

Manifestações Laríngeas do Refluxo Laringo-faríngeo e suas Relações com Hábitos Alimentares Manauenses

The Laryngeal Manifestations of Laryngeal-pharynx Reflux and its Correlation with the Population of Manaus City

*Alexandre Borges Barbosa**, *Luciana da Silva Barberena***, *Keila Lucas Pansini Barbosa****,
*Daniel Santana Ribeiro*****.

* Mestre em Doenças Tropicais e Infecciosas pela Universidade Estadual do Amazonas. Médico Otorrinolaringologista e Professor Universitário dos Cursos de Graduação em Medicina e Fonoaudiologia da UEA e do Centro Universitário Nilton Lins.

** Fonoaudióloga, Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela UFSM. Professora do Curso de Graduação em Fonoaudiologia do Centro Universitário Nilton Lins.

*** Bacharel em Fonoaudiologia pelo Centro Universitário Nilton Lins. Fonoaudióloga, Pós-Graduanda em Voz.

**** Graduando em Medicina pelo Centro Universitário Nilton Lins.

Endereço para correspondência: Alexandre Borges Barbosa – Rua São José, 150 – Cond. Joaquim Ribeiro, Casa 19 – Aleixo – Manaus / AM – CEP 69083-010 – Telefone: (92) 3248-8360 / (92) 8829-7550 – Fax (92) 3622-5777 – E-mail: alexandre_otorrino@yahoo.com.br

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da R@IO em 23 de novembro de 2007. Cod. 376. Artigo aceito em 13 de março de 2008.

RESUMO

- Introdução:** É sabido que hábitos alimentares inadequados e diversos tipos de alimentos predispoem ao refluxo gastro-esofágico e conseqüentemente ao laringo-faríngeo.
- Objetivo:** O presente trabalho justifica-se por não existirem dados locais a respeito do problema em questão e tem como objetivos: detectar as manifestações laríngeas do refluxo laringo-faríngeo, detectar hábitos alimentares inadequados e prejudiciais às estruturas laríngeas, correlacionar as manifestações laríngeas do refluxo laringo-faríngeo com os hábitos alimentares da população manauense.
- Casística e Método:** A metodologia utilizada consistiu em entrevistar pacientes portadores de exame de Videolaringoscopia compatível com refluxo laringo-faríngeo, de qualquer sexo e adultos, foram abordados quesitos relacionados aos hábitos alimentares e às sintomatologias características da patologia.
- Resultados:** Os resultados demonstram que dos 54 sujeitos estudados, 69% pertenciam ao sexo feminino, 25 sujeitos (46,29%) apresentavam idades entre 20 e 40 anos, 31 (57,40%) realizavam as refeições nos locais de trabalho, a maioria apresentou hábitos alimentares relacionados ao refluxo laringo-faríngeo, entre eles: frituras (94,44%), café e chás (92,59%), pimenta (70,37%) e farinha (66,66%), entre outros e 61% dos sujeitos apresentavam sintomas dispépticos. Quanto aos sintomas laríngeos apresentados, os principais foram: globo faríngeo (29%), disfonia (23%) e pigarro (20%), entre outros. 50% dos sujeitos apresentavam duração dos sintomas entre 1 e 5 anos. As principais patologias laríngeas encontradas foram: fenda glótica (27%) e nódulos vocais (20%), entre outras.
- Conclusão:** Assim, houve predomínio de sujeitos com refluxo laringo-faríngeo no sexo feminino, média de idade de 45,3 anos, observou-se relação entre hábitos inadequados e refluxo laringo-faríngeo e presença de sintomas dispépticos, sintomas laríngeos e patologias laríngeas na maioria dos sujeitos estudados.
- Palavras-chave:** hábitos alimentares, refluxo gastro-esofágico, laringite.

