

# AVALIAÇÃO CLÍNICA E VIDEOFUOROSCÓPICA DE PACIENTES COM DISTÚRBIOS DA DEGLUTIÇÃO — estudo comparativo em dois grupos etários: adultos e idosos

Heloisa Sawada SUZUKI, Ary NASI, Sérgio AJZEN, Tereza BILTON e Elaine Palinkas SANCHES

**RESUMO** – *Racional* - As anomalias do processo da deglutição têm etiologia multifatorial e complexa. A videofluoroscopia da deglutição tem sido apontada como o exame de maior utilidade na investigação diagnóstica desses casos. Tal método, quando precedido de anamnese clínica adequada, consegue caracterizar convenientemente o grau de disfunção e, freqüentemente, identificar a causa da anomalia com grande precisão. *Objetivos* - Estudar as queixas clínicas e os achados da videofluoroscopia em pacientes com distúrbios da deglutição, sem evidências clínicas de afecções neurológicas associadas, distribuídos em duas faixas etárias - adultos e idosos - e analisar as manifestações sintomáticas, o tipo de disfunção (orofaríngea ou esofágica) e a capacidade de elucidação da queixa clínica pelo método de imagem. *Material e Métodos* - Foram analisados 70 pacientes com queixa de alteração na capacidade de deglutição, sem evidências clínicas de afecções neurológicas associadas, distribuídos em dois grupos: adultos (GI) — idade inferior ou igual a 65 anos (n = 36) e idosos (GII) — idade superior a 65 anos (n = 34). Todos foram submetidos a anamnese para obtenção de informações sobre queixas em relação à deglutição; as queixas foram caracterizadas como altas ou baixas, de acordo com o local predominante de manifestação. Todos os pacientes foram submetidos a videofluoroscopia da deglutição; as alterações observadas com esse exame foram caracterizadas como orofaríngeas ou esofágicas. Avaliou-se a capacidade de elucidação da queixa clínica pela videofluoroscopia nos dois grupos. *Resultados* - Dentre as queixas analisadas, a única cuja análise estatística demonstrou diferença significativa entre os grupos, foi a de pirose, que ocorreu com maior freqüência no grupo de adultos (oito pacientes (22,2%) do GI e um (2,9%) do GII referiam tal queixa). Ao estudo videofluoroscópico, observou-se maior ocorrência de disfunção orofaríngea no grupo de pacientes idosos (41,2% GII x 13,9% GI) e ocorrência semelhante, nos dois grupos, de disfunção esofágica (35,3% GII x 33,3% GI). Dezenove (52,8%) pacientes do GI e 23 (67,6%) do GII tiveram suas queixas clínicas elucidadas pela videofluoroscopia. *Conclusões* - 1. As queixas clínicas associadas ao quadro de dificuldade de deglutição ocorrem com freqüência semelhante em adultos e idosos, com exceção da queixa de pirose que predomina no grupo com idade menos avançada; 2. pacientes idosos apresentam maior ocorrência de alterações altas de deglutição (orofaríngeas); 3. a videofluoroscopia da deglutição representa método de grande importância diagnóstica, pois permite a identificação de alterações morfofuncionais relevantes que não são passíveis de identificação adequada à anamnese, e 4. a capacidade de elucidação diagnóstica da videofluoroscopia da deglutição é maior no grupo com idade mais avançada.

**DESCRITORES** – Transtornos de deglutição. Fluoroscopia. Adulto. Idoso.

## INTRODUÇÃO

As anomalias do processo da deglutição têm etiologia multifatorial e complexa, que muitas vezes dificulta o esclarecimento diagnóstico da sua causa efetiva<sup>(15)</sup>. Várias publicações têm evidenciado que os distúrbios da deglutição

apresentam elevadas taxas de morbimortalidade, custo bastante expressivo para reabilitação<sup>(6,15)</sup> e que os melhores resultados terapêuticos são obtidos nos casos nos quais foi possível estabelecer o diagnóstico de modo claro e precoce. Tais estudos elegem a videofluoroscopia da deglutição (VFD) como o exame de maior utilidade na investigação

