

Aula 25 – Disfagia Esofágica e Motilidade

Desvendando a Disfagia Esofágica: Uma Jornada pela Motilidade e o Papel do Fonoaudiólogo

Bem-vindo(a) à Aula 25 do nosso Curso de Disfagia e Reabilitação! Sei que o dia pode ter sido longo, mas prepare-se para uma jornada fascinante que vai expandir sua compreensão sobre a deglutição e o papel crucial do fonoaudiólogo. Imagine-se em um consultório, diante de um paciente com queixas que parecem um quebra-cabeça. Muitas vezes, pensamos na disfagia como um problema na boca ou na garganta, mas e se o desafio estiver um pouco mais abaixo, em um órgão que trabalha silenciosamente, mas é essencial para nossa alimentação?

Nesta aula, vamos mergulhar no universo da **disfagia esofágica** e da **motilidade** desse tubo muscular que conecta a faringe ao estômago. Nosso objetivo principal é que, ao final deste encontro, você seja capaz de identificar as principais desordens esofágicas que afetam a deglutição, compreender a interface vital entre a fonoaudiologia e a gastroenterologia, e aplicar as manobras e estratégias compensatórias mais eficazes para auxiliar seus futuros pacientes.

A relevância prática deste conhecimento é imensa. Seja você um estudante buscando aprofundamento para sua formação acadêmica ou um candidato a concurso público que precisa de um diferencial, dominar este tema o colocará à frente. A disfagia esofágica é uma condição comum, muitas vezes subdiagnosticada ou confundida com outras condições, e o fonoaudiólogo tem um papel cada vez mais reconhecido na sua detecção e manejo. Prepare-se para conectar o que você já sabe sobre a deglutição com novos conceitos, desvendando os mistérios do esôfago e suas implicações clínicas.

O Esôfago: Mais Que um Simples Tubo de Passagem

Quando pensamos em deglutição, nossa mente geralmente se volta para a boca e a faringe, onde a ação é mais visível e consciente. No entanto, há um herói silencioso e fundamental nessa orquestra: o esôfago. Ele é muito mais do que um simples "cano" por onde a comida desliza. Imagine-o como um sistema de transporte altamente sofisticado, com um controle de tráfego aéreo próprio, garantindo que cada bocado chegue ao seu destino final – o estômago – de forma segura e eficiente.

Mas o que acontece quando esse sistema de transporte falha? Quando o "elevador" não sobe ou desce corretamente, ou quando há um obstáculo no caminho? É aí que a disfagia esofágica entra em cena, causando desconforto, dor e, em casos mais graves, comprometendo a nutrição e a qualidade de vida. Compreender a fisiologia normal do esôfago é o primeiro passo para identificar onde o problema pode estar.



- ❏ O esôfago é um tubo muscular de aproximadamente 25 cm de comprimento, dotado de duas "portas" importantes: o esfíncter esofágico superior (EES), que se abre para permitir a entrada do alimento, e o esfíncter esofágico inferior (EEI), que relaxa para que a comida passe para o estômago e se contrai para evitar o refluxo. Entre essas portas, o corpo esofágico realiza movimentos coordenados, as **ondas peristálticas**, que empurram o alimento para baixo. É um balé muscular complexo, e qualquer descompasso pode gerar grandes desafios.

Acalasia: O Portão que Não Abre

O Problema

Degeneração dos neurônios no plexo mioentérico do esôfago

O Resultado

EEl não relaxa adequadamente durante a deglutição

A Consequência

Comida se acumula no esôfago, causando dilatação

Imagine que você está tentando entrar em um prédio, mas o portão automático, que deveria abrir suavemente para sua passagem, permanece teimosamente fechado. Você empurra, tenta de novo, mas ele não cede. Essa é uma analogia para a **acalasia**, uma das desordens esofágicas mais desafiadoras. Ela não é um problema de obstrução física, mas sim de uma falha na coordenação nervosa do esôfago.

Na acalasia, há uma degeneração dos neurônios no plexo mioentérico do esôfago, que são responsáveis por coordenar o relaxamento do esfíncter esofágico inferior (EEI) e as ondas peristálticas. O resultado? O EEI não relaxa adequadamente durante a deglutição, agindo como um "portão emperrado", e o corpo esofágico perde sua capacidade de empurrar o alimento para baixo de forma eficaz. A comida se acumula no esôfago, causando dilatação e uma série de sintomas incômodos.