SUMMARY

- Introduction:** It is known that inadequate eating habits and diverse types of foods lead to gastroesophageal reflux and so to the pharyngolaryngeal.
- Aim:** The present work is justified for the lack of local data regarding the problem and it aims: to detect the manifestations of laryngeal-pharynx reflux; to determine eating habits of the manauenses (people from Manaus) which damage laryngeal-pharynx structure; to correlate the laryngeal manifestations of laryngeal-pharynx reflux with the eating habits of the manauense population; to detect inadequate and harmful alimentary habits to the laryngeal structures and to evaluate the susceptible population groups to laryngeal-pharynx reflux.
- Methods:** The methodology consisted of interviewing patients who had already undergone laryngeal-pharynx examination of compatible videolaryngoscopy with reflux, including male and female adults. There were question regarding alimentary habits and the characteristic symptoms of the pathology.
- Results:** Results revealed that such pathology affects mainly women aging from 20 to 40, who usually have their meals at the workstations, and whose eating habits are the ingestion of fried food, coffee, tea, pepper, flour, cooling, tapioca and tucupi, and the symptom are dyspepsia (indigestion); pharynx globe; dysphonia; hoarseness; dry cough; odinophagy as the main laryngeal symptoms; presence of glottic clefts; nodules; hypertrophy of tonsils and polyps associated to laryngeal pharynx reflux. Symptoms usually remained between 1 and 5 years.
- Key words:** food habits, esophageal-gastric reflux, laryngitis.

INTRODUÇÃO

O refluxo gastro-esofágico (RGE) é uma patologia decorrente da falha anatômica e/ou funcional dos mecanismos de contenção do conteúdo gástrico no estômago (1,2).

O RGE e o refluxo laringo-faríngeo (RLF) são, respectivamente, trânsito do conteúdo gástrico para dentro do esôfago e deste para as áreas laríngea e faríngea. Como o conteúdo ácido do estômago (ácido clorídrico) ascende em direção às estruturas laringo-faríngeas, queixas no campo fonoaudiológico têm sido freqüentemente relatadas no consultório de tal profissional da saúde (3,4).

Dentre tais queixas podem-se destacar: disfonia, rouquidão, globo faríngeo, pigarro, tosse seca, ardência e irritação na garganta, odinofagia e disfagia (5).

Faringites e laringites têm sido rotineiramente relacionadas ao RLF, mostrando que tais estruturas (larínge e farínge), apesar de distantes do estômago, têm sofrido conseqüências da desestruturação gástrica (6,7,8).

Sabe-se que determinados hábitos alimentares como alimentações volumosas, mastigação insuficiente, comer e deitar-se imediatamente após e alimentações noturnas predis põem ao RGE e ao RLF (4,9,10).

Com a evolução tecnológica e populacional ocorrida nos últimos anos, mulheres e jovens têm sido novos grupos de indivíduos a padecer de sintomas relacionados ao refluxo alto (RLF), uma vez que os mesmos têm enfrentado jornadas árduas de trabalho e estudo noturno, não restando tempo suficiente para a realização adequada das refeições (8,11,12).

Certos tipos de alimentos, tais como gorduras, frituras, enlatados, corantes e conservantes, chocolates, cafeína, refrigerantes, condimentos e carboidratos (macarrão, farinha, etc) propiciam e estimulam o RGE e o RLF (13,14).

De maneira geral, as dietas devem ser ricas em proteínas, visando vigor e força muscular (15). Entretanto, devem-se evitar alimentos pesados e condimentados, principalmente se são comuns sintomas de dispepsia, como pirose, epigastralgia, plenitude pós-prandial, eructações e flatulência (16,17). As secreções gástricas podem banhar as pregas vocais e causarem irritações, inflamações e disfunções das mesmas (1,2,18,19,20). O presente trabalho tem como justificativa para seu desenvolvimento: Manifestações laríngeas do refluxo laringo-faríngeo têm sido bastante freqüentes na prática clínica do Otorrinolaringologista e do Fonoaudiólogo (21). É sabido que hábitos alimentares inadequados predis põem

ao refluxo gastro-esofágico e conseqüentemente ao laringo-faríngeo (22,23). O presente trabalho justifica-se por não existirem dados locais em relação ao problema em questão e sua contribuição social consiste em, de posse dos resultados, poderem-se adotar medidas preventivas relacionadas ao refluxo laringo-faríngeo e minimizar seus efeitos maléficis na população manauense. Tem como objetivos:

- detectar as manifestações laríngeas do refluxo laringo-faríngeo;
- detectar hábitos alimentares inadequados e prejudiciais às estruturas laríngeas;
- correlacionar as manifestações laríngeas do refluxo laringo-faríngeo com os hábitos alimentares da população manauense;
- observar os grupos populacionais mais susceptíveis ao refluxo laringo-faríngeo; e
- caracterizar e correlacionar os principais sintomas e patologias laríngeas presentes nos casos de refluxo laringo-faríngeo.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foi realizado um estudo prospectivo, cujo projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Nilton Lins em junho de 2006, sob o processo nº 02/06-IC/CEP.

