

# ANÁLISE DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM PACIENTES SUBMETIDOS A LARINGECTOMIA SUPRAGLÓTICA

## *Analysis the process of speech pathology rehabilitation of patients submitted to supraglottic horizontal laryngectomy.*

Tatiana Hilário Soares de Toledo <sup>(1)</sup>, Lica Arakawa Sugueno <sup>(2)</sup>,  
Alberto Rossetti Ferraz <sup>(3)</sup>, Renata Di Francesco <sup>(4)</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** analisar o processo de reabilitação fonoaudiológica dos pacientes submetidos a laringectomia parcial horizontal supraglótica. **Método:** neste estudo retrospectivo, foram revisados prontuários de 16 pacientes (14 homens e 2 mulheres), com idade média de 60 anos. As informações foram selecionadas a partir do preenchimento de dois protocolos (identificação e evolução clínica). **Resultados:** 15 pacientes retomaram uso exclusivo da via oral para dieta, destes 8 apresentaram deglutição funcional para todas as consistências. Líquida-pastosa foi a mais fácil para deglutir de modo seguro, e em seqüência, pastosa, líquida e sólida. Manobras de proteção de via aérea, facilitadora e de limpeza foram usadas durante o processo de reabilitação por 75% dos pacientes. As manobras mais usadas foram supraglótica e deglutições múltiplas. **Conclusão:** a maioria dos pacientes retomou alimentação via oral, as manobras mostraram ser instrumentos importantes durante a reabilitação da deglutição e consistência líquida-pastosa foi mais facilmente adquirida. A dieta segura via oral é possível com gerenciamento fonoaudiológico.

**DESCRITORES:** Laringectomia; Deglutição; Transtornos de Deglutição; Reabilitação

### ■ INTRODUÇÃO

A laringe é parte do conduto aéreo que comunica a faringe com a traquéia. É um órgão ímpar localizado na região cervical ventral mediana <sup>1</sup>. Além de permitir a passagem do ar – função respiratória, a laringe tem as funções esfinteriana, que previne

a aspiração de saliva e alimentos e fonatória, considerada uma função de adaptação das pregas vocais <sup>1</sup>.

Em todo o mundo o câncer de laringe constitui 1 a 2 % de todos os tumores malignos <sup>2</sup>. O câncer de laringe tem grande associação com o fumo. Também se observa um importante efeito sinérgico do consumo de bebidas alcoólicas, outros fatores de risco são a exposição profissional a metais, indústrias têxteis, além de história familiar <sup>2</sup>. Tipicamente o indivíduo com câncer de laringe é do gênero masculino, entre as 5ª. e 6ª. décadas de vida. No entanto, mulheres e indivíduos de qualquer idade podem ser acometidos <sup>2</sup>.

O tipo histológico mais comum é o carcinoma espinocelular <sup>2</sup>.

A laringe é didaticamente dividida em três regiões: supraglote, glote e subglote <sup>2</sup>. O principal sintoma do câncer de laringe é a disфония, já que a região glótica é normalmente mais acometida, seguida pela região supraglótica e subglótica. O câncer supraglótico geralmente é acompanhado de outros sintomas, com disfagia leve e sensação de corpo estranho na garganta <sup>3</sup>.

<sup>(1)</sup> Fonoaudióloga, Especializanda em motricidade oral-Disfagia, Fonoaudióloga do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer.

<sup>(2)</sup> Fonoaudióloga, Mestre em Ciências pela Universidade de São Paulo, Responsável pelo Setor de Fonoaudiologia da Disciplina de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

<sup>(3)</sup> Médico, Doutor em Medicina pela Universidade de São Paulo, Professor Titular da Disciplina de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

<sup>(4)</sup> Médica, Doutora em Medicina pela Universidade de São Paulo, médica assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O câncer pode ser tratado com cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia, sendo a opção mais clássica quando o tumor acomete a região de cabeça e pescoço a cirurgia seguida de radioterapia<sup>3</sup>. O tratamento cirúrgico indicado para câncer de laringe é a laringectomia na qual toda ou parte da laringe é removida. Quando apenas parte da laringe é removida recebe o nome de Laringectomia Parcial<sup>2</sup>. A laringectomia parcial é considerada conservadora, quando as principais funções da laringe são preservadas: respiração e fonação, ainda que temporariamente alteradas. A traqueostomia é quase sempre necessária, porém, temporária<sup>4</sup>.