Sintomas Clássicos da Acalasia

- Disfagia para líquidos e sólidos
- Regurgitação de alimentos não digeridos (especialmente à noite)
- Dor torácica
- Perda de peso

Pense em um paciente que, após comer, sente a comida "parada" no peito, voltando à boca horas depois. Essa é uma queixa clássica. O diagnóstico é feito por exames como a manometria esofágica de alta resolução, que avalia a pressão e a coordenação dos músculos esofágicos. É um quadro que exige uma abordagem cuidadosa e, muitas vezes, intervenções médicas ou cirúrgicas para aliviar a obstrução funcional.

Estenoses Esofágicas: O Caminho Estreito

Se a acalasia é um problema de um portão que não abre, as **estenoses esofágicas** são como um túnel que se estreita, dificultando a passagem. Uma estenose é um estreitamento anormal do lúmen do esôfago, que pode ser causado por diversos fatores. Pense em um cano que, com o tempo, acumula resíduos ou sofre danos em suas paredes, diminuindo seu diâmetro interno.

Principais Causas

- Inflamação crônica (esofagite de refluxo)
- Lesões por substâncias cáusticas
- Radioterapia na região do tórax
- Tumores



☐ A disfagia nas estenoses é tipicamente **progressiva**, começando com dificuldade para sólidos e, com o tempo, evoluindo para líquidos, à medida que o estreitamento se agrava.

Um exemplo comum é a **estenose péptica**, que ocorre devido ao refluxo gastroesofágico crônico. O ácido estomacal irrita e inflama a mucosa esofágica, levando à formação de tecido cicatricial que se contrai e estreita o esôfago. Imagine um paciente que, por anos, sofreu com azia e, agora, percebe que a carne ou o pão ficam "presos" no meio do caminho. É uma situação que exige atenção médica para dilatação ou, em casos mais graves, cirurgia. O fonoaudiólogo, nesse cenário, atua na adaptação da dieta e na orientação de estratégias compensatórias para garantir a segurança da deglutição.

Anel de Schatzki: Um Obstáculo Inesperado

01

Formação do Anel

Dobra de tecido mucoso na junção esofagogástrica

02

Causa Provável

Refluxo gastroesofágico crônico ou predisposição genética

03

Sintoma Principal

Disfagia intermitente para sólidos

04

Episódio Típico

Impactação alimentar com necessidade de regurgitação

Continuando nossa jornada pelos desafios do esôfago, encontramos o **anel de Schatzki**. Se as estenoses são túneis que se estreitam, o anel de Schatzki é como um "degrau" ou um "anel de borracha" apertando o esôfago em um ponto específico, geralmente na junção esofagogástrica. É uma condição benigna, mas que pode causar sintomas bastante incômodos e, por vezes, assustadores.

Este anel é uma dobra de tecido mucoso que se forma na parte inferior do esôfago. Embora a causa exata não seja totalmente compreendida, acredita-se que esteja relacionada ao refluxo gastroesofágico crônico ou a uma predisposição genética. A principal característica do anel de Schatzki é a **disfagia intermitente para sólidos**, ou seja, a dificuldade de engolir não é constante, mas ocorre em episódios, especialmente com alimentos mais secos ou mal mastigados.

Pense em um paciente que, de repente, sente um pedaço de carne "parar" no peito, causando grande desconforto e a necessidade de regurgitar. Essa sensação pode ser alarmante, mas geralmente é aliviada pela regurgitação ou pela ingestão de líquidos. O diagnóstico é feito por endoscopia digestiva alta, onde o anel pode ser visualizado e, se necessário, dilatado. Embora seja uma condição benigna, o fonoaudiólogo tem um papel importante na orientação de estratégias alimentares, como mastigação adequada e modificação da consistência dos alimentos, para prevenir os episódios de impactação.

Conceito	Causa Principal	Sintomas Chave	Localização Típica
Acalasia	Degeneração neuronal (perda de relaxamento EEI)	Disfagia para líquidos e sólidos, regurgitação noturna, perda de peso	Esfíncter Esofágico Inferior
Estenose	Inflamação crônica, lesões, tumores	Disfagia progressiva (sólidos para líquidos)	Qualquer parte do esôfago
Anel de Schatzki	Dobra de tecido mucoso (refluxo?)	Disfagia intermitente para sólidos, impactação alimentar	Junção esofagogástrica

O Fonoaudiólogo e a Gastroenterologia: Uma Parceria Essencial

Até agora, exploramos as complexidades das desordens esofágicas. Mas onde o fonoaudiólogo se encaixa nesse cenário, que à primeira vista pode parecer puramente médico? A resposta é: de forma absolutamente essencial! A disfagia, independentemente de sua origem, impacta diretamente a capacidade de se alimentar e, conseqüentemente, a qualidade de vida. O fonoaudiólogo atua como um "detetive" da deglutição, capaz de identificar pistas que sugerem uma origem esofágica para a disfagia e, assim, guiar o paciente para o tratamento adequado.



