

BMJ Best Practice

Avaliação da disfagia

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Visão geral	4
Etiologia	4
Emergencies	9
Considerações de urgência	9
Sinais de alarme	9
Diagnóstico	11
Abordagem passo a passo do diagnóstico	11
Visão geral do diagnóstico diferencial	15
Diagnóstico diferencial	18
Diretrizes de diagnóstico	36
Referências	37
Imagens	41
Aviso legal	49

Resumo

- ◊ A definição exata de disfagia varia, mas, em resumo, disfagia é a dificuldade no ato de deglutir alimentos sólidos ou líquidos. Ela pode ser subjetiva ou objetiva e pode estar relacionada à sensação de incapacidade de deglutição, alimento "preso" ou que não desce, episódios de sufocamento ou aspiração de alimento e/ou líquidos. Ela deve ser diferenciada de odinofagia (dor na deglutição) e da sensação de globus (sensação de nó na garganta entre as refeições). A disfagia pode ser causada por anormalidades funcionais ou estruturais da cavidade oral, da faringe, do esôfago ou da cárdia gástrica.^[1]

Uma em cada 17 pessoas desenvolverá disfagia ao longo da vida.^[2] Há relatos de que a doença ocorra em 13% da população geral acima de 65 anos.^[3] No entanto, foram relatadas taxas de 50% ou mais em idosos que vivem com cuidados domiciliares.^{[4] [5] [6]} A disfagia afeta de 40% a 70% dos indivíduos que sofreram AVC.^[2]

A disfagia pode ser tratada por várias especialidades ou idealmente por uma equipe multidisciplinar. A base dessa equipe inclui o médico de atenção primária do paciente, otorrinolaringologistas, terapeutas da fala e da deglutição, gastroenterologistas e radiologistas. Além disso, neurologistas, nutricionistas, oncologistas, cirurgiões gerais e cirurgiões torácicos estão frequentemente envolvidos nos cuidados do paciente.

A deglutição e, consequentemente, a dificuldade de deglutição podem ser divididas anatômica e fisiologicamente de modo simples em três partes distintas: a fase oral, a fase faríngea e a fase esofágica.

- A fase oral (às vezes chamada de fase preparatória) é a fase voluntária que ocorre na cavidade oral. A mastigação com lubrificação salivar e o movimento da língua preparam o bolo para ser impulsionado posteriormente para dentro da faringe.
- A fase faríngea transfere involuntariamente o bolo alimentar e/ou o líquido da boca para o esôfago. As suas contrações coordenadas não são somente necessárias para empurrar o bolo, mas também são cruciais para a proteção da laringe e das vias aéreas superiores da aspiração de material para as vias aéreas e o pulmão.
- A fase esofágica é a fase involuntária que utiliza o peristaltismo para impulsionar o bolo alimentar/líquido pelo esôfago para dentro do estômago. O esôfago é limitado pelos esfínteres superior e inferior (o superior é formado pelo músculo cricofaríngeo), evitando a regurgitação de fluxo retrógrado do conteúdo do estômago para o esôfago.

Etiologia

Na disfagia oriunda da fase oral, patologias envolvendo a língua, o assoalho da boca, o palato, as amígdalas ou outras estruturas da cavidade oral podem resultar em dificuldade de deglutição. Nesse cenário, o problema frequentemente consiste na dificuldade de iniciar a deglutição. Os distúrbios faríngeos podem causar disfagia quando ocorrer uma disfunção da base da língua, da faringe, da laringe ou do músculo cricofaríngeo. Isso pode ser manifestado por relatos de alimento preso na garganta, sintomas de aspiração, rouquidão, tosse, dor na garganta ou até mesmo dor referida para o ouvido. A disfagia esofágica pode ser resultante de distúrbios de motilidade esofágica, massas intrínsecas ou extrínsecas, redes, anéis, doenças de refluxo ou distúrbios do esfíncter esofágico inferior. Essas patologias tendem a se apresentar associadas à sensação de aderência de alimento na parte inferior do pescoço ou do tórax, regurgitação de alimento, dor torácica ou pirose. Muitas vezes, a disfagia é multifatorial em sua natureza. Por exemplo, um paciente mais velho pode apresentar musculatura faríngea fraca, com osteófitos cervicais e refluxo esofágico. As alterações isoladamente podem não ser problemáticas, mas combinadas podem causar disfagia significativa.

Infecção/inflamação orofaríngea

Infecções, como faringite, candidíase esofágica, epiglotite e abscesso retrofaríngeo, podem causar disfagia, bem como mucosite oral induzida por radiação e/ou quimioterapia.^[7]

Anormalidades estruturais da cavidade oral

Amígdalas hipertróficas

- Causam disfagia para alimentos sólidos por interferir na transferência do bolo da cavidade oral para a faringe.
- Pode estar associada com apneia obstrutiva do sono, infecções recorrentes e ronco.
- As amígdalas linguais (na base da língua) podem ser difíceis de visualizar, mas também podem se tornar hipertróficas e interferir na deglutição. Elas podem ser visualizadas mediante nasofaringoscopia flexível ou laringoscopia indireta com o auxílio de um espelho odontológico.

[Fig-1]

[Fig-2]

[Fig-3]

Tumores da cavidade oral (especialmente cânceres)

- Podem afetar qualquer estrutura na cavidade oral e aumentar o suficiente para causar obstrução e impedir a passagem de alimento.
- Podem afetar a função de qualquer estrutura pela invasão no tecido adjacente: por exemplo, carcinoma da língua com invasão do assoalho da boca, que dificulta a mobilidade da língua, dificultando a deglutição.
- Mais comuns em fumantes e consumidores de bebidas alcoólicas.
- Estão se tornando mais comuns em não fumantes, devido aos carcinomas de células escamosas induzidos por vírus do papiloma humano (HPV), envolvendo as amígdalas e a base da língua.
- Frequentemente associados a dor, fala alterada, massa cervical ou expectoração com sangue.

Dentição

- Pacientes edêntulos ou com dentição incompleta podem ter dificuldade de mastigar o alimento e, portanto, podem não conseguir formar bolo alimentar de tamanho apropriado para passar pela faringe.

Alterações estruturais orofaríngeas

Divertículo de Zenker

- Localização proximal ao esfíncter esofágico superior.
- A incidência aumenta com a idade; mais frequente em mulheres.
- Prevalência de 50% na sétima e na oitava década.
- Está associado a regurgitação de alimento não digerido, disfagia intermitente para alimentos sólidos, halitose e salivação excessiva.
- A esofagografia baritada é o melhor teste diagnóstico.
[Fig-4]
- Pode não ser detectado ou ser difícil de ser visualizado na endoscopia esofágica.[8]

Tumores faríngeos/laríngeos

- Os sintomas podem incluir disfagia progressiva para alimentos sólidos, perda de peso e otalgia (dor referida).
- Rouquidão, sintomas de aspiração (especialmente de líquidos) e dispneia estão frequentemente associados a tumores laríngeos.
- A grande maioria das malignidades são carcinomas de célula escamosa, em geral muito agressivos quando este é o local primário, com metástases frequentes.
- A endoscopia com biópsia é o melhor teste diagnóstico.[9]
[Fig-5]

Estenose

- Frequentemente causada por radiação, cirurgia ou ingestão química prévia.
- Pode ser idiopática, mas é rara.
- Manifesta-se como disfagia para alimento sólido ou sintomas de aspiração.
- A nasofaringoscopia/laringoscopia por fibra óptica flexível, a endoscopia digestiva alta (EDA) e a esofagografia baritada são úteis.

Compressão extrínseca

- Linfadenopatia cervical, barra cricofaríngea, osteófitos da coluna cervical ou tireomegalia
[Fig-6]
- [Fig-7]
- [Fig-8]
- A nasofaringoscopia/laringoscopia por fibra óptica flexível e a esofagografia baritada geralmente podem identificar o defeito.

Alterações neuromusculares orofaríngeas

A descoordenação neuromuscular, que envolve o sistema nervoso central e a doença do neurônio motor ou o sistema nervoso periférico, pode resultar em disfagia oral ou faríngea.[10] O exame neurológico e a

avaliação dos sintomas neurológicos são úteis para direcionar o médico em relação à etiologia subjacente da disfunção. A seguir, são as causas neuromusculares comuns de disfagia oral ou faríngea; o acidente vascular cerebral (AVC) neste grupo é a causa mais comum:

- AVC: cerca de 40% a 70% das pessoas que sofreram AVC apresentam disfagia[2]
- Doença de Parkinson[11] [12]
- Paralisia das pregas vocais
- Esclerose lateral amiotrófica
- Esclerose múltipla
- Tumores cerebrais e na base do crânio
- Ressecções pós-operatórias da base do crânio ou tumores cerebrais (especialmente e frequentemente envolvendo os nervos cranianos IX, X e XII)
- Síndrome de Sjögren[13]
- Miastenia gravis
- Miopatias inflamatórias
- Doença de Wilson
- Paralisia supranuclear progressiva
- Distrofia muscular oculofaríngea
- Disfagia de tensão muscular, uma nova entidade que descreve uma tensão excessiva da laringe e faringe que interrompe a deglutição; trata-se de um diagnóstico de exclusão feito com fonoaudiólogos e ainda não pode ser diagnosticada por meio de exames convencionais.[14]

Anormalidades estruturais esofágicas

Estenose

- O principal sintoma é a disfagia para alimentos sólidos.
- A endoscopia digestiva alta (EDA) ou os esofagogramas com bário são os melhores testes diagnósticos.
- A disfagia é mais prevalente com <15 mm de diâmetro luminal (o normal é 20 mm).[15]
- O refluxo gastroesofágico representa 60% a 70% dos casos de estenose e ocorre principalmente na região do esfíncter esofágico inferior.[16]
- Agentes cáusticos e radioterapia podem causar estenoses.
- Pílulas, como cloreto de potássio, doxiciclina, quinidina, anti-inflamatórios não esteroidais, ferro e ácido alendrônico, podem causar estenoses.[17]

Lesões intramurais

- Corpo estranho: pode haver disfagia aguda em decorrência de corpos estranhos e impactação do alimento no esôfago. Essas causas mais frequentemente provocarão obstrução nos esfíncteres esofágicos superior ou inferior.
- Carcinomas esofágicos/da cárdia: os pacientes manifestam tipicamente disfagia de rápida progressão para alimentos sólidos; 75% relatam perda de peso. As duas causas principais são adenocarcinoma (50% dos casos) e carcinoma de células escamosas. Ocorre mais frequentemente no esôfago distal. A EDA com biópsia é geralmente diagnóstica.
- Tumores benignos: raros; incluem leiomioma, tumores de células granulares e papilomas.
- Metástase: metástases à distância ocorrem no pulmão, fígado, osso e cérebro. O carcinoma de células escamosas é mais invasivo localmente que o adenocarcinoma.

