

***LEVANTAMENTO DAS CARACTERÍSTICAS  
DAS INADEQUAÇÕES VELOFARÍNGEAS (IVF)  
NÃO DECORRENTES DE FISSURAS PALATINAS***

*Silvia Helena Alvarez Piazzentin, Renata Paciello Yamashita\**

*Alfredo Tabith Jr.\*\**

Inadequação velofaríngea (IVF) significa que o palato e os músculos da faringe não podem, por alguma razão, promover uma perfeita separação entre as partes oral e nasal da faringe, em várias atividades que dependem dessa função (Tabith Junior, 1989).

A sintomatologia é bastante variável, porque a IVF pode ser congênita ou adquirida. Infecções freqüentes das vias aéreas superiores, otites de repetição, dificuldades alimentares com pouco ganho de peso e atrasos no desenvolvimento da linguagem podem ocorrer em casos congênitos. Independentemente da origem, são encontradas alterações da ressonância vocal e distúrbios articulatorios compensatórios.

---

\* Fonoaudiólogas do Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais da Universidade de São Paulo (HPRLLP-USP), Bauru-SP. Mestres em Distúrbios da Comunicação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

\*\* Médico Foniatra do HPRLLP-USP e da DERDIC, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

A IVF está sempre presente nas fissuras palatinas. Todavia, causas não ligadas a fissuras são importantes, pelas dificuldades diagnósticas que representam. Podem ser decorrentes de: alterações estruturais (desproporção velofaríngea ou anormalidades anatômicas musculares), alterações dinâmicas (paresias e fatores obstrutivos), causas funcionais (deficiência mental e auditiva, problemas emocionais) e formas combinadas (associação de causas orgânicas e funcionais). O diagnóstico da alteração funcional, isto é, se há ou não um distúrbio da função velofaríngea, é essencialmente clínico. Fundamenta-se na sintomatologia anteriormente descrita e, principalmente, nos seguintes aspectos: presença de nasalidade vocal, presença de distúrbios articulatórios compensatórios e testes de nasalidade positivos.

Exames armados são fundamentais para o diagnóstico causal e a indicação terapêutica. São importantes o exame endoscópico, estudos radiológicos, videofluoroscopia e exames aerodinâmicos, que estão descritos na literatura pertinente (Warren e Dubois, 1964; Skolnick 1970; Williams 1979; Croft et al. 1981; D'Antonio et al. 1993; Pannbaker et al. 1993).

Nos casos de alterações funcionais ou incompetências velofaríngeas, o tratamento é fonoaudiológico. O tratamento cirúrgico está indicado nos casos de alterações orgânicas.

Os exames instrumentalizados podem ainda definir o tipo de falha no fechamento do esfíncter velofaríngeo e quantificar essa falha, permitindo uma seleção criteriosa do tratamento cirúrgico mais indicado (Rocha 1988).

No presente estudo foi feito um levantamento retrospectivo das características das inadequações velofaríngeas não decorrentes de fissuras palatinas, em 79 sujeitos, de ambos os sexos, com idades entre 1 ano e 8 meses a 32 anos e 10 meses, pacientes do Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais da Universidade de São Paulo – Campus Bauru. Foram obtidos, nos prontuários dos pacientes, dados relativos a:

1. Sinais clínicos;
2. Causa da IVF;
3. Aspectos foniátricos e fonoaudiológicos;
  - 3.1. grau de nasalidade;
  - 3.2. presença de distúrbios articulatórios compensatórios;
  - 3.3. inteligibilidade da fala;
  - 3.4. presença de alterações vocais, outras que não a nasalidade;

4. Tipos de distúrbios articulatórios compensatórios e a relação entre eles e a:
- 4.1. inteligibilidade da fala;
  - 4.2. presença de alterações vocais que não nasalidade;

**Tabela 1 – Achados relativos aos sinais clínicos encontrados**

SINAIS CLÍNICOS	N
Fissura submucosa oculta	61
Paresia bilateral do palato	8
Hemiparesia do palato	3
Pós adenoidectomia na vigência de desproporção velofaríngea	3
Hemiparesia do palato e da língua	2
Retalho de faringe não funcionante	1
Fissura submucosa e hemiparesia de palato	1
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>

**Tabela 2 – Achados relativos às causas da IVF**

CAUSA DA IVF	N
Desproporção velofaríngea	45
Fissura submucosa	8
Síndrome velocardiofacial: – com fissura submucosa oculta      3 – com fissura submucosa              2 – com desproporção velofaríngea    2 – com hemiparesia do palato         1 Sub-total	8
Fissura submucosa oculta	5
Paresia bilateral do palato	4
Hemiparesia do palato	3
Pós adenoidectomia na vigência de desproporção velofaríngea	3
Hemiparesia do palato e da língua	1
Retalho de faringe não funcionante	1
Fissura submucosa e hemiparesia de palato	1
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>

**Tabela 3 – Dados relativos ao grau de nasalidade vocal**

GRAU DE NASALIDADE	N
Leve	26
Moderada	33
Severa	18
Sem dados no prontuário	2
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>

**Tabela 4 – Achados relativos à presença de distúrbios articulatórios compensatórios**

DISTÚRBIOS ARTICULATÓRIOS COMPENSATÓRIOS	N
Presente	37
Ausente	42
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>

**Tabela 5 – Achados relativos à inteligibilidade da fala**

INTELIGIBILIDADE DA FALA	N
Boa	22
Prejudicada	41
Sem dados no prontuário	16
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>

