

# DISTÚRBIOS DA DEGLUTIÇÃO

---

GERALDO P. JOTZ

SILVIA DORNELLES

---

## RESUMO

A disfagia, normalmente, não se apresenta como sintoma isolado, podendo estar associada à dispneia, odinofagia, disfonia, aspiração traqueobronquial, à dor torácica, à aerofagia, à perda de peso, ao refluxo nasal e/ou a sialorreia. Numerosas causas podem estar envolvidas, como os fatores neoplásicos, lesões obstrutivas, doenças neuromusculares, distúrbios metabólicos, doenças infecciosas, causas iatrogênicas, anormalidades anatômicas, doenças autoimunes e outras menos comuns. O tratamento se baseia na terapia fonoaudiológica especializada, associada ou não ao procedimento cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVE: *Deglutição; Disfagia.*

## INTRODUÇÃO

Fisiopatologicamente, a disfagia normalmente não se apresenta como sintoma isolado, podendo estar associada à dispneia, odinofagia, disfonia, aspiração traqueobronquial, à dor torácica, à aerofagia, à perda de peso, ao refluxo

nasal e/ou a sialorreia.<sup>1</sup>

Podemos classificar os distúrbios da deglutição segundo fatores etiológicos, distribuídos conforme a origem dos sintomas: neoplásicos, lesões obstrutivas, doenças neuromusculares, distúrbios metabólicos, doenças infecciosas, causas iatrogênicas, anormalidades anatômicas, doenças autoimunes, entre outras.

A seguir, faremos uma breve revisão dos principais fatores associados aos pacientes disfágicos:

## NEOPLASIAS

Os tumores benignos e malignos que acometem o trato aerodigestivo superior, a base do crânio, os tecidos parafaríngeos e/ou o mediastino podem ser causas de disfagia.

Os sintomas decorrentes da presença de neoplasia dependerão do tipo histológico da doença, da localização do tumor e do grau de comprometimento muscular e neurológico. Dependendo da localização, o diagnóstico muitas vezes é realizado na fase avançada da doença, com chances de cura reduzidas, principalmente

no que se refere a tumores malignos.

Na cavidade oral, as lesões são precocemente diagnosticadas em relação a outras regiões no trato aerodigestivo superior.<sup>1</sup> Como fatores de risco de neoplasias malignas nessa região, destaca-se o etilismo, o tabagismo, a alta temperatura dos alimentos, a deficiência vitamínica (vitaminas C e E) e o chimarrão, sendo este último um fator relevante, principalmente na região sul do Brasil, em virtude da utilização da alta temperatura da água utilizada para este fim, não se levando em consideração o tipo de erva mate utilizada (em virtude dos agrotóxicos), o que não está descartado como fator predisponente. Nos pacientes com estes fatores de risco, o quadro disfágico deve despertar a suspeita de uma doença maligna, bem como a iniciativa de uma pesquisa exaustiva no diagnóstico.<sup>2,3</sup>

## DOENÇAS NEUROLÓGICAS

Anormalidades neurológicas periféricas e centrais podem resultar num quadro disfágico. As desordens do sistema nervoso central compreendem, principalmente, doenças degenerativas, traumatismos cranioencefálicos ou acidentes vasculares cerebrais, podendo afetar importantes centros que participam do controle da deglutição. As características específicas de cada desordem serão discutidas individualmente.<sup>13</sup>

### DOENÇA DE PARKINSON

A disfagia no mal de Parkinson é observada, inicialmente, na fase oral da deglutição. Mais de 90% dos pacientes com Doença de Parkinson apresentam anormalidades na deglutição, observadas através da videofluoroscopia e de estudos de manometria.<sup>6</sup>

### ESCLEROSE MÚLTIPLA

Mais de 50% dos pacientes portadores de Esclerose Múltipla apresentam disfagia em estágios precoces da doença.<sup>6</sup> Nestes pacientes, a disfagia pode caracterizar-se como disfunções orais, a dificuldade de desencadear o reflexo de deglutição, a espasticidade da musculatura

faríngea, entre outras alterações. A aspiração traqueal é um sintoma frequente, entretanto a insuficiência velofaríngea se apresenta raramente. A falta de sincronia entre a respiração e a deglutição, frequentemente, leva à aspiração.<sup>13,14</sup>

### ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

Caracteristicamente, o paciente acometido de esclerose lateral amiotrófica apresenta-se com hiper-reflexia e espasticidade da musculatura orofaríngea, representando um sintoma precoce da degeneração. A atrofia difusa, a fasciculação e a fraqueza muscular ocorrem tardiamente.<sup>13</sup> Dentro desse quadro clínico, os distúrbios da deglutição usualmente manifestam-se com a difícil manipulação do bolo alimentar e com o refluxo nasal. Além disto, a incoordenação velofaríngea, da língua e dos músculos laríngeos, resultam num quadro disártrico e disfônico.<sup>15</sup>

### COREIA DE HUNTINGTON

A Coreia de Huntington é uma doença neurodegenerativa hereditária, causada pela alteração em um gene do cromossoma quatro, podendo acometer ambos os sexos, principalmente na faixa etária entre 35 e 50 anos.<sup>13</sup> Esses pacientes apresentam aspiração importante, sendo relatada alta taxa de mortalidade por problemas respiratórios.

### ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Disfagia transitória ou permanente é uma frequente sequela em pacientes acometidos por AVC isquêmico ou hemorrágico. Disfunção do músculo cricofaríngeo e a alteração da direção do bolo alimentar ocorrem em, aproximadamente, 30% dos casos. A porção rostral do núcleo ambíguo e suas fibras motoras aferentes são sítios usuais de infarto nesta desordem. A história de AVC, normalmente, está associada à lesão dos nervos cranianos que, devem ser explorados na avaliação do paciente disfágico. Indivíduos portadores de lesões que acometem regiões acima do tronco cerebral, frequentemente apresentam-se com quadro disfágico por comprometimento de vias neurais bilaterais.<sup>6,13</sup>

## DESORDENS PSIQUIÁTRICAS

Existem muitas controvérsias quanto à incidência de disfagia em pacientes esquizofrênicos tanto quanto a definição de ocorrências de globus histericus nestes pacientes.

Hussar & Bragg<sup>12</sup> observaram que 45% dos pacientes esquizofrênicos apresentavam anormalidades à videofluoroscopia da deglutição. Estas desordens consistiam de alterações no nível do músculo cricofaríngeo, dismotilidade lingual, acúmulo alimentar e salivar no seio piriforme e alteração na motilidade esofageana proximal. Observaram também que a terapia com clorpromazina não apresentava efeito na melhora do quadro disfágico destes pacientes. Entretanto, relataram que medicações neurolépticas poderiam causar ou potencializar o quadro disfágico. Em psicoses depressivas e estados de ansiedade, muitos autores acreditam que o fluxo salivar pode estar comprometido, resultando em xerostomia e, subsequentemente, disfagia. Já o globus histericus é um dilema diagnóstico e terapêutico.

## DOENÇAS MUSCULARES

A musculatura orofaríngea e esofágica pode estar afetada em função de distrofia muscular primária ou de doença muscular sistêmica.

### POLIMIOSITE E DERMATOMIOSITE

A disfagia ocorre em mais de 50% dos pacientes com polimiosite e dermatomiosite, podendo ocasionalmente ser o sintoma inicial da doença. A doença, normalmente, inicia-se na musculatura estriada esquelética, evoluindo com o comprometimento da musculatura orofaríngea e esofágica proximal, onde o indivíduo apresenta-se com relaxamento e flacidez muscular. A dificuldade do transporte através da cavidade oral, a retenção faríngea e a alteração na motilidade esofágica superior podem ser comprovadas através de exames como a videofluoroscopia, sendo as complicações mais comumente observadas à aspiração nasal ou traqueal. Alterações faríngeas causadas pela polimiosite frequentemente respondem à cor-

ticoterapia. Outros necessitam de intervenção cirúrgica com a miotomia do cricofaríngeo.<sup>13,14</sup>

### DISTROFIA MUSCULAR

Os distúrbios da deglutição relacionados com a miopatia do músculo faríngeo são comuns em duas formas de distrofia muscular: 1º) a distrofia óculo-faríngea e 2º) a distrofia muscular miotônica.<sup>13,14</sup>