Lesões extramurais comprimindo o esôfago

- Massas mediastinais
- Carcinoma brônquico
- Osteoartrite cervical/osteófitos cervicais[18]
- Os pacientes geralmente apresentam sintomas da doença subjacente, e posteriormente o sintoma de disfagia para alimentos sólidos
- Melhor diagnosticada no estudo com bário.[9]

Anel esofágico

- Manifesta-se por disfagia intermitente para alimentos sólidos; se encontrado, pode-se supor que é a causa dos sintomas.
- Anel da mucosa (anel de Schatzki): prevalência de 0.2% a 1.4%. Localizado na junção gastroesofágica.
- Anéis musculares: localizados 1.5 cm proximais à junção gastroesofágica. Geralmente assintomático.[19]

Anormalidades anatômicas

- Divertículo do esôfago: conhecido como divertículo de tração, secundário à compressão da parede esofágica. Localizado no terço médio do esôfago. O estudo com bário é o teste mais útil para identificá-lo.
- Hérnia de hiato: é normalmente assintomática, associada à doença do refluxo gastroesofágico, e pode causar sangramento e encarceramento.
- Redes: encontradas em 5% a 15% dos pacientes com causas benignas de disfagia que se submetem a EDA.[19]

Alterações motoras esofágicas

Acalasia idiopática

- Doença da motilidade esofágica com relaxamento insuficiente do esfíncter esofágico inferior e perda de peristaltismo esofágico.
- Disfagia progressiva para sólidos e, em seguida, para líquidos é observada em 82% a 100% dos pacientes.
- A manometria esofágica é útil na detecção de anormalidades de motilidade da acalasia.[20] [21] [22] [23]

Esclerodermia

- Provoca hipomotilidade esofágica e incompetência do esfíncter esofágico inferior.
- Pode resultar em refluxo gastroesofágico crônico com subsequente formação de estenose.
- A manometria esofágica, juntamente com a correlação clínica é útil no diagnóstico.[24]

Espasmo esofágico difuso

- Manifesta-se principalmente por dores torácicas recorrentes associadas às refeições.
- Mais comum com a ingestão e alimentos muito quentes ou muito frios.
- Ele é diagnosticado pela manometria, que revela contrações simultâneas.[21] [22] [23] [25]

- O achado no estudo de esofagografia baritada é um corpo esofágico em "saca-rolhas", decorrente de uma contração simultânea.[\[21\]](#)
[\[Fig-9\]](#)

Esôfago hipocontrátil

- Motilidade esofágica ineficaz com baixa amplitude, peristaltismo com coordenação inadequada.
- Esfíncter esofágico inferior hipotônico.
- O refluxo gastroesofágico é significativo e pode resultar em estenoses.
- Geralmente, a disfagia leve.
- Pode ser diagnosticada com esofagograma ou manometria.[\[22\]](#) [\[23\]](#)

Esôfago em quebra-nozes

- Está associado à dor torácica.
- Peristaltismo normal com amplitudes esofágicas distais médias aumentadas e esfíncter esofágico inferior hipertônico.
- A manometria é necessária para diagnóstico.[\[21\]](#) [\[22\]](#) [\[23\]](#) [\[26\]](#)

Esofagite eosinofílica

- A doença crônica mediada imunologicamente costuma estar associada a doenças alérgicas concomitantes, inclusive alergias alimentares, rinite alérgica, dermatite atópica ou asma.[\[27\]](#)
- De três a quatro vezes mais comum em homens que em mulheres. Também é mais comum em adultos que em crianças e entre brancos, comparado a outros grupos étnicos.[\[27\]](#)
- Os pacientes podem apresentar disfagia, pirose, dor torácica, impactação de alimento aguda e/ou outros sintomas associados consistentes com refluxo gastroesofágico.[\[27\]](#)
- A endoscopia digestiva alta (EDA) mostra vários anéis esofágicos com estreitamento e distensibilidade reduzida do lúmen esofágico decorrentes da fibrose submucosa e remodelamento.[\[27\]](#)
- O diagnóstico é confirmado por meio de biópsia da mucosa esofágica durante endoscopia.[\[28\]](#) [\[29\]](#)

Considerações de urgência

(Consulte [Diagnóstico diferencial](#) para obter mais detalhes)

Corpo estranho

A disfagia aguda pode ocorrer como resultado de corpos estranhos e impactação do alimento na faringe ou no esôfago. Os sintomas associados incluem odinofagia, sensação de corpo estranho e secreções excessivas. Os alimentos podem também se alojar no nível do esfíncter esofágico superior, o que pode provocar obstrução das vias aéreas e morte por asfixia. Entre as possíveis soluções estão tapas nas costas, compressões torácicas em lactentes ou abdominais (manobra de Heimlich) em crianças e adultos.[\[30\]](#) [\[31\]](#)

Os pacientes devem ser estabilizados com o manejo apropriado das vias aéreas e da circulação e colocados em jejum. A próxima etapa no manejo de uma impactação de alimento consiste em determinar sua localização exata, o que pode ser realizado por meio de radiografia simples, nasofaringoscopia/laringoscopia por fibra óptica ou tomografia computadorizada (TC). A endoscopia digestiva alta (EDA) tem uma função essencial em termos de mostrar a localização, tipo de objeto e configuração e fornecer um meio de terapia.[\[32\]](#)

Lesão cáustica

A lesão cáustica pode provocar disfagia aguda, odinofagia, edema na língua, estridor, obstrução das vias aéreas, aspiração ou perfuração. Ela também pode provocar cianose, hipóxia, febre, taquicardia e choque. Os pacientes devem ser estabilizados com o manejo apropriado das vias aéreas e da circulação e colocados em jejum. A identificação do agente específico ingerido pode ajudar no manejo posterior. Ela é diagnosticada com laringoscopia por fibra óptica. A endoscopia digestiva alta (EDA) é importante, mas tem risco de perfuração. Para descartar a perfuração por lesão cáustica, convém realizar uma radiografia com gastrografina como medida de segurança, mas deve-se evitar o bário, pois ele pode causar mediastinite em caso de perfuração. A radiografia torácica pode revelar perfuração.[\[33\]](#) [\[34\]](#)

Acidente vascular cerebral (AVC)

Cerca de 40% a 70% das pessoas que sofreram AVC apresentam disfagia.[\[2\]](#) A consequência da disfagia nessa população pode ser aspiração de alimento sólido e/ou líquido no trato respiratório, que pode causar pneumonia com risco de vida.[\[35\]](#) O objetivo da avaliação inicial é garantir estabilidade clínica, realizar um exame neurológico breve e encaminhar rapidamente o paciente para realização de tomografia computadorizada (TC) ou ressonância nuclear magnética (RNM) de modo a diferenciar isquemia versus hemorragia. Devido à restrição de tempo, determinadas partes da história e do exame físico podem ser adiadas até depois do exame de imagem e da decisão de realizar trombólise (em um AVC isquêmico). Os pacientes devem ser colocados em jejum até que uma avaliação da deglutição padronizada tenha sido realizada.

Sinais de alarme

- Epiglotite
- Abscesso retrofaríngeo
- Carcinoma orofaríngeo (carcinoma de células escamosas) e metástases

- Acidente vascular cerebral (AVC)
- Agentes cáusticos
- Lesão induzida por pílula
- Carcinoma esofágico
- Corpo estranho
- Metástases esofágicas
- Botulismo

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Uma anamnese detalhada revela o diagnóstico em 80% a 85% dos pacientes.[\[36\]](#) Também é útil na diferenciação entre a disfagia orofaríngea e a esofágica. Os pacientes com disfagia oral frequentemente apresentam problemas em iniciar a deglutição ou em controlar o alimento na boca. A disfagia faríngea pode se manifestar com sialorreia ou saída de alimento pela boca, regurgitação pós-nasal, rouquidão, dispneia, tosse, sufocamento e disfonia. Os pacientes com disfagia esofágica frequentemente relatam aderência de alimento na região inferior do pescoço ou no meio do tórax. Os pacientes podem usar diferentes manobras para ajudar a passagem do alimento pelo esôfago, ou podem beber água para aliviar a obstrução. Os testes decisivos usados para a avaliação da disfagia são a radiografia contrastada com bário, a endoscopia digestiva alta, a laringoscopia nasofaríngea por fibra óptica ou a manometria esofágica. Entretanto, a escolha dos testes específicos depende do quadro clínico.

História

- Idade: a disfagia com impactação de alimento em um jovem adulto branco do sexo masculino deve levantar a suspeita de esofagite eosinofílica. Em um paciente >40 anos de idade, isso é geralmente devido a anel de Schatzki.[\[37\]](#) A preocupação com câncer esofágico deve levar à investigação em pacientes com mais de 50 anos de idade.
- Início dos sintomas: a disfagia, principalmente para alimentos sólidos, é provavelmente indicativa de uma lesão estrutural, enquanto a disfagia para alimentos sólidos e líquidos desde o início dos sintomas é mais provavelmente decorrente de distúrbios de motilidade ou neurológicos da faringe e do esôfago.[\[38\]](#) [\[39\]](#)
- Duração e progressão dos sintomas: a rápida progressão da disfagia, especialmente com perda de peso, é sugestiva de malignidade, ao passo que os pacientes com estenose péptica geralmente apresentam história de disfagia de longa duração. Os anéis esofágicos costumam provocar disfagia intermitente para alimentos sólidos; entretanto, a estenose e o câncer causam disfagia progressiva.
- Local da disfagia: o local onde o paciente localiza a disfagia tem valor limitado; entretanto, a disfagia retroesternal ou epigástrica geralmente corresponde à localização da lesão, ao passo que a disfagia supraesternal é geralmente indicada a partir da hipofaringe ou de uma região inferior no esôfago.[\[38\]](#) [\[40\]](#)
- Sintomas associados: a dificuldade em iniciar a deglutição, juntamente com tosse, sufocamento, rouquidão, engasgo e regurgitação nasal, é mais sugestiva de disfagia orofaríngea. Sinais e sintomas neurológicos também podem se manifestar em pacientes com disfagia orofaríngea. Dor torácica é frequentemente observada em acalasia idiopática e em espasmo esofágico difuso.[\[20\]](#) História pregressa de pirose é sugestiva de estenose péptica.
- Histórico de medicação: mucosite oral induzida por radiação e/ou quimioterapia pode causar disfagia. Um histórico de medicação detalhado deve ser considerado.

Exame físico

Não há achados específicos no exame para disfagia, mas pode haver achados sugestivos da causa: por exemplo, fala indistinta, hemiplegia no AVC ou manifestações de esclerodermia.

