disfagia

Disfagia orofaríngea ou de transferência

Caracterizada pela dificuldade de transferência do bolo alimentar da boca para faringe, no início da deglutição (DOMINGUES GR et al 2001), que pode ser acompanhada de sensação de alimento residual retido na faringe, sensação de sufocação (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014), pirose, rouquidão, soluço, odinofagia, tosse, regurgitação e broncoaspiração (CUENCA RM, 2007).

Disfagia esofágica ou de transporte

Caracterizada por dificuldade na passagem do bolo alimentar pelo corpo esofágico segundos após o início da deglutição (DOMINGUES GR et al 2001). Paciente apresenta como principal queixa a sensação de retenção alimentar em região cervical (CUENCA RM, 2007).

Investigação da disfagia

Apesar de o envelhecimento provocar pequenas alterações na motilidade esofágica, essa situação raramente é sintomática. Portanto, a disfagia não deve ser atribuída ao envelhecimento normal e, sempre que relatada pelo paciente, requer avaliação imediata para definir a causa e iniciar o tratamento (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014).

Uma abordagem ideal (padrão-ouro) só é viável se todas as opções de tratamento médico e testes diagnósticos estiverem disponíveis. Dada a heterogeneidade de acesso a recursos médicos entre os países, a Organização Mundial de Gastroenterologia (WGO) criou uma diretriz para o manejo do paciente com disfagia em que os meios diagnósticos e as opções terapêuticas são arranjados de maneira hierárquica conforme os métodos disponíveis (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014).

História clínica

A investigação diagnóstica se inicia com a determinação de se os sintomas são devidos à disfagia orofaríngea ou esofágica. Pacientes com dificuldade de iniciar a deglutição (disfagia alta) geralmente identificam a área cervical quando questionados enquanto pacientes com disfagia baixa frequentemente apresentam queixa de sensação de retenção alimentar em região supraesternal ou retroesternal, além de dificuldade de deglutir o alimento segundos após iniciar a deglutição (DOMINGUES GR *et al.*, 2001).

Além da caracterização da localização da disfagia, pontos-chave como duração dos sintomas, caráter (progressivo/intermitente), tipos de alimentos que causam disfagia (líquido, sólido ou ambos), entre outros, auxiliarão na diferenciação entre elas (CUENCA RM, 2007).

Disfagia orofaríngea

Além da identificação da região cervical como a área associada ao quadro, pacientes com disfagia orofaríngea frequentemente apresentam: dificuldade em iniciar a deglutição, regurgitação nasal, tosse, fala anasalada, sialorreia, redução no reflexo de tosse, engasgo, halitose, pneumonias recorrentes (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014), entre outros.

Uma vez direcionado o raciocínio clínico para disfagia alta, o próximo passo na investigação consiste na diferenciação entre distúrbios mecânicos e de motilidade neuromuscular. Causas mecânicas são mais frequentes em pacientes jovens e adultos, enquanto distúrbios de motilidade neuromuscular são mais frequentes em pacientes idosos (CUENCA RM, 2007).

Doenças musculares inflamatórias, membranas e anéis são as principais causas de disfagia obstrutiva; doenças do sistema nervoso central, como acidente vascular encefálico, doença de Parkinson e demência são as principais etiologias associadas a disfagia orofaríngea neuromuscular. Na ausência de fator mecânico, uma minuciosa busca por afecções neurológicas, em algumas situações, possibilita o diagnóstico preciso da causa da disfagia (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014).

Disfagia associada a ptose palpebral e fadigabilidade/fraqueza deve chamar atenção para

o diagnóstico de Miastenia Gravis. Já a presença de rigidez, tremor e disautonomia, associados à disfagia, sugerem doença de Parkinson (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014).

Outra causa importante de disfagia que pode ser diagnosticada quando se encontra associada à hemiparesia é o acidente vascular encefálico (AVE). A incidência de disfagia orofaríngea nestes pacientes é de 42 a 67% e geralmente se instala nos primeiros três dias após o evento (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014). Pacientes neurologicamente comprometidos apresentam caracteristicamente maior dificuldade à ingestão de alimentos com consistência líquida do que sólida (PAIXÃO CT *et al.*, 2010).

Ainda em relação aos pacientes disfágicos vítimas de AVE, são comuns: alteração do esfíncter labial dificultando o início da deglutição; menor controle da língua, com conseqüente prejuízo no avanço do bolo alimentar; aumento do risco de broncoaspiração por alteração no reflexo da deglutição; diminuição da pressão intraoral, lentificando o trânsito faríngeo; possível penetração laringeal após a dieta oral identificada pela alteração vocal; menor elevação da laringe (PAIXÃO CT *et al.*, 2010).