De acordo com a localização do tumor, as laringectomias parciais podem ser orientadas nos planos horizontais e verticais<sup>4</sup>. A Laringectomia Parcial Horizontal Supraglótica (LPHSG) consiste na retirada do osso hióide, epiglote, espaço pré-epiglótico, membrana tiro-hióidea, metade superior da cartilagem tireóide e as pregas vestibulares. Nos casos em que o tumor se estende até a cartilagem aritenóide há a possibilidade de se realizar o mesmo procedimento incluindo a aritenóide na ressecção<sup>4</sup>. Quando a ressecção necessita ser ampliada para orofaringe (valécua, base de língua), a cirurgia passa a ser denominada LPHSG Ampliada<sup>4</sup>. Esses sujeitos apresentam aspiração no pós-operatório, principalmente para líquidos, uma vez que a função esfinteriana foi alterada, sendo necessária a atuação do fonoaudiólogo para orientação na deglutição e reintrodução gradativa da dieta<sup>4</sup>.

A laringectomia horizontal supraglótica consiste na retirada do osso hióide, epiglote, espaço pré-epiglótico, membrana tiro-hióidea e as pregas vestibulares<sup>5</sup>.

Autores apontam a aspiração de líquidos e alimentos após LPHSG como a complicação mais frequente que estende a hospitalização<sup>6</sup>.

Há referência que a Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG) é o procedimento indicado por

causa da aspiração<sup>7</sup>. A literatura aponta para taxa de decanulação de 96%<sup>8</sup>. Quanto à Sonda Nasogástrica (SNG) encontramos relato de sua retirada em todos os pacientes aproximadamente 12 dias após a cirurgia<sup>9</sup>.

Dos fatores que levaram a um risco de aspiração está a redução na elevação laríngea e o tempo de trânsito orofaríngeo aumentado<sup>10</sup>.

Esse trabalho tem o objetivo de analisar o processo de reabilitação fonoaudiológica dos pacientes submetidos à LPHSG simples ou ampliada.

## MÉTODOS

A amostra constou de 16 sujeitos de ambos os gêneros, 14 homens e 2 mulheres com idade entre 44 e 80 anos com média de 60 anos, submetidos a Laringectomia Parcial Horizontal Supraglótica (LPHSG), como mostra a Figura 1. Foram incluídos no estudo sujeitos submetidos LPHSG ampliada ou não para a base de língua ou aritenóide. A cirurgia de esvaziamento cervical, a radioterapia e a quimioterapia não foram considerados critérios de exclusão. Foram excluídos da amostra pacientes que tiveram câncer em outra região de cabeça e pescoço, distúrbios neurológicos ou psiquiátricos diagnosticados.

O estudo foi retrospectivo, baseado no levantamento de dados do prontuário hospitalar. Para selecionar as informações pertinentes a este estudo, dois protocolos foram preenchidos: protocolo de identificação do sujeito e de evolução.

Os resultados foram apresentados na forma descritiva.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica sob número 022/05 e considerado sem risco.

Idade		Gênero		Tipo de Cirurgia		EC		RXT		QT			Tipo de Exame			
44-60	61-80	H	M	SG	SGA	S	S/D	S	S/D	S	N	S/D	VF	NASO	AMBOS	S/E
09	07	14	02	14	02	07	09	11	05	05	04	07	04	01	01	10

Total: N = 16

EC: esvaziamento cervical; RXT: radioterapia; QT: quimioterapia; H: homem; M: mulher; SG: supraglótica; SGA: supraglótica ampliada; S: sim; N: não; VF: videofluoroscopia; Naso: nasolaringoscopia; S/D: sem dados; S/E: sem exame.