Participaram do estudo cinqüenta e quatro pacientes que se enquadraram nos critérios de inclusão descritos a seguir, atendidos no período de Julho a Setembro de 2006, em ambulatórios de Otorrinolaringologia das redes de saúde pública e privada de Manaus/AM, nos seguintes bairros: Centro, Praça 14 de Janeiro, Compensa, Cidade Nova e Cachoeirinha, sendo denominados de sujeitos da pesquisa.

Os critérios de Inclusão adotados foram os seguintes: idade acima de 18 anos, ambos os sexos e exame videolaringoscópico compatível com refluxo laringo-faríngeo. Todos os sujeitos autorizaram previamente suas participações na pesquisa por meio do termo de ciência e consentimento livre e esclarecido. O exame videolaringoscópico foi realizado por meio de Ótica laríngea de 70° da marca Endoview, com anestesia tópica spray a base de lidocaína e considerou-se sinais de refluxo laringofaríngeo os seguintes achados: edema e/ou hiperemia das aritenóides e espaço interaritenóideo, hiperemia da face laríngea da epiglote e alterações disqueratósicas da superfície das pregas vocais. Os sujeitos atendidos nos locais citados anteriormente foram encaminhados ao Serviço de Atendimento Fonoaudiológico (SAF) do Centro Universitário Nilton Lins (CUNL) de Manaus / AM.

Ao serem recebidos no SAF, os sujeitos foram

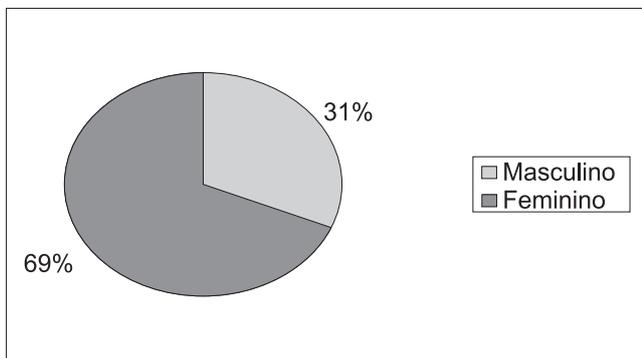


Gráfico 1. Distribuição percentual dos 54 sujeitos quanto ao gênero - 31%-Masculino 69%-Feminino.

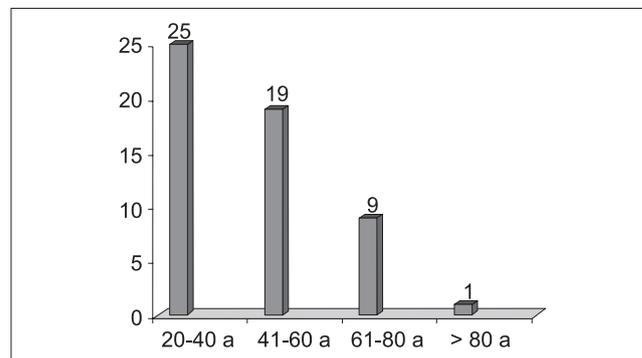


Gráfico 2. Distribuição absoluta dos 54 sujeitos quanto à faixa-etária - 25 pacientes - 20 a 40 anos 19 pacientes - 41 a 60 anos 09 pacientes - 61 a 80 anos 01 paciente - acima de 80 anos.

