



World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: **Disfagia**

Versão Final: Janeiro de 2004

Time de Revisão

- J.R. Malagelada (Chair)
- F. Bazzoli
- Elewaut
- M. Fried
- J.H. Krabshuis
- G. Lindberg
- P. Malfertheiner
- P. Sharma
- N. Vakil

Tradução

- S.G. Jorge

Conteúdo:

1. Definição
2. Introdução e Pontos Chave
3. Fardo da Doença e Epidemiologia
4. Causas de Disfagia
5. Diagnóstico Clínico
6. Opções de Tratamento
7. Referências de Literatura
8. Websites Úteis
9. Questões e Sugestões

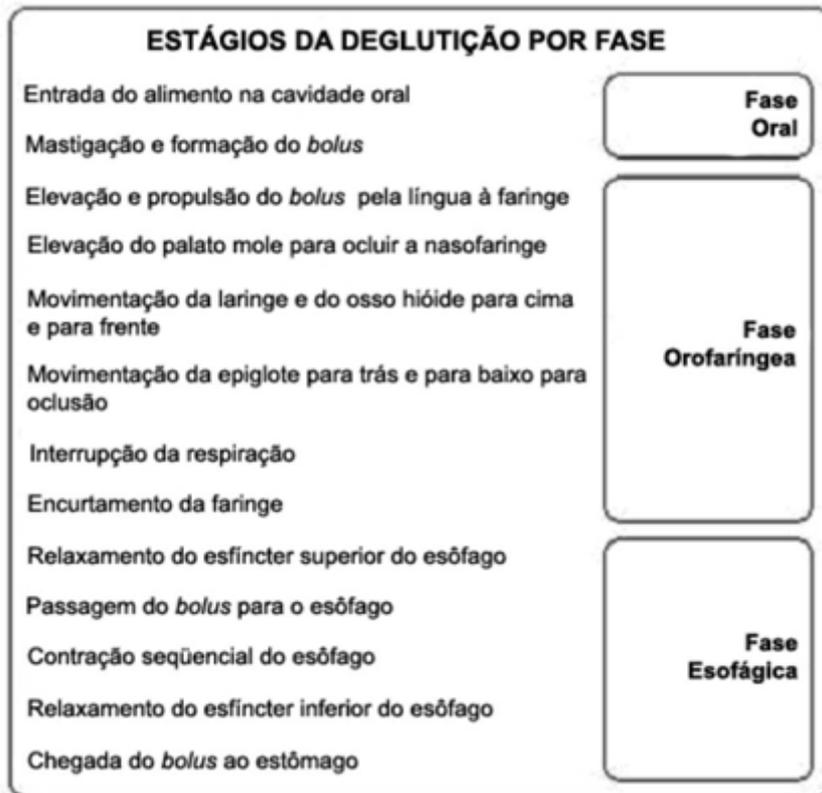
1. Definição

O termo disfagia pode se referir tanto à dificuldade de iniciar a deglutição (geralmente denominada disfagia orofaríngea) quanto à sensação de que alimentos sólidos e/ou líquidos estão retidos de algum modo na sua passagem da boca para o estômago (geralmente denominada disfagia esofágica).

Disfagia, portanto, é a percepção de que há um impedimento à passagem do material deglutido.

2. Introdução e Pontos Chave

A deglutição é um processo controlado pelo centro de deglutição na medula e pelo esôfago médio e distal por um reflexo peristáltico predominantemente autônomo e coordenado pelo sistema nervoso entérico incrustado na parede esofágica. A figura abaixo ilustra os mecanismos fisiológicos envolvidos nas fases da deglutição.



Uma decisão deve ser feita em relação à localização da disfagia de acordo com a descrição do paciente; a lesão estará ao nível ou abaixo da localização percebida pelo paciente.

É importante questionar se a disfagia ocorre com sólidos, líquidos ou ambos e se é permanente ou intermitente. Também é importante estabelecer a duração dos sintomas.

Apesar da freqüente ocorrência simultânea, é importante excluir a odinofagia (deglutição dolorosa). Finalmente, o diagnóstico diferencial baseado em sintomas deve excluir o globus faríngeo (sensação de "bola na garganta"), pressão torácica, dispnéia e fagofobia (medo de deglutir).

Pontos chave a considerar na história médica:

- Localização
- Tipos de alimentos e/ou líquidos
- Permanente ou intermitente
- Duração dos sintomas

Decisão chave: a disfagia é orofaríngea ou esofágica? Essa decisão deve ser feita com segurança e baseada em anamnese cuidadosa, que permite a classificação adequada do tipo de disfagia (orofaríngea vs. esofágica em cerca de 80 a 85% dos casos).

2.1. Disfagia orofaríngea - manifestações principais

A disfagia orofaríngea também pode ser denominada disfagia "alta" pela sua localização.

Os pacientes tem dificuldade de iniciar a deglutição e geralmente identificam a área cervical como a com problemas.