SBFa & CFFa

Diretrizes nacionais para abordagem multidisciplinar



ASHA & DRS

Padrões internacionais de excelência



Colaboração

Via de mão dupla entre especialidades

A colaboração entre o fonoaudiólogo e o gastroenterologista é um pilar fundamental na abordagem da disfagia esofágica, refletindo as diretrizes mais recentes da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), do Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) e de associações internacionais como a American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) e a Dysphagia Research Society (DRS). Essa abordagem multidisciplinar garante que o paciente receba uma avaliação completa e um plano de tratamento integrado, que vai além da simples intervenção pontual.

O fonoaudiólogo é o profissional que, por sua expertise na avaliação da deglutição, pode levantar a suspeita de uma disfagia esofágica mesmo quando os sintomas não são óbvios. Ele é capaz de diferenciar uma disfagia orofaríngea de uma esofágica, ou identificar componentes de ambas. Essa capacidade de discernimento é crucial para o encaminhamento correto e para evitar atrasos no diagnóstico e tratamento. A interface com a gastroenterologia não é apenas uma ponte, mas uma via de mão dupla, onde a troca de informações e a discussão de casos são rotina para o melhor cuidado ao paciente.

Avaliação Fonoaudiológica na Disfagia Esofágica: Sinais e Pistas

Como o fonoaudiólogo, em sua prática clínica, pode identificar que a disfagia de um paciente pode ter uma origem esofágica? Não é sempre óbvio, e muitas vezes os sintomas se sobrepõem. No entanto, existem sinais e sintomas que servem como "bandeiras vermelhas", indicando que a investigação deve se estender além da fase orofaríngea da deglutição.

Pense em um paciente que relata que a comida "fica presa" no peito, e não na garganta. Ou que sente dor ao engolir (odinofagia) que não é explicada por inflamação na faringe. Esses são indícios importantes. A regurgitação de alimentos não digeridos, especialmente horas após a refeição ou durante o sono, é outro sinal clássico de problemas esofágicos, como a acalasia. Sintomas como pirose (azia), dor torácica não cardíaca e tosse crônica também podem estar associados à disfagia esofágica, especialmente em casos de refluxo gastroesofágico.

Durante a anamnese, o fonoaudiólogo deve fazer perguntas detalhadas sobre a localização da sensação de "entalo", a consistência dos alimentos que causam dificuldade (sólidos, líquidos ou ambos), a frequência dos episódios e a presença de outros sintomas gastrointestinais. A observação clínica da deglutição, embora não revele diretamente o que acontece no esôfago, pode fornecer pistas indiretas, como a necessidade de múltiplas deglutições para um mesmo bolo alimentar ou a presença de tosse tardia. É a partir dessa coleta de informações e da suspeita clínica que o fonoaudiólogo fará o encaminhamento adequado para o gastroenterologista, que solicitará exames específicos como a endoscopia, a manometria ou a esofagografia.

Sinal/Sintoma	Sugere Disfagia...	Descrição
Sensação de "entalo" retroesternal	Esofágica	Comida presa no peito, não na garganta.
Regurgitação de alimentos não digeridos	Esofágica	Retorno de comida sem sinais de digestão, horas após a refeição.
Odinofagia (dor ao engolir)	Esofágica	Dor no peito ou garganta durante a deglutição, sem causa orofaríngea.
Pirose (azia) e dor torácica	Esofágica	Queimação no peito e dor, frequentemente associadas a refluxo.
Disfagia para sólidos > líquidos	Esofágica	Dificuldade maior com alimentos sólidos, progredindo para líquidos.
Tosse tardia ou noturna	Esofágica	Tosse que ocorre após a deglutição ou durante o sono, por refluxo/regurgitação.

Manobras e Estratégias Compensatórias: Aliviando o Caminho

Uma vez que a disfagia esofágica é identificada, o papel do fonoaudiólogo se torna ainda mais prático e direto no manejo dos sintomas. Embora o tratamento da causa subjacente seja responsabilidade do médico (seja por medicação, dilatação ou cirurgia), o fonoaudiólogo é o especialista em **manobras e estratégias compensatórias** que podem aliviar o desconforto e garantir a segurança da deglutição enquanto o tratamento médico age ou como manejo a longo prazo.



