

Leandro Pernambuco¹
Marlison Pinheiro da Silva²
Marluce Nascimento de Almeida³
Erika Beatriz de Moraes Costa⁴
Lourdes Bernadete Rocha de Souza⁵

Descritores

Glândula Tireoide
Doenças da Glândula Tireoide
Deglutição
Transtornos de Deglutição
Autoavaliação

Keywords

Thyroid Gland
Thyroid Diseases
Deglutition
Swallowing Disorders
Self-Assessment

Endereço para correspondência:

Leandro Pernambuco
Departamento de Fonoaudiologia
Cidade Universitária, João Pessoa
(PB), Brasil, CEP: 58051-900.
E-mail: leandroape@globo.com

Recebido em: Janeiro 30, 2016

Aceito em: Maio 17, 2016

Autopercepção da deglutição em pacientes com doença tireoidiana benigna não cirúrgica

Self-perception of swallowing by patients with benign nonsurgical thyroid disease

RESUMO

Objetivo: verificar a frequência de queixa para deglutir em pacientes com doença tireoidiana benigna não cirúrgica e comparar a autopercepção de intensidade da alteração de deglutição em diferentes tipos de doença tireoidiana. **Método:** a amostra do estudo foi composta por 39 mulheres com idades entre 19 e 58 anos (38,54 ± 10,74 anos) e diagnóstico de hipotireoidismo (n=22; 56,4%) ou nódulos tireoidianos (n=17; 43,6%). Investigou-se a presença de queixa, tipo de queixa e autopercepção da intensidade da alteração de deglutição por meio da escala analógico-visual de 100 milímetros. Os dados foram analisados de forma descritiva e para comparar a autopercepção entre os diferentes diagnósticos clínicos utilizamos o teste não paramétrico de Mann-Whitney. O nível de significância foi de 5%. **Resultados:** vinte e seis (66,7%) participantes relataram queixa para deglutir. As queixas referidas foram sensação de estase em região laringofaríngea (37,15%), engasgo (34,29%) e odinofagia (28,57%). O valor médio da autopercepção de intensidade da alteração de deglutição por meio da escala analógico-visual foi 59,35 (± 27,38) milímetros. A autopercepção não foi diferente entre os diagnósticos clínicos de doença tireoidiana. **Conclusão:** nessa amostra, queixas para deglutir foram frequentes em mulheres com doenças tireoidianas benignas não cirúrgicas. Essas pacientes percebem a alteração de forma moderada, independentemente do diagnóstico clínico da patologia tireoidiana.

ABSTRACT

Purpose: To verify the frequency of swallowing complaints in patients with benign nonsurgical thyroid disease and compare the self-perception of swallowing disorder intensity between different types of thyroid disease. **Methods:** The study sample comprised 39 women aged 19-58 years (38.54 ± 10.74) with hypothyroidism (n=22; 56.4%) or thyroid nodules (n=17; 43.6%). Presence and type of swallowing complaint and self-perception of swallowing disorder intensity were investigated by means of self-ratings recorded on a 100-millimeter visual analog scale. The data were analyzed by descriptive measures and the Mann-Whitney nonparametric test was used to compare the self-perception of swallowing disorder intensity between both clinical diagnoses of thyroid disease. The level of 5% was adopted for statistical significance. **Results:** Twenty-six (66.7%) individuals reported the following swallowing complaints: pharyngolaryngeal stasis sensation (37.15%), choking (34.29%), and odynophagia (28.57%). The mean value of self-perception of swallowing disorder intensity by the visual analog scale was 59.35 (± 27.38) millimeters. No difference in self-perception was reported between the clinical diagnoses of thyroid disease. **Conclusion:** In this sample, swallowing complaint was frequently observed in patients with benign nonsurgical thyroid disease. Moderate self-perception of swallowing disorder intensity was reported regardless of the clinical diagnosis of thyroid disease.

Trabalho realizado no Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN - Natal (RN), Brasil.

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

² Clínica Pedro Cavalcanti - Natal (RN), Brasil.

³ Prefeitura Municipal de Boa Viagem - Boa Viagem (CE), Brasil.

⁴ Prefeitura Municipal de Tibau do Sul - Tibau do Sul (RN), Brasil.

⁵ Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN - Natal (RN), Brasil.

Fonte de financiamento: nada a declarar.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

As doenças tireoidianas representam o segundo tipo mais comum de doença endócrina no mundo⁽¹⁾. As queixas de alterações na deglutição são resultado de efeitos compressivos ou consequência de intervenções cirúrgicas^(2,3), sendo mais frequentes os relatos de dismotilidade do trato gastrointestinal⁽⁴⁻⁶⁾.

No trânsito orofaríngeo, as alterações diferem de acordo com o tipo de doença tireoidiana e parecem estar mais concentradas na região laringofaríngea⁽⁴⁻¹²⁾. No hipotireoidismo, há sensação de desconforto na região cervical, como secura na garganta, dispneia, globus faríngeo, dor, coceira e queimação^(5,8), sintomas relacionados ao mixedema que compromete a mobilidade laríngea e o adequado funcionamento da transição faringoesofágica^(4,6). Em pacientes com nódulo tireoidiano, os sintomas se relacionam com o grau de compressão e pode existir indicação cirúrgica mesmo em casos benignos⁽⁹⁻¹¹⁾. No hipertireoidismo, os relatos apontam casos pontuais de disfagia relacionados à miopatia tirotóxica, uma condição mais rara⁽¹²⁾.