Sintomas freqüentemente associados:

- Dificuldade em iniciar a deglutição
- Regurgitação nasal
- Tosse
- Fala anasalada
- Redução no reflexo de tosse
- Engasgamento (note que a aspiração e penetração laríngeas podem ocorrer sem tosse ou tosse).
- Disartria e diplopia (podem acompanhar condições neurológicas que causam disfagia orofaríngea).
- A halitose pode estar presente em pacientes com divertículo de Zenker volumoso, com resíduos alimentares e também na acalásia severa e obstrução crônica (e mega-esôfago chagásico em áreas endêmicas - N. do T.) com acúmulo de resíduos alimentares em decomposição na luz esofágica.

Um diagnóstico preciso pode ser obtido quando há uma condição neurológica definida acompanhando a disfagia orofaríngea, como:

- Hemiparesia após acidente vascular cerebral
- Ptose palpebral
- Sinais de miastenia grave (fraqueza vespertina)
- Doença de Parkinson
- Outras doenças neurológicas, incluindo distonia e hiperosteose cervicais e malformações de Arnold-Chiari (herniação de estruturas da base cerebral posterior)
- Déficits específicos de nervos cranianos envolvidos na deglutição também podem apontar a origem dos sintomas e estabelecer o diagnóstico.

2.2. Disfagia esofágica - manifestações principais

A disfagia esofágica também pode ser denominada disfagia "baixa", referindo-se a uma provável localização no esôfago distal, mas deve-se observar que alguns pacientes com disfagia esofágica, como a acalásia, podem descrever disfagia na região cervical, mimetizando a disfagia orofaríngea.

- Disfagia que ocorre igualmente para sólidos e líquidos geralmente está relacionada a dismotilidade esofágica. Esta suspeita é reforçada quando uma disfagia intermitente para sólidos e líquidos estiver associada a dor torácica.
- Disfagia que ocorre apenas para sólidos, mas nunca para líquidos, sugere a possibilidade de obstrução mecânica com estenose da luz esofágica para um diâmetro inferior a 15 mm. Se progressiva, deve-se considerar particularmente as hipóteses de estenose péptica ou carcinoma. Mas vale notar que pacientes com estenose esofágica péptica geralmente apresentam um longo histórico de pirose e regurgitação, mas sem perda de peso. Já os pacientes com câncer esofágico tendem a ser homens mais velhos com perda acentuada de peso.

O exame físico de pacientes com disfagia esofágica geralmente é de valor limitado, mas a presença de linfadenopatia cervical e/ou supraclavicular pode ser palpável em pacientes com câncer esofágico. Alguns pacientes com esclerodermia e estenose péptica secundária podem se apresentar com síndrome CREST (calcinose digital, doença de Raynaud, dismotilidade esofágica, esclerodactilia e telangiectasia).

A halitose pode sugerir acalásia avançada ou obstrução a longo prazo com lento acúmulo de resíduos alimentares em decomposição no esôfago.

3. Fardo da Doença e Epidemiologia

A disfagia é um problema comum. Por exemplo, sua incidência pode chegar a 33% nos atendimentos de urgência, e estudos em asilos de idosos tem mostrado que de 30 a 40% dos pacientes tem distúrbios de deglutição, resultando em alta incidência de complicações por aspiração.

Por outro lado, os dados epidemiológicos não podem ser aplicados em escala global, pois a prevalência da maior parte das doenças que levam a disfagia tende a diferir na Europa Ocidental, Américas do Sul e do Norte, sul da Ásia, Oriente Médio e África. Também varia dependendo da idade do paciente e deve ser lembrado que o espectro de doenças que leva a disfagia na infância é diferente do de idosos. Portanto, em escala global só podem ser feitas aproximações. A disfagia ocorre em todas as faixas etárias, mas sua prevalência aumenta com a idade.

Em pacientes mais jovens, a disfagia geralmente está relacionada a acidentes envolvendo cabeça e pescoço ou a tumores da boca e garganta. A prevalência de tumores difere entre vários países. Por exemplo, enquanto nos EUA o adenocarcinoma é o câncer esofágico mais freqüente, na China e na Índia é o carcinoma de células escamosas. De modo semelhante, estenoses cáusticas do esôfago (especialmente pela ingestão de cáusticos com intenção suicida) e tuberculose também podem ser importantes em áreas de maior prevalência dessas condições.

4. Causas de Disfagia

No estabelecimento do diagnóstico etiológico da disfagia, é útil seguir a mesma classificação adotada para a avaliação dos sintomas, ou seja, distinguir entre as causas que afetam principalmente a faringe e o esôfago proximal (disfagia orofaríngea ou "alta") e as que afetam o corpo esofágico e a junção esofagogástrica (disfagia esofágica ou "baixa"). No entanto, muitas desordens se sobrepõem e podem produzir disfagia tanto orofaríngea quanto esofágica. Uma anamnese detalhada, incluindo as medicações em uso, que podem estar envolvidas na patogênese da disfagia.