Investigações

Os pacientes que manifestam sintomas neurológicos associados ou achados físicos sem outras etiologias para disfagia podem necessitar de avaliações adicionais. Geralmente, a avaliação laboratorial é solicitada na disfagia orofaríngea para avaliar as causas neuromusculares:[9] [41]

- Teste de função tireoidiana (tireomegalia)
- Análise do líquido cefalorraquidiano (esclerose múltipla)
- Ensaio de toxina botulínica
- Enzimas hepáticas
- Níveis de ceruloplasmina (doença de Wilson)
- Cobre urinário de 24 horas (doença de Wilson)
- Creatina fosfoquinase (miopatias inflamatórias)
- Anticorpos contra o receptor da acetilcolina (miastenia gravis)
- Anticorpos anti-DNA (ácido desoxirribonucleico) e anti-FAN (fator antinuclear) (esclerodermia).

Estudos investigativos específicos:

- Avaliação padronizada da deglutição à beira do leito
 - Permanece uma ferramenta de rastreamento inicial importante para disfagia e risco de aspiração.
 - Sensibilidade e especificidade variáveis dependendo do método usado.
 - Testes de deglutição usando diferentes viscosidades têm maior sensibilidade que usar água. Entretanto, associar os testes de deglutição à oximetria de pulso (dessaturação de oxigênio ≥2%) usando avaliações de aspiração subjetivas apresenta a maior sensibilidade (63% a 98%) e é atualmente o melhor método de rastreamento à beira do leito em paciente com distúrbios neurológicos.[42]
- Nasofaringoscopia/laringoscopia por fibra óptica
 - Endoscopia de rotina sem sedação no consultório ou à beira do leito para avaliar os aspectos estruturais e funcionais da orofaringe e da laringe.
Embora o cricofaríngeo e o esôfago não sejam visualizados, o acúmulo de secreções pode sugerir disfunção.
[Fig-10]
- Esofagoscopia transnasal
 - O procedimento em consultório sem sedação, realizado com anestesia local, para avaliar todo o esôfago endoscopicamente.
 - Método de rastreamento esofágico excelente capaz de biópsias, mas não é capaz de dilatações ou ressecções.[43] [44]
- Endoscopia digestiva alta (EDA)[45]
 - Quase todos os pacientes necessitam de endoscopia como estudo inicial, para estabelecer o diagnóstico.

- Ela revela as anormalidades estruturais, bem como fornece a oportunidade de realizar intervenção terapêutica, como dilatação do balão na acalasia idiopática.[\[20\]](#) e ressecção de redes.
- As biópsias esofágicas retiradas durante a endoscopia, se positivas, podem confirmar doenças, como esofagite eosinofílica, carcinoma ou doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) como a causa da disfagia esofágica.
- Dilatação esofágica no momento da endoscopia pode ser terapêutica para vários distúrbios, como anéis de Schatzki ou estenoses.
- Esofagografia baritada (ou esofagograma)
 - O exame radiográfico do esôfago é indicado para a detecção de anormalidades estruturais que a EDA não identifica; também é útil na detecção de distúrbios de motilidade faríngea.
 - As visualizações com duplo contraste são melhores para detecção de lesões na mucosa (por exemplo, tumores e esofagites). As visualizações com contraste único em pronação são melhores para detectar anéis esofágicos inferiores ou estenoses, pois o esôfago distal fica inadequadamente distendido quando o paciente está na posição vertical.[\[1\]](#) [\[46\]](#) [\[47\]](#)
- Videodeglutograma modificado
 - Um estudo de deglutição videorradiográfica é realizado por um radiologista e fonoaudiólogo em pacientes com disfagia orofaríngea.
 - Ele é voltado para a cavidade oral, faringe e esôfago cervical, com registros para avaliar as anormalidades das fases oral e esofágica da deglutição.
 - Revela a disfunção orofaríngea, assim como o risco de aspiração durante a deglutição em tais grupos de pacientes.
 - Os pacientes recebem bário com várias consistências para deglutirem; portanto, o estudo é útil para descobrir a dieta ideal, que oferece o menor risco de aspiração.[\[1\]](#) [\[48\]](#)
- Avaliação da deglutição por nasofaringolaringoscopia por fibra óptica
 - É complementar aos videodeglutogramas modificados na avaliação de penetração na laringe e aspiração.
 - Uma adição excelente à deglutição à beira do leito para determinar o risco de aspiração, especialmente em pacientes acamados.
 - O aspecto do teste sensorial da avaliação da deglutição endoscópica por fibra óptica com teste sensorial utiliza um pulso de ar para estimular mecanorreceptores dentro da laringe.[\[49\]](#)
- Esofagograma bifásico
 - Permite a detecção de anormalidades estruturais e funcionais do esôfago.
 - As visualizações com duplo contraste são melhores para detecção de lesões na mucosa (por exemplo, tumores e esofagites).
 - As visualizações de contraste único em pronação com ingestão contínua de bário de baixa densidade são melhores para detectar anéis esofágicos inferiores ou estenoses.[\[1\]](#)
- Esofagograma com bário cronometrado
 - Técnica com bário simples, não invasiva e amplamente disponível para avaliar o esvaziamento esofágico em pacientes com acalasia.

- Os filmes são obtidos em 1, 2 e 5 minutos após a última esofagografia baritada; o propósito do filme de 2 minutos é avaliar o esvaziamento intermediário.[\[20\]](#)
[\[Fig-11\]](#)
- Manometria esofágica
 - Um estudo diagnóstico que mede a pressão intraluminal, bem como a atividade de coordenação dos esfínteres esofágicos superior e inferior e do corpo esofágico.
 - Os cateteres sólidos com vários canais têm permitido maior precisão na avaliação da motilidade esofágica.
 - Primeira opção de exame diagnóstico em casos suspeitos de anormalidades de motilidade,[\[50\]](#) em pacientes com evidência de obstrução mecânica.
 - Além disso, é usada para avaliação da disfagia em pacientes em tratamento para acalasia que se submeteram à cirurgia antirrefluxo.
- Eletromiografia de superfície
 - É um método simples e sem radiação para rastreamento e diferenciação preliminar entre disfagia oral e faríngea.
 - Os eletrodos em agulha são usados nos músculos de deglutição do pescoço para registrar o tempo dos padrões de contração muscular e a amplitude da atividade eletrônica dos músculos durante a deglutição.
 - A disfagia após as doenças da cavidade oral prolonga o tempo de ingestão de bebidas e diminui a atividade do masseter, mas não afeta os músculos da faringe e submentais.
 - Não adequado ao diagnóstico de suspeita de disfagia neurogênica.[\[51\]](#)

Outras investigações para descartar diagnósticos específicos:

- Radiografias simples: por exemplo, identificação de corpo estranho, osteoartrite cervical
- TC/RNM de crânio: por exemplo, AVC
- TC do tórax: por exemplo, acalasia idiopática
- Monitoramento de pH na DRGE
- Impedância elétrica na DRGE mede o refluxo não ácido
- Eletromiografia nas miopatias inflamatórias.

Disfagia de tensão muscular é um diagnóstico de exclusão feito por fonoaudiólogos. Até agora, não pode ser diagnosticada por meio de exames convencionais.[\[14\]](#)

Visão geral do diagnóstico diferencial

Comum

Faringite

Candidíase esofágica

Acidente vascular cerebral (AVC)

Disfagia de tensão muscular

Espasmo esofágico difuso

Refluxo gastroesofágico

Hérnia hiatal

Cirurgia da coluna cervical pós-operatória

Incomum

Epiglotite

Abscesso retrofaríngeo

Carcinoma orofaríngeo (carcinoma de células escamosas) e metástases

Divertículo de Zenker

Barra cricofaríngea

Tireomegalia (bócio)

Linfadenopatia cervical

Estenose orofaríngea

Doença de Parkinson

Paralisia das pregas vocais

Esclerose múltipla

Miastenia gravis

Incomum

Síndrome de Sjögren

Esclerodermia

Miopatias inflamatórias

Esclerose lateral amiotrófica (ELA)

Paralisia supranuclear progressiva

Doença de Wilson

Discinesia tardia

Acalasia idiopática

Esôfago em quebra-nozes

Agentes cáusticos

Lesão induzida por pílula

Exposição à radiação

Carcinoma esofágico

Corpo estranho

Tumores esofágicos benignos (leiomioma, lipoma, pólipos)

Metástases esofágicas

Compressão esofágica

Anel de Schatzki

Anel muscular gastroesofágico

Divertículo do esôfago

Esofagite eosinofílica

Rede esofágica

Incomum

Botulismo

Mucosite oral

Osteófitos cervicais

Diagnóstico diferencial

Comum

◊ Faringite

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor na garganta e agravamento da odinofagia no decorrer dos dias; associada à febre e mal-estar	eritema, edema, e/ ou exsudatos da faringe; hipertrofia tonsilar pode causar estreitamento grave da faringe; linfadenopatia do pescoço está frequentemente presente	» teste rápido de antígeno para estreptococo do grupo A (GAS): positiva em infecção por GAS » Hemograma completo: contagem de leucócitos elevada	» cultura do swab da garganta: crescimento do organismo causador

◊ Candidíase esofágica

História	Exame	1º exame	Outros exames
disfagia ou odinofagia para líquidos e/ ou sólidos; pode ser assintomática; história de uso de corticosteroide, antibiótico ou uso de inaladores; história de estado de imunocomprometimento	placas amareladas ou esbranquiçadas (candidíase) na orofaringe ou hipofaringe; o exame físico pode estar normal	» endoscopia digestiva alta (EDA): visualização de lesões típicas de Candida	» biópsia da lesão: as características histológicas das formas de levedura de Candida no tecido e a confirmação da presença de espécies de Candida na cultura Pode não ser necessária.