#### 1º) DISTROFIA ÓCULO-FARÍNGEA

É uma doença rara autossômica dominante que se caracteriza por ptose palpebral bilateral com ou sem oftalmoplegia, associada à disfagia. Esta é uma desordem lenta e progressiva que, usualmente, acomete indivíduos acima dos 45 anos de idade, normalmente de origem franco-canadense. A ptose palpebral é, usualmente, o sintoma inicial e, estando presente até um ano antes do aparecimento da disfagia. Por outro lado, também já foi descrito que a disfagia pode estar presente como sintoma inicial em 20% dos casos.<sup>1-5</sup>

#### 2º) Distrofia Miotônica

A hereditariedade da distrofia muscular é caracterizada, clinicamente, pela miotonia, pelo consumo muscular, especialmente os músculos faciais, os músculos temporais e o músculo esternocleidomastoideo, tendo seu surgimento na infância. A musculatura faringoesofágica é também afetada, apresentando-se com hipomotilidade e consumo muscular. A manometria confirma a pressão abaixo do nível basal no nível do esfíncter esofágico superior. A única forma de tratamento é a de suporte, protegendo as vias aéreas, investindo na alimentação e fonoterapia.<sup>13</sup>

#### 3º) MIASTENIA GRAVIS

A musculatura orofaríngea está, caracteristicamente, envolvida na miastenia gravis. A disfagia está presente em 2/3 dos pacientes com doença ativa, sendo o primeiro sintoma em 27% deles. A fraqueza muscular da língua e dos músculos da mastigação levam à interferência na fase oral da deglutição. A progressiva hipotonia faríngea, a regurgitação nasal, a aspiração

traqueal e a disfunção do cricofaríngeo podem ocorrer com a evolução da doença.

### DESORDENS TRAUMÁTICAS E PÓS-OPERATÓRIO

A interrupção mecânica e/ou as alterações do trato aerodigestivo superior podem interferir no processo de deglutição. A ressecção parcial ou total da língua, do palato, da mucosa jugal, da faringe e/ou da laringe tem um papel importante a ser avaliado quando se investiga pacientes portadores de distúrbios da deglutição, bem como o tipo de reconstrução que é realizada. A ressecção neural, o tipo de fechamento e o material utilizado para a síntese apresentam-se como fatores importantes na avaliação de um paciente disfágico, dados estes que, infelizmente, na grande maioria dos casos, não estão à disposição do paciente ou nem sempre estão presentes na descrição cirúrgica.

#### DISFAGIA PÓS-LARINGECTOMIA TOTAL

Normalmente, está relacionada à técnica operatória que inclui o tipo de ressecção (quantidade de tecido) e o tipo de síntese, ou seja, se o fechamento foi realizado no sentido craniocaudal ("I") ou látero-lateral ("T"). A estenose de hipofaringe é comum especialmente após laringectomia ou faringectomia parcial, decorrente da presença de carcinoma no seio piriforme.<sup>1,2,5,16-18</sup>

#### DISFAGIA PÓS-LARINGECTOMIA PARCIAL

A supraglotectomia bilateral frequentemente provoca distúrbios da deglutição em virtude da perda sensória daquela região. Com a ressecção do osso hioide e a inserção laríngea na base da língua, o movimento da língua fica restrito. Entretanto, este tipo de técnica previne a aspiração traqueal. Sabe-se que esta elevação pode diminuir o tônus e a pressão do esfíncter esofageano superior. Recomenda-se que, neste tipo de procedimento, se realize a miotomia do músculo cricofaríngeo.<sup>1,2,5,16-18</sup>

A fibrose pós-operatória da parede lateral e seio piriforme pode ocasionar a incompetência glótica. A radioterapia pré e pós-operatória pode

diminuir o potencial de reabilitação do paciente.

### DISFAGIA PÓS-TRAQUEOSTOMIA

Cameron et al.<sup>7</sup> observou que 69% dos pacientes traqueostomizados apresentavam algum tipo de aspiração. Este fato, muitas vezes, é resultado da inabilidade de elevação e rotação anterior da laringe. O completo relaxamento do esfíncter esofageano superior é consequente à elevação laríngea, estando este movimento prejudicado em função da fixação da laringe junto à pele na região cervical.<sup>9,10</sup>

### DISFAGIA INGESTÃO DE SUBSTÂNCIA TÓXICA

Lesões cáusticas podem ser causadas pela ingestão de ácido ou substâncias alcalinas, ocasionando extensa perda mucosa resultando em fibrose e consequente estenose. Os locais de lesão podem ser em todos os pontos por onde circule o agente agressor, da cavidade oral ao esôfago.

