

Método e efeito traduzem claramente os resultados da pesquisa para a prática clínica. Frente ao que lemos, frente à nossa experiência clínica e sempre considerando as expectativas de nosso paciente (sobrevida esperada, qualidade de vida desejada, efeitos adversos tolerados), qual a resposta para a pergunta acima? Qual a decisão compartilhada com nosso paciente? Sim? Ou não?

**WANDERLEY MARQUES BERNARDO**  
**ADRIANA PAULA DE CASTRO BARRICHELLO**  
**LUÍZA BARROS CECILIO**

## Referências

1. De Pauw R, Van Meerbeeck JP. Neoadjuvant chemotherapy in the treatment of nonsmall-cell lung cancer. *Curr Opin Oncol.* 2007;19:92-7.
2. Gilligan D, Nicolson M, Smith I, Groen H, Dalesio O, Goldstraw P, et al. Preoperative chemotherapy in patients with resectable non-small cell lung cancer: results of the MRC LU22/NVALT 2/EORTC 08012 multicentre randomised trial and update of systematic review. *Lancet.* 2007;369:1929-37.
3. Burdett S, Stewart LA, Ryzewska L. A systematic review and meta-analysis of the literature: chemotherapy and surgery versus surgery alone in nonsmall cell lung cancer. *J Thorac Oncol.* 2006;1:611-21.

## *Clinica Médica*

### QUANDO SUSPEITAR DE ASPIRAÇÃO SILENCIOSA?

A aspiração silenciosa de saliva e/ou do bolo alimentar corresponde à passagem dos mesmos abaixo das pregas vocais sem provocar tosse ou outro sinal externo, ou ainda dificuldade respiratória inicial naquele instante, por deficiência de fechamento glótico protetor<sup>1-2</sup>. A tosse tanto sinaliza a presença do reflexo protetor glótico quanto indica a ocorrência de aspiração. A aspiração, silenciosa ou não, tem múltiplas causas, destacando-se as doenças neurológicas, principalmente o acidente vascular encefálico, neoplasias e patologias sistêmicas debilitantes, tais como doenças pulmonares e cardiopatias, particularmente em idosos<sup>1</sup>. O envelhecimento, a dessensibilização da mucosa laríngea em indivíduos logo após remoção de traqueostomia ou de intubação orotraqueal, cirurgias de cabeça e pescoço, depressão, demência, uso de medicações psiquiátricas e drogas depressoras do sistema nervoso central, particularmente em idosos, também favorecem a aspiração silenciosa<sup>2-3</sup>. Disfagia orofaríngea afeta 10% dos idosos hospitalizados e de 30% a 60% dos moradores de casas de repouso. Aspiração silenciosa pode ocorrer em 40% de disfágicos que sofreram acidente vascular

encefálico e em mais de 70% de idosos que apresentaram pneumonia adquirida na comunidade, segundo estudo japonês. Indivíduos que sofreram acidente vascular encefálico e não apresentavam evidências clínicas subjetivas ou objetivas de disfagia, mostraram déficit sensorial faringolaríngeo à investigação, assim como crianças com problemas neurológicos<sup>4</sup>. Este evento é uma das manifestações da disfagia orofaríngea, onde não estão presentes os sinais e os sintomas mais frequentes e conhecidos, que são a queixa de parada do alimento sentida na região cervical, o engasgo e a sensação de afogamento. A relação causa e efeito entre déficit sensitivo e déficit motor laríngeo é hipótese ainda não comprovada de forma inequívoca. Broncopneumonia de repetição, desnutrição e perda de peso sem causa aparente devem levantar suspeita de aspiração silenciosa. Estudos mostraram haver um círculo vicioso nas relações entre disfagia, desnutrição e aspiração<sup>5</sup>. Deve-se, pois, suspeitar da ocorrência de disfagia e aspiração de saliva ou de bolo alimentar em indivíduos com doenças ou situações clínicas que favorecem a disfagia e/ou que estejam apresentando pneumonia de repetição, desnutrição e/ou perda de peso sem causa aparente<sup>5</sup>. Na investigação, usa-se a videofluoroscopia e/ou a endoscopia da deglutição. A endoscopia, que utiliza nasofibrocópio flexível, tem a vantagem de permitir realizar também o teste da sensibilidade laríngea, exame que, se necessário, é executado na enfermaria. Assim, após a constatação da aspiração, medidas preventivas de proteção glótica e reabilitativas da deglutição podem ser tomadas pelo médico e pelo fonoaudiólogo com experiência em distúrbios da deglutição orofaríngea.

**ONIVALDO BRETAN**

## Referências

1. Aviv JE, Sacco RL, Thonson J, Tandon R, Diamond B, Martin JH, et al. Silent laryngopharyngeal sensory deficits after stroke. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1997;106:87-93.
2. Elpern EH, Scott GM, Petro L, Ries MH. Pulmonary aspiration in mechanically ventilated patients with tracheostomies. *Chest.* 1994; 105:563-6.
3. Regan J, Sowan R, Walsh I. Prevalence of dysphagia in acute and community mental health settings. *Dysphagia.* 2006; available from: <http://www.springerlink.com.w10078.datlib.com.br>
4. Link DK, Willging JP, Miller C, Cotton RT, Rudolph CD. Pediatric laryngopharyngeal sensory testing during flexible endoscopic evaluation of swallowing: feasible and correlative. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2000; 109:899-905.
5. Hudson H, Christopher R, Russel H. The interdependency of protein-energy malnutrition, aging, and dysphagia. *Dysphagia.* 2000;15:31-8.