◊ Acidente vascular cerebral (AVC)

História	Exame	1º exame	Outros exames
disfagia orofaríngea progressiva; tosse, sufocamento, sialorreia e regurgitação ao deglutir líquidos ou alimentos sólidos; disartria, fraqueza nos membros ou fadiga	paraplegia, afasia, disartria, vertigem, desequilíbrio, diplopia, surdez	» avaliação da deglutição à beira do leito: tosse ao deglutir, sufocamento ou regurgitação nasal » videodeglutograma modificado: incapacidade ou início excessivamente tardio da deglutição faríngea, aspiração, regurgitação nasofaríngea, resíduo de alimento ou líquido na cavidade faríngea após a deglutição	» manometria esofágica: diferente do videoglutograma modificado, isso possibilita a quantificação das forças contráteis, da pressão intrabol, da detecção do relaxamento do esfínter esofágico superior e da coordenação da contração faríngea

Comum

◊ Acidente vascular cerebral (AVC)

História	Exame	1º exame	Outros exames
		»TC do crânio sem radiocontraste: hemorragia ou isquemia	

◊ Disfagia de tensão muscular

História	Exame	1º exame	Outros exames
desconforto na garganta, alimentos/pílulas presos na garganta, aperto na garganta, dificuldade na deglutição	hipersensibilidade da laringe, inflamação da laringe	»nenhuma: não existe uma única investigação específica, pois geralmente o diagnóstico de exclusão é feito por fonoaudiólogos e não por meio de exames convencionais	

◊ Espasmo esofágico difuso

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor torácica recorrente que não pode ser diferenciada da dor torácica cardíaca e é aliviada por nitroglicerina, associada a refeições, mas raramente induzida pelo esforço físico, a disfagia é intermitente e não progressiva	nenhum achado físico específico	»manometria esofágica: contrações simultâneas e repetitivas do corpo esofágico com relaxamento normal do esfínter esofágico inferior	»esofagograma com bário: achado clássico de esôfago em "sacarolhas"

◊ Refluxo gastroesofágico

História	Exame	1º exame	Outros exames
pirose, regurgitação ácida, disfagia	nenhum achado físico específico	»monitoramento do pH por 24h: pH <4; anormal >4% dos pacientes[53]	»impedância elétrica esofágica intraluminal: detecta o refluxo gastroesofágico Deve ser considerada em pacientes com

Comum

◊ Refluxo gastroesofágico

História	Exame	1º exame	Outros exames
			<p>sintomas de refluxo que não responderam ao teste terapêutico com inibidor da bomba de prótons e/ou apresentam um estudo de pH normal.</p> <ul style="list-style-type: none"> » esofagografia baritada: demonstra o refluxo, especialmente com posicionamento do paciente provocativo » endoscopia digestiva alta (EDA): erosões, ulcerações ou estenose

◊ Hérnia hiatal

História	Exame	1º exame	Outros exames
sintomas de DRGE: por exemplo, refluxo, regurgitação, sangramento, disfagia	nenhum achado físico específico	» endoscopia digestiva alta (EDA): o hiato diafrágmático é facilmente visualizado na vista retroflexionada[55]	» trato gastrointestinal superior com bário: herniação do estômago pelo hiato esofágico

◊ Cirurgia da coluna cervical pós-operatória

História	Exame	1º exame	Outros exames
dificuldades para engolir imediatamente após cirurgia da coluna cervical	incisão no pescoço relativa a operação anterior	» estudo da deglutição por videofluoroscopia, videodeglutograma modificado: pode demonstrar deslocamento anterior da parede posterior da faringe desviando sólidos e líquidos por causa da inflamação da própria lâmina; cicatrização ou inflamação da	» TC/ressonância nuclear magnética (RNM) da coluna cervical: edema de parede posterior da faringe e espaço pré-vertebral, recuo da parede posterior da faringe por lâmina da coluna cervical

Comum**◊ Cirurgia da coluna cervical pós-operatória**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		parede posterior da faringe pode afetar elevação laríngea/ faríngea em cada deglutição, impedindo assim a flexão da epiglote e abertura cricofaríngea[55]	

Incomum**◊ Epiglotite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
faringite progressiva; dificuldade de deglutição durante 1-2 dias; incapacidade de controlar as secreções; pode apresentar risco de vida, à medida que evolui, pelo comprometimento das vias aéreas; progressão mais rápida em crianças do que em adultos	o paciente pode estar em posição de “farejamento” (corpo inclinado para a frente e cabeça e pescoço inclinados para frente e para cima); com voz abafada; linfadenopatia do pescoço	» laringoscopia flexível : inchaço das estruturas supraglóticas	» radiografia lateral do pescoço : epiglote evidentemente aumentada Somente necessário se a laringoscopia flexível não estiver disponível.

◊ Abscesso retrofaríngeo

História	Exame	1º exame	Outros exames
disfagia para sólidos e líquidos, odinofagia, febre, calafrios, rouquidão, dor ao virar a cabeça	faringite, linfadenopatia, rigidez da nuca podem estar presentes; o exame físico pode apresentar resultados surpreendentemente benignos com sintomas que parecem estar desproporcionais em relação aos achados	» tomografia computadorizada (TC) do pescoço com contraste : evidenciando o abscesso retrofaríngeo	

Incomum**◊ Carcinoma orofaríngeo (carcinoma de células escamosas) e metástases**

História	Exame	1º exame	Outros exames
odinofagia, perda de peso, tosse crônica, hemoptise, estridor, massa cervical, rouquidão; histórico de tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas como fatores de risco para carcinoma de células escamosas	linfonodos cervicais metastáticos ou achados físicos de locais primários, como câncer de mama, de pulmão e de cólon	» nasofaringoscopia/ laringoscopia flexível: visualização do tumor Esse é o teste mais sensível e específico para identificação e biópsia da lesão. [52] [Fig-5]	» tomografia computadorizada (TC) do pescoço com contraste: determina a extensão submucosa do tumor e de adenopatias não palpáveis

◊ Divertículo de Zenker

História	Exame	1º exame	Outros exames
são tipicamente assintomáticas, mas os pacientes podem relatar disfagia intermitente para alimentos sólidos, regurgitação de alimentos não digeridos, halitose, salivação excessiva, tosse	nenhum achado físico específico	» esofagografia baritada: divertículo estendido posteriormente, e mais bem observado em vistas laterais e oblíquas [8] [Fig-4]	

◊ Barra cricofaríngea

História	Exame	1º exame	Outros exames
início tardio da deglutição, disfagia para alimentos sólidos, resíduo pós-deglutição excessivo, sensação de bolo alimentar preso no pescoço, deglutição repetida, tosse e sufocamento	nenhum achado físico específico	» esofagografia baritada: efeito de compressão da barra cricofaríngea	» endoscopia digestiva alta (EDA): acúmulo de secreções na faringe Embora o cricofaríngeo e o esôfago não sejam visualizados, o acúmulo de secreções pode sugerir disfunção. [Fig-10] » manometria: pressão esofágica superior alta

Incomum**◊ Tireomegalia (bócio)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
disfagia para alimentos sólidos, resíduo pós-deglutição excessivo, sensação de bolo alimentar preso no pescoço, deglutição repetida, tosse e sufocamento, sintomas de hipo ou hipertireoidismo	tireoide aumentada	» esofagografia baritada : efeito de compressão da tireoide aumentada	» testes da função tireoidiana (TFTs) : TSH baixo e T4 livre elevado » ultrassonografia (USG) ou TC do pescoço : determina o tamanho e a localização do bócio

◊ Linfadenopatia cervical

História	Exame	1º exame	Outros exames
início tardio da deglutição, disfagia para alimentos sólidos, regurgitação nasofaríngea, resíduo pós-deglutição excessivo, sensação de bolo alimentar preso no pescoço, deglutição repetida, tosse e sufocamento	linfadenopatia	» TC do pescoço ou tórax : linfonodo aumentado comprimindo o esôfago	» esofagografia baritada : efeito de compressão da doença subjacente

◊ Estenose orofaríngea

História	Exame	1º exame	Outros exames
histórico de radiação ou cirurgia na cabeça e pescoço	nenhum achado físico específico	» endoscopia digestiva alta (EDA) : estenose	» videofluoroscopia : comprometimento funcional do mecanismo de deglutição

◊ Doença de Parkinson

História	Exame	1º exame	Outros exames
disfagia orofaríngea progressiva, tosse, sufocamento, sialorreia e regurgitação ao deglutir líquidos ou	hipomimia, rigidez em roda denteada, diminuição da frequência de piscar de olhos espontânea, fala arrastada/	» avaliação da deglutição à beira do leito : tosse ao deglutar, sufocamento ou regurgitação nasal	» manometria esofágica : diferente do videoglutograma modificado, isso possibilita a quantificação das

Incomum

◊ Doença de Parkinson

História	Exame	1º exame	Outros exames
alimentos sólidos; tremor, bradicinesia	descoordenada, hipocinética, salivação excessiva, marcha arrastada com passos curtos	» videodeglutograma modificado: incapacidade ou início excessivamente tardio da deglutição faríngea, aspiração, regurgitação nasofaríngea, resíduo de alimento ou líquido na cavidade faríngea após a deglutição	forças contráteis, da pressão intrabolo, da detecção do relaxamento do esfíncter esofágico superior e da coordenação da contração faríngea

◊ Paralisia das pregas vocais

História	Exame	1º exame	Outros exames
rouquidão, sintomas de aspiração com líquidos, tosse fraca e ineficiente; história prévia de cirurgia na tireoide, coluna cervical, pulmão ou base do crânio, história de tumores de pulmão, mediastínicos ou esofágicos	voz fraca e sussurrante	» laringoscopia: pregas vocais imóveis	

◊ Esclerose múltipla

História	Exame	1º exame	Outros exames
disfagia orofaríngea progressiva; tosse, sufocamento, sialorreia e regurgitação ao deglutir líquidos ou alimentos sólidos; diplopia, retenção, hesitação ou frequência urinária, infecções do trato urinário (ITUs), constipação, fadiga, perda de visão em um olho	hemiparesia, problemas cognitivos, neurite óptica	» avaliação da deglutição à beira do leito: tosse ao deglutir, sufocamento ou regurgitação nasal » videodeglutograma modificado: incapacidade ou início excessivamente tardio da deglutição faríngea, aspiração, regurgitação nasofaríngea, resíduo de alimento ou líquido na cavidade faríngea após a deglutição » ressonância nuclear	» manometria esofágica: diferente do videoglutograma modificado, isso possibilita a quantificação das forças contráteis, da pressão intrabolo, da detecção do relaxamento do esfíncter esofágico superior e da coordenação da contração faríngea » análise do líquido cefalorraquidiano: bandas oligoclonais

Incomum**◊ Esclerose múltipla**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		magnética (RNM) cranioencefálica: desmielinização perpendicular aos ventrículos laterais e corpo caloso	

◊ Miastenia gravis

História	Exame	1º exame	Outros exames
disfagia orofaríngea progressiva; tosse, sufocamento, sialorreia e regurgitação ao deglutição líquidos ou alimentos sólidos; fraqueza agravada por fadiga, estresse e esforço físico	ptose, fraqueza muscular	<p>»avaliação da deglutição à beira do leito: tosse ao deglutição, sufocamento ou regurgitação nasal</p> <p>»videodeglutograma modificado: incapacidade ou início excessivamente tardio da deglutição faríngea, aspiração, regurgitação nasofaríngea, resíduo de alimento ou líquido na cavidade faríngea após a deglutição</p> <p>»teste do cloreto de edrofônio (marca: Tensilon): fraqueza progressiva com estimulação muscular repetitiva</p>	<p>»manometria esofágica: diferente do videoglutograma modificado, isso possibilita a quantificação das forças contráteis, da pressão intrabolo, da detecção do relaxamento do esfíncter esofágico superior e da coordenação da contração faríngea</p> <p>»testes de anticorpos contra o receptor da acetilcolina: positiva</p>

