

Sintomas sensoriais em pacientes submetidos à tireoidectomia

Sensory symptoms in patients undergoing thyroidectomy

Lillian Fernandes de Araújo¹
Leonardo Wanderley Lopes¹
Priscila Oliveira Costa Silva¹
Victor Jose Ferreira Perrusi²
Vívian Lisboa de Lucena Farias³
Elma Heitmann Mares Azevedo⁴

Descritores

Tireoidectomia
Disfonia
Transtornos de Deglutição
Sinais e Sintomas
Sensação

Keywords

Thyroidectomy
Dysphonia
Swallowing Disorders
Signs and Symptoms
Sensation

RESUMO

Objetivo: Verificar a ocorrência dos sintomas sensoriais em pacientes pré e pós-tireoidectomia. **Método:** Tratou-se de um estudo prospectivo, quantitativo e descritivo. Participaram 12 pacientes submetidos à tireoidectomia, que realizaram exame visual laríngeo e responderam aos questionários de Vias Aéreas Digestivas Superior e Escala de Desconforto do Trato Vocal pré e pós-cirurgia. **Resultados:** Houve maior ocorrência de fadiga vocal, rouquidão, sensação de bolo na garganta, garganta seca e pigarro no pré-operatório. Houve maior ocorrência de rouquidão, fadiga, pigarro e sensação de bolo na garganta no pós-operatório. Quanto aos sintomas sensoriais de desconforto do trato vocal, no pré-operatório, houve maior frequência e intensidade de secura e, no pós-operatório, maior frequência de coceira e maior intensidade de garganta irritada, sensível e bola na garganta. Houve redução do sintoma de engasgo e da frequência/intensidade do sintoma de secura na garganta pré e pós-tireoidectomia. Em relação à frequência/intensidade dos sintomas sensoriais de desconforto do trato vocal, em ambos os momentos, houve redução da secura. **Conclusão:** Os pacientes apresentam sintomas sensoriais de vias aéreas digestivas superiores e de desconforto do trato vocal tanto no pré quanto no pós-operatório, caracterizados pela autorreferência de rouquidão, fadiga vocal, sensação de bola na garganta e pigarro, assim como secura, garganta irritada, garganta sensível e bola na garganta. Houve redução na referência dos sintomas sensoriais de engasgo e frequência/intensidade de secura pós-tireoidectomia.

ABSTRACT

Purpose: To verify the occurrence of sensory symptoms in thyroidectomy patients pre- and post-operatively. **Methods:** This is a prospective, quantitative, descriptive study conducted with a sample of twelve patients undergoing thyroidectomy. The participants underwent visual laryngeal examination and responded to the Upper Aerodigestive Symptoms (UADS) and Vocal Tract Discomfort Scale (VTDS) questionnaires before and after the surgery. **Results:** There was higher occurrence of vocal fatigue, hoarseness, pharyngeal bolus, dry throat, and throat clearing preoperatively, whereas higher occurrence of hoarseness, vocal fatigue, cough, and pharyngeal bolus was observed postoperatively for the UADS. Regarding the VTDS sensory symptoms, higher frequency and severity of throat dryness were observed preoperatively, whereas more frequent tickling throat and more severe irritable and sore throat and lump in the throat were observed postoperatively. There was reduction in the choke symptom and in the frequency and severity of the throat dryness symptom pre- and post-operatively. With respect to the frequency and severity of vocal tract discomfort sensory symptoms, reduction in throat dryness was observed at both assessment times. **Conclusion:** The patients presented sensory symptoms of upper aerodigestive tract and vocal tract discomfort pre- and post-operatively characterized by self-reference of hoarseness, vocal fatigue, pharyngeal bolus, and cough, as well as dry, sore, and irritable throat. Reduction in the sensory symptom of choke and in the frequency and severity of throat dryness was self-reported by thyroidectomy patients postoperatively.

Endereço para correspondência:
Elma Heitmann Mares Azevedo
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe,
Vitória (ES), Brasil, CEP: 29043-900.
E-mail: kikahmazesvedo@hotmail.com

Recebido em: Dezembro 04, 2015

Aceito em: Janeiro 17, 2017

Trabalho realizado no Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal da Paraíba – UFPB - João Pessoa (PB), Brasil.

¹ Universidade Federal da Paraíba – UFPB - João Pessoa (PB), Brasil.

² Hospital Municipal Santa Isabel - João Pessoa (PB), Brasil.

³ Hospital Napoleão Laureano - João Pessoa (PB), Brasil.

⁴ Universidade Federal do Espírito Santo – UFES - Vitória (ES), Brasil.