Modificação da Consistência

Alimentos mais macios, purês ou líquidos espessados para facilitar a passagem por caminhos estreitos.



Deglutição Múltipla

Engolir várias vezes para garantir que todo o alimento desça adequadamente.



Postura Adequada

Sentar-se ereto durante e após as refeições para auxiliar a gravidade.



Mastigação Prolongada

Transformar o alimento em bolo homogêneo e menor através de mastigação cuidadosa.



Ingestão de Líquidos

Beber durante as refeições para "empurrar" o bolo alimentar.



Manobra de Valsalva

Para acalasia: prender a respiração e fazer força durante a deglutição.

Pense nessas manobras como "truques" ou "ajustes" que o paciente pode fazer para facilitar a passagem do alimento. Elas não curam a condição, mas ajudam a contornar o problema funcional. Por exemplo, para um paciente com estenose ou anel de Schatzki, a **modificação da consistência alimentar** é fundamental. Isso pode significar a ingestão de alimentos mais macios, purês, ou líquidos espessados, que são mais fáceis de passar por um caminho estreito. A **mastigação prolongada e cuidadosa** também é crucial, transformando o alimento em um bolo homogêneo e menor.

É vital que o fonoaudiólogo avalie individualmente cada caso para indicar as estratégias mais seguras e eficazes, sempre em conjunto com a equipe médica.

Estratégias de Reabilitação e Tendências Atuais

Reabilitação Fonoaudiológica

- Exercícios para fortalecer musculatura orofaríngea
- Otimização da fase preparatória da deglutição
- Educação do paciente e família
- Monitoramento da evolução

- **Telefonaudiologia** surge como ferramenta promissora para acompanhamento de pacientes com disfagia esofágica, permitindo orientações e monitoramento à distância, otimizando o acesso ao cuidado.

Tendências Atuais

- Abordagem multidisciplinar
- Prática baseada em evidências
- Telefonaudiologia
- Tecnologia avançada (manometria de alta resolução)

Além das manobras compensatórias, que oferecem alívio imediato, a reabilitação da disfagia esofágica, quando possível, visa restaurar a função ou maximizar a capacidade residual do paciente. Embora muitas das intervenções diretas na motilidade esofágica sejam médicas (dilatações, cirurgias), o fonoaudiólogo desempenha um papel crucial na **orientação e acompanhamento** do paciente, adaptando a dieta, ensinando novas estratégias e monitorando a evolução.

A reabilitação fonoaudiológica pode focar em exercícios para fortalecer a musculatura orofaríngea e laríngea, que, embora não atuem diretamente no esôfago, podem otimizar a fase preparatória e oral da deglutição, facilitando a formação do bolo alimentar e minimizando o esforço para a fase esofágica. A educação do paciente e da família sobre a condição, os riscos e as estratégias de manejo é um componente vital da reabilitação, empoderando-os para gerenciar a disfagia no dia a dia.

As tendências atuais na área da disfagia, conforme preconizado por órgãos como a SBFa, CFFa, ASHA e DRS, reforçam a importância da **abordagem multidisciplinar** e da **prática baseada em evidências**. Isso significa que o fonoaudiólogo deve estar sempre atualizado com as pesquisas mais recentes, participando ativamente de discussões de caso com gastroenterologistas, nutricionistas e outros profissionais de saúde. A **telefonaudiologia** também surge como uma ferramenta promissora para o acompanhamento de pacientes com disfagia esofágica, permitindo orientações e monitoramento à distância, otimizando o acesso ao cuidado. A tecnologia, como a manometria de alta resolução, oferece dados cada vez mais precisos para o diagnóstico e acompanhamento, permitindo uma reabilitação mais direcionada e personalizada.

Consolidação e Próximos Passos

Chegamos ao final de nossa jornada pela disfagia esofágica e a motilidade. Vimos que o esôfago é um órgão complexo, e que suas disfunções podem impactar significativamente a qualidade de vida. Exploramos as principais desordens, como a acalasia, as estenoses e o anel de Schatzki, compreendendo suas causas e manifestações. Mais importante ainda, reconhecemos o papel indispensável do fonoaudiólogo na identificação desses quadros, na interface com a gastroenterologia e na aplicação de estratégias compensatórias e de reabilitação, sempre pautados pelas diretrizes atuais e uma abordagem multidisciplinar.

