



FATORES QUE INTERFEREM TEMPORÁRIA OU DEFINITIVAMENTE NO APRENDIZADO DA VOZ ESOFÁGICA

FACTORS INTERFERING TEMPORARILY OR DEFINITELY IN THE LEARNING OF THE ESOPHAGEAN VOICE

Maria Lúcia Cleto, Fonoaudióloga da Divisão de Clínica Otorrinolaringológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, responsável pelo setor de Laringectomizados.

Endereço para correspondência: Av. Enéas de Carvalho Aguiar, 255, 6º andar - Sala 6021 - São Paulo - CEP 05403-000.

INTRODUÇÃO

O câncer de laringe, de acordo com Silverberg e Lubera em 1989, vem aumentando sensivelmente, sendo a ocorrência mais frequente das malignidades da cabeça e pescoço. Em 1980, a American Cancer Society estimou, a ocorrência de 10500 casos diagnosticados nos Estados Unidos com prováveis 3500 óbitos já em 1993, a ACS verificou 13000 casos novos, mas com uma sobrevida aumentada graças aos grandes avanços no diagnóstico precoce (Byrne, 1992). No Brasil, a expectativa é de cerca de 3.000 casos por ano, sendo o sexo masculino o mais atingido.

Da primeira laringectomia realizada por Billroth em 1873 até nossos dias, a evolução das técnicas cirúrgicas permitiu em muitos casos a preservação da laringe mesmo que em parte, embora num grande número de casos, a cirurgia radical seja a única conduta a ser tomada, no intuito da preservação da vida.

Privado então, da comunicação oral, ao tentar falar, o paciente nada mais consegue que articular afonamente, cansando o interlocutor e entrando muitas vezes em depressão e até mesmo desespero.

Neste artigo, será considerada unicamente a voz esofageana, não em seu caráter absolutamente fisiológico, dispensando a oclusão digital no caso da válvula tráqueo-esofágica ou o uso de aparelho e pilhas no caso da eletro-laringe, mas nos casos de ocorrências várias que poderão constituir-se em bloqueios para a aquisição da voz suplente.

FATORES PSICOLÓGICOS

- 1. Perda da imagem corporal:** a alteração da harmonia física compromete de forma drástica o equilíbrio psíquico.
- 2. Não poder falar:** a constatação da ausência definitiva da voz para externar o pensamento é ponto crucial.
- 3. Não poder fumar:** fumantes inveterados na grande maioria, não conseguem, devido à mudança da respi-

ração, aspirar a fumaça pela boca e devolvê-la pela boca ou narinas.

- 4. Não poder tossir:** o reflexo da tosse transforma-se num ruído desagradável pela fricção da corrente aérea contra a parede da traquéia ou num assobio se a cânula estiver sendo usada.
- 5. Mudança da respiração:** a perda da função nasal na filtração, umidificação e aquecimento da corrente aérea substituída de forma incompleta pelo traqueostoma, é outra lacuna com a qual o laringectomizado tem que se acostumar.
- 6. Remoção de secreções pelo traqueostoma:** tarefa anteriormente executada na faringe nariz, é motivo de grande constrangimento, seja pelo ruído que provoca, seja pela curiosidade que desperta.

FATORES ORGÂNICOS

- 1. Divertículo em esôfago alto:** causado por debilidade da musculatura da porção alta esofageana, esse divertículo de propulsão (divertículo de Zenker) impede o movimento elástico de abertura e fechamento da sua porção superior, onde ocorrem as contrações fônicas.
- 2. Estenose esofageana:** ocorrência eventual decorrente da ingestão de substância tóxica que causa estreitamento e/ou fibrose de sua parede.
- 3. Odinofagia:** ocorrência eventual e temporária por edema cirúrgico em alguns casos, pode causar dor a partir da simples deglutição da saliva.
- 4. Disacusia severa:** torna impossível a orientação para a voz esofageana devido à impossibilidade do modelo fornecido para a eructação, base na nova forma de comunicação oral, ser ouvida e reproduzida.
- 5. Sequelas de AVC:** nestes casos (percepção motora ou mista) não há sequer a possibilidade de compreensão pelo paciente do que seja voz esofágica, considerando-se o bloqueio definitivo para codificação e decodificação de pensamento, tendo em vista a seqüela neurológica para o processo fonatório.