Disfagia esofágica

Paciente apresenta dificuldade em engolir o alimento segundos após iniciar a deglutição, além de sensação de retenção alimentar em região supraesternal ou retroesternal (CUENCA RM, 2007).

Uma vez direcionado o raciocínio clínico para um quadro de disfagia baixa, o próximo passo na investigação é a caracterização dos tipos de alimentos que causam disfagia (sólidos, líquidos ou ambos) e a progressão temporal na os sintomas ocorrem (CUENCA RM, 2007).

-Disfagia para alimentos sólidos e líquidos desde o início dos sintomas – Provável distúrbio de motilidade esofágica. Esse diagnóstico é reforçado quando o quadro é acompanhado por dor torácica (CUENCA RM, 2007).

- Disfagia para alimentos líquidos com progressão gradual para alimentos sólidos
- Provável obstrução mecânica. Neoplasia e estenose péptica são os diagnósticos mais comuns; geralmente apresentam evolução distintas, possibilitando sua diferenciação. Em quadros neoplásicos, geralmente a disfagia apresenta uma progressão rápida (menor que 4 meses), enquanto nas estenoses pépticas, geralmente, a evolução da disfagia é insidiosa e não há história de perda ponderal acentuada (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014).

Outro importante achado nos pacientes com neoplasia, que não ocorre geralmente nas estenoses pépticas, é a presença de linfadenopatia cervical e supraclavicular (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014).

- Disfagia intermitente – Em pacientes jovens, do sexo masculino, que apresentem disfagia acompanhada de impactação alimentar ocasional, a esofagite eosinofílica deve fazer parte do diagnóstico diferencial (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014).

Exames subsidiários

- Videofluoroscopia da deglutição / “Deglutograma de bário modificado”

É considerado o melhor exame para avaliar distúrbios da deglutição, pois é capaz de fornecer um estudo detalhado das estruturas anatômicas e a relação temporal dos fenômenos ocorridos durante a deglutição nas fases oral e faríngea. O exame também ajuda a prever o risco de pneumonia aspirativa que os pacientes apresentam uma vez que o exame possibilita a visualização do percurso do bolo alimentar no trato aerodigestivo em tempo real (ANÉAS GCG *et al.*, 2014).

Nasofibrolaringoscopia

A nasofibrolaringoscopia é o melhor exame para avaliar causas estruturais de disfagia alta como lesões de orofaringe (DOMINGUES GR *et al.* 2001).

Manometria faringoesofágica de alta resolução com impedância

Possibilita a avaliação quantitativa da pressão e sincronização da contração da faringe com o relaxamento do esfíncter esofágico superior associado à análise da impedância (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014). Com a locação de eletrodos em uma sonda, mensuram-se os estímulos elétricos gerados na luz esofágica durante a passagem de sólidos, líquidos ou ar. A partir da leitura destes valores encontrados, é possível a construção de uma curva de impedância detalhada que traduz a passagem do bolo alimentar pelo órgão (DOMINGUES GR *et al.*, 2001).

Teste da deglutição cronometrada de água

O teste consiste na ingestão de 150 ml de água pelo paciente o mais rápido possível. Concomitante à ingesta líquida pelo paciente, é registrado o tempo que o paciente demora para engolir a água e o número de deglutições que o paciente realiza para engoli-la. Possui sensibilidade preditiva >95% para identificar a presença de disfagia (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014).

Teste ASHA

Consiste em um teste para avaliação da deglutição desenvolvido pela American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), que pode ser aplicado a qualquer paciente à beira leito. Trata-se de uma ferramenta de fácil aplicação e que não exige grandes recursos financeiros para o seu uso, o que a torna útil em regiões com recursos limitados.

O teste oferece uma abordagem detalhada e estruturada dos mecanismos da disfagia orofaríngea.

Endoscopia digestiva alta (EDA)

Exame subsidiário que deve ser solicitado precocemente na investigação das disfagias esofágicas. Além de fornecer o diagnóstico, seja através da observação macroscópica ou através de biópsias (CUENCA RM, 2007) possibilita intervenções terapêuticas em casos como

disfagia por anel esofágico, em que se realiza dilatação (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014).

Em pacientes com suspeita de lesão esofágica proximal ou em estenoses complexas conhecidas, apesar de não haver evidências científicas suficientes para afirmar, não é aconselhada a realização da EDA sem um estudo prévio da anatomia esofágica. Nesta população, existe maior risco de perfuração esofágica durante a realização do exame (SPECHLER SJ., 1999).