Fonte de financiamento: nada a declarar.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

A glândula tireoide é um dos maiores órgãos endócrinos e sua inervação deriva dos gânglios simpáticos cervicais superior, médio e inferior. Estas fibras são vasomotoras provocando vasoconstrição e a função secretomotora é regulada por via endócrina. Apresenta íntima relação anatômica com o nervo laríngeo recorrente, ramo do nervo vago, justificando pela proximidade anatômica o risco de lesão no acesso cirúrgico. É responsável pela produção de dois hormônios, a tiroxina (T_4) e a tri-iodotironina (T_3), os quais agem em praticamente todas as células e são responsáveis pelo controle de diversas partes do metabolismo dos órgãos do corpo humano⁽¹⁾, atuando em todos os sistemas do organismo e agindo no controle dos batimentos cardíacos, peristaltismo intestinal, regulação do ciclo menstrual, fertilidade, temperatura corporal, controle de peso, humor, memória, função cognitiva e controle emocional.

Na presença de nódulos benignos/malignos, existem diferentes tratamentos como monitorização, cirurgia, terapia com iodo radioativo, reposição hormonal, radioterapia e quimioterapia. Além da presença dos nódulos aspectos estruturais, tamanho, localização e outros também são levados em consideração na indicação cirúrgica. Os pacientes podem evoluir com alterações de voz/deglutição e apresentar comprometimento da sua qualidade de vida em maior ou menor grau tanto no pré quanto no pós-operatório, seja parcial ou total⁽²⁾.

Previamente à tireoidectomia, os pacientes podem apresentar mixedema e espessamento das pregas vocais devido à maior concentração de ácido hialurônico, com presença de rouquidão, pitch grave e variação da frequência/intensidade em decorrência do hipotireoidismo e rouquidão, instabilidade vocal, incluindo tremor vocal, falta de ar, *loudness* reduzida, fadiga vocal e tosse seca nos casos de hipertireoidismo devido à redução da pressão subglótica causada por fraqueza dos músculos respiratórios⁽³⁾. Um estudo⁽⁴⁾ investigou as alterações de deglutição pré-tireoidectomia e os sintomas referidos foram engasgos, dor, incômodo ao deglutir, ardência ao engolir, alimento parado na garganta e disfagia para líquidos, pastosos e sólidos.

Segundo a literatura, as alterações vocais após tireoidectomia estão relacionadas com a manipulação e/ou lesão de nervos laríngeos próximos ou aderentes à glândula tireoideia, podendo causar modificação na sensibilidade laríngea, a qual exerce uma importante função no reflexo de proteção das vias aéreas, e alteração de mobilidade das pregas vocais relacionadas à função esfintélica, protetora e fonatória⁽²⁾.

Pacientes tireoidectomizados podem cursar com diferentes sintomas sensoriais das vias aéreas digestivas superiores, de etiologia variada como: lesão do nervo laríngeo, alterações hormonais, trauma pós-intubação orotraqueal, infecções locais, sangramento pós-operatório e disfunção temporária da musculatura cervical⁽⁵⁾. E, ainda, cursar com algum desconforto do trato vocal, o qual é definido como um grau leve de dor dentro da escala de “ausência de dor” a “dor insuportável”, sendo essencialmente subjetivo^(6,7).

Em um estudo⁽⁵⁾ com pacientes tireoidectomizados, observou-se que a prevalência de sintomas sensoriais de vias aéreas digestivas superiores foi: rouquidão, fadiga vocal, voz grave, dificuldade para falar em voz alta, sensação de corpo estranho na faringe, engasgo, pigarro durante a deglutição e garganta seca. No ano seguinte⁽⁸⁾, outro grupo estudou tal população retrospectivamente e evidenciou os seguintes sintomas sensoriais de vias aéreas digestivas superiores depois de 4 anos de pós-operatório: rouquidão, fadiga vocal, tosse e aperto no pescoço.

Os sintomas sensoriais podem ser encontrados em pacientes disfônicos, os quais envolvem sensações desagradáveis durante a emissão vocal, mais especificamente na região de ombros e pescoço, ou sintomas audíveis, quando o paciente percebe auditivamente que a sua emissão está alterada. Estes sintomas podem variar quanto à frequência e intensidade⁽⁶⁻⁹⁾.

Poucos estudos abordam o desconforto do trato vocal e os que o fazem referem-se à terapia manual laríngea^(6,8), profissionais da voz⁽⁹⁾, como professores⁽¹⁰⁾, e diferentes grupos de diagnóstico laríngeo⁽¹⁰⁾.

Em uma pesquisa⁽¹⁰⁾ realizada com professores, observou-se que aqueles com queixa vocal têm maior frequência/intensidade quando comparados aos sem queixa. Isso ocorre geralmente com professores que estão expostos a mais fatores de riscos e problemas emocionais⁽¹¹⁾. Nos professores com queixa vocal, os sintomas sensoriais mais frequentes/intensos, respectivamente, foram garganta irritada (3,91/3,88) e secura (3,69/ 3,66). No grupo sem queixa, os sintomas sensoriais mais frequentes e intensos, respectivamente, foram: secura (2,23/ 3,30) e garganta irritada (1,17/ 1,23). A autorreferência do paciente, quanto aos sintomas/ sensações que apresenta, está intimamente relacionada à frequência e intensidade dos mesmos.