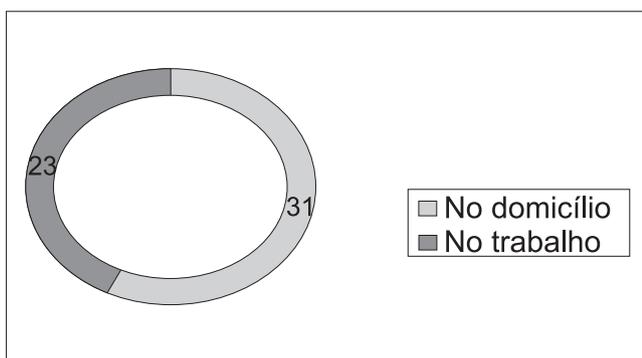


Gráfico 3. Distribuição absoluta quanto ao local de realização das refeições - 31 sujeitos - no domicílio 23 sujeitos - no trabalho.

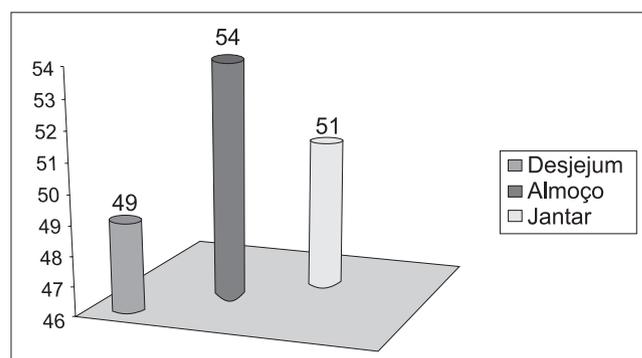


Gráfico 4. Distribuição absoluta quanto ao número de refeições realizadas pelos pacientes - 49 pacientes: desjejum 54 pacesintes: almoço 51 pacientes; jantar.

entrevistados acerca de dados de identificação, profissão, local de realização das refeições, hábitos alimentares, presença ou não de sintomas dispépticos, queixas laríngeas e início e duração dos sintomas. De posse dos dados, os mesmos foram tabulados, analisados e discutidos segundo os objetivos do trabalho.

RESULTADOS

Participaram do estudo 54 indivíduos, sendo denominados sujeitos da pesquisa.

O Gráfico 1 mostra a distribuição percentual dos 54 sujeitos quanto ao sexo. Houve predomínio do sexo feminino, sendo 69% (37 sujeitos) do sexo feminino e 31% (17 sujeitos) do sexo masculino.

O Gráfico 2 mostra a distribuição absoluta dos 54 sujeitos quanto à faixa etária. Sobressaiu a faixa-etária dos 20 aos 40 anos, com os extremos de idade de 20 e 85 anos e média de 45,3 anos.

O Gráfico 3 mostra a distribuição absoluta dos 54 sujeitos quanto ao local em que realizam as refeições. Observou-se que a maioria (31) o faz nos locais de trabalho.

O Gráfico 4 mostra a distribuição absoluta dos 54 sujeitos quanto à rotina de dieta. Quase todos os sujeitos almoçam (54), 49 realizam desjejum e 51 jantam.

O Gráfico 5 mostra a distribuição absoluta dos tipos de alimentos encontrados na culinária manauense predisponentes ao RLF e a quantidade de sujeitos que os ingerem. Dentre os alimentos sabidamente causadores de RLF, foram observados grande incidência na dieta manauense dos seguintes: café, chás, frituras, pimenta, tucupi, farinha, tapioca e refrigerantes, sendo consumidos por grande parte dos 54 sujeitos.

O Gráfico 6 mostra a distribuição percentual dos 54 sujeitos quanto à presença de sintomas dispépticos. A maioria dos sujeitos portadores de RLF apresentou sintomas dispépticos. Dentre os sintomas dispépticos relatados pelos sujeitos predominaram: pirose (25), epigastralgia

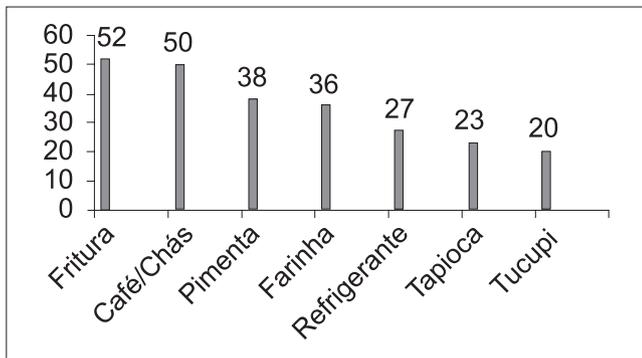


Gráfico 5. Distribuição absoluta quanto aos tipos de alimentos que compõem a dieta dos 54 sujeitos - 52-Fritura 50-Café/Chás 38-Pimenta 36-Farinha 27-Refrigerante 23-Tapioca 20-Tucupi