Esofagograma contrastado baritado

Trata-se de um exame que avalia a anatomia esofágica. Pode evidenciar irregularidades na luz esofágica (SPECHLER SJ., 1999). É indicado como o exame inicial em pacientes com suspeita de lesão esofágica proximal ou em estenoses complexas conhecidas, ou como exame complementar em casos de suspeita de obstrução mecânica não visualizada na EDA (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014).

Tem sua sensibilidade aumentada para o diagnóstico de estenoses sutis quando são adicionados tabletes de bário. É um artifício que pode ser utilizado em pacientes com suspeita de estenose com EDA normal (SPECHLER SJ., 1999).

Manometria esofágica de alta resolução com topografia de pressão esofágica

Indicado em casos de suspeita de patologias que cursam com distúrbios da motilidade (CUENCA RM 2007), ou em casos de pacientes com EDA inconclusiva, 5tratamento antirrefluxo adequado e ausência de esofagite diagnosticada endoscopicamente (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014).

Acalásia, esclerodermia e espasmo esofágico são os principais distúrbios de motilidade, e são classificados conforme a Classificação de Chicago (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014). Embora certos transtornos de motilidade (por exemplo, acalásia) em estádios avançados possam ser fortemente suspeitados com base na avaliação radiográfica, um estudo de motilidade é necessário para estabelecer o diagnóstico (SPECHLER SJ., 1999).

Embora a literatura apresente bom entendimento do processo disfágico, o diagnóstico preciso de sua etiologia frequentemente necessita de múltiplos exames complementares para o adequado manejo do paciente com disfagia (DOMINGUES GR *et al.*, 2001).

Tratamento e diagnósticos diferenciais das principais causas de disfagia esofágica

A abordagem do paciente com disfagia deve ser individualizada conforme o diagnóstico etiológico que o paciente apresenta (DOMINGUES GR *et al* 2001).

Independente da causa etiológica, o principal objetivo do tratamento é a melhora da passagem dos alimentos e líquidos através do esôfago, além de minimizar complicações como a broncoaspiração (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014).

A presença de disfagia em diferentes faixas etárias sugere etiologias distintas. Em pa-

cientes com idade inferior a 50 anos, as causas mais freqüentes são em ordem de probabilidade: esofagite de refluxo, acalásia, tumores benignos, carcinomas, compressão extrínseca e esclerodermia. Já em pacientes com idade acima de 50 anos, são: carcinoma (principal causa), esofagite de refluxo, anel esofágico, acalásia e espasmo esofágico difuso (CUENCA RM, 2007).

Impactação alimentar - Causa mais comum de disfagia em adultos. Os pacientes geralmente apresentam história de disfagia súbita com início após ingesta alimentar. O tratamento consiste na remoção do alimento impactado via EDA (SPECHLER SJ., 1999).

- **Estenose esofágica** - Complicação crônica da exposição da mucosa esofágica ao suco gástrico (causas pépticas) que cursam com estreitamento da luz, ou por mecanismos diversos que evoluem de forma semelhante, apesar de sua origem não-péptica. Em ambas, o tratamento pode ser realizado com inibidores de bomba de prótons ou com dilatação progressiva com vela de Savary-Gilliard (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014).

- **Estenose péptica** - Complicação do refluxo ácido que pode ser vista em aproximadamente 10% dos pacientes com doença de refluxo gastroesofágico (DRGE) (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014) , ou em situações que cursam com uma elevada exposição da luz esofágica ao suco gástrico como: esclerose sistêmica, Síndrome de Zollinger-Ellison, uso crônico de sonda nasogástrica, pós-operatório de cirurgia de Heller para acalásia, entre outras situações (SPECHLER SJ., 1999).

- **Estenose de origem não péptica** - Distúrbios que cursam com estreitamento da luz esofágica que não apresentam origem péptica, tais quais esofagite eosinofílica, ressecção pós-cirúrgica, ingestão cáustica, esofagite por ingesta de pílula medicamentosa, esofagite fúngica, entre outros (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014).

- **Membranas e anéis esofágicos** - membranas que cursam com o comprometimento total ou parcial da luz esofágica (SCHATZKI R. 1963). São encontradas geralmente no esôfago superior, abaixo do músculo cricofaríngeo (SILVA JF *et al.*, 2007).

