



Disfagia associada à disfonia psicogênica: relato de caso

Dysphagia associated to psychogenic dysphonia: case report

La disfagia asociada con disfonía psicógena: caso clínico

Katia A. Rodrigues*
Fernanda T. Menezes**
Isabella C. de O. Neto***
Henrique M. Lederman****
Dayse Manrique*****
Brasília M. Chiari*****
Maria Inês R. Gonçalves*****

Resumo

O objetivo deste trabalho foi descrever a evolução de um caso de disfagia orofaríngea associada à disfonia psicogênica. Paciente do sexo feminino, 47 anos, com queixa de dificuldade progressiva de deglutição de saliva e de alimentos. Foi submetida às avaliações fonoaudiológica e otorrinolaringológica por meio da videonasoendoscopia da deglutição, sendo diagnosticada disfagia orofaríngea leve. Portanto foi iniciada a fonoterapia. A recuperação total do quadro de disfagia ocorreu após a sexta sessão de fonoterapia. O estudo dinâmico da deglutição por imagem-fluoroscopia revelou resultado normal. Por outro lado, a paciente passou a apresentar quadro de afonia, com tosse presente e sonora, sendo diagnosticada como disfonia psicogênica. Neste momento, o objetivo da fonoterapia foi resgatar a efetividade fonatória. A paciente recebeu alta fonoaudiológica após duas sessões de fonoterapia com enfoque em voz.

Palavras-chave: transtornos de deglutição, disfonia, voz, reabilitação, diagnóstico por imagem.

* Doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil. Fonoaudióloga do Serviço Integrado de Fonoaudiologia (SIF) do Hospital São Paulo. ** Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil. Fonoaudióloga do Serviço Integrado de Fonoaudiologia (SIF) do Hospital São Paulo. *** Especialização em Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil. Fonoaudióloga do Serviço Integrado de Fonoaudiologia (SIF) do Hospital São Paulo. **** Livre Docente e professor Titular do Departamento de Diagnóstico por Imagem da UNIFESP/EPM. ***** Doutorado em medicina (Otorrinolaringologia), Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil. Médica da Associação de Assistência à Criança Deficiente – AACD - São Paulo (SP), Brasil. ***** Livre Docente e professora titular do Departamento de Fonoaudiologia, Universidade de Federal de São Paulo – UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.? ***** Pós Doutorado, University of California, Davis, EUA. Professora adjunto do Departamento de Fonoaudiologia, Universidade de Federal de São Paulo – UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.





Abstract

The purpose of this article was to describe the rehabilitation of a case with dysphagia associated to psychogenic dysphonia. A 47 years old female with progressive complaints of difficulties to swallow saliva and food. The patient was submitted to clinical and videonasoendoscopic swallowing evaluations and she was diagnosed with mild oropharyngeal dysphagia. She underwent swallowing rehabilitation therapy. The recovery of the swallowing symptoms occurred after the 6th therapy session. The videofluoroscopy was normal. Although the patient began to present aphonia with strong and sonorous cough, it was diagnosed as psychogenic dysphonia. At this time, the goal of rehabilitation was to re-establish the phonatory effectiveness. The full recovery was after two voice sessions.

Key-words: deglutition disorders, dysphonia, voice, rehabilitation, diagnostic imaging.

Resumen

El objetivo de este estudio fue describir la evolución de un caso de disfagia orofaríngea asociada con disfonía psicógena. Paciente de sexo femenino, 47 años, quejándose de dificultad progresiva para tragar la saliva y los alimentos. Fue sometido a evaluaciones audiológicas y otorrinolaringológicas través de la fibroscopia de la deglución, fue diagnosticado disfagia orofaríngea leve. Así comenzó la terapia. La recuperación total de la disfagia se produjo después del sexto periodo de sesiones de terapia de la deglución. Después se llevó a cabo la videofluoroscopia de la deglución, que mostró los resultados normales. Sin embargo, el paciente comenzó a mostrar afonía y tose con sonido, que fueron diagnosticadas como disfonía psicógena. En este momento, la meta de la terapia de la deglución era demostrar la eficacia de la fonación. El paciente fue dado de alta después de dos sesiones de terapia con enfoque en la voz.

Palabras-claves: trastornos de deglución, disfonía, voz, rehabilitación, diagnóstico por imagen.

