

PELVGLOSSECTOMIA PARCIAL COM AUSÊNCIA DE DISFAGIA: ESTUDO DE CASO.

Lyudmilla Sperandio Miguel¹, Niva Maria Evangelista Garcia², Fernanda Almeida dos Santos³, Augusto de Alencar Carvalho*.

1 - R: São Sebastião 707/1206, Centro. Cep: 36015-410 Juiz de Fora/MG
Tel. (32) 9943-7664. E-mail: lyuzinha.fono@bol.com.br / lyu@nextwave.com.br

2 - Av. Deusdedith salgado, 1775, Teixeiras. Cep: 36033-000 Juiz de Fora/MG
Tel.: (32) 3236-3890/(32) 8808-9416. E-mail: nivagarcia@yahoo.com.br

3 - R: Antônio Dias 660/402, Grambery. Cep: 36010-370 Juiz de Fora/MG
Tel.: (32) 32326151 E-mail: falmesafono@ibest.com.br

1,2 e3: Integrantes do Grupo do Núcleo de Estudo em Fonoaudiologia (NEFo) do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CES-JF) em parceria com o Hospital Maria José Baêtas Reis (ASCOMCER/JF).

* R: Monsenhor Gustavo Freire 21/302, São Mateus. Cep: 36016-470 Juiz de Fora/MG. Tel. (32) 9944-5869. E-mail: augustodealencar@yahoo.com.br

Palavras-chave: Pelveglossectomia parcial, disfagia, reabilitação fonoaudiológica.

Área do Conhecimento: Ciência da Saúde

Resumo- O câncer de boca, mais precisamente o de língua, pode acarretar seqüelas no processo deglutitório limitando a qualidade de vida do paciente. Nessas situações a disfagia, pode ser indício e/ou sintomas/seqüela nos casos de pelveglossectomias, podendo está associada ao tratamento radioterápico, quimioterápico e/ou cirúrgico na região em questão. É importante ressaltar que a disfagia quando prontamente identificada e avaliada, permite uma reabilitação, mas rápida e efetiva, facilitando a reintegração social. No presente estudo científico, o quadro de alteração da deglutição não ocorreu devido à atividade compensatória dessa função estomatognática realizada através do efetivo tratamento de fonoterapia.

INTRODUÇÃO

O câncer consiste no crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos, podendo disseminar para outras partes do corpo. É válido ressaltar que essa produção de células tumorais não está relacionada somente aos processos mutacionais, mas a freqüente exposição dos genes aos fatores ambientais, podendo alterar significativamente o risco de uma pessoa desencadear ou não uma carcinogênese.

O carcinoma bucal engloba as regiões de lábios, língua (porção anterior e/ou rebordo lateral), assoalho da boca. Apresenta maior incidência no sexo masculino, pôr volta dos 40 anos. O consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas são dentre os fatores de riscos, os mais relevantes para o aparecimento e conseqüentemente o diagnóstico de câncer de boca.

Segundo Kowalski (1994), cerca de 85% dos casos são diagnosticados nos estágios mais avançados.

A distribuição desse tipo de câncer está diretamente relacionada aos fatores de risco. Sendo assim, nos etilistas e tabagistas são comumente encontrados os carcinomas de língua e/ou assoalho de boca. Geralmente são lesões que se manifestam a partir de um crescimento progressivo, ulcerado e inicialmente indolor, acarretando na aparição de outros sintomas, tais como: sialorréia, sangramentos, mobilidade dentária, halitose, trismo, emagrecimento e em alguns casos disfagia.

Nesses casos, são vários os tipos de tratamentos a serem empregados, como a radioterapia que se baseia na utilização da radiação com o objetivo de controlar o tumor e preservar os tecidos normais vizinhos; a quimioterapia que atua combatendo as células doentes principais dificuldade nesses

casos estão relacionada ao processo deglutitório, podendo evoluir para um quadro temporário de disfagia; em consequência dos edemas e dificuldades no início da fase faríngea (disparo do reflexo de deglutição) ocasionando um aumento do tempo do trânsito oral, estase de alimentos nos vestibulos ou até mesmo uma incontinência oral dos alimentos pôr intermédio dos lábios.