4.1. Disfagia Orofaríngea

Em pacientes jovens, a disfagia orofaríngea é causada mais freqüentemente por doenças musculares inflamatórias, teias e anéis. Em pacientes mais velhos, geralmente é causada por doenças do sistema nervoso central, incluindo acidentes vasculares, doença de Parkinson e demência. Geralmente é útil fazer uma distinção entre distúrbios mecânicos e de motilidade neuromuscular, como mostrada abaixo:

4.1.1. Causas mecânicas e obstrutivas

- Infecções (por exemplo, abscesso retroperitoneal);
- Tireomegalia;
- Linfadenopatia;
- Divertículo de Zencker (com divertículo pequeno, a causa pode ser disfunção do esfíncter superior do esôfago);
- Redução na complacência muscular (mitose, fibrose);
- Malignidades de cabeça e pescoço;

- Osteófitos cervicais (raro);
- Neoplasias e malignidades orofaríngeas (raro).

4.1.2. Distúrbios neuromusculares

- Doenças do sistema nervoso central como acidentes vasculares, doença de Parkinson, paralisia de nervo craniano ou bulbar (por exemplo, esclerose múltipla e doença do neurônio motor) e esclerose lateral amiotrófica.
- Distúrbios contráteis como o espasmo cricofaríngeo (disfunção do esfíncter esofágico superior) ou miastenia grave, distrofia muscular oculofaríngea e outras.

A disfagia pós acidente vascular (AVC) tem sido identificada em cerca de 50% dos casos. A intensidade da disfagia tende a estar diretamente relacionada à do AVC. Até 50% dos pacientes com Parkinson manifestam alguns sintomas consistentes com disfagia orofaríngea e até 95% apresentam video-esofagografia anormal. Pode ocorrer disfagia clinicamente significativa precocemente na doença de Parkinson, mas é mais comum em estágios avançados.

4.1.3. Outras

- Dentição em má condição
- Úlceras orais
- Xerostomia
- Uso crônico de penicilamina

4.2. Disfagia Esofágica

Os três tipos de causas mais comuns de disfagia são:

- Doenças da mucosa (intrínsecas), com estreitamento da luz do esôfago por inflamação, fibrose ou neoplasia
- Doenças mediastinais (extrínsecas), com obstrução do esôfago por invasão direta ou por linfonodomegalia
- Doenças neuromusculares que afetam a musculatura lisa esofágica e sua inervação, interrompendo a peristalse ou o relaxamento do esfíncter esofágico, ou ambos

Tabela I. Causas mais comuns de disfagia esofágica

Corpos estranhos intraluminais (geralmente causam disfagia aguda)

Doenças da mucosa

- DRGE (estenose péptica)
- Anéis e teias esofágicas (disfagia sideropênica ou síndrome de Plummer-Vinson)
- Tumores esofágicos
- Lesão cáustica (por exemplo, ingestão de desinfetante, esofagite medicamentosa, escleroterapia de varizes)
- Lesão por radiação
- Esofagite infecciosa

Doenças mediastinais

- Tumores (por exemplo, câncer pulmonar e linfoma)
 - Infecções (por exemplo, tuberculose e histoplasmose)
-

- Cardiovasculares (dilatação atrial, compressão vascular)

Doenças que afetam a musculatura lisa e sua inervação

- Acalasia
- Esclerodermia
- Outros distúrbios de motilidade
- Pós-cirúrgicas (por exemplo, após fundoplicatura)

5. Diagnóstico Clínico

5.1 Introdução

Uma anamnese precisa que cubra os elementos diagnósticos chave é importante e geralmente estabelece um diagnóstico com segurança. É importante definir cuidadosamente a localização da sensação de distúrbio de deglutição (disfagia orofaríngea versus esofágica).

5.2 Diagnóstico e Gerenciamento da Disfagia Orofaríngea

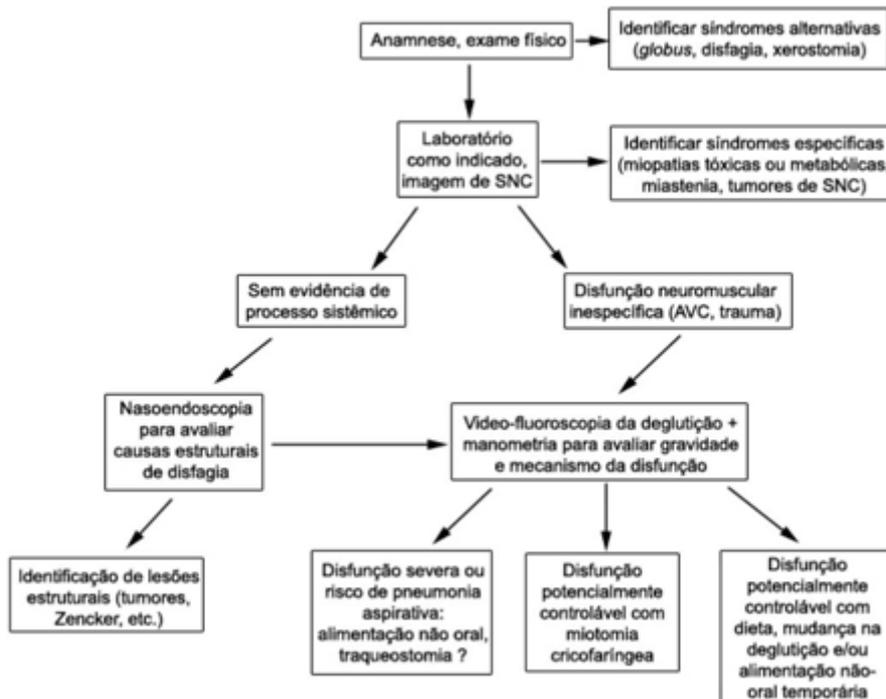
O teste da deglutição cronometrada de água é um teste de rastreamento barato e potencialmente útil para complementar as evidências obtidas pela anamnese e exame físico.