**Figura 1 – Informações sobre idade, gênero, tipo de cirurgia, esvaziamento cervical, radioterapia, quimioterapia e tipo de exame**

**Protocolo de Identificação**

- a. Número de identificação do paciente na pesquisa: \_\_\_\_\_
- b. Tipo de Cirurgia  
 Laringectomia Supraglótica  
 Laringectomia Supraglótica Ampliada
- c. Esvaziamento Cervical:  sim  não
- d. Radioterapia:  sim  não Número de sessões: \_\_\_\_\_
- e. Quimioterapia:  sim  não Ciclos: \_\_\_\_\_
- f. Tipo de Exame:  
 Videofluoroscopia  Nasofibrosopia

- e. Consistências adaptadas:  Líquido;  
 Líquido – pastoso;  
 Pastoso;  
 Sólido
- f. Manobras utilizadas:  Supraglótica;  
 Super – Supraglótica;  
 Deglutições Múltiplas;  
 Esforço;  
 Mendelsohn;  
 outras \_\_\_\_\_
- g. Posturas utilizadas:  queixo abaixada;  
 cabeça inclinada para trás;  
 outras \_\_\_\_\_
- h. Via de alimentação utilizada na última sessão registrada:  
 VO exclusiva;  
 VO parcial;  
 SNE/G exclusiva;  
 SNE/G parcial;  
 PEG exclusiva;  
 PEG exclusiva
- i. número de sessões até o momento do registro: \_\_\_\_\_

**Protocolo de Evolução Clínica**

- a. Número de identificação do paciente na pesquisa: \_\_\_\_\_
- b. Atuação Fonoaudiológica:  POI/Recente  Tardio
- c. Fonoterapia:  1 vez na semana  2 vezes na semana
- d. Tempo de retirada de sonda: \_\_\_\_\_ sessões

Retirada de sonda (Nº de sessões)			Consistências L, LP, P, S				Manobras		Via de alimentação		Fonoterapia	
0-10	11-20	+ de 21	T	3	2	1	S	S/D	VO	SNG	POI/R	POT
09	05	02	06	05	03	01	12	04	15	01	03	13

Total: N = 16

L: líquida; LP: líquida-pastosa; P: pastosa; S: sólida; T: todas; 3,2,1: número de consistências adaptadas; S: sim; S/D: sem dados; VO: via oral; SNG: sonda nasogástrica; POI/R: pós-operatório imediato/recente; POT: pós-operatório tardio

**Figura 2 – Resultados de número de sessões para retirada de sonda, consistências adaptadas, uso de manobras, via de alimentação e fonoterapia**

**RESULTADOS**

A partir da análise da Figura 2, foi possível observar que os 16 sujeitos analisados retiraram a sonda nasoenteral em média em 2,1 sessões.

Podemos verificar que 6 dos sujeitos submetidos a Laringectomia Supraglótica adequaram em sua dieta todas as consistências (líquida, líquida-pastosa, pastosa e sólida), 1 sujeito não apresentou esse dado no prontuário; 5 sujeitos apresentaram deglutição funcional com 3 consistências; 3 com 2 consistências; 1 com uma consistência.

Como podemos observar na Figura 2, as manobras (de proteção, facilitadoras e de limpeza) foram

utilizadas por 12 sujeitos. Quatro sujeitos não apresentavam esses dados no prontuário. A manobra supraglótica foi a manobra de proteção de via aérea utilizada em 56,2% dos sujeitos, e a manobra de deglutições múltiplas foi a manobra de limpeza utilizada em 43,7% dos sujeitos.

Dos sujeitos, 15 voltaram a se alimentar VO e um sujeito teve a SNE repassada, devido à possibilidade de recidiva tumoral.

Por fim, 13 pacientes foram atendidos somente no Pós Operatório Tardio (POT) e os outros 3 no Pós Operatório Imediato (POI) ou Recente (1º ao 10º dia).

## ■ DISCUSSÃO

Dos 16 sujeitos, somente 2 realizaram laringectomia supraglótica ampliada. Espera-se que na laringectomia supraglótica ampliada a disfagia seja mais severa, porém os 2 conseguiram adequar dieta via oral.

