

DOENÇAS NEUROLÓGICAS COMO CAUSAS DE DISFAGIA EM ADULTOS

* *Juarez Belmiro Moraes Junior*

** *José Henrique Araújo Nazaré*

O ato da mastigação e da deglutição propriamente dita envolve a ativação de inúmeros sistemas e/ou circuitos neurais. Por se apresentar como uma atividade eferente exige para sua execução uma integridade harmônica para suas vias motoras (córtex); feixes cortico-ponto-cerebelares e cortico-bulbares; gânglios da base; cerebelo e núcleos dos nervos cranianos. Não obstante a todos estes circuitos neurais envolvidos no ato da deglutição, existe ainda o processo do ato motor (aférente e sensitivo) que permite uma avaliação constante do grau de perfeição no momento de sua execução, permitindo que erros possam ser corrigidos. Qualquer alteração, por mínima que seja em um destes níveis poderá levar a disfagia.

Este artigo prima por realçar conhecimentos básicos sobre patologias neurológicas que por fatores secundários originam disfagias nos seus domínios oral, faríngea e esofágica.

MIOPATIAS

Entende-se por miopatia um vasto grupo de desordem de etiologias variadas, que tem no comprometimento das células musculares seu ponto comum (KOWACS, 1998). Sendo assim, os mecanismos neurais do ato motor encontram-se preservados, podendo haver apenas uma falha na sua execução de eferencia. As características mais comuns desta afecção neuromuscular são a diminuição da força, ausência de sintomas centrais, sensitivos ou de sinais de comprometimento dos nervos periféricos. As miopatias mais comuns e que geram quadros disfágicos são:

Polimiosite/Dermatomiosite

Mais de 50% dos pacientes apresentam disfagia (PERSON e CURRIE, 1974 apud KOWACS, 1998), a qual pode apresentar disfonia decorrente da diminuição da força nas musculaturas que compõem laringe e faringe. A presença

da diminuição de forças muscular leva a dilatação da faringe e flacidez esofágica (GRUNENBAUM e SALINGER, 1971 apud KOWACS, 1998) resultando em trânsito esofágico de forma lenta e retenção de alimento na valécula e piriformes.

Distrofia Miotônica

Caracterizada pela atrofia e diminuição da força de um músculo após sua contração ou percussão. Existe comprometimento da musculatura lisa do esôfago, resultando em baixa motilidade faríngea, estase salivar em valécula, regurgitação nasal e/ou aspiração traqueal. Observa-se ainda, a incompetência do seguimento faringo-esofágico e acalasia cricofaríngea como contribuintes para o aparecimento de disfagia (GARRET et al., 1969; SILBLINGER et al., 1967 apud KOWACS, 1998).

Distrofia Oculofaríngea

Afecção rara de herança autossômica dominante. Caracteriza-se por ptose palpebral e fraqueza progressiva da musculatura do pescoço extra-ocular. Observa-se quadro de disfagia por comprometimento dos músculos cervicais, mandíbula, musculatura facial, assim como alentecimento na passagem do bolo alimentar para a faringe e/ou retenção do mesmo na valécula e recessos piriformes.

No estudo de O’Laughlin et al., (1980) apud Kowacs, (1998) há relatos de hipotonia esofageana e hipertonia da transição faringo-esofágica, dando indícios de aspiração, penetração ou insinuação laríngea.

MIASTENIA GRAVIS

Doença auto-imune que manda anticorpos contra os receptores muscarínicos de acetilcolina da face muscular da placa motora. Embora a musculatura dos cíngulos escapulares e pélvicos sejam os mais comprometidos, frequentemente há envolvimento da musculatura torácica, oculomotora, orofaríngea e laríngea. O cansaço mastigatório e lingual pode afetar a fase oral da deglutição. A fadiga da musculatura do palato mole pode causar fraqueza, perda de pressão intra-oral e regurgitação nasal. Há ainda a possibilidade de paresia laringo-faríngea gerando dificuldades na deglutição e aspiração do bolo alimentar.

ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)

Caracterizada por uma mutação cromossômica no corpo humano e pela degeneração progressiva das vias finais comuns (neurônio motor inferior). O quadro clínico é de fraqueza muscular progressiva, reflexos de estiramento exarcebados, fasciculações musculares. Ocorre como predisponentes a disfagia: paralisia da língua e da faringe, bem como disfunção do músculo cricofaríngeo (KILMAN e GOYAL, 1976; SILBINGER et al., 1969 apud KOWACS, 1998).

A disfagia durante esta afecção costuma ocorrer no curso da doença ou em fase tardia da mesma. Em casos primários a disfagia pode ser descrita como sintoma evidente do mau funcionamento muscular na ELA.

DOENÇA DE PARKINSON (DP)

Doença progressiva, geralmente senil, determinada pela interação predisposição genética e fatores ambientais, gerando perda gradual de neurônios da substância negra levando a um quadro clínico complexo. Nesta patologia de desordem do movimento, a disfagia é motivada por cinesia repetitiva da língua, sem o rebaixamento da mesma quando o bolo alimentar encontra-se na sua face posterior, isso faz com que este bolo retorne a sua posição de origem na cavidade oral. Segundo Silbinger et al., 1967 apud Kowacs, 1998, existe diminuição de contração faríngea e fechamento laríngeo incompleto associados à disfunção do cricofaríngeo podendo levar a aspiração total ou parcial do bolo alimentar.

PARALISIA SUPRANUCLEAR PROGRESSIVA (PSP)

Perda dos movimentos oculares associado à rigidez axial progressiva são algumas características fundamentais dessa doença (KOWACS, 1998). Paralisia pseudobulbar e quadros de disfagia completam as manifestações da PSP.

A disfagia é secundária a hipertonia da deglutição faringo-esofágica (CSHLOIDER e NAGURNEY, 1977 apud KOWACS, 1998). Kowacs, 1998 coloca que nos casos de PSP a miotomia cricofaríngea pode ser descrita como uma possível “cura” para quadros disfágicos.

ATAXIA ESPINOCEREBELAR

Engloba mais de oito entidades geneticamente determinadas. A marcha atáxica é a manifestação inicial, porém, pode ocorrer rigidez e espasticidade muscular, retardo psicomotor e demência. A disfagia é secundária a paralisia bulbar ou pseudobulbar, embora a regurgitação indique uma possível disfunção da transição faringo-esofágica.

Ao observarmos o contexto geral que envolve as disfagias neurogênicas, nota-se que seu atendimento exige um complexo raciocínio clínico fonoaudiológico que necessariamente deve incluir o conhecimento do quadro neurológico geral, bem como o nutricional, gástrico, respiratório e clínico. A variação de comprometimento alimentar e a forma de lidar com estes novos parâmetros vitais, vão depender da estrutura envolvida no circuito neural da deglutição, bem como as condutas frente as manifestações e a reabilitação.

REFERÊNCIAS

KOWACS, P. A. Causas neurológicas de disfagia em adultos. In: **FILHO**, E. M.; **PISSANI**, J. C.; **CARNEIRO**, J. H. et al. **DISFAGIA: Abordagem Multidisciplinar**. Curitiba: Frôntis Editorial, 2^a ed. 1998, p. 11-17.

FILHO, E. M.; **GOMES**, G. F.; **FURKIN**, A. M. **Manual de Cuidados do Paciente com Diafagia**. São Paulo: Lovise, 2000.

*Fonoaudiólogo Graduado pela Faculdade Santa Terezinha – CEST/MA; Especializando em Motricidade Orofacial com ênfase em Fonoaudiologia Hospitalar pela ESAMAZ/PA (Escola Superior da Amazônia); Pesquisador do Projeto Educação Vocal para Professores (CNPq - São Luís/2008), Último Coordenador na Campanha Mundial da Voz (São Luís/MA-2008); Atuante nas áreas de Disfagia e Voz em Consultório Particular e Atendimento Domiciliar; Livre Docente na área de Voz.

**Fonoaudiólogo Graduado pela Faculdade Santa Terezinha – CEST/MA; Especializando em Motricidade Orofacial com ênfase em Fonoaudiologia Hospitalar pela ESAMAZ/PA (Escola Superior da Amazônia); Último Coordenador na Campanha Mundial da Voz (São Luís/MA-2008); Atuante na área de Disfagia Neurogênica pela Empresa de Home Care Vidas; Livre docente na área de Disfagia.