Poucos indivíduos relatam espontaneamente a presença de sintomas sensoriais relacionados à voz e deglutição por considerarem um resultado irreversível do problema de tireoide. Na prática clínica, os profissionais da voz são os que mais percebem as alterações e sofrem maior impacto⁽⁵⁾.

Pretende-se alcançar maior conhecimento acerca dos sintomas relacionados às vias aéreas digestivas superiores e de desconforto do trato vocal visando maximizar a atuação clínica e científica fonoaudiológica. Diante de tal relevância, este estudo teve como objetivo investigar a ocorrência dos sintomas sensoriais e vocais em pacientes pré e pós-tireoidectomia.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo prospectivo, quantitativo e descritivo, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Instituição de origem, com o parecer número 712.194/2013. Todos os indivíduos que participaram da pesquisa foram avisados previamente dos procedimentos e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram incluídos pacientes atendidos no Setor de Cabeça e Pescoço de dois hospitais públicos, que foram submetidos à

tireoidectomia (parcial ou total). Os pacientes foram avaliados em dois momentos: pré e três meses pós-operatório. O critério de escolha de 3 meses pós-operatório foi baseado em estudos prévios que relatam a presença de sintomas vocais e de deglutição no curto e longo prazo, no entanto espera-se que, por volta de 3 meses, tal sintomatologia reduza, embora possa persistir ao longo do tempo^(2,3,12,13). Os critérios de exclusão foram: alterações laringeas, hormonais tireoidianas e refluxo gastroesofágico visualizados por meio de videolaringoscopia em ambos os momentos.

Os pacientes foram avaliados por meio dos questionários de Sintomas de Vias Aéreas Digestivas Superiores⁽⁵⁾ e da Escala de Desconforto do Trato Vocal⁽⁶⁾. O primeiro aborda sintomas sensoriais vocais (fadiga vocal, dificuldade para falar alto, rouquidão, voz grave, não posso falar no tom agudo e voz aguda) e de deglutição (queimação, sensação de bolo na garganta, dor durante a deglutição, dor na garganta, engasgos, garganta seca, desconforto durante a deglutição, pigarro, retração cicatricial no pescoço durante a deglutição, estrangulamento, corpo estranho na faringe e tosse) em uma escala Likert de 4 pontos, na qual 1 “não é um problema” e 4 é “um grande problema”.

Ressalta-se que a prevalência do sintoma sensorial foi definida quando o paciente considerasse aquele sintoma sensorial como um “problema”, mesmo que fosse um problema pequeno.

A Escala de Desconforto do Trato Vocal⁽⁶⁾ mensura, por meio de uma escala Likert de 7 pontos, a frequência e intensidade de 8 sintomas sensoriais de desconforto do trato vocal: queimação, aperto, secura, garganta dolorida, coceira, garganta sensível, garganta irritada e bola na garganta. A escala é enumerada de “0 a 6”, na qual “0” corresponde a “nunca” e “6” a “sempre”, quanto ao domínio frequência. Em relação à intensidade, “0” refere-se a “nenhuma” e “6” refere-se a “extrema”.

A pontuação dos instrumentos foi contabilizada por meio de contagem simples da numeração encontrada em cada escala, nas quais os sintomas de voz e deglutição do questionário de Sintomas de Vias Aéreas Digestivas Superiores e da frequência e intensidade da Escala de Desconforto do Trato Vocal foram avaliados separadamente não havendo somatório das subescalas, realizando uma comparação dos dados informados pelos pacientes no pré e pós-operatório.

Foram incluídos 16 pacientes. Destes, quatro foram excluídos. Dois apresentaram alterações laringeas após a cirurgia (uma paciente evoluiu com paralisia de prega vocal direita em posição paramediana e outra com paresia de prega vocal direita), um não se conseguiu contato e um não quis retornar para o atendimento. Sendo assim, 12 pacientes responderam a ambos os instrumentos supracitados: pré e três meses pós-cirurgia.

Para análise dos dados, foi realizada estatística descritiva das variáveis estudadas, o Teste quiquadrado de McNemar para comparação dos momentos pré e pós-cirurgia em relação à prevalência dos sintomas sensoriais investigados e o Teste de Wilcoxon para comparação dos momentos pré e pós-cirurgia em relação à frequência e intensidade dos sintomas sensoriais investigados.

Todas as análises foram realizadas pelo *software* SPSS versão 2.0. O nível de significância adotado foi de 0,10 ($p < 0,1$). A decisão estatística em adotar esse nível de significância se deu a partir do número reduzido de participantes e do interesse em se observar variáveis que possam apresentar maior diferença estatística em estudos com amostras maiores. Essa decisão não gera prejuízos na análise, visto que este estudo visa apenas à identificação de uma possível associação entre as variáveis descritas.