Introdução

A disfagia orofaríngea pode ser decorrente de várias doenças de base. Esta pode trazer diversas manifestações como alteração na captação voluntária do bolo alimentar, preparação e organização ineficientes do bolo, aumento do tempo de trânsito oral, atraso do disparo da deglutição, elevação laríngea reduzida, dentre outras⁽¹⁾.

Em função da piora da qualidade de vida da população, os problemas de origem orgânica podem estar associados a distúrbios emocionais, como as disfonias psicogênicas. As distúrbios emocionais se caracterizam por uma perda parcial ou completa das funções normais de integração da consciência, da identidade, das sensações imediatas e do controle dos movimentos corporais⁽²⁾. Normalmente sua ocorrência é brusca e está associada a um acontecimento traumático, problemas insolúveis e insuportáveis ou relações interpessoais difíceis,

tendendo a desaparecer após algumas semanas ou meses. Os exames complementares não colocam em evidência a alteração física⁽³⁻⁶⁾.

Geralmente, a disfonía psicogênica se refere a uma distúrbio vocal na ausência de alterações estruturais, podendo ser considerado como um transtorno de conversão⁽⁶⁾.

Essa alteração vocal parece manifestar um desequilíbrio psicológico como ansiedade, depressão, reação de conversão ou distúrbio de personalidade⁽⁷⁾. Um autor classificou os quadros psicogênicos como afonía de conversão, fala articulada e sussurrada, uso divergente de registros, falso de conversão e sonoridade intermitente⁽⁸⁾. Dentre eles, a afonía de conversão é a entidade mais representativa⁽⁹⁾. Para se considerar a hipótese de uma disfonía psicogênica, são utilizadas provas terapêuticas em que se procuram emissões sonoras em tarefas não fonatórias como tosse, espirro, riso e choro, favorecendo não só o diagnóstico diferencial





como a busca de estratégias para a reabilitação. Do ponto de vista do tratamento, um dos fatores que interferem no resultado da reabilitação é a natureza qualitativa da experiência traumática, pois ela reflete em como a disfonia se manifesta⁽⁷⁾.

O objetivo deste trabalho foi descrever as avaliações clínicas e instrumentais, bem como a evolução do tratamento de um paciente com disfagia orofaríngea neurogênica associada à disfonia psicogênica.

Apresentação do caso clínico

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNIFESP, sob o parecer número 1339/11. Devido ao fato da pesquisa ser retrospectiva e não ocorrer contato direto com o paciente, não foi necessária a realização do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Em maio de 2003, um paciente do sexo feminino, 47 anos, compareceu ao ambulatório do Serviço Integrado de Fonoaudiologia (SIF) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sendo encaminhado para avaliações fonoaudiológica e otorrinolaringológica.

Anamnese

Inicialmente, foram colhidos dados por meio de anamnese. A paciente apresentou como queixa principal a dificuldade progressiva de deglutição de saliva e de alimentos com todas as consistências, bem como engasgos frequentes com piora há três meses.

Dentre muitas informações, a paciente referiu acidente vascular encefálico (AVE) em 2001. Informou dificuldade para andar e falar por dois anos.

Quanto à alimentação atual, a paciente relatou alimentar-se exclusivamente por via oral com todas as consistências, não havendo mudança da dieta recentemente. Referiu deglutição lenticificada e necessidade da realização de múltiplas deglutições e ingestão de líquido para auxílio na deglutição. Informou que muitas vezes apresentava sufocamento, engasgos e principalmente sensação de estase alimentar na região faríngea após a deglutição. O tempo médio para cada refeição era de aproximadamente vinte minutos. Negou regurgitamento nasal, azia, queimação ou perda de peso.

Em relação às queixas respiratórias, apresentava dispnéia e fadiga durante o dia. Com respeito às comorbidades, apresentava cefaléia e hipertensão arterial sistêmica, em tratamento clínico medicamentoso. É importante ressaltar que a paciente referiu estar vivenciando profunda tristeza após a perda de seu filho há aproximadamente um ano, mas não entrou em detalhes durante a anamnese e todo o acompanhamento.

Avaliação fonoaudiológica clínica da deglutição

A avaliação fonoaudiológica clínica foi realizada seguindo o protocolo específico do setor. Para realização da mesma, a paciente foi posicionada sentada a 90° na cadeira. Na avaliação estrutural, observou-se a utilização de prótese dentária superior total adaptada. A sensibilidade intra e extra-oral mostrou-se preservada. Quanto à mobilidade, observou-se elevação laríngea reduzida, abertura mandibular restrita e imprecisão de movimentação lingual e labial. A tonicidade mostrou-se diminuída nos lábios e na língua. Quanto aos aspectos vocais, observou-se *loudness* reduzida e articulação travada.

