



A ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM DISFAGIA NA ONCOLOGIA DE CABEÇA E PESCOÇO: ESTUDO DE CASO

Tarsila Fleischmann do Amaral¹; Cristiane Faccio Gomes²

RESUMO: O câncer é um grupo de doenças caracterizado pelo crescimento anormal das células por agentes internos ou externos. O câncer de cabeça e pescoço engloba o câncer de lábio, cavidade oral, orofaringe, nasofaringe, hipofaringe, fossas nasais, seios paranasais, laringe glândulas salivares e glândula tireóide. As estruturas que consistem a cavidade oral e a orofaringe apresentam as funções básicas (neurovegetativas) de mastigação, deglutição, expressão facial e articulação. O tratamento de câncer de boca muitas vezes acarreta seqüelas no processo de comunicação e de deglutição, que limitam a qualidade de vida do indivíduo. As alterações fonoarticulatórias e a disfagia decorrentes do tratamento do câncer de boca, quando prontamente identificadas e avaliadas, permitem uma reabilitação mais rápida e efetiva, a possibilidade de restabelecimento nutricional do paciente e sua possível reintegração social. Sendo assim o objetivo deste estudo foi realizar a descrição sobre a intervenção fonoaudiológica em um caso de um paciente com disfagia decorrente de cirurgia oncológica para retirada de câncer de bochecha. O levantamento dos dados descritos foi obtido através de análise do prontuário contendo dados de anamnese, avaliação, planejamento terapêutico e resultados obtidos com a terapia de um paciente que durante um ano meio recebeu atendimento fonoaudiológico na clínica escola de Fonoaudiologia do Cesumar. A intervenção fonoaudiológica em um caso de disfagia ocasionada por tratamento de câncer de bochecha mostrou-se eficaz, no que diz respeito à (re) habilitação de um paciente que apresentava dificuldades em funções como mastigação, deglutição, expressão facial e articulação.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de bochecha; Disfagia; Intervenção Fonoaudiológica.

1 INTRODUÇÃO

O câncer é um grupo de doenças caracterizado pelo crescimento anormal das células por agentes internos ou externos. O câncer de cabeça e pescoço engloba o câncer de lábio, cavidade oral (mucosa bucal, gengivas e palato duro, língua e assoalho), orofaringe (amídalas, palato mole e base da língua) nasofaringe, hipofaringe, fossas nasais, seios paranasais, laringe glândulas salivares e glândula tireóide (OLIVEIRA; VIEIRA; MOTTA; SALLES; DI NINNO; BRITTO, 2003). Com exceção dos tumores de pele, a maior parte dos tumores de cabeça e pescoço ocorre nas vias aereodigestivas superiores, principalmente boca, faringe e laringe (ANGELIS, FURIA, MOURÃO E KOWALSKI, 2000).

Segundo Rapoport (1997), o desenvolvimento de uma neoplasia maligna (câncer) corresponde ao produto final de uma ação exercida por um conjunto de fatores que estão presentes desde o nascimento do indivíduo e/ou são adquiridas durante sua vida. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) os fatores que podem levar ao câncer

¹ Discente do Curso Fonoaudiologia. Departamento de Fonoaudiologia do Centro Universitário de Maringá – Cesumar, Maringá – PR. tarsila-fono@bol.com.br

² Docente do curso de Fonoaudiologia. Departamento de Fonoaudiologia do Centro Universitário de Maringá – Cesumar, Maringá – Paraná. fono.crisgomes@hotmail.com

de boca são idade superior a 40 anos, vício de fumar cachimbos e cigarros, consumo de álcool, má higiene bucal e uso de próteses dentárias mal-ajustadas.

De acordo com o INCA (2009), o tratamento preconizado para o câncer de boca envolve diferentes modalidades terapêuticas, tais como: a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia, e depende também da localização, do grau de malignidade e do estadiamento do tumor, assim como, das condições físicas do paciente. Em princípio o tratamento de escolha para as neoplasias avançadas inclui sempre procedimentos cirúrgicos associados à radioterapia.

As estruturas que consistem a cavidade oral e a orofaringe apresentam as funções básicas (neurovegetativas) de mastigação, deglutição, expressão facial e articulação. Cirurgias que acometem essa região podem acarretar, em maior ou menor grau, seqüelas na deglutição e/ou inteligibilidade de fala, que, de acordo com Parise Jr. (2000), são consideradas pelos pacientes como as seqüelas mais devastadoras decorrentes do tratamento desse tipo de câncer.