### DISFAGIA APÓS LESÃO DE NERVO PERIFÉRICO

A lesão de nervos como o glossofaríngeo (IX par craniano), vago (X par craniano) e /ou ramos do vago pode ocasionar distúrbios da deglutição de variados graus, podendo variar de leve a severo. Lesões altas do nervo vago podem ocasionar não só a paralisia da prega vocal ipsilateral como também a perda da sensibilidade na hemilaringe.

Segundo Henderson et al.,<sup>9</sup> a lesão do nervo laríngeo recorrente pode ser responsável pela disfagia faringoesofágica em 11 de 15 pacientes. Anatomicamente, podemos observar que de três a cinco ramos do nervo laríngeo recorrente inervam a transição faringoesofágica, além da inervação motora do músculo cricofaríngeo. Entretanto, também é sabido que o plexo faríngeo contribui com fibras motoras para este músculo.<sup>9</sup>

### DESORDENS DO ESFÍNCTER ESOFAGEANO SUPERIOR (EES)

Frequentemente, a disfunção do esfíncter esofageano está relacionada à dismotilidade

faríngea, uma desordem que dificilmente é diagnosticada. Entretanto, o EES é o sítio primário em muitas situações de anormalidade no processo de deglutição.<sup>7,8</sup>

#### HIPERTONICIDADE DO ESFÍNCTER ESOFAGEANO SUPERIOR

Normalmente, ocorre em pacientes acima dos 40 anos de idade, apesar da grande maioria apresentar mais de 60 anos. Belsey<sup>2</sup> já relatara que a disfagia, nestes casos, era devido a espasmos da musculatura cricofaríngea decorrente da estimulação esofageana pelo ácido. Não é condição sine qua non que sempre que o paciente apresentar refluxo gastroesofageano irá ter espasmos do músculo cricofaríngeo. Em uma série de 1000 pacientes consecutivos portadores de refluxo gastroesofágico, Henderson et al.<sup>11</sup> relataram que 51% apresentavam disfagia faringoesofágica e 30%, aspiração. A incoordenação do músculo cricofaríngeo foi observada em 40% dos casos através de controle manométrico.

#### DESORDENS DE RELAXAMENTO DO MÚSCULO CRICOFARÍNCEO

São descritos três tipos distintos de anormalidades de relaxamento do músculo cricofaríngeo: 1º) contração prematura, 2º) relaxamento incompleto e 3º) relaxamento tardio.<sup>5,7,10</sup>

#### 1º) CONTRAÇÃO PREMATURA (DIVERTÍCULO DE ZENKER)

A etiologia é controversa, sendo para alguns autores, o fechamento prematuro, o espasmo do cricofaríngeo e anormalidades no relaxamento, muitas vezes relacionada à presença do refluxo gastroesofágico, as principais causas da formação do Divertículo de Zenker. Frequentemente, a esta contração coincide com a chegada do bolo alimentar no nível do cricofaríngeo. Isto faz com que aumente a pressão nas paredes laterais da faringe, ocasionando o desenvolvimento do divertículo faringoesofágico (Divertículo de Zenker). O tratamento do divertículo é cirúrgico, sendo que este tratamento deve estar associado à miotomia do músculo cricofaríngeo.<sup>8</sup>

#### 2º) RELAXAMENTO INCOMPLETO DO

#### CRICOFARÍNCEO

É descrita como uma desordem muscular degenerativa, sendo a frequência desta condição desconhecida.

#### 3º) RELAXAMENTO TARDIO DO ESFÍNCTER ESOFAGEANO SUPERIOR

É uma desordem autossômica recessiva de cunho familiar, sendo primeiramente descrita na população judaica do leste europeu. O processo de abertura do esfíncter em resposta à deglutição tem o seu tempo prolongado, levando mais do que um terço de segundo, formando um grande lago na hipofaringe, facilitando a aspiração. A dismotilidade faríngea e esofágica tem sido documentada, apesar de acreditar-se que o sítio primário seja o músculo cricofaríngeo. A causa da anormalidade motora é desconhecida, sendo que provavelmente, a sequência de coordenação seja o maior problema.<sup>11,19</sup>

#### LESÕES OBSTRUTIVAS

O comprometimento ou a compressão da luz faringo-esofágica por lesões localizadas intra ou extraluminais, também são causas de quadros disfágicos.