Departamento de Diagnóstico por Imagem da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo.  
Endereço para correspondência: Heloisa Sawada Suzuki – Rua Gabrielle D’Annunzio, 1190 - apt. 62 - 04619-004 - São Paulo, SP. E-mail: heloisa.suzuki@uol.com.br

diagnóstica desses pacientes e sugerem que o método, quando precedido de anamnese clínica adequada, consegue caracterizar convenientemente o grau de disfunção e, freqüentemente, identificar a causa da anomalia, com grande precisão<sup>(4, 6, 7, 20, 26, 27)</sup>.

A maior parte dos pacientes com disfagia orofaríngea, encaminhados para VFD, apresenta distúrbios neurológicos que justificam o quadro. Contudo, tem sido notada demanda expressiva e crescente de indicação do método para investigação diagnóstica de pacientes disfágicos, sem evidências clínicas de afecções neurológicas.

Atuando na avaliação e na reabilitação de pacientes com distúrbios de deglutição há algum tempo, este grupo observou alguns detalhes que despertaram interesse, tais como: os procedimentos terapêuticos de reabilitação apresentam resultados distintos de acordo com a presença ou não de afecções neurológicas associadas; os pacientes com idade mais avançada, apesar de relatarem queixas clínicas bastante semelhantes aos mais jovens, usualmente apresentam alterações funcionais mais acentuadas da deglutição. Estimulados por essas observações, idealizou-se o presente trabalho, cujos objetivos são: estudar as queixas clínicas e os achados da videofluoroscopia de pacientes com distúrbios da deglutição, sem evidências clínicas de afecções neurológicas associadas, distribuídos em duas faixas etárias: adultos e idosos, e analisar, em cada faixa etária: queixas clínicas, tipo de disfunção (orofaríngea ou esofágica) e capacidade de elucidação da queixa clínica pelo método de imagem. Paralelamente aos objetivos principais, procurou-se observar se existe relação entre o tipo de queixa clínica e os resultados do exame radiológico.

## MATERIAL E MÉTODOS

Estudaram-se pacientes encaminhados ao Departamento de Diagnóstico por Imagem da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, para a realização de VFD. Neste Serviço utiliza-se prática protocolar de realização dos procedimentos, na qual realiza-se entrevista clínica rotineira antes da realização de cada procedimento.

Analisaram-se 70 pacientes com queixa de alteração na capacidade de deglutição, distribuídos de acordo com a faixa etária, em dois grupos: adultos (GI) — idade inferior ou igual a 65 anos (n = 36) e idosos (GII) — idade superior a 65 anos (n = 34). Foram critérios de exclusão para o estudo:

- operações prévias de ressecções das estruturas do sistema estomatognático;
- constrictões patológicas e lesões estenosadas do trato digestivo alto;
- evidências clínicas ou antecedentes de afecções neurológicas, focais ou progressivas;
- uso de medicamentos que pudessem comprometer o nível de consciência ou prejudicar o processo de deglutição.

### Protocolo de anamnese

Todos pacientes foram submetidos a anamnese clínica, para obtenção de informações sobre queixas em relação à deglutição ou relacionadas ao momento de alimentação, tais como: uso de medicamentos considerados interferentes com a deglutição, consistências habituais da alimentação, grau de dificuldade de ingestão de acordo com a consistência do alimento ingerido e

uso de próteses dentárias. Foi especificamente questionado se o indivíduo apresentava as seguintes queixas:

- disfagia alta, tosse, sensação de alimento parado na garganta, dor ao deglutir e sensação de globus (topograficamente caracterizadas como **altas**);
- pirose retroesternal, sensação de alimento parado no esôfago e dor torácica (topograficamente caracterizadas como **baixas**).