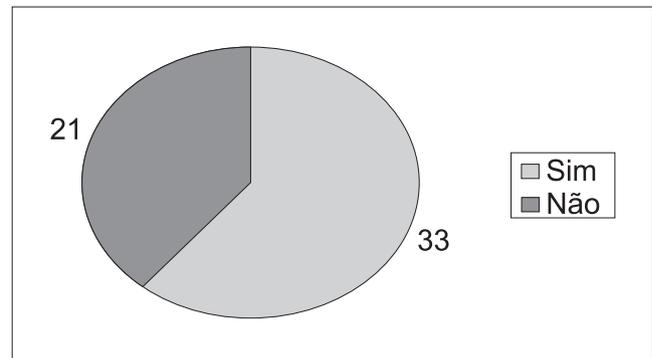


Gráfico 6. Distribuição absoluta quanto à presença de sintomas dispépticos nos sujeitos da pesquisa - 33-Apresentam sintomas dispépticos 21-Não apresentam sintomas dispépticos

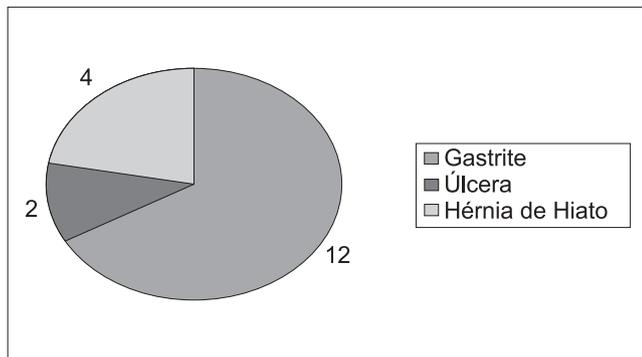


Gráfico 7. Distribuição absoluta quanto às patologias gástricas apresentadas pelos sujeitos da pesquisa - 12-Gastrite 02-Úlcera 04-Hérnia de Hiato

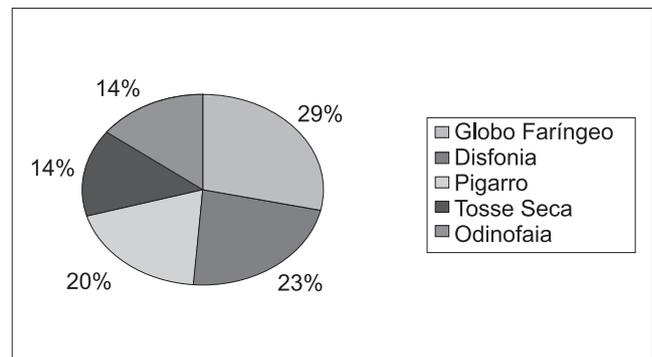


Gráfico 8. Distribuição percentual quanto aos principais sintomas otorrinolaringológicos relatados pelos pacientes - 29%-Globo Faríngeo 23%-Disfonia 20%-Pigarro 14%-Tosse seca 14%Odínofagia

(23), plenitude pós-prandial (17), eructações (12), sialorréia (10) e flatulência (10).

O Gráfico 7 mostra a distribuição absoluta das patologias gastroenterológicas presentes em 18 sujeitos. A maioria dos sujeitos não relata ser portadora de patologias gastroenterológicas (36). Nos sujeitos que as apresentam (18), predominam: gastrite (12), hérnia de hiato (04) e úlcera (02).

O Gráfico 8 mostra a distribuição percentual dos 54 sujeitos quanto aos principais sintomas laríngeos por eles apresentados. Foi possível observar a seguinte distribuição: globo faríngeo 29% (37), disfonia 23% (31), pigarro 20% (26), tosse seca 14% (19), odínofagia 14% (19), e outros (ardência (13), entalo (07), prurido (06), sufocamento noturno (06), afonia (01) e halitose (01)).