A maior parte das indicações de laringectomia supraglótica seguem com radioterapia e as informações não obtidas sugerem radioterapia; já a quimioterapia não tem indicação eletiva. Apesar de encontrarmos descrição dos efeitos da radiação, dentre os mais comuns, fibrose de tecido, xerostomia e mucosite<sup>11</sup>, neste estudo foi observado que o fato do sujeito ter realizado a Radioterapia associada à Quimioterapia não foi fator impeditivo de adequação da dieta via oral.

No levantamento realizado foi observada aspiração como uma complicação importante, confirmando dados de outro estudo<sup>6</sup>.

O tempo de hospitalização não foi descrito nos prontuários. Dos 16 pacientes analisados, não foram registrados relatos de pneumonia. Dados sobre retirada de cânula traqueal e otimização da dieta via oral após decanulação<sup>6</sup>, não encontrados nesta pesquisa justifica-se pela falta de riqueza no registro de prontuários.

Neste levantamento (N =16), nenhum paciente recebeu indicação de PEG, em contraposição a outro estudo<sup>7</sup>.

Os dados do presente estudo registram que o retorno da via oral em número de sessões, foi de 2,1 em média. Encontramos relato de retirada de sonda em dias, porém sem comentários sobre com qual frequência era realizada a fonoterapia<sup>8</sup>.

A maioria dos sujeitos iniciou fonoterapia apenas no pós-operatório tardio, ou seja, após pelo menos 15 dias da cirurgia. Assim mesmo, esses pacientes apresentaram resultados satisfatórios em relação à deglutição. A análise dos 3 sujeitos que tiveram terapia no pós-operatório imediato/recente sugere que a intervenção iniciada neste período contribui para a retirada mais rápida de sonda. Porém, o número restrito da casuística impede conclusões deste aspecto.

Dos 16 sujeitos, somente um manteve alimentação via SNE; os demais evoluíram para via oral, média de 2,1 sessões. Estudos relatam dados sobre retirada da SNE em dias, neste estudo este dado foi contabilizado em número de sessões e ainda descreve a retirada da SNE de todos os pacientes aproximadamente 12 dias após a cirurgia<sup>9</sup>. Foi ob-

servado que seis pacientes conseguiram receber todas as consistências (líquida, líquida-pastosa, pastosa e sólida). Considerando os dados registrados em prontuário de acordo com cada consistência percebeu-se que a líquida-pastosa foi adquirida pela maioria dos sujeitos (87,5%), seguidas pelas consistências pastosa (81,2%) e líquida (68,7%). Diferente de outra pesquisa<sup>10</sup>, este estudo mostra sólida como a menos adquirida (50%).

A manobra supraglótica parece ser a mais eficaz na proteção de via aérea, sendo utilizada por 56,2% dos sujeitos, concordando com outro estudo que descreve a eficácia dessa manobra nos pacientes que aspiram durante a deglutição<sup>12</sup>.

Quanto à postura de cabeça foi observado o uso de cabeça para baixo como manobra importante para auxiliar na proteção de via aérea.

É importante ressaltar que quando os pacientes vão em busca de tratamento, já apresentam tumores avançados, o que contra-indica uma cirurgia conservadora como a laringectomia parcial horizontal supraglótica. Seria muito interessante que esse estudo fosse realizado futuramente inter-instituições para que se pudesse fazer uma comparação entre as diversas realidades e dessa forma aumentar a casuística, já que uma casuística maior possibilita conclusões mais precisas.

## ■ CONCLUSÃO

Diante dos dados obtidos podemos concluir que:

1. A disfagia mostrou-se presente em todos os sujeitos após a laringectomia supraglótica, seja simples ou ampliada e a intervenção fonoaudiológica é necessária para auxiliar na reintrodução segura e gradativa da dieta.

2. Para o restabelecimento da via oral as manobras mostraram-se eficazes, especialmente para proteção de via aérea a manobra supraglótica e para a limpeza, a manobra de deglutições múltiplas. Manobras facilitadoras como a postura de cabeça para baixo utilizada pela maioria dos sujeitos também mostrou-se eficiente.