Após a anamnese, os pacientes foram submetidos a VFD, seguindo o protocolo de LEDERMAN e BILTON<sup>(12)</sup>, com ingestão de substâncias contrastadas nas seguintes consistências: líquida fina, líquida engrossada, pastosa e sólida. O equipamento utilizado foi GE de Raio X SFX 90/15 com sistema de monitor e gravação em fita de vídeo-cassete. Todos os exames foram realizados por uma fonoaudióloga, um médico radiologista e um técnico em radiologia. Foram obtidas imagens com os pacientes nas seguintes posições: ortostática (perfil direito, ântero-posterior e oblíqua direita) e em decúbito dorsal e ventral. O exame de cada paciente teve a análise de confiabilidade de três observadores que não conheciam as queixas.

O indivíduo foi considerado, por meio da VFD, como tendo alteração alta (orofaríngea) da deglutição, quando apresentava um ou mais dos seguintes achados:

- **em relação à fase oral:** fechamento labial reduzido, dificuldade na preparação ou organização do bolo, movimento de lateralização da língua reduzido, manipulação lenta, movimentação ântero-posterior da língua e contato glossopalatal reduzidos, elevação do palato mole reduzida, dificuldade na ejeção, permanência de alimento na língua, no palato e no assoalho da boca e sensibilidade reduzida.
- **em relação à fase faríngea:** movimentação da epiglote incompleta, retenção do meio de contraste em valécula, contraste unilateral ou bilateral em valéculas, retenção nos recessos piriformes, contraste unilateral ou bilateral em seios piriformes, bolsa faríngea lateral, sucessivas deglutições para limpeza do meio de contraste, contração faríngea reduzida, elevação do hióide e da laringe reduzidas, dificuldade na abertura da transição faringoesofágica, permeação laríngea pelo meio de contraste, inabilidade na limpeza do meio de contraste; aspiração laringotraqueal, aspiração silenciosa, sensibilidade reduzida da fase faríngea e presença de osteófitos (localizados em vértebras cervicais: C<sub>4</sub>, C<sub>5</sub> e/ou C<sub>6</sub>) afetando a deglutição.

O indivíduo foi considerado como tendo alteração baixa (esofágica), quando apresentava, à VFD, um ou mais dos seguintes achados: contrações terciárias, diminuição do peristaltismo, retardo do esvaziamento esofágico, hérnia de hiato, acalásia, divertículo e refluxo gastroesofágico.

Foi avaliada a relação existente entre o tipo de queixa clínica e as alterações encontradas à VFD e a capacidade de elucidação da queixa clínica pelo método radiológico, nos dois grupos.

### Aspectos éticos e análise estatística

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo em

setembro de 2001. Cada paciente que concordou em participar da pesquisa forneceu, sob forma de assinatura, sua autorização no termo de consentimento.

Os dados foram analisados utilizando-se o teste do qui-quadrado simples ou com correção de continuidade de Yates (na dependência do número da amostra). Fixou-se em 0,05 ou 5% ( $P$  menor ou igual a 0,05) o nível de rejeição da hipótese de nulidade, assinalando-se com um asterisco os valores significantes.

## RESULTADOS

Como já destacado, os 70 pacientes foram classificados em dois grupos, de acordo com a faixa etária; o grupo GI: idade inferior ou igual a 65 anos ( $n = 36$ ) e o grupo GII: idade superior a 65 anos ( $n = 34$ ).

### Queixas clínicas

Não houve diferença significativa entre os grupos em relação à ocorrência das seguintes queixas clínicas: tosse, sensação de alimento parado na garganta, sensação de alimento parado no esôfago, dor torácica, dor ao deglutir, disfagia para líquidos, disfagia para sólidos e sensação de globus.

Dentre as queixas clínicas analisadas, a única cuja análise estatística demonstrou diferença significativa entre os grupos, foi a queixa de pirose, referida por oito pacientes (22,2%) do GI e um (2,9%) do GII. Nota-se, na Tabela 1, que os pacientes com idade inferior a 65 anos apresentaram maior ocorrência de pirose.