O teste consiste na ingestão de 150 mL de água pelo paciente o mais rápido possível, com o observador contando o tempo necessário e o número de deglutições. A partir destes dados, podem ser calculados a velocidade e o volume médio por deglutição. Este teste tem sensibilidade descrita como superior a 95% na identificação da presença de disfagia. Pode ser complementado por um "teste de comida", usando uma pequena quantidade de pudim colocada no dorso da língua (referência 6).

Enquanto o teste de água pode ser realizado para estabelecer o diagnóstico de disfagia, falha em identificar aspiração em 20 a 40% dos casos quando comparado à video-fluoroscopia devido à ausência de reflexo de tosse descrito acima.

Testes mais específicos e confiáveis para a avaliação da disfagia devem ser considerados dependendo das características do paciente e da importância do problema. Sobre isso, vale lembrar que o estudo video-fluoroscópico da deglutição (também conhecido como "deglutograma de bário modificado") é o padrão ouro no diagnóstico da disfagia orofaríngea e que a nasoendoscopia é o padrão ouro para avaliação das causas estruturais da disfagia (referências 7,8,9). Técnicas video-fluoroscópicas também podem ser facilmente enviadas pela internet para interpretação à distância em áreas remotas (referência 10). A avaliação video-fluoroscópica também pode ajudar a prever o risco de pneumonia aspirativa (referência 11).

O algoritmo fornecido abaixo indica testes e procedimentos mais sofisticados necessários na investigação diagnóstica em busca de tratamentos específicos.



Algoritmo 1. Avaliação e gerenciamento da disfagia orofaríngea.

* Alimentação por sonda enteral no quadro agudo; alimentação por sonda de gastro ou enterostomia percutânea no quadro crônico.

5.3. Diagnóstico e Gerenciamento da Disfagia Esofágica

5.3.1. A história clínica deve ser considerada primeiro.

A principal preocupação na disfagia esofágica é excluir a presença de câncer.

A história clínica do paciente pode fornecer pistas - o câncer é provável se há:

- Curta duração (inferior a 4 meses)
- Progressão da doença
- Disfagia mais para sólidos do que para líquidos
- Perda de peso

Acalasia é mais provável se:

- Disfagia tanto para sólidos quanto para líquidos
- Problema existente há vários anos
- Ausência de perda de peso

Em relação aos testes diagnósticos, há algum debate se a endoscopia ou o esofagograma com bário deve ser empregado como teste inicial.

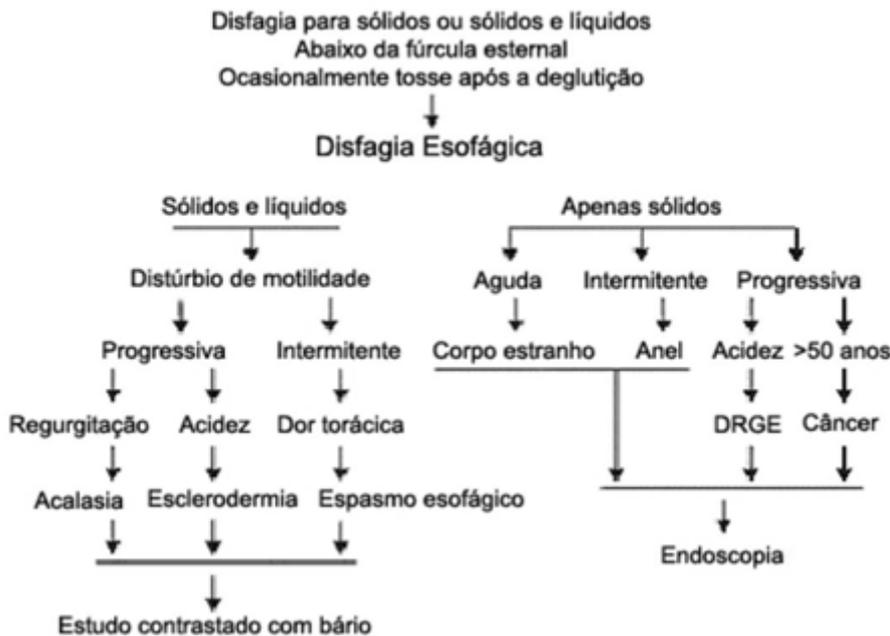
5.3.2. Esofagograma contrastado com bário