RESULTADOS

Foram incluídos 12 pacientes, com prevalência do gênero feminino (83,3% $n=10$), com média de idade de 45,5 anos ($\pm 13,8$) anos. A maior parte da amostra foi submetida à tireoidectomia total (83,3%; $n=10$) (Tabela 1).

Quanto à frequência dos sintomas sensoriais de Vias Aéreas Digestivas Superiores (SVADS), evidenciou-se que, em relação aos sintomas sensoriais vocais, houve maior ocorrência de fadiga vocal (pré: 41,7%, $n=5$; pós: 33,3%, $n=4$) e rouquidão (pré: 33,3%, $n=4$; pós: 50,0%, $n=6$). Quanto aos sintomas sensoriais de deglutição, observou-se maior ocorrência de sensação de bolo na garganta (pré: 41,7%, $n=5$; pós: 25,0%, $n=3$), garganta seca (pré: 41,7%, $n=5$; pós: 16,7%, $n=2$) e pigarro (pré: 41,7%, $n=5$; pós: 25,0%, $n=3$). Ao comparar os SVADS, observou-se que não houve diferença estatística entre os sintomas sensoriais vocais e de deglutição, exceto para redução dos engasgos ($p=0,07$) (Tabela 2).

Quanto à frequência dos sintomas e sensações da Escala de Desconforto do Trato Vocal (EDTV), foi observado que no pré-operatório houve maior ocorrência de secura, graus 2 (33,3%, $n=4$) e 5 (8,3%, $n=1$) e, no pós-operatório de coceira, grau 2 (25%, $n=3$). Quanto à intensidade, no pré-operatório, foi observada maior intensidade de secura, graus 2 (50%, $n=6$) e 5 (8,3%, $n=1$) e, no pós-operatório, maior intensidade de garganta irritada, grau 3 (8,3%, $n=1$), sensível, grau 2 (8,3%, $n=1$) e de bolo na garganta, graus 2 (8,3%, $n=1$) e 3 (8,3%, $n=1$) (Tabela 3).

Ao comparar a frequência dos sintomas/sensações da EDTV, no pré e pós-operatório, observou-se diferença apenas para o sintoma secura ($p=0,059$) (Tabela 3). Em relação à intensidade dos sintomas/sensações da EDTV, no pré e pós-operatório, observou-se redução da secura ($p=0,02$) (Tabela 3).

Tabela 1. Distribuição das variáveis gênero e tipo de tireoidectomia dos participantes submetidos à tireoidectomia

VARIÁVEL	N (%)
GÊNERO	
MASCULINO	2 (16,7)
FEMININO	10 (83,3)
TIPO DE TIREODECTOMIA	
PARCIAL	2 (16,7)
TOTAL	10 (83,3)
TOTAL	12 (100,0)

Tabela 2. Comparação da prevalência dos sintomas sensoriais de VADS pré e pós-tireoidectomia

SINTOMAS DE VOZ	PRÉ (%)	PÓS (%)	P-VALOR
FADIGA VOCAL	5 (41,7)	4 (33,3)	0,414
DIFICULDADE PARA FALAR ALTO	1 (8,3)	2 (16,7)	0,414
ROUQUIDÃO	4 (33,3)	6 (50,0)	0,705
VOZ GRAVE	0	2 (16,7)	0,18
NÃO POSSO FALAR NO TOM AGUDO	0	1 (8,3)	0,317
VOZ AGUDA	0	0	-
SINTOMAS DE DEGLUTIÇÃO	PRÉ (%)	PÓS (%)	P-VALOR
QUEIMAÇÃO	1 (8,3)	1 (8,3)	-
SENSAÇÃO DE BOLO NA GARGANTA	5 (41,7)	3 (25,0)	0,317
DOR DURANTE A DEGLUTIÇÃO	1 (8,3)	0	0,317
DOR NA GARGANTA	3 (25,0)	1 (8,3)	0,317
ENGASGOS	4 (33,3)	0	0,066*
GARGANTA SECA	5 (41,7)	2 (16,7)	0,257
DESCONFORTO DURANTE A DEGLUTIÇÃO	1 (8,3)	1 (8,3)	-
PIGARRO	5 (41,7)	3 (25,0)	0,157
RETRAÇÃO CICATRICIAL NO PESCOÇO DURANTE A DEGLUTIÇÃO	0	2 (16,7)	0,157
ESTRANGULAMENTO	0	0	-
CORPO ESTRANHO NA FARINGE	1 (8,3)	0	0,317
TOSSE	2 (16,7)	1 (8,3)	0,317