A avaliação funcional da deglutição foi realizada com alimentos nas consistências pastosa, líquida e sólida. A mastigação foi caracterizada por amassamento e lentificação do tempo de permanência do bolo alimentar na cavidade oral. Na deglutição dos alimentos com as consistências citadas, observou-se atraso discreto do disparo da deglutição (aproximadamente 5 segundos) e redução da elevação laríngea durante a mesma. A paciente necessitou de múltiplas deglutições por bolo alimentar. Apresentou a ausculta cervical alterada, sugestiva de estase alimentar após a deglutição. A conclusão foi disfagia orofaríngea de grau leve.

Avaliação otorrinolaringológica

Na avaliação nasoendoscópica da deglutição, realizada na mesma data e no mesmo setor pelo otorrinolaringologista e acompanhada pelo fonoaudiólogo, utilizou-se laringoscópio flexível (TOSHIBA® IK-M44H), fonte de luz de xenônio (PRECISION® 250W), videocassete (PANASONIC® NV-FJ635), fita magnética





(JVC®), com alimentos nas consistências pastosa e líquida corados com anilina culinária azul.

Com relação ao exame estrutural, pode-se observar rinofaringe e orofaringe sem alterações, laringe e pregas vocais com aspecto e mobilidade preservados. No exame funcional, observou-se resíduo discreto de contraste de alimento pastoso em valéculas, parede posterior da faringe e recessos piriformes após a deglutição, beneficiando-se totalmente com as seguintes manobras de limpeza: escarro, alternância de consistências pastosa e líquida e múltiplas deglutições. A conclusão do exame confirmou o resultado obtido na avaliação clínica fonoaudiológica.

Foi considerada a possibilidade de tal alteração ser decorrente de uma doença neuromuscular em função do relato das dificuldades progressivas de deambulação e de fala associadas ao quadro de deglutição referido pela paciente. Assim, a conduta foi o encaminhamento para o ambulatório de doenças neuromusculares, a fim de realizar o diagnóstico diferencial de etiologia neurológica. Além disso, foi encaminhada para a fonoterapia, estudo dinâmico da deglutição por imagem- fluoroscopia (EDDI-F) e investigação da presença de distúrbio de refluxo gastroesofágico.

Fonoterapia para a deglutição

A fonoterapia teve início após a realização das avaliações fonoaudiológica e videonasoendoscopia da deglutição. Pelo fato da paciente apresentar alterações dos órgãos fonoarticulatórios, o objetivo principal da fonoterapia para a reabilitação da deglutição foi maximizar a mobilidade e força de lábios, língua e complexo hióide-laringe. Para tal foram selecionados os seguintes exercícios específicos e orientações:

- exercícios vocais: escalas com modulação vocal, com o objetivo de maximizar a movimentação do complexo hióide-laringe, favorecendo a proteção das vias aéreas;
- exercícios de sobre-articulação, objetivando a maximização da mobilidade de lábios e língua;
- exercícios isométricos de base da língua, com objetivo de fortalecimento desta musculatura, fundamental para a ejeção do bolo alimentar.

Tais exercícios foram realizados com uma frequência de 3 séries de 10 repetições. A sessão teve duração de trinta minutos.

Além disso, foi realizado treino de deglutição de alimentos com várias consistências, utilizando-se manobra de proteção das vias aéreas (manobra de Mendelsohn) e manobras de limpeza (escarro, múltiplas deglutições e alternância de líquidos e sólidos).

Quanto às orientações, foi solicitado à paciente que evitasse alimentos secos. Foram realizadas 6 sessões fonoaudiológicas, sendo uma sessão por semana. A paciente também foi orientada a realizar os exercícios não assistidos pelos profissionais diariamente, com melhora rápida dos sintomas. O principal resultado obtido após a fonoterapia foi a melhora progressiva da sensação de estase na região faríngea e da performance geral da deglutição. Após a sexta sessão fonoaudiológica, houve reabilitação total do quadro de disfagia.