O comprometimento da cavidade oral e da luz faríngea ou esofágica por tumor, edema, exsudato inflamatório ou compressão extrínseca são achados comuns que justificam o quadro disfágico. Quanto às lesões extraluminais, os tumores da glândula tireoide, gânglios fusionados em decorrência de doença linfática (Linfoma), doença metastática, sarcoidose ou outros processos inflamatórios podem comprometer a luz faringoesofágica.

Osteófitos cervicais, ocasionalmente, formam uma barreira na passagem dos alimentos na região faríngea, sendo descrito sua ocorrência assintomática em 30% da população. A dificuldade de deglutir é descrita em 40% dos pacientes com osteófitos com localização entre C5-6 e 23%, em C4-5, sendo esta considerada de grau leve. Muitas desordens ósseas produzem osteófitos cervicais, como doenças degenerativas espondilite anquilosante e doença de Forestier

(hiperostose esquelética idiopática difusa). O tratamento deste tipo de quadro obstrutivo passa pela modificação dietética e exereses da lesão, seja ela extra ou intraluminal, procurando comprometer minimamente a luz faringoesofágica.

## MEDIDAS TERAPÊUTICAS GERAIS

Sempre que se está diante de um quadro disfágico, temos que ter em mente em primeiro lugar, a proteção da via aérea inferior, seguido do suporte nutricional. A presença de sonda nasoenteral ou nasogástrica pode alterar ou dificultar o processo de reabilitação do paciente.

### TERAPIA NÃO CIRÚRGICA

Nestas medidas, podemos incluir medidas de suporte geral como terapia física, posição ao deitar (cabeceira elevada), dietas especiais, e, em alguns casos, métodos alimentares alternativos através de sondas (nasoenterais ou nasogástricas) ou via parenteral, naqueles casos de pacientes muito debilitados que estão impossibilitados de receberem suporte nutricional via sistema digestivo.

### INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

Muitas vezes, associada às condutas clínicas anteriormente citadas encontra-se a intervenção fonoaudiológica.

A atuação fonoterápica com indivíduos portadores de alterações da deglutição está na dependência, principalmente, da etiologia do acometimento, do grau de severidade, da condição de saúde geral, do estado cognitivo e emocional do paciente e de sua faixa etária. Dessa forma, é importante que se conheça a magnitude de tais alterações, que se avaliem as medidas adotadas para o manejo do acometimento, assim como se identifiquem as possíveis consequências do processo disfágico.

### TERAPIA CIRÚRGICA

A introdução de sondas abdominais através do estômago (gastrostomias) ou do intestino (jejunostomias) é outra forma de suporte nutricional naqueles pacientes com obstruções altas,

principalmente a nível esofágico.

A miotomia do músculo cricofaríngeo pode melhorar a deglutição significativamente em muitos casos, depois de determinadas doenças neurológicas como acidente vascular cerebral, polimiosites, esclerose lateral amiotrófica, entre outros.

## REFERÊNCIAS

1. Andran GM, Kemp FH. Some important factors in the assessment of oropharyngeal function. *Dev Med Child Neurol.* 1970;12:158-66.
2. Belsey R. Functional diseases of the esophagus. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1966;52:164-88.
3. Calcaterra TC, Kadell BM, Ward PH. Dysphagia secondary to cricopharyngeal muscle dysfunction. *Arch Otolaryngol.* 1975;101:726-9.
4. Cameron JL, Reynolds J, Zuidema GD. Aspiration in patients with tracheotomies. *Surg Gynecol Obstet.* 1973;136:68-70.
5. Chodosh PL. Cricopharyngeal myotomy in the treatment of dysphagia. *Laryngoscope.* 1975;85:1862-72.
6. Cross FS. Esophageal diverticula: Related neuromuscular problems. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1968;77:914-26.
7. Delahunty JE, Margulies SI, Alonso WA, et al. The relationship of reflux esophagitis to pharyngeal pouch (Zenker's diverticulum) formation. *Laryngoscope.* 1971;81:570-7.
8. Hallemwell JD, Cole TB. Isolated head and neck symptoms due to hiatus hernia. *Arch Otolaryngol.* 1970;92:499-501.
9. Henderson RD, Boszka A, Van Nostrand AWP. Pharyngoesophageal dysphagia and recurrent laryngeal nerve palsy. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1974;65:507-12.
10. Henderson RD, Marryatt G. Cricopharyngeal myotomy as a method of treating cricopharyngeal dysphagia secondary to gastroesophageal reflux. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1977;74:721-5.
11. Henderson RD, Woolf C, Marryatt G. Pharyngoesophageal dysphagia and gastroesophageal reflux. *Laryngoscope.* 1976;86:1531-9.
12. Hussar AE, Bragg DG. Swallowing in schizophrenics. *Ann Intern Med.* 1970;73:333-4.
13. Jotz GP, Carrara De Angelis E, Barros APB. *Tratado da Deglutição e Disfagia.* Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2009.