TABELA 1 – Distribuição da queixa clínica de pirose nos grupos estudados

	GI		GII		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	8	22,2	1	2,9	9	12,9
Não	28	77,8	33	97,1	61	87,1
Total	36	100,0	34	100,0	70	100,0

$P = 0,0402$   
\* Significante (GI > GII)

### Alterações observadas à videofluoroscopia da deglutição

Em relação aos parâmetros caracterizados como indicadores de alterações altas (orofaríngeas), observou-se maior ocorrência no grupo de idade mais avançada (GII) das seguintes anomalias:

- dificuldade na preparação do bolo alimentar (20,6% GII  $\times$  2,8% GI);
- manipulação lenta do bolo alimentar (23,5% GII  $\times$  0% GI);
- dificuldade na organização do bolo alimentar (23,5% GII  $\times$  0% GI);
- dificuldade na ejeção do bolo alimentar (47,1% GII  $\times$  5,6% GI);
- estase do meio de contraste em valécula (52,9% GII  $\times$  13,9% GI);
- estase do meio de contraste em recessos piriformes (38,2% GII  $\times$  2,8% GI);
- sucessivas deglutições para limpeza do meio de contraste (52,9% GII  $\times$  5,6% GI);
- contração da faringe reduzida (23,5% GII  $\times$  2,8% GI);
- dificuldade de abertura da transição faringoesofágica (26,5% GII  $\times$  0% GI);

- permeação laríngea pelo meio de contraste (26,5% GII  $\times$  2,8% GI), conforme ilustra a Tabela 2.

TABELA 2 – Distribuição de permeação laríngea pelo meio de contraste nos grupos estudados

	GI		GII		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	1	2,8	9	26,5	10	14,3
Não	35	97,2	25	73,5	60	85,7
Total	36	100,0	34	100,0	70	100,0

$P = 0,0128$   
\* Significante (GI < GII)

Em relação aos parâmetros caracterizados como indicadores de alterações baixas (esofágicas), observou-se que os grupos se comportaram de modo bastante semelhante. Não houve diferença significativa quanto à ocorrência de nenhum dos parâmetros analisados.

### Quanto à caracterização do tipo de disfunção da deglutição (orofaríngea e esofágica)

Observou-se maior ocorrência de disfunção orofaríngea no grupo de pacientes idosos (41,2% GII  $\times$  13,9% GI) e ocorrência semelhante, nos dois grupos, de disfunção esofágica (35,3% GII  $\times$  33,3% GI).

### Quanto à capacidade de elucidação da queixa clínica

Dezenove (52,8%) pacientes do GI e 23 (67,6%) do GII tiveram suas queixas clínicas elucidadas pela VFD.

### Quanto à relação entre queixa clínica e as alterações encontradas à videofluoroscopia.

Dentre as associações estudadas, as únicas que se mostraram relevantes, do ponto de vista estatístico, foram:

- No grupo I: sensação de alimento parado no esôfago e retardo do esvaziamento, em posição ortostática (teste de Fisher,  $P = 0,0049^*$ ) e sensação de alimento parado no esôfago e ocorrência de refluxo gastroesofágico (teste de Fisher,  $P = 0,0049^*$ ).
- No grupo II: sensação de alimento parado na garganta e retardo do esvaziamento, em posição ortostática, (teste de Fisher,  $P = 0,0058^*$ ); tosse e estase do meio de contraste em recessos piriformes (teste de Fisher,  $P = 0,0128^*$ ) e tosse e ocorrência de permeação laríngea pelo meio de contraste (teste de Fisher,  $P = 0,0468^*$ ).

## DISCUSSÃO

### Manifestações clínicas

Destaca-se, no presente estudo, que os pacientes analisados apresentaram grande espectro de manifestações clínicas. Nota-se que 33 (47,1%) pacientes apresentavam tosse, 20 (28,6%) queixavam-se de sensação de alimento parado na garganta, 15 (21,4%) de sensação de alimento parado no esôfago, 9 (12,9%) de pirose, 8 (11,4%) de dor torácica, 5 (7,1%) de disfagia para sólidos, 2 (2,9%) de sensação de globus e 1 (1,4%) se queixava de dor ao deglutir.