◊ Síndrome de Sjögren

História	Exame	1º exame	Outros exames
olhos secos, boca seca (xerostomia); dificuldade de iniciar a deglutição e na transferência do bolo alimentar para a faringe; alimento preso na garganta	ausência de saliva com mucosa oral ressecada, que pode aderir ao abaixador de língua no exame físico	» autoanticorpos séricos anti-Ro (SS-A) e anti-La (SS-B): positiva	<p>»teste de Schirmer: produção reduzida de lágrima (<5 mm em 5 minutos)</p> <p>»biópsia da glândula salivar: infiltrados celulares mononucleares (células B e T e células dendríticas) nas áreas perivasculares e</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 21, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum**◊ Síndrome de Sjögren**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			periductais da glândula testada

◊ Esclerodermia

História	Exame	1º exame	Outros exames
disfagia para sólidos e líquidos, pirose, histórico de síndrome de Raynaud	calcinoze, esclerodactilia, telangiectasia	» manometria esofágica : contração de baixa amplitude ou ausente no esôfago distal, com pressão baixa do esfíncter esofágico inferior	» anticorpos anti-DNA topoisomerase I (Scl-70) , anticentrômero e fator antinuclear (FAN) séricos : positiva

◊ Miopatias inflamatórias

História	Exame	1º exame	Outros exames
disfagia orofaríngea progressiva, tosse, sufocamento, sialorreia e regurgitação ao deglutir líquidos ou alimentos sólidos; fraqueza muscular proximal	fraqueza muscular proximal simétrica	» avaliação da deglutição à beira do leito : tosse ao deglutir, sufocamento ou regurgitação nasal » videodeglutograma modificado : incapacidade ou início excessivamente tardio da deglutição faríngea, aspiração, regurgitação nasofaríngea, resíduo de alimento ou líquido na cavidade faríngea após a deglutição » creatina fosfoquinase sérica (CPK) : elevado » eletromiografia (EMG) : evidência de miopatia	» manometria esofágica : diferente do videoglutograma modificado, isso possibilita a quantificação das forças contráteis, da pressão intrabolo, da detecção do relaxamento do esfíncter esofágico superior e da coordenação da contração faríngea

◊ Esclerose lateral amiotrófica (ELA)

História	Exame	1º exame	Outros exames
disfagia orofaríngea progressiva, tosse,	hiper-reflexia patológica,	» avaliação da deglutição à beira	» manometria esofágica : diferente

Incomum

◊ Esclerose lateral amiotrófica (ELA)

História	Exame	1º exame	Outros exames
sufocamento, sialorreia e regurgitação ao deglutar líquidos ou alimentos sólidos; fraqueza muscular	espasticidade, reflexo cutâneo-plantar em extensão, fraqueza, atrofia muscular, fasciculações e cãibras	do leito: tosse ao deglutar, sufocamento ou regurgitação nasal » videodeglutograma modificado: incapacidade ou início excessivamente tardio da deglutição faríngea, aspiração, regurgitação nasofaríngea, resíduo de alimento ou líquido na cavidade faríngea após a deglutição	do videoglutograma modificado, isso possibilita a quantificação das forças contráteis, da pressão intrabolo, da detecção do relaxamento do esfíncter esofágico superior e da coordenação da contração faríngea

◊ Paralisia supranuclear progressiva

História	Exame	1º exame	Outros exames
disfagia orofaríngea progressiva, tosse, sufocamento, sialorreia e regurgitação ao deglutar líquidos ou alimentos sólidos; quedas, comprometimento do equilíbrio	oftalmoplegia supranuclear, disgrafia, comprometimento da marcha	» avaliação da deglutição à beira do leito: tosse ao deglutar, sufocamento ou regurgitação nasal	» videodeglutograma modificado: incapacidade ou início excessivamente tardio da deglutição faríngea, aspiração, regurgitação nasofaríngea, resíduo de alimento ou líquido na cavidade faríngea após a deglutição » manometria esofágica: diferente do videoglutograma modificado, isso possibilita a quantificação das forças contráteis, da pressão intrabolo, da detecção do relaxamento do esfíncter esofágico superior e da coordenação da contração faríngea

Incomum

◊ Doença de Wilson

História	Exame	1º exame	Outros exames
disfagia orofaríngea progressiva, tosse, sufocamento, sialorreia e regurgitação ao deglutar líquidos ou alimentos sólidos; bradicinesia, alterações na personalidade ou comportamentais	tremor, rigidez, psicose, anel de Kayser-Fleischer	» avaliação da deglutição à beira do leito: tosse ao deglutir, sufocamento ou regurgitação nasal » enzimas hepáticas: elevado	» videodeglutograma modificado: incapacidade ou início excessivamente tardio da deglutição faríngea, aspiração, regurgitação nasofaríngea, resíduo de alimento ou líquido na cavidade faríngea após a deglutição » manometria esofágica: diferente do videoglutograma modificado, isso possibilita a quantificação das forças contráteis, da pressão intrabolo, da detecção do relaxamento do esfíncter esofágico superior e da coordenação da contração faríngea » nível de ceruloplasmina sérica: <300 mg/L (30 mg/dL) » cobre urinário de 24 horas: >100 microgramas

◊ Discinesia tardia

História	Exame	1º exame	Outros exames
disfagia orofaríngea progressiva, tosse, sufocamento, sialorreia e regurgitação ao deglutar líquidos ou alimentos sólidos; uso prolongado de medicamentos antipsicóticos	coreia dos lábios, língua, face e pescoço	» avaliação da deglutição à beira do leito: tosse ao deglutir, sufocamento ou regurgitação nasal	» videodeglutograma modificado: incapacidade ou início excessivamente tardio da deglutição faríngea, aspiração, regurgitação nasofaríngea, resíduo de alimento ou líquido na cavidade faríngea após a deglutição » manometria esofágica: diferente

Incomum**◊ Discinesia tardia**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			do videoglutograma modificado, isso possibilita a quantificação das forças contráteis, da pressão intrabolo, da detecção do relaxamento do esfíncter esofágico superior e da coordenação da contração faríngea

◊ Acalasia idiopática

História	Exame	1º exame	Outros exames
disfagia para sólidos mais que líquidos; os pacientes podem se alimentar lentamente, levantar os braços ou arquear as costas para aliviar os sintomas; dificuldade para eructação; dor torácica; regurgitação; perda de peso	nenhum achado físico específico	» manometria esofágica: aperistalse do corpo esofágico, contrações simultâneas de baixa amplitude após a deglutição, relaxamento do esfíncter esofágico inferior ausente ou incompleto com a deglutição Teste mais sensível e específico para estabelecimento do diagnóstico.	» esofagograma com bário cronometrado: perda de peristalse primária no esôfago distal, esvaziamento insuficiente, esôfago dilatado ou tortuosidade do sigmoide e a presença de "bico de pássaro" » tomografia do tórax: descarta a compressão externa (acalasia secundária) » endoscopia digestiva alta (EDA): diferencia a acalasia idiopática de causas secundárias de acalasia, como tumores na junção gastroesofágica

◊ Esôfago em quebra-nozes

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor torácica, disfagia menos frequente	nenhum achado físico específico	» manometria esofágica: peristaltismo de alta amplitude ≥ 180 mmHg	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 21, 2018.

29

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum**◊ Agentes cáusticos**

História	Exame	1º exame	Outros exames
queimação oral, faringite, odinofagia, rouquidão, disfagia, dor torácica, dorsalgia	edema na língua e ulceração, sialorreia, estridor, afonia	» endoscopia digestiva alta (EDA) : área de queimação no quadro agudo; estenose ou estreitamento do lumen em quadro crônico Ferramenta mais valiosa.	» nasofaringolaringoscopia por fibra óptica : área de queimação » radiografia torácica : enfisema subcutâneo, infiltrado pulmonar, pneumotórax, pneumomediastino » esofagografia baritada com gastrografina : perfuração no quadro agudo; estreitamento do lumen em quadro crônico

◊ Lesão induzida por pílula

História	Exame	1º exame	Outros exames
ingestão de doxiciclina, quinidina, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), ferro, ácido alendrônico; sensação da pílula aderindo à garganta, dor torácica, odinofagia, disfagia sólida progressiva	nenhum achado físico específico	» endoscopia digestiva alta (EDA) : formação de úlcera, placas semelhantes a infecção por Candida, estenoses	

◊ Exposição à radiação

História	Exame	1º exame	Outros exames
histórico de radiação do pescoço e do tórax	induração rígida do pescoço, descoloração da pele	» endoscopia digestiva alta (EDA) : estenose ou estreitamento do lumen[54]	» esofagograma com bário : estreitamento do lumen

Incomum**◊ Carcinoma esofágico**

História	Exame	1º exame	Outros exames
disfagia progressiva para sólidos, odinofagia, deficiência de ferro, rouquidão, perda de peso; histórico de tabagismo/uso de bebidas alcoólicas, acalasia, lesão cáustica, vírus do papiloma humano (HPV) para carcinoma de células escamosas, doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), esôfago de Barrett	linfadenopatia cervical	» endoscopia digestiva alta (EDA) : massa possivelmente ulcerada	» esofagograma com bário : falha de enchimento

◊ Corpo estranho

História	Exame	1º exame	Outros exames
disfagia para alimentos sólidos, odinofagia, sensação de corpo estranho e secreções excessivas; dificuldade de respirar, asfixia	dificuldade respiratória	» radiografia torácica simples : corpo estranho evidente Determina a localização do corpo estranho. » endoscopia digestiva alta (EDA) : corpo estranho esofágico Determina a localização e desloca o objeto.	

