

Recorrência de diagnóstico de refluxo laringofaríngeo associada ao sintoma de rouquidão

Bruna Mateus Rocha de Andrade*

Léslie Piccolotto Ferreira**

Thomas JP, Zubiaur FM. Over-diagnosis of laryngopharyngeal reflux as the cause of hoarseness. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2013; 270:995–9.

Os autores deste artigo são médicos otorrinolaringologistas que realizam pesquisa na área de voz, e, em especial neste artigo, estudam a presença da rouquidão em pacientes com Refluxo Laringofaríngeo (RFL). Basearam-se para tal na literatura internacional de pesquisadores da área da otorrinolaringologia e voz, principalmente Belafsky¹⁻² e Koufman³⁻⁵.

Inicialmente, discutem que esses pesquisadores encontram sinais e sintomas em pacientes com RFL, sendo os mais frequentes: rouquidão, pigarro, obstrução nasal, laringite crônica, globus faríngeos, tosse crônica, flexibilidade ou rigidez de laringe.

Importante destacar que esses dados também são registrados na literatura brasileira uma vez que rouquidão e pigarro são os sinais e sintomas mais recorrentes. Para ilustrar esses achados, destaque pode ser dado a dois estudos: o primeiro analisou que 88 pacientes examinados, de 280, apresentavam queixas otorrinolaringológicas com predomínio de rouquidão e pigarro⁶; e o outro verificou, por meio de um instrumento para autorreferência de RFL, que na lista de sinais e sintomas, o pigarro aparece em primeiro lugar e a rouquidão em quinto⁷.

Os autores do artigo ora resenhado informam que, frente ao diagnóstico de RFL, faz-se um ensaio terapêutico, com uso de fármacos (Inibidor de Bomba de Prótons) em doses e períodos de tempo diferentes. Nesse processo terapêutico, o resultado tem sido controverso: em algumas pesquisas tem-se encontrado melhora de alguns sinais e sintomas como globus faríngeos, tosse crônica e eritema; em outras, não se constatou correlação entre terapia antirrefluxo e melhora da rouquidão.

Descrevem que há uma tendência em associar distúrbio de voz a achados clínicos de “vermelhidão” na parte posterior da laringe, resultando em conduta sequencial que considera [refluxo = irritação na laringe posterior = vermelhidão = irritação na prega vocal = rouquidão]. Nessa direção, parece que não há estudo capaz de responder que processo, ao provocar eritema e inchaço na laringe posterior, resulta em mudança na vibração da prega vocal.

A justificativa para a pesquisa de Thomas e Zubiaur é baseada na hipótese de que o diagnóstico para o RFL vem sendo usado em demasia por médicos, na tentativa de explicar a rouquidão e outros distúrbios vocais, sem outras causas aparentes.

*Fonoaudióloga, Mestranda do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia (PUC-SP). **Fonoaudióloga, Professora Titular da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde e do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia (PUC-SP).

Segundo os autores, nos últimos anos, o aumento do número de diagnósticos de refluxo laringofaríngeo (RFL) entre pacientes atendidos por diferentes especialidades médicas (em particular otorrinolaringologistas), foi gerado por uma série de fatores que contribuiu para isso: crescente interesse na pesquisa da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE); avanços científicos na tecnologia médica (melhoria em testes de pH ambulatorial; melhor visualização endoscópica da laringe); e melhor comunicação entre gastroenterologistas e otorrinolaringologistas.

Os autores fizeram um estudo retrospectivo, analisando prontuários de uma clínica de voz, privada, no período de dois anos, em Portland, Oregon, Estados Unidos da América (EUA), em que selecionaram pacientes atendidos com distúrbio de voz, previamente diagnosticados e tratados do RFL, para determinar nesses pacientes quais outros distúrbios, além do RFL, poderia se constituir em causa para a disфонia.

Os resultados do artigo deram-se pela análise de 105 prontuários, em que consideraram: histórico clínico, avaliação da qualidade vocal, e exame de laringe (videoestrobolaringoscopia), além das informações relacionadas à idade, queixa, comprometimento e duração do tratamento anterior, variações dos sintomas depois desse, diagnóstico final e tipo de especialista que diagnosticou o RFL. Consideraram dois critérios de inclusão: paciente com distúrbio de voz, como queixa principal (rouquidão, mudança de frequência fundamental, soprosidade, vocal fry e rugosidade); e paciente previamente diagnosticado com RFL (com ou sem tratamento antirrefluxo) como causa aparente para seu distúrbio vocal baseado na história clínica.