O Gráfico 9 mostra a distribuição percentual das patologias laríngeas associadas ao RLF. Todos os 54

sujeitos apresentaram, à Videolaringoscopia, RLF. Dentre outras patologias laríngeas associadas ao RLF observaram-se as seguintes: fenda glótica 27% (04), nódulos de pregas vocais 20% (03), hipertrofia das tonsilas palatinas 20% (03), pólipos 13% (02) e outras 20% (laringite crônica (01), faringite crônica (01) e faringite alérgica (01)).

O Gráfico 10 mostra a distribuição absoluta da duração dos sintomas laríngeos associados ao RLF nos 54 sujeitos. A maioria dos sujeitos relatou ser portadora do quadro clínico entre 1,1 e 05 anos (27), o que demonstra tratar-se de uma doença de curso crônico.

DISCUSSÃO

Quanto Ao sexo, os achados do presente trabalho relacionados ao sexo estão de acordo com a maioria das referências consultadas. ECKLEY(4) encontraram 110 mulheres

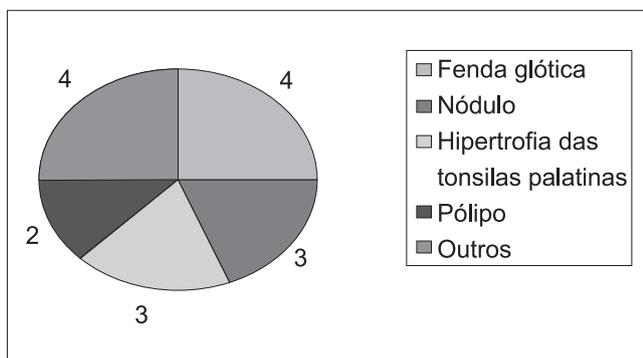


Gráfico 9. Distribuição absoluta quanto às patologias faringo-laríngeas encontradas nos sujeitos - 04-Fenda Glótica 04-Outros 03-Nódulos 03-Hipertrofia das tonsilas palatinas 02-Pólipo

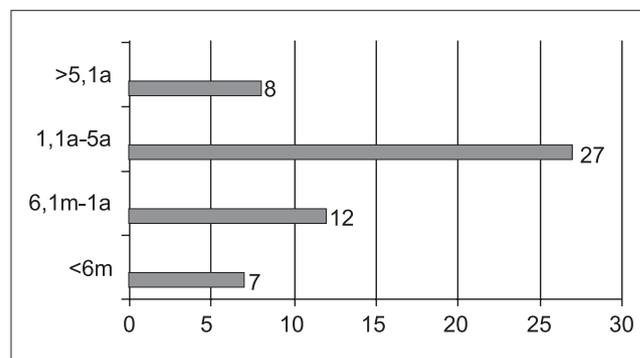


Gráfico 10. Distribuição absoluta quanto ao tempo de duração dos sintomas laríngeos - maior que 06 meses-07 sujeitos 6,1 m a 01 ano - 12 sujeitos 1,1 a a 05 a -27 sujeitos maior que 05 anos - 08 sujeitos

acometidas num universo de 157 pacientes estudados e MARAMBAIA (6) encontraram, num total de 61 pacientes, 35 mulheres.

Tal fato pode ser explicado em decorrência das mulheres enfrentarem jornada dupla (por vezes tripla) de trabalho, estando portanto, mais sujeitas ao refluxo laringo-faríngeo (RLF), uma patologia sabidamente relacionada ao estresse diário.

MARINHO (12), em um trabalho realizado com 20 sujeitos, encontraram uma média de idade de 44,6 anos, idade mínima de 18 anos e máxima de 72 anos. ECKLEY (1) relatam predomínio do RFL em extremos de idade de 21 a 85 anos. Estes achados são bastante semelhantes aos do presente trabalho.

Esta faixa etária engloba a população economicamente ativa, portanto mais susceptível ao estresse e conseqüentemente ao RLF.