As membranas esofágicas podem ocorrer na síndrome de Plummer-Vinson, entidade descrita originalmente por Patterson e Kelly em mulheres brancas, com disfagia alta, associado à anemia ferropriva, atrofia de mucosa oral e fragilidade ungueal, geralmente vista no período pós-menopausa (SILVA JF *et al.*, 2007)

- **Membrana esofágica** - Estrutura fina que consiste em pregas de mucosa que se projetam parcial ou totalmente para a luz esofágica (SCHATZKI R., 1963).

- **Anéis esofágicos** - Consiste em uma subestenose localizada na transição anatômica esofagogástrica alguns centímetros acima da junção escamocolunar. Acometem na maioria dos casos apenas estruturas mucosas, porém em casos raros, a camada muscular pode ser acometida (SCHATZKI R., 1963).

Ambas (membranas e anéis esofágicos) são tratadas com dilatação endoscópica com vela de Savary-Gilliard (SCHATZKI R., 1963).

- **Neoplasia** - Pacientes com câncer de esôfago ou gástrico (localizado na cárdia) apre-

sentam como sintoma a disfagia progressiva, inicialmente para sólidos, que rapidamente evolui para líquidos (TRACEY JP. *Et al* 1994). Além disso, dor no peito, odinofagia, anemia, anorexia, perda ponderal significativa e linfadenomegalia são frequentemente observados (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014).

Em pacientes com idade superior a 60 anos, com tumor de cárdia acompanhada por rápida evolução dos sintomas de disfagia (inferior a seis meses) e EDA apresentando dificuldade de passagem do aparelho através da junção esofagogástrica, deve-se pensar em pseudoacalásia secundária à neoplasia (TRACEY JP *et al.*, 1994).

O tratamento dos pacientes com neoplasias ocorrerá conforme o estadiamento da doença. (TRACEY JP *et al.*, 1994).

- **Acalasia** - Envolve uma falha no relaxamento do esfíncter inferior do esôfago (EEI) associada à aperistalse esofágica durante a deglutição. Os sintomas mais observados são disfagia progressiva acompanhada por regurgitação de alimentos não digeridos ou saliva. Dor no peito, azia, e dificuldade de eructação também podem ser observadas (HOWARD PJ. *et al.*, 1992)

O diagnóstico é realizado através da manometria, que evidenciará aperistalse nos dois terços distais do esôfago associado ao relaxamento incompleto do EEI (CUENCA RM, 2007).

O esofagograma com bário, exame muito utilizado no passado, pode ser utilizado no seguimento do paciente com acalásia. Atualmente, perdeu espaço para manometria, pois aproximadamente um terço dos resultados podem apresentar falsos negativos (HOWARD PJ *et al.*, 1992).

O tratamento pode ser realizado por meio de dilatação pneumática via endoscópica, ou por cirurgia de Heller.

- **Espasmo esofágico difuso** - Hipertonia do EEI que cursa com disfagia intermitente, não progressiva para sólidos e líquidos, que pode ser acompanhada por dor torácica (CLOUSE RE., 1997)

Assim como todo distúrbio de motilidade, o diagnóstico é realizado através da manometria. O esofagograma baritado bário, utilizado durante o seguimento ambulatorial dos pacientes, evidenciará alterações na coluna de bário que resultam em imagens com descrições como "rosário" ou "saca-rolhas" (CLOUSE RE, 1997).

- **Esclerodermia** - Caracterizada pelo aumento fibrótico do tecido conectivo com envolvimento esofágico em aproximadamente 75 a 90% dos pacientes.

Inicialmente, é observado peristaltismo de baixa amplitude associado à falha no relaxamento do EEI, que mantém uma pressão de repouso baixa. O processo evolui com ausência de peristaltismo, retardo do esvaziamento esofágico e diminuição da pressão do EEI. Por fim, o peristaltismo preservado do esôfago proximal é seguido por ausência de peristaltismo nos 2/3 distais e um EEI virtualmente ausente (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA, 2014).

Pode cursar com uma esofagite péptica. Em princípio, o tratamento da esofagite é clínico, que, quando falho, deve ser substituído pelo tratamento cirúrgico. Com a possibilidade de diagnósticos mais iniciais, muitos autores advogam o tratamento cirúrgico precoce associado

ao uso de técnicas antirrefluxo, porém é preocupante a adição de uma válvula em um esôfago atônico, podendo levar à piora da obstrução funcional (LOPES LR *et al.*, 2011).

Tratamento para causas de disfagia orofaríngea - Neurológicas

Em pacientes estáveis, uma avaliação fonoaudiológica nas primeiras 24 a 48 horas após o evento neurológico é fundamental para o rápido diagnóstico de disfagia e prevenção de complicações decorrentes desse processo. Criada em 1997 pela Associação Americana de Fonoaudiologia (ASHA), a escala do Sistema Nacional de Medição de Resultados (NOMS), é o instrumento utilizado atualmente para avaliação da comunicação e da deglutição (INAOKA C *et al.*, 2014).