◊ Tumores esofágicos benignos (leiomioma, lipoma, pólipos)

História	Exame	1º exame	Outros exames
disfagia com alimentos sólidos	nenhum achado físico específico	» endoscopia digestiva alta (EDA) : lesão esofágica	

Incomum**◊ Metástases esofágicas**

História	Exame	1º exame	Outros exames
disfagia progressiva para sólidos, odinofagia, perda de peso, anorexia, histórico de câncer	nenhum achado físico específico	» endoscopia digestiva alta (EDA) : lesão ou massa ulcerada	

◊ Compressão esofágica

História	Exame	1º exame	Outros exames
disfagia progressiva para alimentos sólidos, osteoartrite	massas cervicais, linfonodos, sinais de osteoartrite	» esofagografia baritada : estreitamento local do lumen	» tomografia do tórax : linfonodo ou massa mediastinal comprimindo o esôfago » radiografia cervical : osteoartrite

◊ Anel de Schatzki

História	Exame	1º exame	Outros exames
disfagia intermitente para alimentos sólidos, impactação de alimento	nenhum achado físico específico	» esofagografia baritada : falha de enchimento circunferencial próxima à junção gastroesofágica	» endoscopia digestiva alta (EDA) : anel presente próximo à junção gastroesofágica

◊ Anel muscular gastroesofágico

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente assintomático	nenhum achado físico específico	» esofagografia baritada : falha de enchimento circunferencial próxima à junção gastroesofágica	» endoscopia digestiva alta (EDA) : anel proximal à junção gastroesofágica[19]

◊ Divertículo do esôfago

História	Exame	1º exame	Outros exames
disfagia intermitente para alimentos sólidos, dor torácica,	nenhum achado físico específico	» esofagografia baritada : divertículo	

Incomum**◊ Divertículo do esôfago**

História	Exame	1º exame	Outros exames
regurgitação de alimento não digerido, halitose e salivação excessiva			

◊ Esofagite eosinofílica

História	Exame	1º exame	Outros exames
disfagia para alimentos sólidos de longa duração, geralmente na primeira infância; histórico de anormalidades congênitas e doenças alérgicas	nenhum achado físico específico	<p>»endoscopia digestiva alta (EDA): vários anéis esofágicos, frequentemente associados a uma área de estreitamento esofágico, exsudato branco, placas, estenoses.[56] [28]</p> <p>»biópsias esofágicas: um dos três achados patológicos a seguir: ≥ 15 eosinófilos intraepiteliais/campo de grande aumento em, pelo menos, um local esofágico; alterações epiteliais, como hiperplasia de camada basal e espaços intercelulares dilatados; natureza eosinofílica alterada com camadas na superfície e abscessos[28]</p>	

◊ Rede esofágica

História	Exame	1º exame	Outros exames
disfagia intermitente para alimentos sólidos, aspiração, regurgitação	nenhum achado físico específico	<p>»esofagografia baritada: projeção fina para fora da superfície anterior do esôfago pós-cricoide para redes As redes geralmente aparecem como uma</p>	<p>»endoscopia digestiva alta (EDA): lesão excêntrica e fina com mucosa de aparência normal comprometendo o lumen esofágico</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 21, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](#). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exoneração de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum**◊ Rede esofágica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		falha de enchimento membranosa fina, logo abaixo do esfíncter esofágico superior e são melhor visualizadas nas imagens laterais[19]	

◊ Botulismo

História	Exame	1º exame	Outros exames
histórico de consumo de alimento contaminado, histórico de contaminação de ferida, disfagia orofaríngea progressiva, dificuldade de respiração, dor abdominal, vômitos, perda de coordenação	sinais de dificuldade respiratória, febre, anormalidades de nervo craniano	» avaliação da deglutição à beira do leito: tosse ao deglutir, sufocamento ou regurgitação nasal » videodeglutograma modificado: incapacidade ou início excessivamente tardio da deglutição faríngea, aspiração, regurgitação nasofaríngea, resíduo de alimento ou líquido na cavidade faríngea após a deglutição	» bioensaio em camundongo com toxina botulínica: positiva » cultura de amostras de alimento, de aspirados gástricos ou de amostras fecais: positivo para toxina botulínica

◊ Mucosite oral

História	Exame	1º exame	Outros exames
quimioterapia, radiação, dor oral, xerostomia, diarreia	eritema ou ulceração da mucosa oral	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	

◊ Osteófitos cervicais

História	Exame	1º exame	Outros exames
arrite do pescoço, rigidez de nuca progressiva, dores cervicais posteriores	pode ser normal, ou apresentar extensão cervical limitada, abaulando parede	» radiografia lateral da coluna cervical: osteófitos cervicais grandes	» TC/resonância nuclear magnética (RNM) da coluna cervical: protrusão de osteófitos cervicais

Incomum**◊ Osteófitos cervicais**

História	Exame	1º exame	Outros exames
	orofaríngea posterior e/ ou hipofaríngea	<p>»estudo da deglutição por videofluoroscopia, videodeglutograma modificado: demonstrará deslocamento anterior da parede posterior da faringe; dependendo da localização do osteófito, sua presença pode afetar o fechamento da epiglote do introito laríngeo ou ingestão oral pode sofrer desvio para contornar o osteófito, aumentando o risco de penetração e aspiração; osteófitos de grande volume pressionando a hipofaringe ou esôfago cervical poderão impedir os alimentos sólidos (mais que líquidos) de passar facilmente</p> <p>Imagen 1 - vista endoscópica da faringe: osteófito cervical empurrando parede da faringe anteriormente.</p> <p>Imagen 2 - vista lateral de esofagografia baritada: osteófitos cervicais deslocando a faringe anteriormente.</p> <p>[Fig-6]</p> <p>[Fig-7]</p>	na orofaringe ou hipofaringe

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome

Publicado por: European Society for Swallowing Disorders; European Union Geriatric Medicine Society
Última publicação em: 2016

Internacional

Dysphagia: global guidelines

Publicado por: World Gastroenterology Organisation
Última publicação em: 2014

América do Norte

Assessment and management of dysphagia and malnutrition following stroke

Publicado por: Canadian Stroke Network
Última publicação em: 2016

ACR appropriateness criteria: dysphagia

Publicado por: American College of Radiology
Última publicação em: 2013

Artigos principais

- Lacy BE, Weiser K. Esophageal motility disorders: medical therapy. *J Clin Gastroenterol.* 2008 May-Jun;42(5):652-8.
- ASGE Standards of Practice Committee; Ikenberry SO, Jue TL, Anderson MA, et al. Management of ingested foreign bodies and food impactions. *Gastrointest Endosc.* 2011 Jun;73(6):1085-91.
- Bours GJ, Speyer R, Lemmens J, et al. Bedside screening tests vs. videofluoroscopy or fibreoptic endoscopic evaluation of swallowing to detect dysphagia in patients with neurological disorders: systematic review. *J Adv Nurs.* 2009 Mar;65(3):477-93.

Referências

1. American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: dysphagia. 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
2. World Gastroenterology Organisation. WGO practice guideline - dysphagia. September 2014 [internet publication]. [Texto completo](#)
3. Turley R, Cohen S. Impact of voice and swallowing problems in the elderly. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009 Jan;140(1):33-6.
4. Bloem B, Lagaay A, van Beek W, et al. Prevalence of subjective dysphagia in community residents aged over 87. *Br Med J.* 1990 Mar 17;300(6726):721-2. [Texto completo](#)
5. Siebens H, Trupe E, Siebens A, et al. Correlates and consequences of eating dependency in institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc.* 1986 Mar;34(3):192-8.
6. Lin LC, Wu SC, Chen HS, et al. Prevalence of impaired swallowing in institutionalized older people in Taiwan. *J Am Geriatr Soc.* 2002 Jun;50(6):1118-23.
7. Hutcheson KA, Lewin JS. Functional outcomes after chemoradiotherapy of laryngeal and pharyngeal cancers. *Curr Oncol Rep.* 2012 Apr;14(2):158-65.
8. Cassivi SD, Deschamps C, Nichols FC, et al. Diverticula of the esophagus. *Surg Clin North Am.* 2005 Jun;85(3):495-503, ix.
9. Cook IJ, Kahrilas PJ. AGA technical review on the management of oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterology.* 1999 Feb;116(2):455-78.
10. Rothstein RD. A systematic approach to a patient with dysphagia. *Hosp Pract (Minneap).* 1997 Mar 15;32(3):169-75.
11. Sapir S, Ramig L, Fox C. Speech and swallowing disorders in Parkinson disease. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008 Jun;16(3):205-10.

12. Potulska A, Friedman A, Królicki L, et al. Swallowing disorders in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2003 Aug;9(6):349-53.
13. Mandl T, Ekberg O, Wollmer P, et al. Dysphagia and dysmotility of the pharynx and oesophagus in patients with primary Sjögren's syndrome. *Scand J Rheumatol.* 2007 Sep-Oct;36(5):394-401.
14. Kang CH, Hentz JG, Lott DG. Muscle tension dysphagia: symptomology and theoretical framework. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016 Nov;155(5):837-42.
15. Schatzki R. The lower esophageal ring: long term follow-up of symptomatic and asymptomatic rings. *Am J Roentgenol Radiat Ther Nucl Med.* 1963 Oct;90:805-10.
16. Palmer ED. The hiatus hernia-esophagitis-esophageal stricture complex: twenty year prospective study. *Am J Med.* 1968 Apr;44(4):566-79.
17. Kikendall JW. Pill-induced esophageal injury. *Gastroenterol Clin North Am.* 1991 Dec;20(4):835-46.
18. Carlson ML, Archibald DJ, Graner DE, et al. Surgical management of dysphagia and airway obstruction in patients with prominent ventral cervical osteophytes. *Dysphagia.* 2011 Mar;26(1):34-40.
19. Tobin RW. Esophageal rings, webs, and diverticula. *J Clin Gastroenterol.* 1998 Dec;27(4):285-95.
20. Farrokhi F, Vaezi MF. Idiopathic (primary) achalasia. *Orphanet J Rare Dis.* 2007 Sep 26;2:38. [Texto completo](#)
21. Patti MG, Gorodner MV, Gulvani C, et al. Spectrum of esophageal motility disorders: implications for diagnosis and treatment. *Arch Surg.* 2005 May;140(5):442-8; discussion 448-9.
22. Lacy BE, Weiser K. Esophageal motility disorders: medical therapy. *J Clin Gastroenterol.* 2008 May-Jun;42(5):652-8.
23. Smout AJ. Advances in esophageal motor disorders. *Curr Opin Gastroenterol.* 2008 Jul;24(4):485-9.
24. Richter JE. Oesophageal motility disorders. *Lancet.* 2001 Sep 8;358(9284):823-8.
25. Richter JE, Castell DO. Diffuse esophageal spasm: reappraisal. *Ann Intern Med.* 1984 Feb;100(2):242-5.
26. Katz PO, Dalton CB, Richter JE, et al. Esophageal testing of patients with noncardiac chest pain and/or dysphagia: result of a three year experience with 1161 patients. *Ann Intern Med.* 1987 Apr;106(4):593-7.
27. Chen JW, Kao JY. Eosinophilic esophagitis: update on management and controversies. *BMJ.* 2017 Nov 13;359:j4482.
28. Roman S, Savarino E, Savarino V, et al. Eosinophilic oesophagitis: from physiopathology to treatment. *Dig Liver Dis.* 2013 Nov;45(11):871-8. [Texto completo](#)