Apesar dessas características, percebe-se que esses sintomas são subestimados, subdiagnosticados ou diagnosticados tardiamente nessa população⁽⁴⁾, o que pode resultar em piora do estado de saúde geral e da qualidade de vida do paciente. Explorar a autopercepção do indivíduo com doença tireoidiana em relação à sua condição funcional é uma atitude recomendada na literatura⁽¹³⁾. Portanto, o objetivo deste estudo foi verificar a frequência de queixa para deglutir em pacientes com doença tireoidiana benigna não cirúrgica e comparar a autopercepção de intensidade da alteração de deglutição entre diferentes tipos de doença tireoidiana.

MÉTODO

A amostra foi composta por 39 mulheres com hipotireoidismo ($n=22$; 56,4%) ou nódulos tireoidianos ($n=17$; 43,6%), idades entre 19 e 58 anos (média de $38,54 \pm 10,74$ anos), todas atendidas em um mesmo hospital universitário. Foram excluídas as pacientes com idade acima de 59 anos, com dificuldades na compreensão de ordens simples, síndromes, alterações neurológicas e histórico de traumas, cirurgias ou radioterapia em região de cabeça e pescoço. Não foram encontrados indivíduos do gênero masculino que atendessem aos critérios de inclusão.

As participantes responderam uma pergunta-chave sobre deglutição (“Você tem dificuldades para engolir?”) e as respostas foram dicotomizadas em sim ou não. Solicitou-se às participantes com queixa a descrição do problema e, em seguida, a autopercepção

de intensidade da alteração para deglutir por meio da Escala Analógico-Visual (EAV)⁽¹⁴⁾. A EAV consistiu em uma linha de 100 mm (milímetros) na qual a paciente marcou o ponto que representava a sua percepção sobre a intensidade da alteração de deglutição referida. O extremo esquerdo correspondeu à mínima intensidade de alteração na deglutição e o extremo direito à máxima intensidade de alteração. Com uma régua de 100 mm, o avaliador obteve o exato valor marcado pela paciente.

A diferença de médias da EAV entre os diagnósticos de doença tireoidiana foi verificada por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney. O nível de significância foi de 5%.

Este é um estudo do tipo seccional, derivado de projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Universitário Onofre Lopes sob o parecer 629.468/14. Todas as participantes foram esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de serem submetidas aos procedimentos.

RESULTADOS

Vinte e seis (66,7%) pacientes referiram queixa para deglutir. Como cada paciente poderia referir mais de uma queixa foram registrados 35 relatos, agrupados em três categorias: sensação de estase em região laringofaríngea (37,15%), engasgo (34,29%) e odinofagia (28,57%).

O valor médio da autopercepção da intensidade da alteração de deglutição superou o ponto médio da linha e alcançou 59,35 ($\pm 27,38$) mm. Não existiu diferença significativa dos escores médios da EAV entre os tipos de doença tireoidiana, apesar de a média da autoavaliação ter sido mais elevada nos casos de nódulo tireoidiano (Tabela 1).

DISCUSSÃO

Neste estudo, a queixa de deglutição foi frequente, caracterizada por relatos de sensação de estase laringofaríngea, engasgo e odinofagia, confirmando a maior concentração de sintomas nas regiões próximas à tireoide. Além disso, a intensidade da alteração de deglutição foi percebida como moderada em ambos os tipos de doença tireoidiana.

A presença de nódulos tireoidianos ou edema nessa região pode produzir efeitos compressivos que limitam a mobilidade laríngea^(6,9,11) e favorecem o surgimento de queixas de deglutição. A presença de sintomas compressivos nas doenças tireoidianas benignas não é facilmente avaliada de forma objetiva, mas sabe-se que são mais comuns nos casos cirúrgicos⁽¹⁰⁾. Entretanto,

Tabela 1. Diferença de médias da autopercepção da deglutição por meio da Escala Analógico-visual (EAV) entre os tipos de doença tireoidiana benigna não cirúrgica

	Tipo de doença tireoidiana benigna não cirúrgica				Valor de p*
	Hipotireoidismo ($n=13$; 50%)		Nódulo tireoidiano ($n=13$; 50%)		
	Média	DP	Média	DP	
Autopercepção da deglutição baseada na EAV	53,00	29,31	65,69	24,82	0,270

* Teste não paramétrico de Mann-Whitney

Legenda: EAV = escala analógico-visual; DP = desvio padrão

o resultado deste estudo mostrou que mesmo nos casos não cirúrgicos esta função deve ser investigada.

Em relação à análise da EAV, a intensidade da alteração para deglutir foi percebida como moderada. Assim como nos casos de voz⁽¹⁵⁾, pode-se inferir que ao autoavaliar a deglutição o paciente se apoia em sensações físicas de desconforto que o avaliador externo não consegue dimensionar. Portanto, essa pode ser uma estratégia complementar na investigação do desempenho da deglutição nesses casos, parecendo ser a EAV uma alternativa viável de quantificação da intensidade do sintoma.