EDDI-F

Foi realizado o EDDI-F após três semanas de fonoterapia. Foram estudadas as fases oral, faríngea e esofágica da deglutição com as consistências líquida (fina e engrossada), pastosa e sólida nos volumes de 3, 5 e 10 ml e livre demanda de acordo com o protocolo de Gonçalves et al⁽¹⁰⁾. O resultado do exame foi normal, diferente dos resultados obtidos no início do processo de reabilitação.

No mesmo período, foi descartada a possibilidade de presença de doença neuromuscular e refluxo gastroesofágico.

Avaliação vocal e fonoterapia

Após a reabilitação da deglutição, a paciente passou a apresentar quadro de afonia, com tosse presente e sonora. Não foram realizadas as medidas de tempo máximo de fonação e análise acústica vocal, porque a paciente não conseguia sonorizar as vogais sustentadas.

Foi encaminhada para avaliação nasoendoscópica novamente, sendo observada ausência de alteração da mobilidade das pregas vocais com diagnóstico de disfonia psicogênica. Sendo assim, o novo objetivo da fonoterapia foi resgatar a sonoridade na fala.

No início, a voz apresentou sonoridade intermitente, sendo utilizada a tosse como estratégia para





demonstrar a possibilidade de emissões sonoras sistematicamente. Em seguida foram realizadas tarefas fonatórias, abrangendo sílabas, palavras, frases e fala espontânea. Houve remoção total do sintoma vocal após duas sessões de fonoterapia e a paciente recebeu alta. É importante ressaltar que a paciente demonstrou comportamento apático frente aos ganhos obtidos durante todo o processo de avaliação e reabilitação da voz. Desta forma, houve demanda para encaminhamento da paciente para tratamento psicológico.

Discussão

A paciente chegou ao ambulatório com queixa referente à deglutição tanto para saliva como para alimentos por três meses. Como procedimento de rotina, foram realizadas as avaliações clínicas e instrumentais.

Pelo fato da paciente apresentar alterações das estruturas orofaríngeas passíveis de reabilitação, foi priorizado maximizar a mobilidade e a força dessas estruturas, além de trabalhar com as funções. Sendo assim, a terapia fonoaudiológica baseou-se nos resultados observados nas avaliações, tendo a paciente recebido alta após 8 sessões (6 sessões - terapia para disfagia; 2 sessões - terapia vocal).

Vale salientar que, especificamente neste caso, houve a associação de fatores orgânicos e emocionais. Desta forma, podemos inferir que os pacientes com disfagia de origem orgânica podem apresentar alterações de origem emocional. Esta informação é de suma importância, pois o fato de ser detectado algo na esfera orgânica não descarta a possibilidade de haver associação com uma outra alteração de ordem emocional. Considerando alguns dados obtidos na anamnese, a paciente mencionou ter sofrido uma situação de estresse, ou seja, um forte choque emocional com a perda do filho há aproximadamente um ano. Além disso, foi observado um comportamento significativamente apático durante toda a intervenção fonoaudiológica, mesmo com a presença de ganhos terapêuticos, característico dos quadros psicogênicos. Outro ponto importante que confirma tal quadro diz respeito à conversão dos sintomas, ou seja, a migração de um sintoma voltado à deglutição para um vocal.

Segundo a literatura, a maior incidência de disfonia psicogênica se dá em mulheres que experimentam elevado nível de estresse e que apresentam dificuldade em exprimir seus sentimentos⁽¹¹⁻¹³⁾.

Conflitos interpessoais relacionados à família ou ao trabalho têm grande importância e podem precipitar a disfonia psicogênica, que pode ser interpretada como uma desordem de expressão emocional verbal⁽¹⁴⁾.

De uma maneira geral, quando há suspeita da existência de disfonia psicogênica na prática clínica, torna-se importante uma investigação bem detalhada, a fim de se evitar diagnósticos errôneos e/ou incompletos. Com o intuito de realizar uma abordagem adequada, deve-se priorizar a anamnese, a avaliação clínica e as avaliações instrumentais, investigando-se as questões orgânicas e emocionais concomitantemente^(1,3).

Na anamnese, além de serem obtidas informações sobre a queixa, deve-se interrogar questões de ordem pessoal do paciente. Sendo assim, o profissional deve estar atento ao processo de identificação das situações de estresse, ansiedade, depressão, angústia e insegurança. Na avaliação clínica, deve-se obter dados referentes à anatomia e fisiologia complementados com as avaliações instrumentais quando necessário, descartando alterações anatomofisiológicas.