3. Durante o processo de reabilitação o retorno da via oral exclusiva se deu após 2,1 sessões em média.

4. Apesar de parecer possível adaptar todas as consistências, a líquida-pastosa mostrou ser a mais facilmente adquirida seguida da pastosa, líquida e sólida.

**ABSTRACT**

**Purpose:** to analyze the process of speech pathology rehabilitation in patients submitted to partial supraglottic horizontal laryngectomy. **Method:** in this retrospective study, we revised 16 medical records (14 male and 2 female), average of 60 years old. The information was selected from filling in two protocols (identification and clinical assessment). **Results:** 15 patients reestablished to exclusive use of oral diet, of these 8 received all consistencies. Liquid-pasty was the easiest to swallow safely, and in sequence, pasty, liquid and solid diet. Airway protection maneuvers for facilitation and cleaning have been used during the rehabilitation process by 75% of the patients. The most used maneuvers were supraglottic and multiple swallowing. **Conclusion:** Majority of the patients reestablished oral feeding, maneuvers are found to be important instruments during swallowing rehabilitation, and the liquid-pasty consistency was more easily accepted. Safe oral diet is possible with speech pathology management.

**KEYWORDS:** Laryngectomy; Deglutition; Deglutition Disorders; Rehabilitation

**REFERÊNCIAS**

1. Dedivitis RA. Anatomia da laringe. In: Dedivitis RA, Barros APB, editores. Métodos de avaliação e diagnóstico de laringe e voz. São Paulo: Lovise; 2002. p. 5-6.
2. Kowalski LP, Miguel REV, Ulbrich FS. Câncer de laringe. In: Carrara-de-Angelis E, Furia CLB, Mourão LF, Kowalski LP. A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço. São Paulo: Lovise; 2000. p. 97-104.
3. Sanchez RF. Reabilitação fonoaudiológica após as laringectomias parciais. In: Barros APB, Arakawa L, Tonini MD, Carvalho VA, organizadoras. Fonoaudiologia em cancerologia. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo; 2000. p. 78-82.
4. Abrahão M, Santos RO, Cervantes O. Laringectomias parciais. In: Carrara-de-Angelis E, Furia CLB, Mourão LF, Kowalski LP. A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço. São Paulo: Lovise; 2000. p.105-12.
5. Bocca E, Pignataro I, Mosciaro O. Supraglottic surgery of the larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998; 77:1004-10.
6. Wasserman T, Murry T, Johnson JT, Myers EN. Management of swallowing in supraglottic and extended supraglottic laryngectomy patients. *Head Neck* 2001; 23(12):1043-8.
7. Adamopoulos G, Yotakis I, Apostolopoulos K, Manolopoulos L, Kandiloros D, Ferekidis E. Supraglottic laryngectomy: series report na analyses of results. *J. Laryngol Otol* 1997; 111(8):730-4.
8. Guo X, Pan Z, Fei S. Supraglottic horizontal partial laryngectomy. *Zhonghua Er Bi Yan How Ke Za Zhi* 2000; 35(1):39-41.
9. Petrovic Z. Results of supraglottic partial horizontal laryngectomy. *Med Pregl* 2003; 56(11-12):568-70.
10. Schweinfurth JM, Silver SM. Patterns of swallowing after supraglottic laryngectomy. *Laryngoscope* 2000; 110(8):1266-70.
11. Lazarus CL. Effects of radiation therapy and voluntary maneuvers on swallow functioning in head and neck cancer patients. *Clin Comm Disord*. 1993; 3(4):11-20.
12. Logemann JA. Aspiration in head and neck surgical patients. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1985; 94(4pt):373-6.

RECEBIDO EM: 10/01/05

ACEITO EM: 01/03/05

Endereço para correspondência:

Rua:Barão do Bananal, 450 aptº 112

São Paulo – SP

CEP: 05024-000

Tel: (11) 3865-9862/9255-3434

e-mail: [tatihilario@ig.com.br](mailto:tatihilario@ig.com.br)