29. Dellan ES, Gonsalves N, Hirano I, et al. ACG clinical guideline: evidenced based approach to the diagnosis and management of esophageal eosinophilia and eosinophilic esophagitis (EoE). Am J Gastroenterol. 2013 May;108(5):679-92. [Texto completo](#)
30. American Red Cross. Conscious choking. 2007 [internet publication]. [Texto completo](#)
31. Resuscitation Council (UK). Adult basic life support and automated external defibrillation. 2015 [internet publication]. [Texto completo](#)
32. ASGE Standards of Practice Committee; Ikenberry SO, Jue TL, Anderson MA, et al. Management of ingested foreign bodies and food impactions. Gastrointest Endosc. 2011 Jun;73(6):1085-91.
33. Cello JP, Fogel RP, Boland CR. Liquid caustic ingestion spectrum of injury. Arch Intern Med. 1980 Apr;140(4):501-4.
34. Gaudreault P, Parent M, McGuigan MA, et al. Predictability of esophageal injury from signs and symptoms: a study of caustic ingestion in 378 children. Pediatrics. 1983 May;71(5):767-70.
35. Simon M, Reuther S, Schreier MM, et al. Risk for dysphagia screening tools - a review of the international literature. Pflege. 2009 Jun;22(3):193-206.
36. Hila A, Castell D. Upper gastrointestinal disorders. In: Hazzard W, Blass J, Halter J, et al, eds. Principles of geriatric medicine and gerontology. 5th ed. New York, NY: McGraw-Hill Professional; 2003: 613-40.
37. Schatzki R, Gary J. Dysphagia due to a diaphragm-like localized narrowing in the lower esophagus (lower esophageal ring). Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med. 1953 Dec;70(6):911-22.
38. Shamburek RD, Farrar JT. Disorders of the digestive system in the elderly. N Engl J Med. 1990 Feb 15;322(7):438-43.
39. Castell DO, Donner MW. Evaluation of dysphagia: a careful history is crucial. Dysphagia. 1987;2(2):65-71.
40. Wilcox CM, Alexander LN, Clark WS. Localization of an obstructing esophageal lesion. Is the patient accurate? Dig Dis Sci. 1995 Oct;40(10):2192-6.
41. Williams RB, Grehan MJ, Hersch M, et al. Biomechanics, diagnosis, and treatment outcome in inflammatory myopathy presenting as oropharyngeal dysphagia. Gut. 2003 Apr;52(4):471-8. [Texto completo](#)
42. Bours GJ, Speyer R, Lemmens J, et al. Bedside screening tests vs. videofluoroscopy or fibreoptic endoscopic evaluation of swallowing to detect dysphagia in patients with neurological disorders: systematic review. J Adv Nurs. 2009 Mar;65(3):477-93.
43. Aviv JE. Transnasal esophagoscopy: state of the art. Otolaryngol Head Neck Surg. 2006 Oct;135(4):616-9.

44. Postma GN, Cohen JT, Belafsky PC, et al. Transnasal esophagoscopy: revisited (over 700 consecutive cases). *Laryngoscope*. 2005 Feb;115(2):321-3.
45. Pasha SF, Acosta RD, Chandrasekhara V, et al; ASGE Standards of Practice Committee. The role of endoscopy in the evaluation and management of dysphagia. *Gastrointest Endosc*. 2014 Feb;79(2):191-201. [Texto completo](#)
46. Spechler SJ. American Gastroenterological Association medical position statement on treatment of patients with dysphagia caused by benign disorders of the distal esophagus. *Gastroenterology*. 1999 Jul;117(1):229-33. [Texto completo](#)
47. American College of Radiology. Practice parameter for the performance of esophagrams and upper gastrointestinal examinations in adults. 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
48. Logemann JA. The role of the speech language pathologist in the management of dysphagia. *Otolaryngol Clin North Am*. 1988 Nov;21(4):783-8.
49. Willging JP, Thompson DM. Pediatric FEESST: fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing with sensory testing. *Curr Gastroenterol Rep*. 2005 Jun;7(3):240-3.
50. Pandolfino JE, Kahrilas PJ. American Gastroenterological Association medical position statement: clinical use of esophageal manometry . *Gastroenterology*. 2005 Jan;128(1):207-8.
51. Vaiman M, Eviatar E. Surface electromyography as a screening method for evaluation of dysphagia and odynophagia. *Head Face Med*. 2009;5:9. [Texto completo](#)
52. Wang KK, Wongkeesong M, Butter NS. American Gastroenterological Association technical review on the role of the gastroenterologist in the management of esophageal carcinoma. *Gastroenterology*. 2005 May;128(5):1471-505.
53. Johnson LF, Demeester TR. Twenty-four-hour pH monitoring of the distal esophagus: a quantitative measure of gastroesophageal reflux. *Am J Gastroenterol*. 1974 Oct;62(4):325-32.
54. Dhir V, Vege SS, Mohandas KM, et al. Dilation of proximal esophageal strictures following therapy for head and neck cancer: experience with Savary Gilliard dilators. *J Surg Oncol*. 1996 Nov;63(3):187-90.
55. Cho SK, Lu Y, Lee DH. Dysphagia following anterior cervical spinal surgery: a systematic review. *Bone Joint J*. 2013 Jul;95-B(7):868-73.
56. Liacouras CA, Spergel JM, Ruchelli E, et al. Eosinophilic esophagitis: a 10-year experience in 381 children. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2005 Dec;3(12):1198-206.

Imagens



IMAGES

Figura 1: Amígdalas hipertróficas causando abertura faríngea gravemente estreitada

Do acervo de Dr. S. Charous



Figura 2: Amígdalas hipertróficas

Do acervo de Dr. S. Charous



Figura 3: Amígdalas hipertróficas

Do acervo de Dr. S. Charous

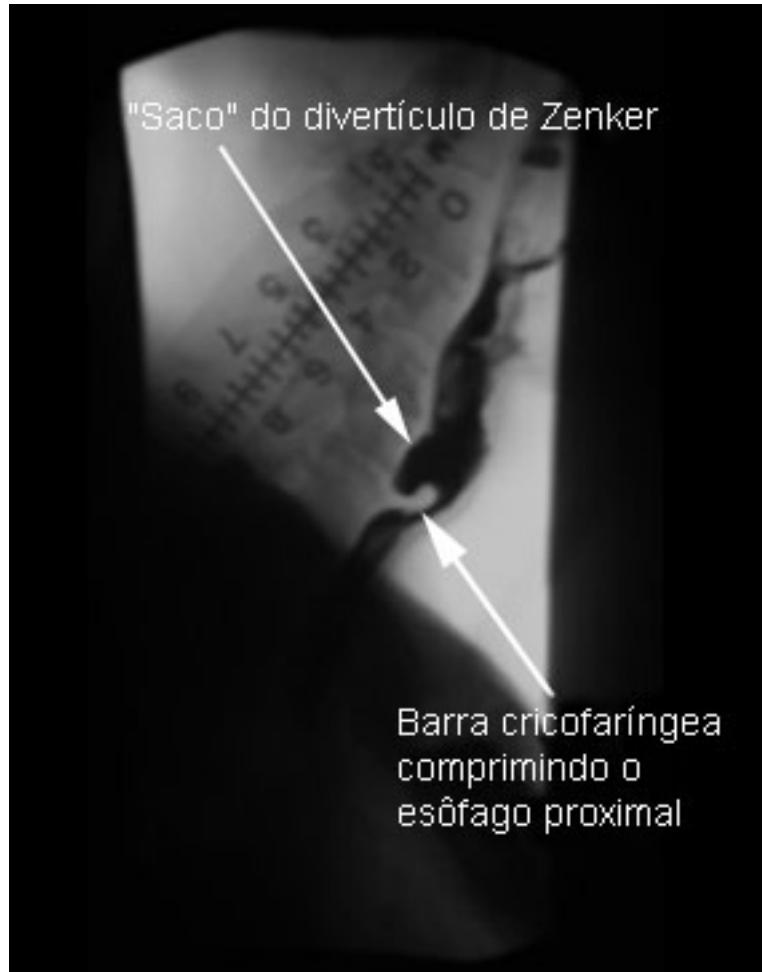


Figura 4: Divertículo de Zenker: vista lateral com esofagograma com bário

Do acervo de Dr. S. Charous

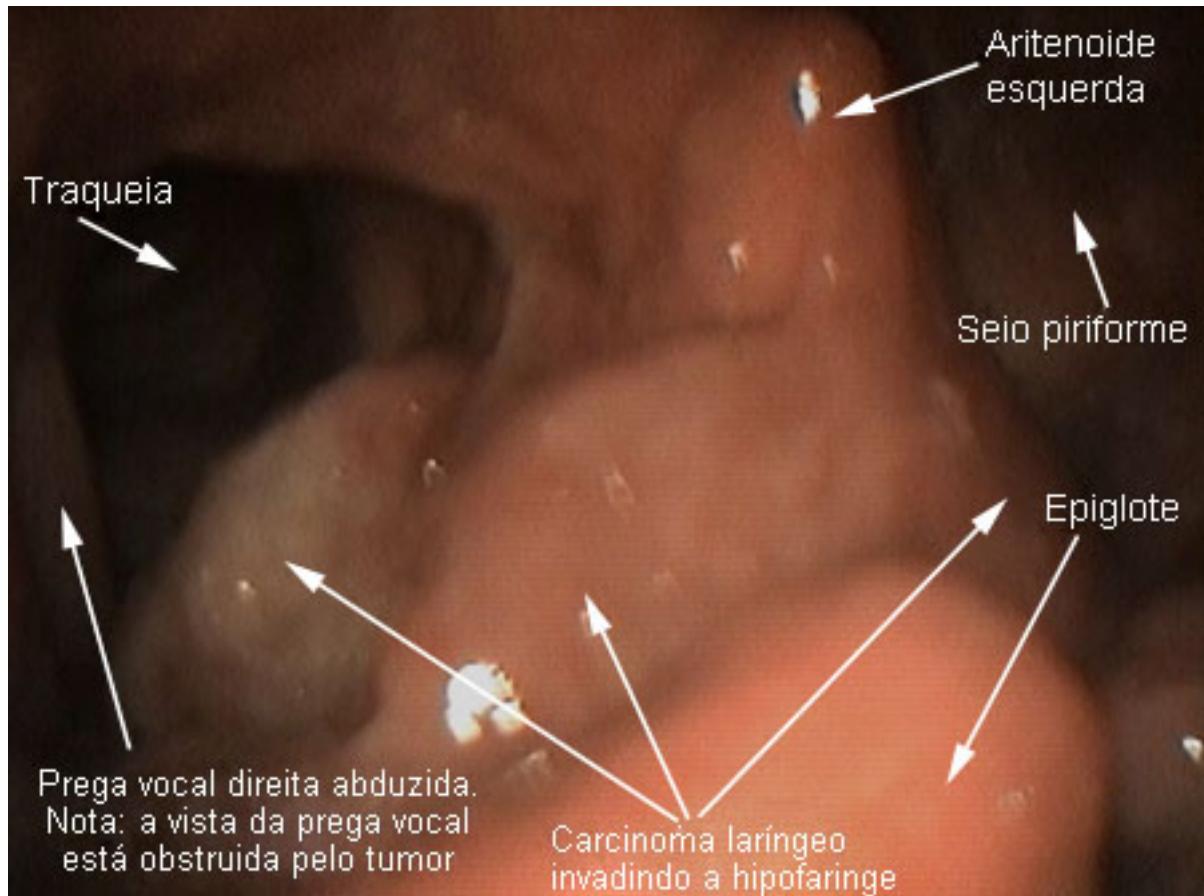


Figura 5: Carcinoma de células escamosas laríngeo/faríngeo

Do acervo de Dr. S. Charous



Figura 6: Visão endoscópica da faringe mostrando osteófitos pressionando para dentro na parede posterior da faringe, obscurecendo a visão da laringe com a epiglote ao fundo