O esofagograma com bário - realizado com o paciente deitado e em pé - demonstra irregularidades na luz esofágica e identifica a maioria dos casos de obstrução, teias e anéis. O exame com bário da orofaringe e esôfago durante a deglutição é o teste inicial mais útil; também pode ser útil na detecção da acalasia e do espasmo esofágico difuso, apesar dessas condições serem diagnosticadas mais definitivamente pela manometria. Também

pode ser útil incluir um tablete de bário para identificar estenoses sutis. O exame também pode ajudar em pacientes disfágicos com endoscopia negativa se houver adição do tablete.

5.3.3. Endoscopia

A endoscopia usa um endoscópio de fibra ótica introduzido através da boca até o interior do estômago com visualização detalhada do trato gastrointestinal superior. A introdução do aparelho na cavidade gástrica é importante para excluir pseudoacalasia por tumor da junção esofagogastrica. Observe o algoritmo abaixo para gerenciamento de tomada de decisões.



5.3.4. Outros testes diagnósticos

- **Manometria esofágica** Este método diagnóstico geralmente está menos disponível que o exame contrastado com bário e a endoscopia, mas pode ser muito útil em casos selecionados. Baseia-se no registro da pressão da luz esofágica usando técnicas sólida ou de perfusão. A manometria está indicada quando se suspeita de uma causa esofágica de disfagia após exame contrastado e endoscópico inconclusivos e tratamento adequado anti-refluxo (com cicatrização de esofagite se demonstrada endoscopicamente). As três principais causas de disfagia que podem ser diagnosticadas pela manometria esofágica são a acalasia, a esclerodermia (peristalse esofágica ineficaz) e espasmo esofágico.
- **Cintilografia de trânsito esofágico com radionuclídeos** O paciente ingere um líquido radiomarcado (por exemplo, água misturada com colóide de enxofre marcado com tecnécio-99m) e mede-se a radioatividade no interior do esôfago. Pacientes com distúrbios da motilidade esofágica tipicamente tem depuração lentificada do radiofármaco do esôfago. A técnica é usada primariamente para propósitos de pesquisa, mas já está começando a ser usada na prática clínica por algumas instituições.

6. Opções de Tratamento

6.1. Disfagia Orofaríngea

Há poucas opções de tratamento para a disfagia orofaríngea, pois os distúrbios neuromusculares e neurológicos que a produzem dificilmente podem ser corrigidos por tratamento clínico ou cirúrgico. Exceções notáveis são os tratamentos medicamentosos para a doença de Parkinson e a miastenia. O gerenciamento das complicações é de importância primordial. A esse respeito, identificar o risco de aspiração é um ponto chave na consideração das opções de tratamento.

Nutrição e Dieta

A mudança de dieta por alimentos mais macios e medidas posturais são úteis. A alimentação oral é preferida sempre que possível. A modificação da consistência da dieta para fluidos espessos e comidas macias pode fazer uma diferença significativa (referência 12). Deve-se tomar cuidado na monitorização das necessidades hídricas e nutricionais (risco de desidratação). A complementação de ácido cítrico ao alimento melhora o reflexo de deglutição, possivelmente devido ao aumento da estimulação gustativa e do trigêmio pelo ácido (referência 13). O tratamento adjuvante com inibidor da enzima conversora de angiotensina para facilitar o reflexo de tosse também pode ser útil (referência 14).

Se houver risco alto de aspiração ou se a ingesta oral for insuficiente para manter o bom estado nutricional, então deve-se considerar a possibilidade de suporte nutricional alternativo. Uma sonda macia e bem tolerável pode ser alocada guiada radiologicamente. A alimentação por gastrostomia após acidente vascular cerebral reduz a mortalidade e melhora o estado nutricional em comparação com a sonda nasogástrica. A gastrostomia endoscópica percutânea é realizada instalando-se um tubo da gastrostomia pelo estômago por via abdominal percutânea guiada pelo endoscopista e, se disponível, é preferível a gastrostomia cirúrgica. A probabilidade de perda por remoção do tubo de alimentação é mais baixa em pacientes idosos, que sofreram AVC bilateral ou cuja video-fluoroscopia inicial mostrou aspiração (referência 15).

Tratamentos cirúrgicos com o objetivo de aliviar as causas espásticas de disfagia, como a miotomia cricofaríngea, tem sido bem sucedidos em até 60% dos casos, mas sua indicação permanece controversa (referência 16). Por outro lado, a remoção de obstruções mecânicas, como divertículos de Zenker volumosos e compressivos, geralmente é benéfica.