Os pacientes foram diagnosticados por otorrinolaringologista, clínico geral, fonoaudiólogo, gastroenterologista e pneumologista. O diagnóstico final foi diversificado e variou desde nódulos e pólipos a disфонia espasmódica e paresia de prega vocal. O tratamento foi determinado de acordo com o diagnóstico que foi estabelecido. Nenhum dos pacientes atendidos foi diagnosticado com RFL persistente como causa para a presença de rouquidão.

Dentre os analisados, 82 pacientes fizeram tratamento com fármacos (Inibidor de Bomba de Prótons), 23 não especificaram que tratamento an-

tiácido faziam e cinco recusaram fazer tratamento antirrefluxo. Nove pacientes realizaram exames invasivos adicionais e/ou tratamento.

Do total de pacientes, apenas cinco sentiram melhora depois do tratamento (modificação de dieta e/ou medicamento antirrefluxo); 14 sentiram discreta melhora; 83 declararam não sentir melhora; e três tiveram piora dos sintomas. Mesmo que a melhora fosse significativa, todos os pacientes continuaram com pelo menos um grau da disfunção vocal, e a rouquidão foi a queixa mais citada. Alguns pacientes alegaram ter rouquidão como sua queixa principal, além de outros sintomas como sensação de nó na garganta, dificuldade para engolir, dor de garganta, dispneia e odinofagia.

A rouquidão foi classificada pelo paciente como tendo melhorado, estando igual ou piorado durante as visitas em diferentes períodos de tempo que variavam de uma semana a sete meses de acordo com o diagnóstico e tratamento sugerido. Ao final, 48 se sentiram melhor depois do tratamento respectivo; 16 continuaram o acompanhamento por um fonoaudiólogo, por sentirem melhora; seis continuavam a sentir os mesmos sintomas; três recusaram o tratamento. Nenhum dos pacientes observou agravamento de sua voz.

Neste artigo, os autores discutiram o excesso de diagnóstico de RFL em pacientes com disфонia, e a prevalência global do RFL, que na população em geral é menor do que tem sido relatada na literatura médica.

Argumentam que, infelizmente, muitas lacunas ainda permanecem quando se trata de um entendimento completo do processo fisiopatológico exato para doenças decorrentes do RFL. Isso tem se tornado um problema crescente, especialmente, porque pacientes com sintomas, como rouquidão persistente ou crônica, submetidos a um exame de laringe sem achados, são muitas vezes diagnosticados com RFL.

Propuseram duas opções para evitar a alta recorrência de diagnóstico de RFL: estabelecer um diagnóstico de RFL para rouquidão com base em estudos que ofereçam informações precisas sobre como o refluxo interfere na prega vocal, e como o tratamento antirrefluxo melhora a rouquidão; e ampliar um diagnóstico diferencial baseado em estudo mais detalhado e abrangente da fisiologia da produção da voz.

Procedimentos médicos não conseguiram demonstrar a primeira alternativa. Com base na literatura, a qual avaliou a eficácia da terapia anti-refluxo para pacientes com rouquidão, concluíram que, devido à falta de suficientes evidências baseadas em ensaios clínicos randomizados, não há conclusões confiáveis sobre a eficácia comparativa de intervenções médicas e cirúrgicas.

Os autores esclarecem que o teste de monitoramento do pH com sonda dupla (simultânea do esôfago e da faringe) continua sendo o padrão ouro para o diagnóstico do RFL, no entanto, é um teste não-específico para rouquidão com uma menor especificidade e sensibilidade do que a maioria dos testes padrão ouro.

Vale destacar que esse dado vai na direção de outro estudo que aponta a endoscopia como um excelente método para avaliar o esôfago, embora não seja o exame de escolha para o diagnóstico de RFL. A pHmetria 24 horas com dois ou três canais é o melhor exame, por apresentar melhor sensibilidade e especificidade⁸.

Mesmo entre o grande número de medicamentos de anti-refluxo, o fármaco (Inibidor de Bomba de Prótons) continua sendo a droga de escolha para o tratamento de RFL na opinião de diferentes médicos que realizam tal tratamento, e o magnésio esomeprazol tem resultado significativo, justificam os autores.