**Tabela 6 – Achados relativos às alterações vocais, outras que não nasalidade**

ALTERAÇÕES VOCAIS	N
Ausentes	57
Sem dados no prontuário	3
Presente:	
– voz gutural	1
– voz agudizada	3
– voz rouca	9
– redução de intensidade	6
Sub-total	19
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>

**Tabela 7 – Tipos de distúrbios articulatórios compensatórios encontrados**

DISTÚRBIOS ARTICULATÓRIOS COMPENSATÓRIO	N
Golpe de glote	33
Fricatura faríngea	25
Fricativa nasal	3
Plosiva faríngea	3
Plosiva dorso-médio-palatal	3

**Tabela 8 – Comportamento da inteligibilidade da fala nos 37 sujeitos que apresentam distúrbios articulatórios compensatórios**

INTELIGIBILIDADE DA FALA	N
Boa	9
Prejudicada	23
Sem dados no prontuário	5
TOTAL	37

**Tabela 9 – Dados relativos aos distúrbios da voz, que não nasalidade, nos 37 sujeitos que apresentam distúrbios articulatórios compensatórios**

DISTÚRBIOS VOCAIS	N
Ausentes	27
Presentes	6
Sem dados nos prontuários	4
TOTAL	37

### **Discussão**

A partir dos dados obtidos nesse levantamento podemos fazer as seguintes considerações:

1. A maioria dos pacientes não apresentava sinais clínicos (58 em 79). A síndrome velocardiofacial (Shprintzen et al. 1978) foi a que ocorreu em maior número de pacientes (8 em 79). Nesses oito pacientes, as alterações do palato assim se distribuíram: 3 com fissura submucosa oculta, 2 com fissura submucosa, 2 com desproporção velofaríngea e 1 com hemiparesia do palato.

2. A desproporção velofaríngea foi a causa de IVF mais freqüentemente encontrada nessa amostra (45 em 79). De todas as causas (tabela 2), apenas a fissura submucosa (8 em 79) e paresias do palato (9 em 79) podem ser seguramente diagnosticadas pelo exame do palato através da visão oral. As outras causas só podem ser diagnosticadas através do exame endoscópico da função velofaríngea, o qual, portanto, deve ser incluído na rotina dessa avaliação.

3. A inteligibilidade da fala está prejudicada em número significativo de pacientes (41 em 79) e distúrbios da voz, outros que não a nasalidade, ocorrem com freqüência relativa (19 em 79).

4. Nasalidade em grau moderado foi a mais freqüente (33 em 79) e o grau severo ocorreu em 18 dos 79 sujeitos.

5. Distúrbios articulatórios compensatórios estão presentes em quase metade dos sujeitos (37 em 79). Os mais freqüentemente encontrados foram o golpe de glote (33 em 37) e a fricativa faríngea (25 em 37).

6. A presença de distúrbios articulatórios compensatórios aumenta um pouco o número de sujeitos com prejuízo da inteligibilidade da fala (23 em 37), mas não aumenta a presença de distúrbios vocais que não a nasalidade (6 em 37).

### Referências bibliográficas

- CROFT, C.B.; SHPRINTZEN, R.J.; RAKOFF, S.J. (1981). Patterns of velopharyngeal valving in normal and cleft palate subjects: a multiview video-fluoroscopic and nasendoscopic study. *Laryngoscope*, v. 91, n. 2, pp. 265-271, fev.
- D'ANTONIO, L.; ACHAUER, B.M.; VANDERKAM, V.M. (1993). Results of a survey of cleft palate teams concerning the use of nasendoscopy. *Cleft palate-craniofacial j.*, v. 30, n. 1, pp. 35-39, jan.
- PANNBAKER, M.D. et al. (1993). Survey of speech-language pathologists training, experience, and opinions on nasopharyngoscopy. *Cleft palate-craniofacial j.*, v. 30, n. 1, pp. 40-45, jan.
- ROCHA, D.L. (1988). Insuficiência velo-faríngea. In: MELEGA, J.M.; ZANINI, S.A.; PSYLLAKIS, J.M. *Cirurgia plástica*. Rio de Janeiro, Medsi, pp. 287-305.

- SHPRINTZEN, R.J. et al. (1978). A new syndrome involving cleft palate, cardiac anomalies, typical facies, and learning disabilities-velo-cardio-facial syndrome. *Cleft palate j.*, v. 15, n. 1, pp. 56-62, jan.
- SKOLNICK, M.L. (1970). Videofluoroscopic examination of the velopharyngeal portal during phonation in lateral and base projections: a new technique for study the mechanics of closure. *Cleft palate j.*, v. 7, pp. 803-816, out.
- TABITH JUNIOR, A. (1989). *Contribuição ao estudo da insuficiência velofaríngea*. 94 p. Dissertação de mestrado em Distúrbios da Comunicação – Pontifícia Universidade Católica.
- WARREN, D.W.; DUBOIS, A.B. (1964). A pressure-flow technique for measuring velopharyngeal orifice area during continuous speech. *Cleft palate j.*, v. 1, pp. 52-71, jan.
- WILLIAMS, W.N. (1979). Radiological measures of abnormal speech physiology. In: BZOCH, K. 2ed. *Communicative disorders related to cleft lip and palate*. Boston, Little, Brown and Company, pp. 249-62.