Analisando-se a ocorrência das queixas clínicas nos dois grupos estudados, observa-se que os grupos se comportaram de modo bastante semelhante. A única diferença significativa observada

foi na ocorrência de pirose, que foi menor nos pacientes com idade mais avançada. Oito (22,2%) pacientes do GI e apenas um (2,9%) do GII referiram tal queixa.

Em concordância com a literatura, que relata que o envelhecimento provoca redução da acidez do refluxo gastroesofágico (RGE) e da sensibilidade álgica esofágica, diminuindo a ocorrência de pirose e elevando a incidência de manifestações extra-esofágicas do refluxo<sup>(18, 21, 22, 25)</sup>, observou-se que, dentre oito portadores de RGE do GII, apenas um (12,5%) referia queixa de pirose. Por outro lado, dentre 17 pacientes com RGE do GI, 8 (47,1%) apresentavam tal queixa.

### Alterações detectadas pela videofluoroscopia da deglutição

Contrapondo-se às manifestações clínicas que ocorreram de modo bastante semelhante nos dois grupos, as alterações radiológicas incidiram de forma bastante diferenciada. Os grupos diferiram, de modo significativo, em relação às seguintes alterações: dificuldade na preparação, organização e ejeção do bolo alimentar, estase da substância de contraste em valécula e recessos piriformes, sucessivas deglutições para limpeza do meio de contraste, contração faríngea reduzida, dificuldade de abertura da transição faringoesofágica e permeação laríngea pelo meio de contraste. Todas essas alterações foram mais frequentes no grupo de idade mais avançada.

O envelhecimento promove modificações estruturais e funcionais em todo o processo de deglutição que, entretanto, são plenamente passíveis de adaptação<sup>(2, 13, 19, 23, 24)</sup>. Os resultados do presente estudo reforçam tal conceito; nota-se que, apesar de haver maior ocorrência de alterações funcionais (detectáveis pela VFD) nos idosos, não se observou, nessa faixa etária, manifestações clínicas mais exuberantes, em comparação com o grupo de idade menos avançada.

A fase oral da deglutição apresenta dois estágios: preparatório e de transporte. Durante o estágio preparatório ocorrem: mastigação ou manipulação (dependendo da consistência do alimento), formação do bolo alimentar, qualificação e organização<sup>(5, 8, 16)</sup>, para logo em seguida começar a ejeção para a faringe. A maioria dos pacientes do GI apresentou função adequada nesses níveis da deglutição, compatíveis com as descritas na literatura<sup>(3, 16, 20)</sup>. Apenas um paciente desse grupo apresentou alteração na fase preparatória (realizou-a muito rapidamente, ejetando o material deglutido sem preparação adequada).

Com o envelhecimento, ocorre lentificação da fase oral que pode ser notada nos estágios preparatório e de transporte<sup>(2)</sup>. As modificações estruturais da cavidade oral, associadas ao comprometimento da dentição ou ao uso de próteses dentárias inadequadas, justificam esse processo. Foi possível comparar os resultados do presente estudo com os observados em publicação anterior<sup>(2)</sup>, na qual foram avaliados indivíduos idosos assintomáticos, com o mesmo protocolo de pesquisa. As modificações estruturais observadas nos dois estudos foram semelhantes às descritas na literatura<sup>(11, 13, 19)</sup>. As alterações funcionais detectadas nos idosos assintomáticos caracterizam-se por lentidão na organização e ejeção e manipulação lenta do alimento<sup>(2)</sup>. Com o presente estudo, observou-se que em idosos sintomáticos (GII), além de haver manipulação lenta do bolo alimentar em percentual expressivo de casos (23,5%), havia também dificuldades: no preparo em 7 (20,6%), na organização em 8 (23,5%) e na ejeção em 16 (47,1%) pacientes analisados.