*Valores significantes (< 0,10) – teste quiquadrado de McNemar

Legenda: VADS= Vias Aéreas Digestivas Superiores**Tabela 3.** Distribuição e comparação dos sintomas sensoriais da EDTV mais frequentes e mais intensos pré e pós-tireoidectomia

SINTOMA / SENSAÇÃO	FREQUÊNCIA			P-valor	INTENSIDADE			P-valor
	PRÉ		PÓS		PRÉ		PÓS	
	Grau	n(%)	n(%)		Grau	n(%)	n(%)	
QUEIMAÇÃO	0	12 (100,0)	12 (100,0)	-	0	12 (100,0)	12 (100,0)	-
APERTO	0	11 (91,7)	12 (100,0)	0,317	0	11 (91,7)	12 (100,0)	0,317
	2	1 (8,3)	-		2	1 (8,3)	-	
SECURA	0	7 (58,3)	10 (83,3)	0,059*	0	5 (41,7)	10 (83,3)	0,02*
	2	4 (33,3)	2 (16,7)		2	6 (50,0)	2 (16,7)	
	5	1 (8,3)	-		5	1 (8,3)	-	
GARGANTA DOLORIDA	0	9 (75,0)	10 (83,3)	0,336	0	10 (83,3)	10 (83,3)	-
	2	2 (16,7)	1 (8,3)		2	2 (16,7)	2 (16,7)	
	3	1 (8,3)	1 (8,3)		-	-	-	
COCEIRA	0	8 (66,7)	9 (75,0)	0,564	0	9 (75,0)	9 (75,0)	-
	2	4 (33,3)	3 (25,0)		2	3 (25,0)	3 (25,0)	
GARGANTA SENSÍVEL	0	12 (100,0)	10 (83,3)	0,157	0	11 (91,7)	10 (83,3)	0,414
	2	-	2 (16,7)		2	1 (8,3)	1 (8,3)	
	-	-	-		3	-	1 (8,3)	
GARGANTA IRRITADA	0	8 (66,7)	11 (91,7)	0,102	0	9 (75,0)	11 (91,7)	0,276
	2	3 (25,0)	1 (8,3)		2	3 (25,0)	-	
	3	1 (8,3)	-		3	-	1 (8,3)	
BOLA NA GARGANTA	0	8 (66,7)	10 (83,3)	0,48	0	10 (83,3)	10 (83,3)	0,705
	2	3 (25,0)	1 (8,3)		2	2 (16,7)	1 (8,3)	
	3	1 (8,3)	1 (8,3)		3	-	1 (8,3)	

*Valores significantes (< 0,10) – teste de Wilcoxon

Legenda: EDT= Escala de Desconforto do Trato Vocal

DISCUSSÃO

A preservação dos nervos laríngeos é uma das maiores preocupações durante as cirurgias de tireoide⁽²⁾. A manipulação e/ou lesão do nervo vago pode ocasionar um importante impacto funcional e na qualidade de vida do paciente, pois pode evoluir

com alterações motoras e sensoriais como redução/ausência de sensibilidade laríngea, restrição de modulação de frequência aguda e comprometimento da mobilidade da prega vocal⁽²⁾. Na tireoidectomia, a manipulação cirúrgica é responsável por 46% e 56% dos casos de paralisia unilateral e bilateral das pregas vocais, que, muitas vezes, resultam em disфонia grave,

disfagia e dispnéia^(14,15). Assim, observa-se a importância de documentar a avaliação laríngea pré e pós-tireoidectomia devido ao potencial impacto que pode ser causado pela cirurgia⁽¹⁶⁾ e realizar orientações no pré-operatório quanto às possíveis sequelas da cirurgia⁽¹⁷⁾.

Alterações vocais e de deglutição são comuns nos pacientes com função preservada dos nervos laríngeos após tireoidectomia. Alguns pacientes podem apresentar dor, infecção, hemorragias, alteração da mucosa laríngea, hematoma compressivo, hipocalcemia, edema laríngeo, edema de pregas vocais, inflamação causada pela intubação orotraqueal, danos ou disfunção temporária da musculatura extralaríngea e fixação laringotraqueal que impedem o movimento vertical de laringe e podem alterar a sensibilidade laríngea importante no reflexo de proteção de vias aéreas⁽¹⁸⁻²¹⁾.

A prevalência do gênero feminino com nódulos tireoidianos é maior do que no gênero masculino, variando de 19% a 67%, em mulheres e idosos⁽²²⁾. No presente estudo, a prevalência foi do gênero feminino com a faixa etária média de 45 anos submetidos à tireoidectomia total. Em estudos prévios observou-se prevalência de tireoidectomia total e tal conduta é justificada pela característica histológica e clínica da doença de tireoide⁽²⁾.