Para Angelis et. al. (2000), as estruturas relacionadas ao câncer de boca e orofaringe são: lábio, língua, glândulas salivares, gengiva, assoalho bucal, vestíbulo bucal, palato duro e mole, tonsila palatina e lingual, amígdalas paredes posterior e lateral da orofaringe.

Segundo Praise Jr. (2000) na cirurgia de retirada do câncer quando há ressecções do assoalho lateral da boca, estas ocasionam dificuldades graves na fase oral e faríngea da deglutição. Nos casos em que há sutura da língua, observa-se uma maior probabilidade de ocorrer disfagia, com escape anterior do alimento ou seu acúmulo na região seccionada. Disfagia é um distúrbio de deglutição, caracterizada por alterar a dinâmica desta, que é de levar o alimento da boca até o estômago, estas alterações podem ocorrer em qualquer parte do trato digestivo (MARCHESAN, 1995). Podem ser observadas dificuldades na propulsão do bolo, acúmulo de material no sulco lateral ou no palato duro, atraso ou ausência do reflexo de deglutição e redução do peristaltismo faríngeo.

Da mesma forma Greene (1988) relatou que as alterações nesse tipo de paciente são: xerostomia causada pela radioterapia, alteração nas estruturas da cavidade oral prejudicando, inclusive, a deglutição e paralisia facial.

A dificuldade encontrada na expressão facial pode ocorrer devido à secção de ramos do nervo facial. O nervo facial constitui, com o homólogo contralateral, o sétimo (VII) par de nervos cranianos. É constituído por uma raiz motora (nervo facial propriamente dito) e uma raiz sensitiva (nervo intermédio). Ele controla os músculos da expressão facial, e a sensação gustativa dos dois terços anteriores da língua. Uma lesão do nervo facial manifesta-se por paralisia dos músculos da mímica facial em uma hemiface com incapacidade para enrugurar a fronte, fechar completamente o olho, sorrir, bochechar, assoviar. Observa-se, ainda, desvio da comissura labial para o lado contrário à lesão, apagamento dos sulcos da hemiface comprometida e lacrimejamento contínuo. Na dependência do local da lesão do nervo facial, alterações da gustação, audição (os sons parecem mais altos no lado comprometido), e salivagem podem ser encontradas.

A Fonoaudiologia é a área responsável pela avaliação, prevenção e reabilitação das desordens fonoarticulatórias e da deglutição, decorrentes ou não do câncer de boca.

Praise Jr. (2000), afirma que o tratamento de câncer de boca muitas vezes acarreta seqüelas no processo de comunicação e de deglutição, que limitam a qualidade de vida do indivíduo. As alterações fonoarticulatórias e as disfagias decorrentes do tratamento do câncer de boca, quando prontamente identificadas e avaliadas, permitem uma reabilitação mais rápida e efetiva, a possibilidade de restabelecimento nutricional do paciente e sua possível reintegração social. Sendo assim o objetivo deste estudo foi realizar a descrição sobre a intervenção fonoaudiológica em um caso de disfagia

decorrente de cirurgia oncológica para retirada de câncer de bochecha, através dos dados do prontuário desse paciente.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O levantamento dos dados descritos foi obtido através de análise de um prontuário contendo dados de anamnese, avaliação, planejamento terapêutico e resultados obtidos com a terapia de um paciente que durante um ano meio recebeu atendimento fonoaudiológico na clínica escola de Fonoaudiologia do Cesumar. O levantamento de dados foi executado no período de março a junho de 2009, sendo aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa do Cesumar (COPEC), sob o número 480-2008. Os dados obtidos foram analisados qualitativamente, sendo descritos todos os dados relevantes, assim como a terapia realizada e os resultados obtidos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os primeiros dados analisados do prontuário são referentes a anamnese fonoaudiológica realizada com o paciente no dia 20/02/2008, são descritos a seguir:

1 – Paciente, sexo masculino, procurou a clínica de Fonoaudiologia do Cesumar com 51 anos por um encaminhamento que recebeu para realização de terapia fonoaudiológica após realização de tratamento para remoção de câncer de bochecha na hemiface direita. Paciente utilizou tabaco e álcool durante muitos anos, mas há 11 anos deixou de utilizar essas substâncias. Em 2004 após receber diagnóstico médico de portador de lesão ulcero-infiltrativa na mucosa jugal do lado direito, feito a biópsia cujo AP revelou CEC, realizou a primeira cirurgia do tipo maxilectomia parcial com a ressecção da lesão bucal a direita. Realizou a 2ª cirurgia como reparo da primeira e após esta foi submetido a 38 sessões de radioterapia. Em 2007 realizou a 3ª cirurgia, pois houve recidiva. No período das três cirurgias utilizou traqueostomia e sonda nasogástrica. Relatou que apresentava dificuldades na alimentação, alimentava-se apenas de consistência pastosa e líquida, no entanto ocorria escape lateral durante sua ingestão. Não referiu quadros de pneumonia ou febre. Trabalha em uma loja na qual é proprietário, no entanto não gosta de atender os clientes, pois relata não gostar de sua aparência.