No atendimento fonoaudiológico da disfonia, inicialmente foi restabelecida a aproximação terapeuta-paciente e explicado sobre o mecanismo normal da fonação, bem como a influência das emoções nesse processo. Pode-se observar que, mais importante que a escolha da abordagem, o profissional deve ter principalmente uma investigação do diagnóstico diferencial, compreendendo a doença em si, bem como os problemas pessoais e os interesses do paciente. Só assim ele terá condições de ser assertivo na forma de atuar frente à demanda.

Considerações Finais

A fonoterapia contribuiu em ambos os diagnósticos e foi fundamental na reabilitação. Porém, para se obter um diagnóstico psicogênico com precisão, é fundamental que os profissionais envolvidos realizem o diagnóstico diferencial das doenças orgânicas inicialmente, ou seja, a disfonia psicogênica deve ser diagnóstico de exclusão.

Sendo assim, é possível detectar a natureza do problema e escolher a abordagem mais adequada. Vale salientar que mudanças ou progressão dos sintomas devem ser consideradas para novas avaliações, já que existe a possibilidade de transferência do sintoma para outra região do corpo.





Referências

1. Gonçalves MIR, César SR. Disfagias neurogênicas: avaliação. In: Ortiz, KZ, org. Distúrbios Neurológicos Adquiridos – Fala e Deglutição. São Paulo: Manole, 2006. p.258-281.
2. Shapiro J, Franko DL, Gagne A. Phagophobia: a form of psychogenic dysphagia. A new entity. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1997;106(4):286-90.
2. Barofsky I, Fontaine KR. Do psychogenic dysphagia patients have an eating disorder? *Dysphagia.* 1998;13(1):24-7.
3. Nemr K, Simões-Zenari M, Marques SF, Cortez JP, Silva AL. Psychogenic dysphonia associated to other diseases: a challenge for speech therapy. *Pro Fono.* 2010; 22(3):359-61.
4. Sudhir PM, Chandra PS, Shivashankar N, Yamini BK. Comprehensive management of psychogenic dysphonia: a case illustration. *J Commun Disord.* 2009; 42(5):305-12.
5. Baker J. Psychogenic voice disorders and traumatic stress experience: a discussion paper with two case reports. *J Voice.* 2003; 17(3):308-18.
6. Behlau M, Pontes P, Güntert AEV. Conversão Emocional sobre alteração orgânica: a necessidade de uma avaliação global. *Rev SBFa.* 1998; (2)3: 17-22.
7. Baker J. Psychogenic voice disorders and traumatic stress experience: a discussion paper with two case reports. *J Voice.* 2003;17(3):308-18.
8. Aronson AE. Psychogenic voice disorders. In: Aronson AE. *Clinical voice disorders.* New York: Thieme Inc, 1990. p.116-59.
9. Urrutikoetxea Sarriegui A, Hernández Madorrán JM, Sanjosé Torices J, Pérez Samitier E. Psychogenic dysphonia. *An Otorrinolaringol Ibero Am.* 1996;23(4):401-14.
10. Gonçalves MIR, Lederman HM, Souza LA de, Guedes ZCF, Pizarro GU, Oliveira JMA, et al. Protocolo de avaliação videofluoroscópica de adultos - videodeglutiosofagograma - VDEG. *Fono Atual;* 2004;7:78-86.
11. Schalen L, Andersson K, Eliasson I. Diagnosis of psychogenic dysphonia. *Acta Otolaryngol Suppl.* 1992; 492:110-2.
12. Butcher P. Psychological processes in psychogenic voice disorder. *Eur J Disord Commun.* 1995;30(4):467-74.
13. Andersson K, Schalen L. Etiology and treatment of psychogenic voice disorder: results of a follow-up study of thirty patients. *J Voice.* 1998;12(1):96-106.
14. Sudhir PM, Chandra PS, Shivashankar N, Yamini BK. Comprehensive management of psychogenic dysphonia: a case illustration. *J Commun Disord.* 2009;42(5):305-12.

Recebido em junho/12; aprovado em outubro/12.

Endereço para correspondência

Katia A. Rodrigues
Endereço: Rua Passo da Pátria, 1407 - complemento A3 62
Bairro: Bela Aliança, CEP: 05085-000
São Paulo, SP

E-mail: katiaalonso@terra.com.br