Na presente pesquisa, os SVADS mais frequentes no pré-operatório foram: “fadiga vocal”, “rouquidão”, “sensação de bolo na garganta”, “garganta seca” e “pigarro”. O sintoma que representou maior problema foi “rouquidão”. No pré-operatório, estes sintomas podem ocorrer por disfunção metabólica e pelo nódulo tireoidiano⁽²³⁾, porém os referidos participantes não tinham alteração metabólica, assim, o tamanho do nódulo pode ter sido o principal responsável por tais sintomas, uma vez que, dependendo do tamanho, pode haver compressão das estruturas do trato aerodigestivo e do nervo laríngeo recorrente, acarretando alteração motora e cursando com os sintomas supracitados.

No pós-operatório, os sintomas sensoriais mais prevalentes foram: “rouquidão” e “fadiga” em relação à voz, “pigarro” e “sensação de bolo na garganta” quanto à deglutição. Estes dados estão de acordo com a literatura que mostra que após a tireoidectomia, pacientes podem apresentar “fadiga vocal”, “rouquidão”, “voz com *pitch* grave”, “dificuldade de falar em voz alta”, “sensação de corpo estranho na faringe”, “garganta seca”, “engasgo” e “pigarro”^(2,5,7). Os sintomas encontrados no pós-operatório podem estar relacionados com o trauma do nervo vago, intubação orotraqueal, secção de musculatura extralaríngea e fixação laringotraqueal, que podem comprometer o movimento vertical e sensibilidade laríngea, fatores importantes na função do reflexo de proteção de vias aéreas e na mobilidade das pregas vocais, relacionados à função primária esfíntérica protetora e à produção da voz^(13,24,25).

Alguns estudos citam sintomas sensoriais de deglutição na ausência de lesão dos nervos laríngeos, normalmente solucionados depois de um curto período⁽³⁾, mas podem persistir muito tempo depois da cirurgia em aproximadamente 30%^(13,26). Estudo prévio mostrou que, dos 88 indivíduos, tireoidectomizados, analisados no pós-operatório, 6,8% relataram queixa de deglutição⁽³⁾. A ansiedade⁽⁴⁾ mediante a cirurgia é um fator que deve ser levado em consideração e ser estudado mais profundamente, pois pesquisas^(3,4) relatam a diminuição significativa dos sintomas no pós-operatório e a ansiedade poderá estar relacionada.

Observou-se que, em relação aos sintomas sensoriais de vias aéreas digestivas superiores relacionados à voz, não houve diferença entre os dois momentos. Quanto aos sintomas sensoriais de deglutição, houve redução do engasgo. As possíveis razões de eles permanecerem após a tireoidectomia podem ser devido à alteração do plexo neural peritireoideal extrínseco⁽²⁾ que inerva as estruturas da faringe/laringe e pode ter sido modificado pela manipulação cirúrgica.

O sintoma sensorial de desconforto do trato vocal mais frequente, no pré-operatório, foi “secura” e, no pós-operatório, “coceira”. Não foi encontrado na literatura algo que justifique tais sintomas, no entanto acredita-se que a secura pode estar associada à demanda vocal e/ou falta de hidratação, e a “coceira”, devido ao processo de cicatrização e secura, pois não havendo muco suficiente para proteger o tecido sensível, um prurido é acionado.

Os sintomas sensoriais de desconforto do trato vocal mais intensos foram, no pré-operatório, “secura” e, no pós-operatório, “garganta irritada”, “sensível” e “bolo na garganta”. O sintoma sensorial de “garganta irritada”, “sensível” e “bolo na garganta” pode ser devido à intervenção cirúrgica. Dependendo da extensão e manipulação da musculatura extrínseca da laringe, pode haver disfunção desta^(2,3,5).

É interessante ressaltar que a escala de desconforto do trato vocal parece ser uma ferramenta promissora, sendo usada, até o momento, em três países: Grã-Bretanha^(6,7), Brasil^(9,14) e Polônia⁽¹⁰⁾. E, normalmente, as publicações abordam um público diferente do abordado neste estudo: professores/profissionais da voz. No entanto é importante o uso deste instrumento não somente nos casos comportamentais, mas também nas disfonias orgânicas.

Em uma pesquisa⁽¹⁴⁾ realizada no Brasil com cinco grupos de diagnósticos diferentes, lesão na porção membranosa das pregas vocais, ausência de lesão laríngea, fendas glóticas, distúrbio de voz secundário a refluxo gastroesofágico e distúrbio de voz de origem neurológica, utilizando a EDTV, foi observado que o grupo sem alteração laríngea apresentou o número de sintomas sensoriais de desconforto do trato vocal bem distribuído entre 1-4 (48,21%) e 5-8 sintomas (42,85%), resultado similar ao encontrado no nosso estudo, no qual os pacientes apresentaram um valor máximo de 4 sintomas presentes, sendo possível observar uma mudança no relato da quantidade de sintomas nos momentos pré e pós-operatório sendo o sintoma sensorial “secura” o mais relatado nos dois momentos.