SEQÜELAS CIRÚRGICAS

1. **Espasmo ou hipertonia do segmento faringo-esofageano:** neste caso, a produção do som é impossível podendo ser necessário miofonia para propiciar alívio ao excesso de tensão na região do crico-faríngeo.
2. **Extirpação do esôfago cervical:** consequência da extensão cirúrgica, inviabiliza totalmente a produção da voz esofageana.
3. **Extirpação glosso-faríngea importante:** considerando-se que a voz esofageana depende em alto grau da articulação lingual solicitada principalmente na "moldagem" da bolha de ar na cavidade oral, a mesma retornará ou será simplesmente projetada para o exterior.
4. **Extirpação uni ou bilateral do hipoglosso:** também neste aspecto, não haverá vibração e mobilidade adequada da língua.
5. **Fístula tráqueo-esofágica:** o escape de ar de forma anômala inviabiliza a coordenação aéreo-fonatória.
6. **Traqueíte e bronquite:** causando ruído do ar abrupto e constante (anteriormente era a tosse habitual), inter põe-se todo o tempo à erigmofoia.
7. **Anosmia:** devido à extirpação da laringe, a respiração passa a ser feita via traqueostoma e a função olfatória fica anulada.

SEQÜELAS RADIOTERÁPICAS

1. **Mucosite radiológica:** caracterizada por irritações cutâneas de diferentes aspectos (escaras, crostas, pequenas bolhas) em volta do traqueostoma, chegando muitas vezes a diminuir a abertura do mesmo. Causa desconforto e dispnéia.
2. **Xerostomia:** o alcance da radiação às vezes envolve as glândulas salivares que envolvem, tornando a língua excessivamente seca, dificultando a formação do bolus e causando desconforto. Este quadro regride em alguns casos.
3. **Espessamento mucoso:** a mucosa bucal, assim como a saliva, tornam-se muito densas, chegando a interferir na mobilidade lingual. Neste caso também pode ocorrer normalização.
4. **Pescoço lenhoso:** caracterizado pelo enrijecimento da musculatura atingida pela radiação, dificulta a livre movimentação e flexão cervical. Ocorre em alguns casos.
5. **Ageosia:** ocorrência eventual, parece estar ligada aos casos de involução das papilas gustativas.

ALTERAÇÕES FUNCIONAIS

1. **Rajadas de ar pelo traqueostoma:** caracterizadas por um ruído seco, ritmado e constante, resultam do escape não controlado do ar corrente. O treino respiratório conscientizado corrigirá esta falha.
2. **Tensão excessiva na fonação:** é resultado da abertura insuficiente da boca e simultânea elevação excessiva do dorso da língua.
3. **Impossibilidade de injetar o ar:** ocorre sempre por espasmo do segmento faringo-esofageano. Não insistir e encaminhar o paciente ao cirurgião que verificará necessidade de miotomia.
4. **Voz muito fraca:** consequência provável de hipotonia

do segmento faringo-esofágico ou insuficiência do fole pulmonar causado por fraqueza generalizada ou problemas pulmonares. Fazer pressão com o polegar e o 2º e 3º dedos juntos, lateralmente ao traqueostoma ou acima dele.