Esteja atento aos sinais e sintomas

Diferencie a disfagia orofaríngea da esofágica através de uma anamnese cuidadosa.

Anamnese detalhada é fundamental

Levante suspeitas de problemas esofágicos através de perguntas específicas.

Colabore com a equipe médica

Trabalhe ativamente com o gastroenterologista para o melhor manejo do paciente.

Domine as estratégias compensatórias

Adapte manobras às necessidades individuais de cada paciente.

Mantenha-se atualizado

Siga as diretrizes da SBFa, CFFa, ASHA e DRS, incluindo telefonaudiologia.

Autoavaliação

Questões para Reflexão

- 1. Um paciente relata que, após comer carne, sente o alimento "parado no peito", e que, às vezes, ele retorna à boca horas depois, sem sinais de digestão. Qual das desordens esofágicas abaixo é mais provável, considerando esses sintomas?**
 - a) Estenose péptica
 - b) Anel de Schatzki
 - c) Acalasia
 - d) Esofagite eosinofílica
- 2. Qual das seguintes afirmações melhor descreve o papel do esfíncter esofágico inferior (EEI) na deglutição normal?**
 - a) Ele se contrai para iniciar a onda peristáltica primária.
 - b) Ele relaxa para permitir a passagem do alimento para o estômago e se contrai para evitar o refluxo.
 - c) Ele é responsável pela propulsão do bolo alimentar ao longo do corpo esofágico.
 - d) Ele impede a entrada de ar no esôfago durante a respiração.
- 3. Um fonoaudiólogo está avaliando um paciente com disfagia intermitente, que ocorre principalmente com alimentos sólidos e secos, e que é aliviada pela regurgitação. Qual a condição mais provável?**
 - a) Acalasia
 - b) Estenose por ingestão de cáusticos
 - c) Anel de Schatzki
 - d) Divertículo de Zenker
- 4. A abordagem multidisciplinar na disfagia esofágica é enfatizada por diretrizes de órgãos como SBFa, CFFa, ASHA e DRS. Qual a principal razão para essa ênfase?**
 - a) Para que o fonoaudiólogo possa realizar procedimentos cirúrgicos no esôfago.
 - b) Para garantir que o paciente receba uma avaliação e tratamento completos e integrados.
 - c) Para que apenas o médico seja responsável pelo diagnóstico e tratamento da disfagia.
 - d) Para que o fonoaudiólogo possa prescrever medicamentos para o refluxo gastroesofágico.
- 5. Explique brevemente como o fonoaudiólogo pode levantar a suspeita de uma disfagia esofágica durante a anamnese e quais informações são cruciais para essa suspeita.**

Gabarito e Recursos Adicionais

Gabarito

1. c) Acalasia
2. b) Ele relaxa para permitir a passagem do alimento para o estômago e se contrai para evitar o refluxo.
3. c) Anel de Schatzki
4. b) Para garantir que o paciente receba uma avaliação e tratamento completos e integrados.

Resposta Questão 5


O fonoaudiólogo pode levantar a suspeita de disfagia esofágica durante a anamnese ao questionar sobre a **localização da sensação de "entalo"** (se é no peito/retroesternal e não na garganta), a **qualidade da regurgitação** (se é de alimentos não digeridos, horas após a refeição ou noturna), a **progressão da disfagia** (se começou com sólidos e evoluiu para líquidos), e a presença de **sintomas associados** como dor torácica, pirose ou tosse crônica. Essas informações são cruciais para diferenciar a disfagia esofágica da orofaríngea e para o encaminhamento adequado ao gastroenterologista.

Conexão com a Próxima Aula

Na próxima aula, Aula 26 – Princípios da Reabilitação da Disfagia, aprofundaremos as estratégias de reabilitação, explorando técnicas e abordagens que visam restaurar a função da deglutição e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, complementando o que aprendemos hoje sobre as manobras compensatórias.

Recursos Adicionais

- **Artigos científicos recentes:** Busque por publicações nas bases de dados da SBFa, ASHA e DRS para se aprofundar nas pesquisas mais atuais.
- **Livros-texto de Fonoaudiologia e Gastroenterologia:** Consulte capítulos específicos sobre disfagia esofágica para detalhes anatômicos e fisiológicos.
- **Websites de associações profissionais:** SBFa, CFFa, ASHA, DRS oferecem diretrizes clínicas e materiais educativos valiosos.

 **NOTA IMPORTANTE:** As informações regulatórias/legais/técnicas desta aula estão atualizadas até 2025. Consulte sempre fontes oficiais para verificar alterações.