Ao investigar ambos os momentos (pré e pós-operatório) com relação à frequência e intensidade dos sintomas/sensações de desconforto do trato vocal, observou-se redução da frequência e intensidade desses sintomas no momento pós-operatório, mas a sensação secura apresentou uma redução de forma significativa. Este dado corrobora com os resultados de um estudo⁽²³⁾, com pacientes tireoidectomizados, no qual o sintoma sensorial referido diminuiu ao longo do pós-operatório.

Neste estudo, foi percebido que os sintomas sensoriais foram os que causaram maior impacto nos pacientes. É importante que se valorize a queixa do paciente especialmente no que se refere às questões sensoriais, uma vez que se refletem não somente na sua qualidade de vida mais também em algum grau de desvantagem⁽²⁷⁾. A falta de conhecimento da existência

do profissional habilitado para atender nessa especialidade e, principalmente, a escassez de fonoaudiólogos nos serviços públicos, são fatores que contribuem para esses indivíduos não relatarem espontaneamente os sintomas apresentados.

Os resultados encontrados neste estudo mostraram a importância de realizar acompanhamento pré e pós-operatório dos pacientes que são submetidos à tireoidectomia, uma vez que podem evoluir com sintomas sensoriais vocais e de deglutição conhecidos na literatura^(2,3,5), além de sintomas sensoriais de desconforto do trato vocal. Observou-se ainda a aplicabilidade da EDTV como instrumento de avaliação nas disfonias orgânicas, além do seu uso nas disfonias comportamentais, sendo de grande valia para auxiliar na autorreferência da frequência e intensidade do desconforto do trato vocal.

CONCLUSÃO

Pacientes submetidos à tireoidectomia apresentam sintomas sensoriais de vias aéreas digestivas superiores e de desconforto do trato vocal tanto no pré quanto no pós-operatório caracterizados por rouquidão, fadiga vocal, sensação de bola na garganta e pigarro assim como secura, garganta irritada/sensível e bola na garganta. O sintoma sensorial de engasgo e a frequência e intensidade da secura foram os únicos parâmetros que mostraram diferença no pré e pós-operatório.