Reeducação da deglutição

Várias técnicas terapêuticas para ajudar na deglutição inadequada vêm sendo desenvolvidas, e incluem: exercícios de fortalecimento, biofeedback e estimulação térmica e gustativa.

6.2. Disfagia Esofágica

A Tabela 2, abaixo, fornece uma lista de opções de condutas para a disfagia esofágica que podem ser consideradas.

Tabela 2.

Condição	Tratamento conservador	Tratamento invasivo
Espasmos esofágicos difusos	Nitrato, bloqueadores do canal de cálcio	Dilatações seriadas ou miotomia longitudinal
Acalasia	Alimentos macios, anticolinérgicos, bloqueadores do canal de cálcio	Dilatação, injeções de toxina botulínica, miotomia à Heller
Esclerodermia	Medidas anti-refluxo, tratamento clínico sistêmico da esclerodermia	Nenhum

DRGE	Medicamentos anti-refluxo (bloqueadores H2, inibidores da bomba de prótons)	Funduplicatura
Esofagite infecciosa	Antibióticos (nistatina, aciclovir)	Nenhum
Divertículo faringoesofágico (de Zenker)	Nenhum	Correção endoscópica ou externa associada à miotomia cricofaríngea
Anéis de Schatzky	Alimentos macios	Dilatação

6.2.1. Estenoses esofágicas pépticas

Estenoses pépticas geralmente são o resultado de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) - mas também podem ser causadas por medicações.

No diagnóstico diferencial deve-se excluir:

- estenoses cáusticas após ingestão de substâncias corrosivas.
- estenoses induzidas por drogas
- estenoses pós-operatórias
- estenoses fúngicas

Após confirmação endoscópica a dilatação, descrita abaixo, é o tratamento de escolha.

Estenoses esofágicas devem ser dilatadas de modo progressivo com velas flexíveis de Savary ou balões. A escolha entre os tipos de dilatadores deveria ser baseada na disponibilidade na instituição e experiência e segurança do operador com os mesmos, pois as experiências publicadas em literatura não demonstraram uma superioridade convincente de um tipo de dilatador sobre outro.

Se a dilatação for realizada com sondas, a primeira a ser introduzida deve ter calibre aproximadamente semelhante à estimada para a estenose. São então introduzidas velas com calibre progressivamente maior até que se observa resistência e, a partir desta, serão introduzidas no máximo mais duas velas em uma sessão. Se forem utilizados balões, a dilatação inicial deve ser limitada a um diâmetro não superior a 45F. A extensão da dilatação inicial não parece influenciar a recorrência da estenose ou a necessidade de dilatações futuras, portanto não há evidências que suportem o conceito de que estenoses devam ser dilatadas agressivamente para prevenir sua recorrência. A extensão da dilatação no paciente individual deve ser baseada na resposta dos sintomas ao tratamento e na dificuldade observada no procedimento. A maioria dos pacientes descreve boa melhora da disfagia com a dilatação para um diâmetro entre 40F e 54F. Estenoses não devem ser dilatadas para um diâmetro superior a 60F.

O tratamento anti-refluxo agressivo com inibidores da bomba de prótons ou funduplicatura melhora a disfagia e reduz a necessidade de dilatações subseqüentes em pacientes com estenoses esofágicas pépticas. Em pacientes com persistência ou recidiva da disfagia após o tratamento inicial com dilatação e tratamento anti-refluxo, a cicatrização da esofagite de refluxo deve ser confirmada antes de repetir a dilatação. Assim que a esofagite estiver curada, a necessidade de dilatações subseqüentes será determinada empiricamente. Pacientes que apresentam apenas alívio breve dos sintomas após a dilatação podem ser ensinados a fazer autodilatação com velas. Nas estenoses refratárias, pode ser realizada tentativa de aplicação de esteróides na estenose. Raramente, estenoses verdadeiramente refratárias podem exigir a ressecção e reconstrução esofágica. Excepcionalmente, podem ser indicadas próteses endoluminais em estenoses benignas (referência 17). O risco de ruptura é de cerca de 0,5%, sendo geralmente indicada cirurgia se houver perfuração franca.