Alimentar-se fora do domicílio é considerado fator predisponente ao RLF, uma vez não é possível manter o controle total da qualidade da alimentação quando se alimenta fora do domicílio.

Para Macedo Filho (18), quando as refeições são realizadas fora do domicílio, mesmo que observados os horários e não havendo supressão de nenhuma delas, há maior probabilidade de se desenvolver quadro de RLF. Tais achados também foram observados neste trabalho, uma vez que a maioria dos sujeitos realiza as refeições no trabalho, apesar de haver poucas supressões das refeições.

CHONE (20) pesquisaram hábitos alimentares relacionados ao refluxo laringo-faríngeo, onde o uso de chá e/ou café foi de 100%, frituras e condimentos de 67% e bebidas gaseificadas de 33%.

PRADO (9) afirmam que alimentos gordurosos (frituras, por exemplo), carboidratos (farinha, macarrão e tapioca, por exemplo), bebidas gaseificadas (refrigerante, por exemplo) e com altos teores de cafeína (café e chás) promovem incompetência do esfíncter esofágico inferior, capacidade de clearance alterada, retardo no esvaziamento gástrico, anormalidades na mucosa esofágica, entre outras alterações, predispondo ao refluxo gastroesofágico e conseqüentemente laringo-faríngeo.

GOMES (10), encontraram presença de sintomas dispépticos em 70% dos sujeitos portadores de refluxo laringo-faríngeo.

Costa (19), num trabalho em que avaliaram 87 sujeitos, encontraram a seguinte prevalência de sintomas dispépticos, em ordem decrescente: pirose, epigastria, plenitude pós-prandial e eructações.

Gavazzoni (13) encontraram as seguintes porcentagens referentes ao tipo de patologia gastroenterológica apresentada pelos sujeitos do seu estudo: gastrite (25%), hérnia de hiato (9,9%), esofagite (9,9%) e duodenite (4,54%). A gastrite também predominou no trabalho ora apresentado, porém esofagite e duodenite não foram mencionadas por nenhum dos pacientes.

Globo faríngeo (77,27%), disfagia (56,81%), tosse seca (54,54%), disfonia (50%) e pigarro (38,64%) foram os resultados encontrados por GAVAZZONI (13) no que se refere à frequência dos sintomas laríngeos nos sujeitos do seu estudo, dados estes que são concordantes com os resultados deste trabalho (com exceção da disfagia).

Segundo BASTOS (1), os achados laríngeos nos casos de laringite por refluxo variam de acordo com a gravidade do caso, podendo ir desde hiperemia e edema leves do terço posterior da laringe até quadros dramáticos como

úlcera de contato, granulações laringeas, leucoplasias, paquidermia interaritenóidea, estenose subglótica e desgeneração neoplásica do epitélio. Atualmente, acredita-se que um grande número de lesões benignas das pregas vocais, como nódulos, pólipos e edema de reinke também podem estar relacionados ao RLF, já que a inflamação local leva a padrões fonatórios abusivos podendo causar estas lesões secundárias.

CONCLUSÃO

Os dados obtidos após a realização do trabalho permitem as seguintes conclusões:

- o refluxo laringo-faríngeo (RLF) predominou no sexo feminino;
- a patologia sobressaiu na faixa etária dos 20 aos 40 anos;
- a maior parte dos sujeitos da pesquisa faz suas refeições nos próprios locais de trabalho;
- quanto à rotina de dieta, não foram observadas supressões significativas pois quase todos os indivíduos realizam todas as refeições diárias;
- os alimentos presentes no cardápio manauense, predisponentes ao RLF, de acordo com a ordem de citação, foram: fritura, café, chá, pimenta, farinha, refrigerante, tapioca e tucupi;
- a maioria dos sujeitos da pesquisa apresentou sintomas dispépticos, entre eles: pirose, epigastralgia, plenitude pós-prandial, eructações, sialorréia e flatulência;
- as patologias gastroenterológicas estão presentes na minoria dos sujeitos, sendo observadas as seguintes: gastrite, hérnia de hiato e úlcera gástrica;
- os sintomas laringeos apresentados pelos sujeitos, de acordo com sua ordem de surgimento, foram: globo faríngeo, disфонia, pigarro, tosse seca e odinofagia;
- as patologias laringeas encontradas em associação com o RLF foram: fenda glótica, nódulos vocais, hipertrofia das tonsilas palatinas, pólipo, laringite crônica, faringite crônica e faringite alérgica; e
- a maioria dos sujeitos apresenta sintomas compatíveis com RLF entre 1,1 e 5 anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bastos WA, Eckley CA, Choi KFF. Aspectos laringológicos e vocais relacionados ao refluxo laringo-faríngeo. In: Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo. Ed. Tecmedd. 2ª ed. 2005.
2. Gabiatti MA. Manual da Cozinha Amazonense. EMBRAPA - AM. 2004.
3. Moraes Filho JPP, Chinzon D, Eisig J. Prevalence of heartburn in the Brazilian population. Diseases of the esophagus. 2004. No prelo
4. Eckley CA, Zuna G, Duprat AC, Costa HO. Repercussões Otorrinolaringológicas do refluxo gastro-esofágico na infância. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 67 (1): 67-72. 2003.
5. Castagno LA, Gastal OL, Castagno S. Faringite e laringite associadas ao refluxo gastro-esofágico. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 72 (4): 15-25. 2003.
6. Marambaia O, Andrade NA, Varela DG, Juncal MC. Refluxo gastro-esofágico: estudo prospectivo correlacionado a achados laringoscópicos precoces com phmanometria de 24 horas de 02 canais. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 68 (4): 527-531. 2002.
7. Costa HO, Burati DO, Duprat AC, Eckley CA. Doença do refluxo gastro-esofágico: análise de 157 casos. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 69 (4): 458-462. 2002.
8. Moraes Filho JPP, Cecconello I, Gama RJ, Castro LP, Henry MA, Meneghelli UG, Quigley E. Brazilian consensus group. Brazilian consensus on gastroesophageal reflux disease: proposals for assessment, classification and management. J Gastroenterology. 97 (2): 241-248. 2002.
9. Prado FC, Ramos J, Valle JR. Atualização terapêutica. São Paulo. Ed. Artes Médicas. 20ª ed. 2001.
10. Gomes GF, Coelho JCU, Salvalaggio PRO, Sebastião APM, Gums SD. Achados histológicos na parede posterior da laringe em pacientes com refluxo gastro-esofageano. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 67 (6): 770-774. 2001.
11. Mamede RCM, Elchenberger GCD, Garcia Júnior D, Dantas RO, Leite GJ. A hipertrofia da base da língua está relacionada ao refluxo laringo-faríngeo? Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 67 (1): 73-76. 2001.
12. Marinho VP, Eckley CA, Scala WR, Costa HO. Phmetria esofágica de 24 horas de duplo canal no diagnóstico da laringite por refluxo. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 66 (2): 110-114. 2000.
13. Gavazzoni FB, Ataíde AL, Herrero Júnior F, Macedo Filho ED. Esofagite por refluxo e laringite por refluxo: estágios clínicos da mesma doença? Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 68 (1): 86-90. 2000.
14. Johanson JF. Epidemiology of esophageal and supraesophageal injuries. J Med. 108 (4A): 995-1035. 2000.
15. Araújo CM. Análise crítica da pHmetria esofágica no refluxo gastroesofágico e laringofaríngeo. Dissertação de

Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 2000.

16. Pinho SR. Manual de higiene vocal para profissionais da voz. São Paulo. Ed. Pró-Fono. 1999.

17. Loughlin CJ, Koufman JA. Paroxysmal laryngospasm secondary to gastroesophageal reflux, 1998. Disponível em: jkoufman@bgsm.edu.

18. Macedo Filho ED, Hebbel WS. A importância do refluxo gastro-esofágico como causas de manifestações

otorrinolaringológicas tem sido supra ou infra-valorizada? Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 63 (4): 402-404. 1997.

19. Costa HO, Eckley CA, Fernandes AMF, Destailleur D, Villela PH. Refluxo gastroesofágico: comparação entre achados laríngeos e digestivos. Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia. 35 (1): 21-28. 1997.

20. Chone CT, Gomes CC. Doença do refluxo gastro-esofágico em otorrinolaringologia. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 61 (4): 298-318. 1995.