A dificuldade na ejeção, somada às modificações morfofuncionais da faringe<sup>(2, 9, 13, 19)</sup>, seguramente foram fatores coadjuvantes responsáveis pela alta incidência de alterações faríngeas observadas nos pacientes idosos avaliados.

Apesar da deglutição ser, para efeitos didáticos, caracterizada em fases<sup>(1, 11, 14, 17)</sup>, deve ser entendida como processo contínuo e coordenado que envolve boca, faringe e esôfago. O prejuízo em uma dessas fases pode comprometer as demais<sup>(26)</sup>; em função disso, ressalta-se a importância do estudo da dinâmica da deglutição, de modo integrado e em tempo real. No presente estudo, evidenciou-se que a VFD representa instrumento eficaz de detecção de anormalidades funcionais e estruturais envolvidas na deglutição, permitindo a visualização das estruturas do sistema estomatognático, durante a ingestão de substâncias de consistências variadas e a identificação do tipo de consistência que pode favorecer o processo de deglutição e torná-lo mais seguro.

### Relações entre manifestações clínicas e alterações detectáveis com a videofluoroscopia da deglutição

Não se encontraram na revisão bibliográfica, publicações que relacionassem queixas clínicas e alterações funcionais do processo de deglutição, em diferentes faixas etárias. No presente estudo, observou-se relação significativa entre a queixa de sensação de alimento parado no esôfago e a presença de retardo do esvaziamento esofágico, ao estudo radiológico. Tal fato enfatiza a importância da anamnese; na presença de tal queixa, há grande chance de realmente existir dificuldade de trânsito esofágico.

Em relação ao grupo de idade mais avançada (GII), notaram-se relações significantes entre a queixa de tosse e a presença de estase da substância de contraste em recessos piriformes e a queixa de tosse e a presença de permeação laríngea pelo meio de contraste. FREDERICK et al.<sup>(10)</sup>, analisando a prevalência e a intensidade das anormalidades funcionais da faringe em diferentes faixas etárias, observaram que indivíduos idosos apresentam maior ocorrência de: estase em faringe, penetração e aspiração, além de menor ascensão da laringe. Contudo, não observaram correlações significantes entre os sintomas e os achados radiológicos.

Ao final da presente pesquisa, considerou-se que sua idéia inicial foi válida. Realmente, parecem existir características peculiares nos pacientes sem evidências de afecções neurológicas associadas, com queixas de alterações na deglutição. Pôde-se confirmar a hipótese que pacientes idosos, apesar de terem queixas clínicas bastante semelhantes aos mais jovens, costumam apresentar alterações funcionais distintas. Reafirmou-se, a importância diagnóstica da VFD ao evidenciar-se que o método permitiu a identificação de características específicas dos dois grupos estudados, que não eram passíveis de identificação à anamnese.

### CONCLUSÕES

As queixas clínicas associadas ao quadro de dificuldade de deglutição ocorrem em frequência semelhante em adultos e idosos, com exceção da queixa de pirose que predomina no grupo com idade menos avançada.

Pacientes idosos apresentam maior ocorrência de alterações altas de deglutição (orofaríngeas).

A videofluoroscopia da deglutição representa método de grande importância diagnóstica, pois permite a identificação de alterações morfofuncionais importantes que não são passíveis

de identificação adequada à anamnese.

A capacidade de elucidação diagnóstica da videofluoroscopia da deglutição é maior no grupo com idade mais avançada.

Suzuki HS, Nasi A, Ajzen S, Bilton T, Sanches EP. Clinical and radiological study of swallowing in patients with deglutition disorders, classified into two age groups: adults and older people. *Arq Gastroenterol.* 2006;43(3): 201-5.