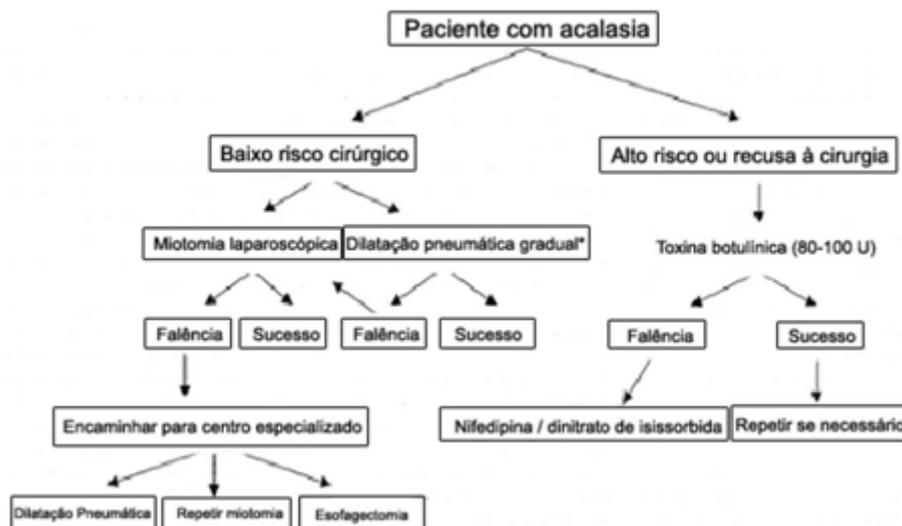
6.2.2. Tratamento de anéis de mucosa em esôfago inferior (anéis de Schatzki)

A terapia de dilatação envolve a passagem de uma única vela de grande calibre ou balão (45 a 60F) com o objetivo de romper (ao invés de apenas distender) os anéis. Após a dilatação abrupta, qualquer esofagite de refluxo associada deve ser tratada agressivamente. A necessidade de dilatações subseqüentes é determinada empiricamente. No entanto, a recorrência da disfagia é provável, portanto os pacientes devem ser orientados quanto à provável necessidade de nova dilatação no futuro. A manometria esofágica é recomendada em pacientes com persistência ou recidiva precoce da disfagia apesar da dilatação e terapia anti-refluxo adequadas. Em pacientes com distúrbio de motilidade tratável, como a acalasia, o tratamento é direcionado à dismotilidade. Se não for encontrado distúrbio de motilidade tratável, é realizada nova endoscopia para confirmar se houve cura da esofagite e rompimento dos anéis. Nos pacientes com anéis persistentes, recomenda-se nova tentativa de dilatação abrupta; naqueles com anéis refratários que não responderam à dilatação abrupta com velas e balões normais, podem ser tentados dilatação com balões pneumáticos maiores (aqueles utilizados para tratamento da acalasia), incisão eletrocirúrgica endoscópica e ressecção cirúrgica. Estes tratamentos devem ser necessários apenas em casos raros de pacientes com anéis de Schatzki e apenas após a exclusão de outras causas de disfagia.

6.2.3. Acalasia

O gerenciamento da acalasia depende principalmente do risco cirúrgico. Um procedimento endoscópico de baixo risco, como a injeção de toxina botulínica (geralmente eficaz, mas com efeitos apenas temporários - cerca de seis meses ou menos) é reservado para pacientes sem a possibilidade de tratamento cirúrgico. Em pacientes nos quais há opção de cirurgia, a maioria dos gastroenterologistas inicia com dilatação pneumática endoscópica (com risco de perfuração de cerca de 6%) e optam por miotomia laparoscópica à Heller naqueles pacientes que não responderam a duas dilatações. Alguns gastroenterologistas preferem a indicação inicial da cirurgia.

Veja o algoritmo abaixo para opções de condutas.



O tratamento medicamentoso com nitratos ou bloqueadores do canal de cálcio geralmente é ineficaz e pouco tolerado. A injeção endoscópica de toxina botulínica pode ser utilizada como tratamento inicial para pacientes de alto risco cirúrgico nos quais o médico julgar que a dilatação por velas e a medicação serão mal toleradas. A injeção de toxina botulínica parece ser um procedimento seguro que induz remissão clínica por pelo menos seis meses em cerca de dois terços dos pacientes com acalasia. No entanto, a maioria dos pacientes

necessitará de novas aplicações para manter a remissão e apenas aproximadamente dois terços dos pacientes em remissão a manterão em um ano, apesar de aplicações repetidas. Quando houver insucesso destes tratamentos, médico e paciente devem decidir se os benefícios potenciais da dilatação pneumática ou da miotomia superam os riscos dos mesmos para pacientes idosos ou enfermos. A alimentação por gastrostomia é uma alternativa mais segura que a dilatação pneumática ou miotomia, mas muitos pacientes neurologicamente são considerados inaceitável viver com uma gastrostomia.