No tratamento destes pacientes, uma equipe multidisciplinar com fonoaudióloga e nutricionista, é de fundamental importância (INAOKA C *et al.*, 2014).

Gastrostomia / Sonda nasoenteral

Quando o paciente apresenta dificuldades para alimentar-se adequadamente, pode ser necessária suplementação nutricional por sonda (DZIEWAS R, *et al.*, 2004). São indicações de alimentação enteral: dificuldade de deglutição por condições neurológicas ou trauma facial, obstrução luminal causada por malignidades ou estenoses benignas, além de estados hipercatabólicos, como queimaduras extensas, fibrose cística e doença de Crohn (ANSELMO, CB *et al.*, 2013).

Nos casos em que a limitação da ingestão alimentar ocorrerá por um curto período, sondas nasoentéricas são indicadas. Por outro lado, as gastrostomias são indicadas para pacientes com trato gastrointestinal intacto, mas impossibilitados de receber o aporte calórico adequado por via oral por longo prazo (DZIEWAS R, *et al.*, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do grande avanço nos métodos diagnósticos e no tratamento de várias comorbidades que cursam com disfagia, o manejo do paciente ainda é um desafio para toda equipe multidisciplinar dada a elevada possibilidade de diagnóstico diferencial.

REFERÊNCIAS

1. WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION PRACTICE GUIDELINES. DISFAGIA: diretrizes e cascatas mundiais [citado 2016 nov 28]. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>
2. DOMINGUES GR, LEMME EMO. Diagnóstico diferencial dos distúrbios motores esofagianos pelas características da disfagia. Arq Gastroenterol. [Internet]. 2001 Jan [citado 2016 nov 28];38(1):14-8.
3. CUENCA RM, MALAFAIA DT, SOUZA GD, SOUZA LRQ, MOTTA VP, LIMA MRA, *et al.* Síndrome disfágica. ABCD Arq Bras Cir Dig.2007;20(2):116-8.
5. SPECHLER SJ. American gastroenterological association medical position statement on treatment of patients with dysphagia caused by benign disorders of the distal esophagus. Gastroenterology

1999;117(1):229-33.

6. SCHATZKI R. The lower esophageal ring. Long term follow-up of symptomatic and asymptomatic rings. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med.* 1963; 90:805-10.
7. SILVA JF, TONIAL R, GAYA CWN, ROJAS DB, BASSO FO. Síndrome de Plummer-Vinson: quatro diferentes apresentações clínicas. *ACM Arq Catarin Med.* 2007;36(2):115-7.
8. TRACEY JP, TRAUBE M. Difficulties in the diagnosis of pseudoachalasia. *Am J Gastroenterol.* 1994;89(11):2014-8.
9. HOWARD PJ, MAHER L, PRYDE A, CAMERON EW, HEADING RC. Five year prospective study of the incidence, clinical features, and diagnosis of achalasia in Edinburgh. *Gut* 1992;33:1011-15.
10. CLOUSE RE. Spastic disorders of the esophagus. *Gastroenterologist* 1997;52:112.-27.
11. LOPES LR, CUNHA AG, ANDREOLLO NA, BRANDALISE NA. Tratamento cirúrgico do refluxo gastroesofágico na esclerodermia. *Ver Col Bras Cir.* 2001;28(2):133-7.
12. PAIXÃO CT, SILVA LD, CAMERINI FG. Perfil da disfagia após um acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. *Rev Rene.* 2010 Jan- Mar; 11 (1): 181-90.
13. INAOKA C, ALBUQUERQUE C. Efetividade da intervenção fonoaudiológica na progressão da alimentação via oral em pacientes com disfagia orofaríngea após AVE. *Rev. CEFAC.* 2014 Jan-
15. DZIEWAS R, RITTER M, ET AL. Pneumonia in acute stroke patients fed by nasogastric tube. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2004; 75: 852-56.
16. ANÉAS GCG, DANTAS RO. A videofluoroscopia da deglutição na investigação da disfagia oral e faríngea. *GE J Port Gastreterol.* 2014; 21 (1): 21-5.
18. ANSELMO, CB *et al.* Gastrostomia cirúrgica: indicações atuais e complicações em pacientes de um hospital universitário. *Rev. Col. Bras. Cir.* [online]. 2013, vol.40, n.6 [cited 2018-02-11], pp.458-462