De acordo com os dados do prontuário referentes à avaliação fonoaudiológica, pode-se destacar:

2 – HIPÓTESE DIAGNÓSTICA ETIOLÓGICA: Câncer de bochecha;

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA FONOAUDIOLÓGICA: Distúrbio miofuncional orofacial;

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA DE MANIFESTAÇÃO: De acordo com a postura corporal, apresenta cifose, cabeça anteriorizada em relação ao tórax, além de assimetria dos ombros em repouso, o ombro esquerdo está rebaixado em relação ao direito. Apresenta hemiface direita paralisada, com os músculos faciais deste lado com tônus rebaixado. O músculo levantador do lábio superior e da asa do nariz, o músculo levantador do ângulo da boca e o músculo temporal encontram-se hipertônicos do lado esquerdo e o músculo platisma encontra-se hipertônico do lado direito. Apresenta disfagia orofaríngea de origem mecânica com dificuldades de: colocar o alimento na cavidade oral devido ao trismo, ou seja, pouca amplitude de abertura de cavidade oral, preparar o bolo e propulsioná-lo para faringe. Há dificuldades no movimento peristáltico da faringe. Devido a não coordenação dos movimentos da língua apresenta dificuldades em realizar varredura de língua no vestíbulo com a finalidade de retirar o alimento que escapa para o lado direito e vestíbulo oral. Tem alteração na propriocepção intra-oral e gustação do lado direito, há propriocepção extra-oral do lado direito exceto no local do enxerto. Com relação à articulação, tem dificuldade em vedar o lábio ao realizar os fonemas /p/, /b/ e /m/.

Segundo os dados do prontuário referentes ao planejamento terapêutico pode-se destacar que os objetivos gerais e específicos foram:

3 – OBJETIVOS GERAIS: Conscientizar o paciente sobre a postura corporal; aprimorar aspectos anátomo-morfológicos e funcionais; aprimorar as funções neurovegetativas (mastigação, deglutição, articulação e expressões faciais) e realizar orientações fonoaudiológicas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Monitorar postura corporal; realizar relaxamento da musculatura cervical e do músculo platisma; restaurar a amplitude de abertura de cavidade oral; aprimorar tonicidade e mobilidade de lábios; estimular reflexo de deglutição; trabalhar controle oral; promover deglutição segura e funcional utilizando manobras; aprimorar expressões faciais; aprimorar a articulação dos fonemas /p/, /b/ e /m/ e orientar o paciente quanto à importância da realização dos exercícios.

Com relação aos dados do prontuário do paciente referentes aos resultados obtidos com a terapia fonoaudiológica, pode-se destacar:

4 – Durante o processo terapêutico o paciente realizou uma avaliação audiológica com exame de audiometria e imitanciométrica, pois devido à lesão no nervo facial (VII par) provavelmente durante as cirurgias de remoção do câncer, poderia causar uma perda auditiva, no entanto os resultados desses exames sugeriram integridade na audição. De acordo com a postura corporal paciente na avaliação final apresentou ombros simétricos. Durante as sessões iniciais de acordo com os aspectos anátomo-morfológicos e funcionais foi realizado relaxamento do músculo platisma do lado direito que, com a evolução da terapia, continuou hipertônico, visto que se tratava de uma sincinesia causada pela paralisia facial do mesmo lado, no entanto o relaxamento contínuo aliviou o paciente de dores nessa região. Também de acordo com os aspectos anátomo-morfológicos e funcionais foi aprimorada a amplitude de abertura de cavidade oral que obteve um resultado muito bom, visto ao prognóstico de trismo, no entanto o paciente necessita continuamente realizar os exercícios para continuar aprimorando essa função, pois a tendência é cada vez diminuir mais a amplitude sem os exercícios. Foi possível observar a evolução da amplitude de abertura de cavidade oral também na função de mastigação, no momento de colocar o alimento dentro da cavidade oral. Foi trabalhado também a mobilidade e o alongamento dos músculos faciais, a fim de preparar a musculatura oral do paciente a aumentar a amplitude de abertura de cavidade oral, com isso foi observado melhora significativa no vedamento labial do paciente, possibilitando também a melhora da articulação dos fonemas /p/, /b/ e /m/. No início da terapia paciente realizava movimentos de língua incoordenados e de acordo com os aspectos anátomo-morfológicos e funcionais foi aprimorada a mobilidade de língua, sendo que obteve-se resultado muito bom observado durante a função de mastigação através do controle do alimento na cavidade oral e no auxílio da limpeza da cavidade oral com as sobras de alimento que restavam a ser deglutidos. De acordo com as funções neurovegetativas foi trabalhada a função da mastigação e deglutição. Estas funções causavam desconforto ao paciente, pois a maioria dos alimentos necessitava ser ingeridos na consistência pastosa e escapavam da cavidade oral durante a mastigação, dessa forma o paciente sentia-se desconfortável em alimentar-se em público. A mastigação foi trabalhada com orientações ao paciente em relação à quantidade de alimento que deve ser colocada a cavidade oral para ser mastigado e deglutido e a velocidade da mastigação que no início da terapia estava acelerada e ao final já estava equilibrada. O paciente no início da sessão utilizava com frequência a mudança postural de cabeça para trás para a deglutição de líquidos, no entanto a própria família do paciente relatou que essa manobra tem sido utilizada pelo paciente esporadicamente, pois ele tem conseguido conter na maioria das vezes o escape que ocorre no lado paralisado. Outras manobras como a manobra de Shaker continuará sendo realizada na residência do paciente como foi durante o tempo de terapia, pois essa manobra auxilia o controle oral do paciente e a contração faríngea para

a passagem do alimento, sendo que tem proporcionado grandes benefícios ao paciente. Foram trabalhadas diferentes consistências de alimentos, sendo que quando foi trabalhado alimento sólido foi utilizada a manobra de mudança de consistência ou para o líquido ou pra o sólido. Com todas as consistências o paciente apresenta uma deglutição segura e funcional.

O paciente em questão recebeu alta do atendimento fonoaudiológico no dia 26/06/2009, recebendo todas as orientações necessárias para não ocorrerem recidivas.

4 CONCLUSÃO

A intervenção fonoaudiológica em um caso de disfagia ocasionada por tratamento de câncer de bochecha mostrou-se eficaz, no que diz respeito à (re) habilitação de um paciente que apresentava dificuldades em funções como mastigação, deglutição, expressão facial e articulação. Não foi possível retornar o desempenho dessas funções ao que eram antes do tratamento do câncer, uma vez que foram retiradas muitas estruturas importantes para a realização dessas funções, no entanto o paciente após a intervenção fonoaudiológica conseguiu realizar essas funções sem risco para sua saúde (como aspiração de alimento), com autoconfiança e (re) integração social.

REFERÊNCIAS

ANGELIS, Elisabete Carrara de; FÚRIA, Cristina Lemos Barbosa; MOURÃO, Lucia Figueiredo; KOWALSKI, Luiz Paulo. **A atuação da Fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço**. São Paulo: Lovise, 2000.

GREENE, C. L. Margarete. **Distúrbios da voz**. São Paulo: Manole, 1989.

MARCHESAN, Irene Queiroz. Disfagia. In: MARCHESAN, Irene Queiroz; BALAFFI, Cléia; GOMES, Ivone C. Dias; ZORZI, Jaime Luiz. **Tópicos em fonoaudiologia**. São Paulo: Lovise, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instituto Nacional do Câncer. Obtido via internet, <http://www.inca.gov/>. Acesso em 25 de março de 2009.

OLIVEIRA, Laura Cristina Sales de; VIEIRA, Camila Alves; MOTTA, Marta Helena Marques; SALLES, Patrícia Vieira; SALLES, José Maria Porcaro; DI NINNO, Camila Queiroz de Moraes Silveira; BRITTO, Ana Teresa Brandão de Oliveira. Identificação das mudanças na mastigação e deglutição de indivíduos submetidos à glossectomia parcial. **Revista sociedade brasileira Fonoaudiologia**, São Paulo, v.13, n.4, p. 338-343. 2008.

PARISE JUNIOR, Orlando. **Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos**. São Paulo: Sarvier, 2000.

RAPOPORT, Abrão. (Org). **Câncer da boca**. São Paulo: Pancast, 1997.

REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, [S.I.]. Obtido via internet, <http://www.sarah.br/>. Acesso em 25 de março de 2009.