5. **Voz desconectada:** causada pelo insucesso nas tentativas iniciais para produzir a bolha de ar e conseqüentemente sonorizá-la. Muitos paciente fazem injeções múltiplas de ar, fazendo pausas entre as palavras e automatizando-as depois na fala.
6. **Sons consonantais parasitas:** são o resultado de treino inicial com uma única consoante que assimilada, integra-se no início dos outros fonemas.
7. **"Klunking":** é o ruído da bolha de ar em sua penetração no esôfago, com força extrema, surgindo a intervalos ritmados e audíveis simultaneamente à nova voz.
8. **Dificuldade para ser entendido ao telefone:** muitas vezes o interlocutor desliga devido ao ruído do estoma ou zunido da eletro-laringe ou ainda ao som provocado pelo fechamento da válvula. O problema será resolvido se o bocal for levado em direção ao nariz e não da boca e falar normalmente.

CONCLUSÃO

Considerando-se todos os fatores responsáveis pela não aquisição da voz esofageana, sem dúvida as de ordem psicológica são os grandes vilões, excetuando-se obviamente as causas orgânicas e seqüelas cirúrgicas.

Sendo a voz representante natural do pensamento humano, a impossibilidade total de sua manifestação condena o laringectomizado ao mutismo involuntário.

Os laringectomizados que faziam uso profissional da voz, são naturalmente, os mais duramente atingidos. Sexo, idade, nível sócio-econômico, profissão e local de residência (campo ou cidade) fornecem dados para uma análise comparativa, muitas vezes com resultados surpreendentes.

Como vimos então, a característica de enorme relevância e diferenciadora do ser humano é a voz que o interliga com os semelhantes, inclusive em outros idiomas que não o nativo. Assim, no laringectomizado "a reabilitação prévia através da abordagem precoce das condutas a serem tomadas" (Meÿers, E.D. e col.) propicia a sua reintegração pessoal para que só então possa reintegrar-se com o mundo que o rodeia através da nova voz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CASPER, J. K.; COLTON, A. H. - *Total Rehabilitation of the Laryngectomee*. In: *Clinical Management for Laryngectomee and Head and Neck Rehabilitation*. San Diego, California, Singular Publishing Group, 1993, 35-53.
- DRWSTÉ, P. H.; Van Den Berg, J. Moolenaar - *Bul. A. S.* (1956) Why are Some Patients Unable to Learn Esophageal Speech? *Ann. Otol. Rhinol.* 65, 998 - 1005.
- DOYLE, P. C. (1994) - *The Role of the Speech-Language Pathologist*. In: Doyle, P. C., *Foundations of Voice and Speech Rehabilitation Following Laryngeal Cancer*. San Diego, California, Singular Publishing Group, 1994, 71-83.
- GONZÁLEZ, J. N. - *Rehabilitación del Laringectomizado Total*. In: Gonzalez, J. N. *Fonación y Alteraciones de la Laringe*. Editorial Medica Panamericana 1981, 157-159.
- LE HUCHE, F. (1974) - *Si Vous Avez des Difficultés*. In: *La Voix Sans Larynx* Librairie Maloine S. A. Éditeur, 1974, 119-125.
- MALONEY, T. Y.; EURCHAR, J. - *The Emotional and Psychosocial Aspects of Head and Neck Surgery*. Presented at the First International Laryngotracheal Reconstruction Symposium, Cleveland, Ohio, August 23, 27, 1991.
- Mc DONOUGH, E. M.; BOYD, J. H.; VARAVARAS, M. A.; MAVES, M. - *Relationship Between Psychological Status and Compliance in a Sample of Patients Treated for Cancer of the Head and Neck*, *May/June 1996*, 269 - 276.
- REED, G. F. (1961) - *The Long Term Follow-up care of Laryngectomized Patients*. *J. Am. Med. Ass.*, 175, 980-985.
- SHAMES, G. H.; FONT, J.; MATTHEWS, J. (1963) - *Factors Related to Speech Proficiency of the Laryngectomized*. *J. Speech and Hearing*, 28, 273-287.
- VON LEDÉN, H. - *Avances más Recientes en el Diagnóstico Laringeo*. *Rev. Fonoaudiológica*, 15, 1: 2, 1969.