Este estudo apresenta algumas limitações. A amostra oriunda de um serviço de saúde e a ausência de indivíduos do gênero masculino e com outros diagnósticos de doença tireoidiana representam um viés de seleção. O registro dos níveis hormonais e o número, tamanho e localização dos nódulos nos prontuários foi inconsistente, inviabilizando a análise dessa informação. Em futuros estudos com amostras maiores, serão considerados fatores confundidores como o refluxo gastroesofágico e a associação do resultado da autopercepção com a avaliação clínica e instrumental da deglutição nessa população.

CONCLUSÃO

Neste estudo, mulheres com doença tireoidiana benigna não cirúrgica apresentaram elevada frequência de queixa para deglutir e consideraram a intensidade dessa alteração como moderada, independentemente do tipo de doença tireoidiana. Os resultados encontrados apontam ser necessário investigar os sintomas de alteração da deglutição nessa população.

REFERÊNCIAS

1. Razvi S, Weaver JU, Pearce S. Subclinical thyroid disorders: significance and clinical impact. *J Clin Pathol*. 2010;63(5):379-86. PMID:20418229. <http://dx.doi.org/10.1136/jcp.2008.057414>.
2. Eng OS, Potdevin L, Davidov T, Lu S, Chen C, Trooskin S. Does nodule size predict compressive symptoms in patients with thyroid nodules? *Gland Surg*. 2014;3(4):232-6. PMID:25493254.
3. 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 intraoperative laryngeal nerve monitoring. *Thyroid*. 2012;22(8):814-9. PMID:22780215. <http://dx.doi.org/10.1089/thy.2011.0118>.
4. Daher R, Yazbeck T, Jaoude JB, Abboud B. Consequences of dysthyroidism on the digestive tract and viscera. *World J Gastroenterol*. 2009;15(23):2834-8. PMID:19533804. <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.15.2834>.
5. Yaylali O, Kirac S, Yilmaz M, Akin F, Yuksel D, Demirkan N, et al. Does hypothyroidism affect gastrointestinal motility? *Gastroenterol Res Pract*. 2009;529802:529802. <http://dx.doi.org/10.1155/2009/529802>. PMID:20224642.
6. Hamdan A, Jabbour J, Dowli A, Dahouk E, Azar ST. Prevalence of laryngopharyngeal reflux disease in patients diagnosed with hypothyroidism. *Acta Endocrinol (Bucur)*. 2012;8(2):239-48. <http://dx.doi.org/10.4183/aeb.2012.239>.
7. El-Shafie KT. Clinical presentation of hypothyroidism. *J Family Community Med*. 2003;10(1):55-8. PMID:23011981.
8. Mohammadzadeh A, Heydari E, Azizi F. Speech impairment in primary hypothyroidism. *J Endocrinol Invest*. 2011;34(6):431-3. PMID:21747217. <http://dx.doi.org/10.1007/BF03346708>.
9. McIver B. Evaluation of the thyroid nodule. *Oral Oncol*. 2013;49(7):645-53. PMID:23706806. <http://dx.doi.org/10.1016/j.oraloncology.2013.03.435>.
10. Ambe P, Lindecke K, Knoefel WT, Rehders A. Cervical compression due to benign thyroid disorders is not associated with increased postoperative morbidity. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2015;272(9):2457-61. PMID:25031034. <http://dx.doi.org/10.1007/s00405-014-3193-1>.
11. Eng CY, Quraish MS, Bradley PJ. Management of Thyroid nodules in adult patients. *Head Neck Oncol*. 2010;2(1):11. PMID:20444279. <http://dx.doi.org/10.1186/1758-3284-2-11>.
12. Okada H, Yoshioka K. Thyrotoxicosis complicated with dysphagia. *Intern Med (Tokyo)*. 2009;48(14):1243-5. PMID:19602794. <http://dx.doi.org/10.2169/internalmedicine.48.2202>.
13. Grover G, Sadler GP, Mihai R. Morbidity after thyroid surgery: patient perspective. *Laryngoscope*. 2013;123(9):2319-23. PMID:23824630. <http://dx.doi.org/10.1002/lary.23850>.
14. Szczesniak MM, Maclean J, Zhang T, Liu R, Cook IJ. The normative range for and age and gender effects on the Sydney Swallow Questionnaire (SSQ). *Dysphagia*. 2014;29(5):535-8. PMID:24906467. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-014-9541-x>.
15. Pernambuco LA, Almeida MNA, Matias KG, Costa EBM. Voice assessment and voice-related quality of life in patients with benign thyroid disease. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;152(1):116-21. PMID:25389320. <http://dx.doi.org/10.1177/0194599814557468>.

Contribuição dos autores

LP contribuiu com a concepção, coleta, escrita, orientação e revisão final do artigo; MPS, MNA e EBMC contribuíram com a coleta e revisão final do artigo; LBRS contribuiu com a revisão final do artigo.