**ABSTRACT – Background** - The abnormalities of swallowing process have multifactor and complex etiologies. The videofluoroscopy has been pointed as the exam of greater utility in diagnostic investigation for these cases. This method, when preceded of an adequate anamnesis, can characterize conveniently the level of the dysfunction and usually identify the cause of abnormality with great precision. **Aims** - To study the clinical complaints and findings of the videofluoroscopy examination in patients with deglutition disorders and no clinical evidence associated with neurological disorder, classified into two age groups: adults and older people, and to analyze: symptomatic manifestations, kinds of disorders (oropharyngeal or esophageal) and the capacity of clarifying the clinical complaints through the method of images. **Materials and methods** - Seventy patients with complaint of the capacity of deglutition were analyzed. They had no clinical evidence of associated neurological syndromes or disorders and were classified into two age groups: adults (GI) -  $\leq 65$  years ( $n = 36$ ) and older (GII)  $> 65$  years ( $n = 34$ ). All patients were submitted to anamnesis to obtain the information about their complaints concerning deglutition. The complaints were characterized as high or low, according to their predominant location of manifestation. All the patients were submitted to videofluoroscopy of the deglutition; these alterations were characterized as oropharyngeal or esophageal. The capacity of clarifying the clinical complaints by videofluoroscopy was evaluated in both groups. **Results** - Among the complaints analyzed, the only one in which the statistical analysis presented a significant difference between the groups was the complaint of heartburn, which occurred more often in the group GI - eight patients (22.2%) and GII - one patient (2.9%). In the study of videofluoroscopy, it was observed a higher incidence in the oropharyngeal disorder in group GII - 41.2% while in group GI - 13.9%. As for the esophageal disorder, the incidence was similar in both groups GI - 35.3% and GII - 33.3%. Nineteen patients (52.8%) in GI and 23 (67.6%) in GII had their complaints clarified through the videofluoroscopy. **Conclusions** - Under the conditions of this study, it can be concluded that: 1. The clinical complaints associated with the difficulty of deglutition occur at a similar frequency in adults and older people, with the exception of heartburn that occurs in larger number among adults; 2. Older people present a higher incidence of oropharyngeal deglutition problems; 3. The videofluoroscopy of the deglutition represents a method of great importance for the diagnosis, because it allows the identification of morphofunctional disorders that cannot be adequately identified by anamnesis; 4. The capacity of clarifying diagnosis of the videofluoroscopy of the deglutition is higher in the older people group.