7. Referências de Literatura

1. Dysphagia - ABC of the upper gastrointestinal tract. William Owen BMJ 2001;323:850-853 [Pubmed-Medline](#)
2. A Technical Review on Treatment of Patients with Dysphagia caused by benign disorders of the distal esophagus Gastroenterology. 1999 Jul; 117(1): 233-54. [Pubmed-Medline](#)
3. Oesophageal motility disorders Joel E Richter The Lancet ; 8 september 2001; 358/9284;823-828. [Pubmed-Medline](#)
4. Current concepts expandable metal stents for the treatment of cancerous obstruction of the gastrointestinal tract Baron Todd H New England Journal of Medicine; 2001 31 May; 344 (22);1681-1687 [Pubmed-Medline](#)
5. Plummer-Vinson syndrome Atmatzidis-K, Papaziogas-B, Pavlidis-T, Mirelis-Ch, Papaziogas-T. Diseases of the Esophagus 2003, 16/2 (154-157) [Pubmed-Medline](#)
6. Dysphagia in patients with nasopharyngeal cancer after radiation therapy: A videofluoroscopic swallowing study. Chang-Y-C, Chen-S-Y, Lui-L-T, Wang-T-G, Wang-T-C, Hsiao-T-Y, Li-Y-W, Lien-I-N. DYSPHAGIA, 2003, Vol/Iss/Pg. 18/2 (135-143). [Pubmed-Medline](#)
7. Morphological findings in dynamic swallowing studies of symptomatic patients. Scharitzer-M, Pokieser-P, Schober-E, Schima-W, Eisenhuber-E, Stadler-A, Memarsadeghi-M, Partik-B, Lechner-G, Ekberg-O. M. Scharitzer European Radiology EUR-RADIOL, 01 MAY 2002, 12/5 1139-1144). [Pubmed-Medline](#)
8. Visualization of swallowing using real-time true FISP MR fluoroscopy. Barkhausen-J, Goyen-M, von-Winterfeld-F, Lauenstein-T, Debatin-J-F European Radiology 01 JAN 2002, 12/1 (129-133). [Pubmed-Medline](#)
9. Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. Ramsey-D-J-C, Smithard-D-G, Kalra-L. Stroke 01 MAY 2003, 34/5 (1252-1257). [Pubmed-Medline](#)
10. Real-time remote telefluoroscopic assessment of patients with dysphagia. Perlman-A-L, Witthawaskul-W. Dysphagia 2002, 17/2 (162-167). [Pubmed-Medline](#)
11. Videofluoroscopic studies of swallowing dysfunction and the relative risk of pneumonia. Pikus-L, Levine-M-S, Yang-Y-X, Rubesin-S-E, Katzka-D-A, Laufer-I, Geftter-W American Journal of Roentgenology 01 JUN 2003, 180/6 (1613-1616). [Pubmed-Medline](#)
12. Tolerance of early diet textures as indicators of recovery from dysphagia after stroke. Wilkinson-T-J, Thomas-K, MacGregor-S, Tillard-G, Wyles-C, Sainsbury-R. Dysphagia , 2002, 17/3 (227-232). [Pubmed-Medline](#)
13. Effect of citric acid and citric acid-sucrose mixtures on swallowing in neurogenic oropharyngeal dysphagia. Pelletier-C-A, Lawless-H-T. Dysphagia 2003, 18/4 (231-241). [Pubmed-Medline](#)
14. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. Marik-P-E, Kaplan-D. Chest 01 JUL 2003, 124/1 (328-336). [Pubmed-Medline](#)
15. Predictors of Feeding Gastrostomy Tube Removal in Stroke Patients With Dysphagia. Ickenstein-G-W, Kelly-P-J, Furie-K-L, Ambrosi-D, Rallis-N, Goldstein-

- R, Horick-N, Stein-J. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases 2003, 12/4 (169-174).
16. Quality of life following surgical treatment of oropharyngeal syndrome. Gervais-M, Dorion-D. Journal of Otolaryngology 2003, 32/1(1-5). [Pubmed-Medline](#)
17. Relapsing cardiac stenosis after laparoscopic Nissen treated by esophageal stenting. Poudroux-P, Verdier-E, Courtial-P, Bapin-C, Deixonne-B, Balmes-J-L. Dysphagia 2003, 18/3 (218-222) [Pubmed-Medline](#)

8. Websites Úteis

1. Medical Position Statement on the Management of Oropharyngeal Dysphagia ; Gastroenterology 1999; 116; 452-478 [Link](#)
2. Diagnosis and Management of Achalasia. Practice Guideline. The American Journal of Gastroenterology; 1999; 94/12;3406-3412. [Link](#)
3. ACR Appropriateness Criteria for imaging recommendations for patients with dysphagia - Radiology 2000 June; 215 (suppl) 225-230. [Link](#)
4. Management of patients with stroke; III Identification and management of Dysphagia ; SIGN Guideline No 20 ; pilot edition november 1997; [Link](#)
5. Diagnosis and treatment of swallowing disorders (dysphagia) in acute care stroke patients. (ACHPR-99-E023. Rockville: AHCP, 1999). [Link](#)
6. M. Louay Omran, Dysphagia. [Link](#)
7. Clinical Use of esophageal manometry; AGA Medical Position statement; reviewed 2001. [Link](#)
8. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration. American Society of Anesthesiologists Anesthesiology 1999 Mar;90(3):896-905. [Link](#)

9. Questões e Sugestões

Convite para Comentários

O Comitê de Diretrizes Práticas agradece quaisquer comentários, dúvidas e sugestões. Por favor, não hesite em clicar no botão abaixo e compartilhar conosco suas opiniões e experiência com essa condição. Juntos, podemos fazer melhor!

guidelines@worldgastroenterology.org