CARRARA (1997), comprovou através da videofluoroscopia, posterior à reabilitação fonoaudiológica que, esses pacientes geralmente apresentavam dificuldades na formação e propulsão ântero-posterior do bolo alimentar na boca e tempo de trânsito oral aumentados durante a ingesta de alimentos espessos.

A reabilitação fonoaudiológica nesses casos tem pôr objetivo desenvolver um maior grau possível de movimentação da porção lingual remanescente, trabalhar a deglutição com diferentes consistências e tipos de alimentos, desenvolver articulações compensatórias e trabalhar a sobrearticulação dos sons da fala e auxiliar no direcionamento do fluxo oral, para que haja diminuição da hipernasalidade vocal, além de orientação pré-cirúrgica destruindo e/ou controlando seu desenvolvimento, através de medicações quimioterápicas; pôr fim, o tratamento cirúrgico é realizado quando necessário isolado ou conjuntamente com os anteriores citados.

Dessa maneira, é possível inferir que pacientes com tumores situados na língua e sulco pelvelingual são submetidos a uma pelveglossectomia parcial associada na grande maioria ao esvaziamento cervical quando essas lesões tumorais são do tipo úlcero-infiltrativas macroscópicas.

É possível prever as prováveis implicações decorrentes da cirurgia anteriormente abordada, quanto à mobilidade das estruturas adjacentes, manutenção ou não da inervação do hipoglosso, xerostomia e outros problemas físicos, sociais e/ou psicológicos. Essas seqüelas poderão ser temporárias ou permanentes, umas mais severas e outras menos, principalmente relacionadas: a mastigação, deglutição e inteligibilidade da fala. Em decorrência do posicionamento alterado da língua, observa-se um certo grau de hipernasalidade vocal com a presença de algumas alterações significativas na produção de vários fonemas e uma consequente imprecisão articulatória.

Os pacientes pelviglossectomizados parciais fazem compensações a partir da plasticidade da língua remanescente, possibilitando adaptações articulatórias, através da protrusão/retração labial e/ou mandibular.

OBJETIVO:

O objetivo consistiu na análise do caso clínico de um paciente pelviglossectomizado parcial.

MATERIAL E MÉTODO:

Para a realização deste trabalho científico foi feito um acompanhamento fonoaudiológico do pré e pós-cirúrgico de um paciente do sexo masculino, de 41 anos de idade, etilista e tabagista há 18 anos portador de um carcinoma epidermóide esquerdo ao redor das glândulas salivares.

CASO CLÍNICO:

O.R.P. sexo masculino, 41 anos, comerciante, tabagista há 22 anos e etilista há 20 anos, apresentou um aumento do volume na porção esquerda da mandíbula anterior há um ano.

O crescimento foi progressivo, inicialmente sem dor tanto para falar quanto para deglutir. Após dois meses o paciente queixava-se de ulceração na borda esquerda da língua, proliferação da protuberância mandibular esquerda, emagrecimento, passou a evitar alguns tipos de alimentos (principalmente os ácidos) e uma incoordenação do bolo.

Após muita resistência procurou assistência médica e foi encaminhado para o Otorrinolaringologista pelo clínico geral. Foram realizados a palpação cervical e exame de cavidade oral e logo após o paciente foi direcionado ao Serviço de oncologia do Hospital Maria Baeta Reis (ASCOMCER/JF), para o setor de cabeça e pescoço, onde foi feita a biópsia através da qual foi constatado e diagnosticado a presença de um carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado à esquerda ao redor das glândulas salivares.

A partir desses resultados, foi indicada a cirurgia de pelveglossectomia, com ressecção de glândulas salivares, massa linfática e esvaziamento cervical radical à esquerda sem reconstrução e retalho de peitoral.

O.R.P., recebeu as orientações fonoaudiológicas pré-cirúrgicas, quanto às possíveis alterações de inteligibilidade de fala, dificuldades tanto nos processos mastigatórios quanto nos deglutitórios, inclusive com relação a utilização de manobras compensatórias durante a realização dos mesmos.

Logo após a intervenção cirúrgica, realizada em 03 de fevereiro de 2004, foi observada ausência de metástase, avaliação torácica normal, e glândulas tireóide, parótida e submandibular contralaterais à lesão em perfeito estado. Paciente ficou na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por dois dias, onde foi traqueostomizado apresentando-se hipersecretivo. Houve boa cicatrização oral e cervical.