**HEADINGS** – Deglutition disorders. Fluoroscopy. Adult. Aged.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bass NH, Morrell RM. The neurology of swallowing. In: Groher ME. Dysphagia: diagnosis and management. 2<sup>nd</sup> ed. Boston: Butterworth-Heinemann; 1992. p.1-29.
2. Bilton T. Estudo da dinâmica da deglutição e suas variações associadas ao envelhecimento avaliadas por videodeglutiosofagograma, em adultos assintomáticos de 20 a 86 anos [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2000.
3. Cherney LR. Clinical management of dysphagia in adults and children. 2<sup>nd</sup> ed. Maryland: Aspen Publishers; 1994. p.1-28.
4. Costa MMB, Nova JLL, Carlos MT, Pereira AA, Koch HA. Videofluoroscopia - um novo método. *Radiodiagn Bras.* 1992;25:11-8.
5. Costa MMB. Dinâmica da deglutição: fases oral e faríngea. Deglutição e disfagia: abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: publicação do I Colóquio Multidisciplinar sobre Deglutição e Disfagia; 1998. p.1-11.
6. Dantas RO. AGA technical review on management of oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterology.* 1999;116:455-78.
7. Dantas RO. Disfagia orofaríngea. In: Macedo-Filho E, Pisani JC, Carneiro J, Gomes G, editores. Disfagia: abordagem multidisciplinar. 3<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Frontis; 1999. p.19-28.
8. Drummond JR, Newton JP, Yemmer R. Dental color atlas and text of care of the elderly. Barcelona: Molby-Wolfe; 1995. p.44-5.
9. Ekberg O, Feinberg MJ. Altered swallowing function in elderly patients without dysphagia: radiologic findings in 56 cases. *Am J Radiol.* 1991;156:1181-4.
10. Frederick MG, Ott DJ, Grishaw EK, Gelfand DW, Chen MYM. Functional abnormalities of the pharynx: a prospective analysis of radiographic abnormalities relative to age and symptoms. *Am J Roentgenol.* 1996;166:353-7.
11. Jaradeh S. Neurophysiology of swallowing in aged. *Dysphagia.* 1994;9:218-20.
12. Lederman HM, Bilton TL. Videodeglutiosofagograma: principais aspectos por imagem. *Ver Imagem.* 1998;20:27-8.
13. Lederman HM, Bilton TL, Suzuki H. Videodeglutiosofagograma: mudanças fisiológicas da deglutição provocadas pelo envelhecimento. *Rev Imagem.* 2000;22:175-7.
14. Leopold NA, Kagel MC. Swallowing ingestion and dysphagia: a reappraisal. *Arch Phys Med Rehabil.* 1983;64:371-3.
15. Lindgren MD, Janzon L. Prevalence of swallowing complaints and clinical findings among 50-79 year old men and women in an urban population. *Dysphagia.* 1991;6:187-92.
16. Logemann JA. Evaluation and treatment of swallowing disorders. San Diego: College Hill; 1983. p.11-36.
17. Logemann JA. Swallowing physiology and pathophysiology. *Otolaryngol Clin North Am.* 1988;21:613-23.
18. Macedo-Filho ED. Manifestações otorrinolaringológicas (ORL) da doença do refluxo (DRGE). In: Macedo-Filho E, Pisani JC, Carneiro J, Gomes G. Disfagia abordagem multidisciplinar. 3<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Frontis; 2000. p.217-25.
19. Marchezan IQ. Distúrbios da motricidade oral. In: Russo IP, editor. Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. Rio de Janeiro: Revinter; 1999. p.83-100.
20. Martin-Harris B, Logemann JA, Mc Mahon S, Schleicher M, Sandidge J. Clinical utility of modified barium swallow. *Dysphagia.* 2000;15:136-41.
21. Moraes-Filho JPP, Ceconello I, Gama-Rodrigues J, Castro LP, Henry MAA, Meneghelli UG, Quigley E. Brazilian Consensus on Gastroesophageal Reflux Disease: proposal for assessment, classification and management. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:241-8.
22. Nasi A, Carvalho LEB, Ceconello I, Pinotti HW. Disfagia no indivíduo idoso. In: Macedo-Filho E, Pisani JC, Carneiro J, Gomes G, editores. Disfagia abordagem multidisciplinar. 3<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Frontis; 2000. p.47-62.
23. Nasi A, Moraes-Filho JPP, Zilberstein B, Gama-Rodrigues J, Pinotti HW. Gastroesophageal reflux disease: clinical, endoscopic and intraluminal esophageal pH monitoring evaluation. *Dis Esophagus.* 2001;14:41-9.
24. Nilsson H, Ekberg O, Olsson R, Hindfelt B. Quantitative aspects of swallowing in an elderly nondysphagic population. *Dysphagia.* 1996;11:180-4.
25. Rothman M, Farup C, Stewart W, Helbers L, Zeldis J. Symptoms associated with gastroesophageal reflux disease: development of a questionnaire for use in clinical trials. *Dig Dis Sci.* 2001;46:1540-9.
26. Triadafilopoulos G, Hallstone A, Nelson-Abbott H, Bedinger K. Oropharyngeal and esophageal relationships in patients with nonobstructive dysphagia. *Dig Dis Sci.* 1992;37:551-7.
27. Wallace KL, Middleton S, Cook IJ. Development and validation of a self-report symptom inventory to assess the severity of oral-pharyngeal dysphagia. *Gastroenterology.* 2000;118:678-87.

Recebido em 10/10/2005.  
Aprovado em 10/1/2006.