14. Kilman WT, Goyal RK. Disorders of pharyngeal and upper esophageal sphincter motor function. *Arch Intern Med.* 1976;136:592-601.
15. Lebo CP, U KS, Norris FH. Cricopharyngeal myotomy in amyotrophic lateral sclerosis. *Trans Pac Coast Otoophthalmol Soc Annu Meet.* 1975;56:125-33.
16. Montgomery WW. Surgery to prevent aspiration. *Arch Otolaryngol.* 1975a;101:679-82.
17. Montgomery WW. Surgical laryngeal closure to eliminate chronic aspiration. *N Engl J Med.* 1975b;292:1390-1.
18. Stevens KM, Newell RC. Cricopharyngeal myotomy in dysphagia. *Laryngoscope.* 1971;81:1616-20.
19. Watson WC, Sullivan SN. Hypertonicity of crocopharyngeal sphincter: cause of globus sensation. *Lancet.* 1974;2:1417-9.

## ABSTRACT

Usually, dysphagia doesn't come as an isolated symptom, it may be associated with dyspnea, sore throat, dysphonia, tracheo-bronchial aspiration, chest pain, aerophagia, loss of weight, nasal reflux and/or drooling. Numerous causes can be involved, such as tumors, obstructive lesions, neuromuscular diseases, metabolic disorders, infectious diseases, iatrogenic causes, anatomical abnormalities, autoimmune diseases and others less common. The treatment is based on specialized speech therapy, associated or not to the surgical procedure.

KEY WORDS: *Swallow, Dysphagia.*

# TITULAÇÃO DOS AUTORES

## EDITORIAL

### **ROBERTO CAMPOS MEIRELLES**

Professor Associado - FMC-UERJ;

Doutor em Otorrinolaringologia - USP.

Endereço para correspondência:

Rua Sorocaba, 706, Botafogo.

Rio de Janeiro - RJ. CEP: 22271-110.

E-mail: rcmeirelles@gmail.com

## ARTIGO 1: NOVAS TERAPIAS PARA SURDEZ.

### **SHIRO TOMITA**

Professor Titular de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina - UFRJ;

Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia - HUCFF- UFRJ.

Endereço para correspondência:

Av. Professor Paulo Rocco 255, sala 11E24,

Ilha do Fundão.

Rio de Janeiro - RJ

E-mail: shiro@openlink.com.br

### **FELIPPE FELIX**

Médico do Serviço de Otorrinolaringologia - HUCFF-UFRJ;

Mestre em Otorrinolaringologia - Faculdade de Medicina-UFRJ.

E-mail: felfelix@gmail.com

## ARTIGO 2: ZUMBIDOS.

### **AÍDA REGINA MONTEIRO ASSUNÇÃO**

Professora Assistente - FCM-UERJ;

Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia HUPE-UERJ.

Endereço para correspondência:

Secretaria da Otorrinolaringologia - HUPE-UERJ

Av. 28 de setembro 77, 5º andar - Vila Isabel

Rio de Janeiro-RJ. CEP 20551-030

Telefone: 21 2868-8120

E-mail: aidarma@uerj.br

### **SERGIO ALBERTINO**

Professor Adjunto IV - UFF;

Doutor em Neurologia - UFF.

## ARTIGO 3: AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DAS SÍNDROMES VERTIGINOSAS.

**MARCELO MIGUEL HUEB**

Professor Adjunto e Chefe da Disciplina e do Serviço de Otorrinolaringologia - UFTM;

Presidente da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial- ABORL-CCF.