O paciente iniciou terapia fonoaudiológica após alta médica, na qual foram trabalhados aspectos da motricidade oral, como articulação de alguns fonemas (/f/, /v/ /r/, /t/ /d/ e /r/ de grupo), massagens intra e extra-oral, técnicas de relaxamento e adequação da musculatura cervical e houve reintrodução da dieta por via oral, pois o mesmo não apresentou quadro de disfagia. Após algumas sessões de fonoterapia, foi realizada uma reavaliação na qual constatou-se adequação do processo deglutitório.

Hoje o paciente apresenta-se com uma certa rigidez cervical, mucosite, xerostomia e alopecia, devido às 25 sessões de radioterapia, após intervenção cirúrgica para fins de tratamento.

CONCLUSÃO:

A ausência da disfagia neste caso clínico acima exposto pode ser justificada pelo tumor ser do estágio clínico I, isto é, superficial (menor que 2mm de espessura); devido às estruturas remanescentes (base de língua, porção anterior contralateral da lesão, dentes, palato duro e mole, alvéolo, véu-palatino, bochechas, glândulas salivares contralaterais, mucosa jugal, vestíbulo bucal, triângulo retromolar, pilares amigdalinos e parede posterior e lateral de orofaringe) que são de fundamental importância para a função de deglutição; manobras compensatórias que auxiliam na falta dos órgãos extirpados e nas alterações consequentes da radioterapia; e por fim, a susceptibilidade individual de recuperação após tratamento.

É válido ressaltar que a orientação fonoaudiológica pré-cirúrgica auxiliou na prevenção das possíveis alterações da deglutição. E a fonoterapia após a pelveglossectomia parcial auxiliou na atividade compensatória à deglutição, com o aumento da atividade da musculatura bucal, movimentação de mandíbula, faringe, laringe e proteções voluntárias da via aérea à deglutição.

O presente caso clínico ilustra o sucesso do tratamento cirúrgico, radioterápico e fonoterápico, possibilitando a ingestão por via oral, sem danos à saúde do paciente e consequentemente a sua reintegração social.

REFERÊNCIAS:

CAETANO, A. R. V. – Estudo das alterações fonoaudiológicas encontradas na fala de pacientes submetidos a glossectomias totais e parciais. In: J. C. V. In – Tópicos em Fonoaudiologia, São Paulo, Lovise, p.267-87, 1997.

CARRARA – DE ANGELIS; FURIA C. L.B; MOURÃO L. F.; KOWALSKI L. P. – Atuação Fonoaudiológica no câncer de cabeça e pescoço. Editora Lovise, 2000.

CARRARA – DE ANGELIS, E; FURIA, C. L. B.; MOURÃO, L. F. – Disfagias associadas ao tratamento do câncer de cabeça e pescoço. Acta Oncológica Brasileira 17:77-82, 1997.

CARRARA-DE ANGELIS, E.; FURIA, C.L.B.; MOURÃO, L.F.; MIGUEL, R.E.; BARROS, A.P. & AUGUSTO, M.C. – Videofluoroscopic evaluation of glossectomized patients. Apresentado no International Symposium: Care of professional voice and phonosurgery. Athenas, 25 a 27 setembro 1997.

FRANCO; KOWALSKI et. al. – Incidência de Câncer no estado de São Paulo. São Paulo, Fundação Oncocentro de São Paulo, 1990.

KOWALSKI, L. P. – Carcinoma de boca: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. Acta Assoc. W House Otol. 10:128-135, 1994.

MARTINS, N. M. S.; CARRARA – DE ANGELIS, E; FURIA, C. L. B. & BRANDÃO, A.P.B. – Orientação fonoaudiológica pré e pós-operatória nos tumores de cavidade oral. In: KOWALSKI, L. P.; DIB, L.L; IKEDA, M. K; & ADDE, C – Prevenção diagnóstico e tratamento do câncer bucal. São Paulo: Frontis Editorial, p. 455-60, 1999.

OLIVEIRA, S. T. – Fonoaudiologia Hospitalar. Ed.Lovise – 20003.

SHERMAN, C. D. – Câncer de cabeça e pescoço. In: HOSSFELD, D. – Manual de oncologia clínica, 2ª ed. Brás. S.P: Fundação Oncocentro de São Paulo, pp 192-215, 1993.