Do acervo de Dr. S. Charous

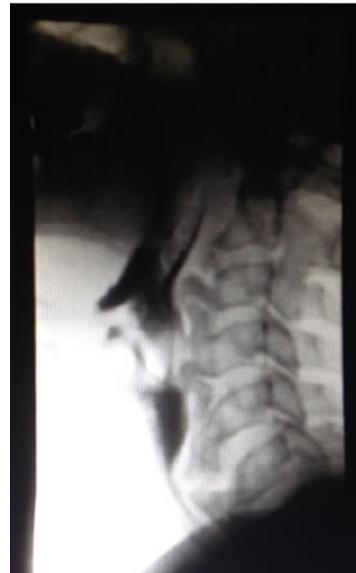


Figura 7: Radiografia lateral durante a esofagografia baritada, mostrando o fluxo de deslocamento de osteófitos do bário no esôfago superior

Do acervo de Dr. S. Charous



Figura 8: Tumor de tireoide comprimindo o esôfago cervical

Do acervo de Dr. S. Charous



Figura 9: Esôfago em "saca-rolhas" de espasmo esofágico difuso observado em um estudo sobre esofagografia baritada

Do acervo de Dr. S. Charous

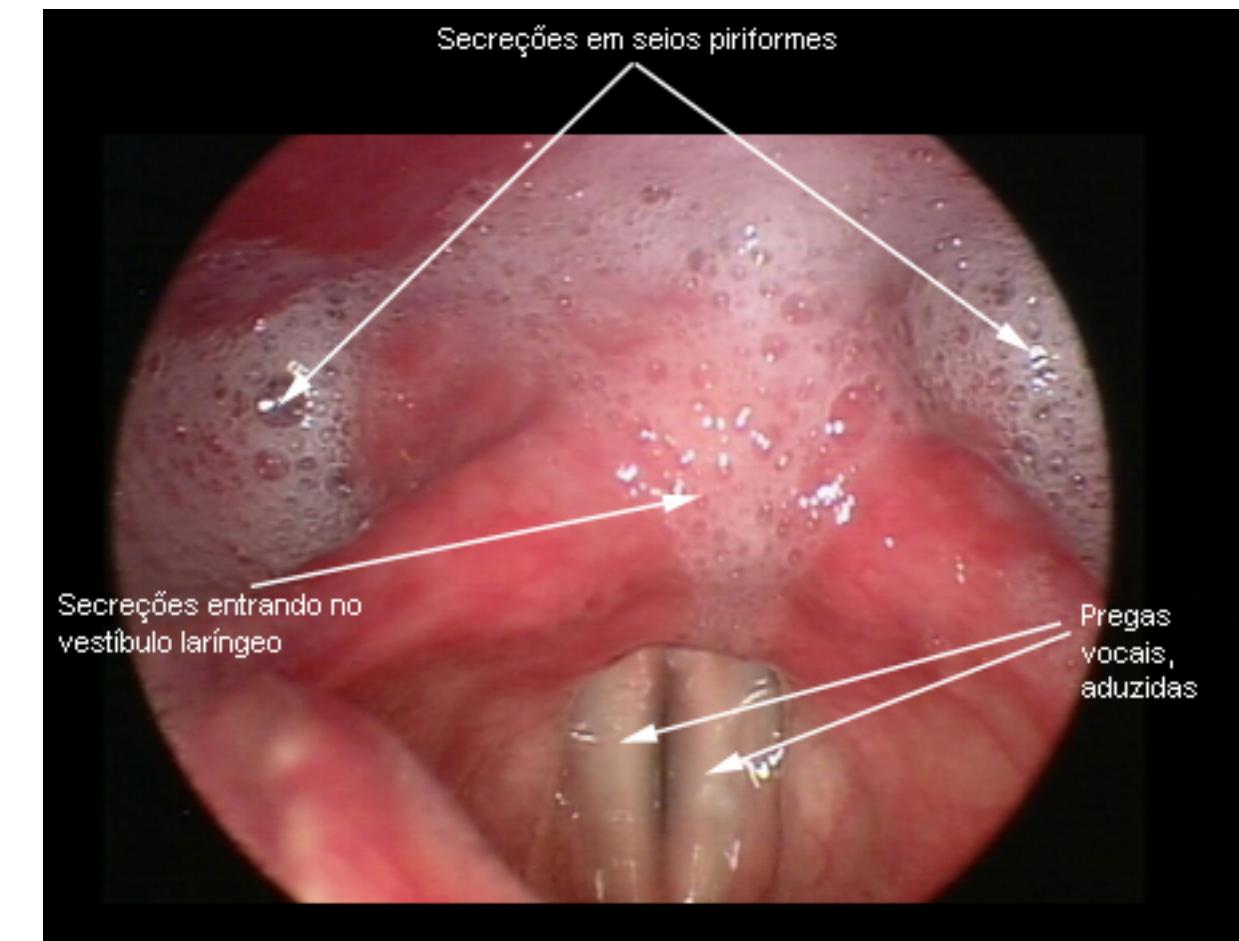


Figura 10: Laringe resultante de disfunção cricofaríngea

Do acervo de Dr. S. Charous

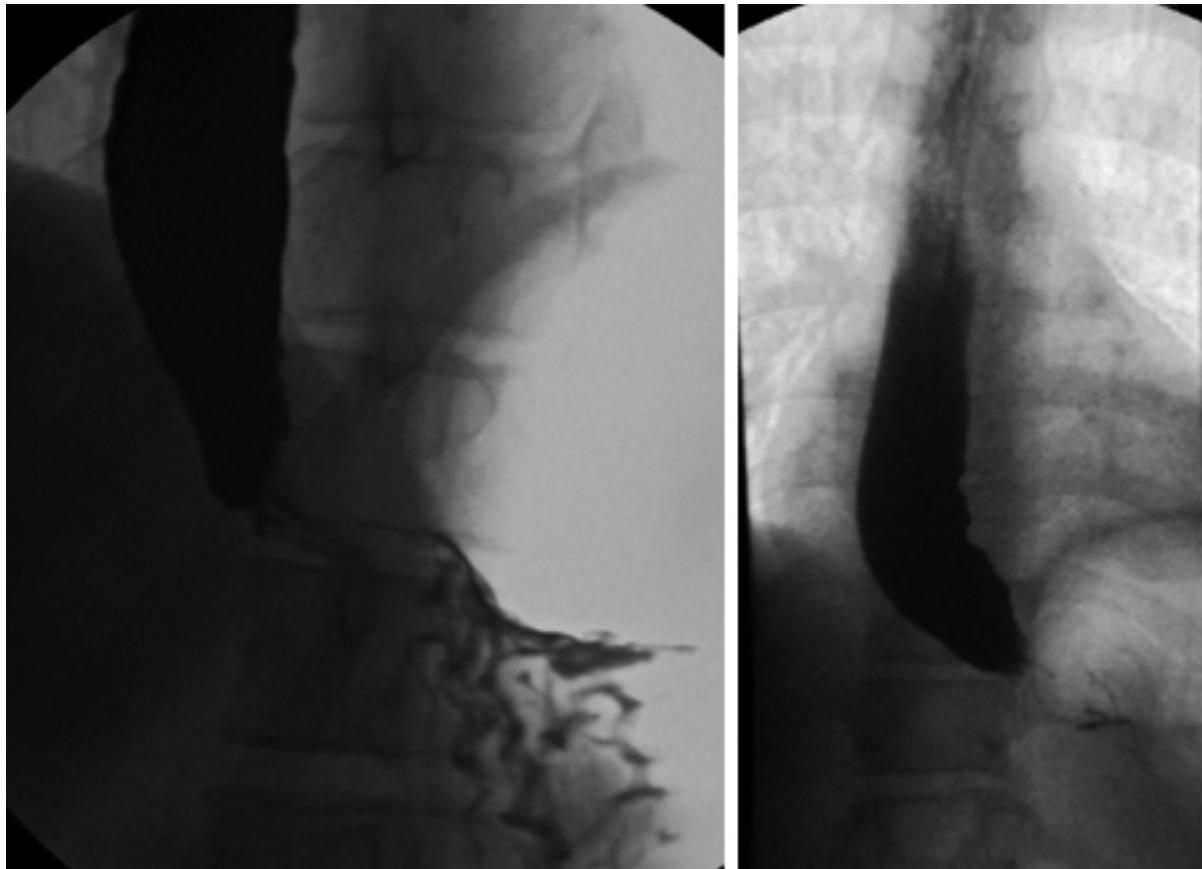


Figura 11: Acalasia idiopática: o esofagograma com bário mostra um corpo esofágico dilatado e uma estenose no esôfago distal ("bico de pássaro")

Do acervo de Dr. S. Charous

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contra-indicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contra-indicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Deve-se verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 21, 2018.

49

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneración de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

Colaboradores:

// Autores:

Steven J. Charous, MD, FACS

Clinical Professor of Otolaryngology - Head and Neck Surgery

Loyola University Medical Center, Maywood, IL

DIVULGAÇÕES: SJC declares that he has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr Steven J. Charous would like to gratefully acknowledge Dr Michael F. Vaezi and Dr Farnoosh Farrokhi, the previous contributors to this monograph. MFV and FF are authors of references cited in this monograph.

// Colegas revisores:

Daniel Leffler, MD, MS

Instructor in Medicine

Harvard Medical School, Director of Clinical Research, The Celiac Center, Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA

DIVULGAÇÕES: DL declares that he has no competing interests.

Rahul K. Shah, MD, FAAP

Associate Professor of Otolaryngology and Pediatrics

Division of Otolaryngology, Children's National Medical Center, Assistant Professor, Otolaryngology and Pediatrics, George Washington University School of Medicine and Health Sciences, Washington, DC

DIVULGAÇÕES: RKS declares that he has no competing interests.

Janet Wilson, BSc, MD, FRCSEd, FRCSEng

Professor of Otolaryngology - Head and Neck Surgery

Newcastle University, Honorary Consultant Otolaryngologist, Freeman Hospital, Newcastle-Upon-Tyne, UK
DIVULGAÇÕES: JW declares that she has no competing interests.