Endereço para correspondência:

Av. Santos Dumont, 409;

Uberaba - MG. CEP 38060-600

Telefone: 34 3332-3033

E-mail: mmhueb@terra.com.br

**CAMILA PAZIAN FELICIANO**

Médica Voluntária do Serviço de Otorrinolaringologia - UFTM.

## ARTIGO 4: TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA DA VERTIGEM CIRIACO.

**CRISTÓVÃO T. ATHERINO.**

Professor Adjunto Doutor da Disciplina de Otorrinolaringologia - FCM-UERJ.

Endereço para correspondência:

Rua Rodolfo Dantas 106 / 201

Rio de Janeiro - RJ. CEP 22020-040

Telefone: 21 2541-9098

E-mail: crisatherino@gmail.com.

## ARTIGO 5: REABILITAÇÃO VESTIBULAR.

**SERGIO ALBERTINO**

(Vide Capítulo 2)

**RAFAEL S. ALBERTINO**

Pós-graduando em Otorrinolaringologia - UFF.

## ARTIGO 6: ABORDAGEM ATUAL DAS HEMORRAGIAS NASAIS.

**ROBERTO CAMPOS MEIRELLES**

(Vide Editorial)

**LEONARDO C. B. DE SÁ**

Mestre em Medicina - Cirurgia Geral / Otorrinolaringologia - Faculdade de Medicina- UFRJ;

Fellowship em Cirurgia Nasossinusal pela Universidade de Graz - Áustria.

**GUILHERME ALMEIDA**

Médico do Serviço de Otorrinolaringologia - HUPE-UERJ.

## ARTIGO 7: RINOSSINUSITE CRÔNICA.

**DÉBORA BRAGA ESTEVÃO**

Professora Colaboradora - FMC-UERJ.

**ROBERTO CAMPOS MEIRELLES**

(Vide Editorial)

## ARTIGO 8: RINOSSINUSITE NOSOCOMIAL.

**ROBERTO CAMPOS MEIRELLES**

(Vide Editorial)

**FABIANA ROCHA FERRAZ**

Professora Colaboradora - FCM-UERJ.

## ARTIGO 9: SÍNDROME DA BOCA SECA.

**IVAN DIEB MIZIARA**

Professor Livre Docente - Faculdade de Medicina- USP;

Médico Chefe do Grupo de Estomatologia da Divisão de Clínica ORL do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina-USP.

### **ALI MAHMOUD**

Pós-graduando do Departamento de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina-USP.

## **ARTIGO 10: DISTÚRBIOS DA DEGLUTIÇÃO.**

### **GERALDO PEREIRA JOTZ**

Professor Associado do Departamento de Ciências Morfológicas - UFRS;

Professor Adjunto do Departamento de Ciências Básicas da Saúde - UFCSPA;

Pós Doutorado no Swallowing Center - Universidade de Pittsburgh.

### **SILVIA DORNELLES**

Fonoaudióloga Clínica;

Professora Adjunta do Curso de Fonoaudiologia - UFRS.

## **ARTIGO 11: PRESBIFONIA.**

### **ROBERTO CAMPOS MEIRELLES**

(Vide Editorial)

### **ROBERTA BAK**

Médica Otorrinolaringologista;

Residência Médica em Otorrinolaringologia - HUCFF-UFRJ;

Primeira Tenente Médica Otorrinolaringologista - PMERJ.

### **FABIANA CHAGAS DA CRUZ**

Médica Residente do Terceiro Ano do Serviço de Otorrinolaringologia - HUCFF-UFRJ.

## **ARTIGO 12: AFECÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS NO IDOSO: O IMPACTO DA POLIFARMÁCIA.**

### **MÔNICA AIDAR MENON MIYAKE**

Otorrinolaringologista e Alergologista;

Hospital Sírio Libanês, Hospital Israelita Albert Einstein e Hospital Prof. Edmundo Vasconcelos;

Doutora em Ciências pela Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina - USP;

Especialização em Pesquisa Clínica - FCM Santa Casa-SP.

Endereço para Correspondência:

Clínica Menon

Rua Afonso Brás 525 cj. 21

São Paulo - SP. CEP 04511-011

Telefone: 11 3842-4288

E-mail: clinica@clinicamenon.com.br