Na conclusão, há a proposta de que futuras pesquisas façam uso dos avanços tecnológicos com alta definição de imagem dinâmica da voz, e, por não conseguirem concluir se o RFL pode ou não estar associado à rouquidão, os autores comentam que é possível que o tratamento de um paciente com fármacos ou bloqueadores de hidrogênio mude o refluxo. Por exemplo, se esses medicamentos alteram a consistência da secreção, haveria uma associação com vários distúrbios da voz, uma vez que as secreções tendem a acumular-se sobre as pregas vocais, dificultando a vibração. Lembram, no entanto, que mesmo se houver uma associação entre um dado tratamento e um dado sintoma, isto não implica causa e efeito.

Para complementar a discussão desta temática, além deste artigo, outros evidenciam a evolução quanto ao aumento do conhecimento sobre o RFL, desde o diagnóstico até o tratamento⁹⁻¹¹. Nesses, em alguns se pode encontrar que existem algumas alterações encontradas no exame histológico que não são detectadas na endoscopia e pHmetria

24 horas, e dessa forma, surge a necessidade de exames sofisticados para a condução do refluxo gastroesofágico ou o uso empírico de drogas como proposta terapêutica. Importante destacar que mesmo não havendo procedimento consolidado para o tratamento do RFL, profissionais dão início à terapêutica.

Na nossa realidade, durante muito tempo, ou por falta de conhecimento ou por condições alimentares diferentes dos americanos, pouco registro se tinha de diagnóstico do RLF. De uns anos para cá, porém a maior integração das especialidades médicas, apontada pelos autores, assim como as mudanças alimentares (com opção cada vez maior do tipo fast food no cotidiano das pessoas) fizeram com que a cada dia, maior número de diagnóstico de RLF seja dado. Portanto, recomenda-se este artigo primeiramente para profissionais como o otorrinolaringologista, gastroenterologista, endoscopista, entre outros, que trabalham com o diagnóstico e intervenção do RLG; e também para o fonoaudiólogo, pois para melhor atender à demanda de seus pacientes, esse conhecimento é fundamental, para não banalizar o achado, fazendo a associação direta do distúrbio de voz com RLF, sem buscar outras possíveis causas.

Referências Bibliográficas

1. Belafsky P, Postma G, Koufman J. The validity and reliability of the reflux finding score (RFS). *Laryngoscope*. 2001; 111(8):1313-7.
2. Belafsky P, Postma G, Koufman J. Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). *J Voice*. 2002; 16(2):274-7.
3. Koufman JA, Amin MR, Panetti M. Prevalence of reflux in 113 consecutive patients with laryngeal and voice disorders. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000; 123(4):385-8.
4. Koufman JA, Belafsky PC, Bach KK, Daniel E, Postma GN. Prevalence of esophagitis in patients with pH – documented laryngopharyngeal reflux. *Laryngoscope*. 2002; 112(9):1606-9.
5. Koufman JA. Laryngopharyngeal reflux is different from classic gastroesophageal reflux disease. *Ear nose Throat J*. 2002; 81(9 Suppl 2):7-9.
6. Agüero GC, Lemme EMO, Alvariz A, Carvalho BB, Schechter RB, Abrahão Jr. L. Prevalência de queixas supra-esofágicas em pacientes com doenças do refluxo erosiva e não-erosiva. *Arq Gastroenterol*. 2007; 44(1):39-43.
7. Zucato B, Behlau MS. Índice de sintomas do refluxo faringolaríngeo: relação com os principais sintomas de refluxo gastroesofágico, nível de uso de voz e triagem vocal. *Rev. CEFAC*. 2012; 14(6):1197-203.
8. Woo P, Noorzij P, Ross JA. Association of esophageal reflux and globus symptom.: comparison of laryngoscopy and 24-hour pH manometry. *Otolaryngol head Neck Surg*. 1996; 115(6):502-7.
9. Fass R. Empirical trials in treatment of gastroesophageal reflux disease. *FDig Dis*. 2000; 18(1):20-6.



10. Gerson LB, Robbins AS, Garber A, Homberg , Triadafilopoulos G. A cost-effectiveness analysis of prescribing of reflux-induced management of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol.* 2000; 95(2):395-406.

11. Haggitt RC. Department of Anatomic Pathology. Histopathology of reflux-induced esophageal and supraesophageal injuries. *Am J Med.* 2000; 108 Suppl 4a:109S-111S.

Recebido em junho/13; aprovado em agosto/13

Endereço para correspondência

Bruna Mateus Rocha de Andrade. Endereço: Rua Amazonas, nº 427, Siqueira Campos, Aracaju-SE - CEP: 49075-070

E-mail: fonobrunandrade@gmail.com