REFERÊNCIAS

1. Tortora GJ, Grabowski SR. Corpo humano. 6. ed. Porto Alegre: Art Med; 2006.
2. Arakawa-Sugueno L. Voz e deglutição de pacientes com e sem mobilidade laríngea após tireoidectomia [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.
3. Netto IP. Laringe, voz e deglutição pré e pós-tireoidectomia [dissertação]. São Paulo: Fundação Antônio Prudente; 2005.
4. Senise AT, Queija DS, Degani C, Córrea LAC, Deviditis AR, Lenh CN, et al. Sintomas e sinais de alterações da deglutição após a tireoidectomia. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço. 2009;38(2):67-71.
5. Silva ICM, Netto IP, Vartanian JG, Kowalski LP, Angelis EC. Prevalence of upper aerodigestive symptoms in patients who underwent thyroidectomy with and without the use of intra operative laryngeal nerve monitoring. Thyroid. 2012;22(8):814-9. PMID:22780215. <http://dx.doi.org/10.1089/thy.2011.0118>.
6. Mathieson L, Hirani SP, Epstein R, Baken RJ, Wood G, Rubin JS. Laryngeal manual therapy: a preliminary study to examine its treatment effects in the management of muscle tension dysphonia. J Voice. 2009;23(3):353-66. PMID:18036777. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2007.10.002>.
7. Mathieson L. Vocal tract discomfort in hyperfunctional dysphonia. J Voice. 1993;2:40-8.
8. Pereira JA, Girvent M, Sancho JJ, Parada C, Sitges-Serra A. Prevalence of long-term upper aerodigestive symptoms after uncomplicated bilateral thyroidectomy. Surgery. 2003;133(3):318-22. PMID:12660645. <http://dx.doi.org/10.1067/msy.2003.58>.
9. Rodrigues G, Zambon F, Mathieson L, Behlau M. Vocal tract discomfort in teachers: its relationship to self-reported voice disorders. J Voice. 2013;27(4):473-80. PMID:23528674. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2013.01.005>.
10. Woźnicka E, Niebudek-Bogusz E, Kwiecień J, Wiktorowicz J, Sliwińska-Kowalska M. Applicability of the vocal tract discomfort (VTD) scale in evaluating the effects of voice therapy of occupational voice disorders. Med Pr. 2012;63(2):141-52. PMID:22779321.
11. Costa DB, Lopes LW, Silva EG, Cunha GMS, Almeida LNA, Almeida AAF. Fatores de risco e emocionais na voz de professores com e sem queixas vocais. Scielo. 2013;15(4):1001-10.
12. Lombardi CP, Raffaelli M, D'Alatri L, Marchese MR, Rigante M, Paludetti G, et al. Voice and swallowing chances after thyroidectomy in patients without laryngeal nerve injuries. Surgery. 2006;140(6):1026-32. PMID:17188153. <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2006.08.008>.
13. Stojadinovic A, Shaha AR, Orlikoff RF, Nissan A, Kornak MF, Singh B, et al. Prospective functional voice assessment in patients undergoing thyroid surgery. Ann Surg. 2002;236(6):823-32. PMID:12454521. <http://dx.doi.org/10.1097/0000658-200212000-00015>.
14. Lopes LW, Cabral GF, Almeida AAF. Vocal tract discomfort symptoms in patients with different voice disorders. J Voice. 2015;29(3):317-23. PMID:25499523. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2014.07.013>.
15. Francis DO, Penson DF, Ni S, Garrett CG. Epidemiology of vocal fold paralysis after total thyroidectomy well-differentiated thyroid cancer in a medicare population. Otolaryngol Head Neck Surg. 2014;150(4):548-57. PMID:24482349. <http://dx.doi.org/10.1177/0194599814521381>.
16. Chandrasekhar SS, Randolph GW, Seidman MD, Rosenfeld RM, Angelos P, Barkmeier-Kraemer J, et al. Clinical practice guideline: improving voice outcomes after thyroid surgery. Otolaryngol Head Neck Surg. 2013;148(6, Supl):1-37. PMID:23733893. <http://dx.doi.org/10.1177/0194599813487301>.
17. Kuhn MA, Bloom G, Myssiorek D. Patient perspectives on dysphonia after thyroidectomy for thyroid cancer. J Voice. 2013;27(1):111-4. PMID:22925427. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2012.07.012>.
18. Hong KH, Kim YK. Phonatory characteristics of patients undergoing thyroidectomy without laryngeal nerve injury. Otolaryngol Head Neck Surg. 1997;117(4):399-404. PMID:9339803. [http://dx.doi.org/10.1016/S0194-5998\(97\)70133-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0194-5998(97)70133-5).
19. Shimokojin T, Takenoshita M, Sakai T, Yoshikawa K. Vocal cord bowing as a cause of long-lasting hoarseness after a few hours of tracheal intubation. Anesthesiology. 1998;89(3):785-7. PMID:9743419. <http://dx.doi.org/10.1097/00000542-199809000-00032>.
20. Aluffi P, Policarpo M, Cherovac C, Olina M, Dosdegnari R, Pia F. Post-thyroidectomy superior laryngeal nerve injury. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2001;258(9):451-4. PMID:11769989. <http://dx.doi.org/10.1007/s004050100382>.
21. Stojadinovic A, Henry LR, Howard RS, Gurevich-Uvena J, Makashay MJ, Coppit GL, et al. Prospective trial of voice outcomes after thyroidectomy: evaluation of patient-reported and clinician-determined voice assessments in identifying post thyroidectomy dysphonia. Surgery. 2008;143(6):732-42. PMID:18549889. <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2007.12.004>.
22. AMBNS: Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. Doença Nodular de Tireóide: diagnóstico. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2011 [citado em 2014 Mar 10]. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/doenca_nodular_da_tireoide-diagnostico.pdf
23. Montoni NPC. Avaliação eletromiográfica de superfície e nasofibrocópica da deglutição em pacientes submetidos à tireoidectomia e seu impacto na qualidade de vida [tese]. Fundação Antônio Prudente, São Paulo; 2012.
24. McIvor NP, Flint DJ, Gillibrand J, et al. Thyroid surgery and voice-related outcomes. Otolaryngol Head Neck Surg. 2011;63:32-9.
25. Sinagra DL, Montesinos MR, Tacchi VA, Moreno JC, Falco JE, Mezzadri NA, et al. Voice changes after thyroidectomy without recurrent laryngeal nerve injury. J Am Coll Surg. 2004;199(4):556-60. PMID:15454138. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2004.06.020>.
26. Lombardi CP, Raffaelli M, De Crea C, D'Alatri L, Maccora D, Marchese MR, et al. Long-term outcome of functional post thyroidectomy voice and swallowing symptoms. Surgery. 2009;146(6):1174-81. PMID:19958946. <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2009.09.010>.
27. Daher JL. Análise da qualidade de vida, voz e deglutição no paciente com câncer de cabeça e pescoço pré e pós tratamento oncológico [dissertação]. Fundação Pio XII, Hospital de Câncer de Barretos, São Paulo; 2013.

Contribuição dos autores

Todos os autores desta pesquisa ajudaram a construir e desenvolver o trabalho, em especial LFA na coleta, tabulação e interpretação dos dados; LWL na interpretação dos dados e redação do artigo; POCS na interpretação dos dados, redação do artigo e análise estatística; VJFP e VLLF na seleção dos pacientes e EHMA na concepção, delineamento do estudo, orientação e revisão final do artigo.