

Alterações da deglutição em pacientes com ascite: revisão sistemática**Alterations of deglutition in patient with ascites: systematic review**

DOI:10.34117/bjdv6n9-431

Recebimento dos originais: 01/09/2020

Aceitação para publicação: 18/09/2020

Bianca Rodrigues Aguiar

Fonoaudióloga

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Endereço: Eng. Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, Bairro: Trindade; CEP 88040-900 – Florianópolis

E-mail: biancaraguiar97@gmail.com

Emanuelle Moreira

Graduanda em Fonoaudiologia

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Endereço: Eng. Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, Bairro: Trindade; CEP 88040-900 – Florianópolis

E-mail: emanuelle.ccontato@gmail.com

Laura Faustino Gonçalves

Graduanda em Fonoaudiologia

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Endereço: Eng. Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, Bairro: Trindade; CEP 88040-900 – Florianópolis

E-mail: laurafaustinog@outlook.com

Cláudia Tiemmi Mituuti

Professora do Departamento de Fonoaudiologia UFSC

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Endereço: Eng. Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, Bairro: Trindade; CEP 88040-900 – Florianópolis.

E-mail: claudiamituuti@gmail.com

Patrícia Haas

Professora do Departamento de Fonoaudiologia UFSC

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Endereço: Eng. Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, Bairro: Trindade; CEP 88040-900 – Florianópolis

E-mail: patricia.haas@ufsc.br

RESUMO

Objetivo: Apresentar evidências científicas com base em revisão sistemática da literatura (PRISMA) relacionando o possível impacto da disfagia em pacientes com ascite. Métodos: A busca pelos artigos se deu a partir das bases de dados: PubMed, Science Direct, SciELO, LILACS e SCOPUS. Através do Medical Subject Heading Terms (MeSH) foram determinados os termos de busca: [(Deglutition Disorders) AND (Ascite)]. O período de busca dos artigos compreendeu os últimos

11 anos (2009 a 2020). Resultados: Por meio da busca foi possível localizar 22 artigos, após a exclusão seguindo os critérios *PRISMA*, atenderam os critérios 2 estudos para a revisão sistemática. Conclusão: Com base na análise dos artigos admitidos para esse estudo, que direcionou associar a disfagia com o impacto do excesso de líquido peritoneal (ascite), foi possível observar que a relação direta entre disfagia e ascite deverá ser investigada de uma forma mais ampliada, principalmente estudando as doenças associadas.

Palavras-chave: Ascite, Transtornos de Deglutição, Fonoaudiologia, Líquido Ascítico, Revisão.

ABSTRACT

Objective: Present scientific evidence based on a systematic literature review (*PRISMA*) relating the possible impact of swallowing changes in patients with ascites. **Methods:** The search for the articles took place from the databases: PubMed, Science Direct, SciELO, LILACS and SCOPUS. Through the Medical Subject Heading Terms (MeSH) the search terms were determined: [(Deglutition Disorders) AND (Ascite)]. The search period for the articles covered the last 11 years (2009 to 2020). **Results:** Through the search it was possible to find 22 articles, after exclusion following the *PRISMA* criteria, 2 studies met the criteria for systematic review. **Conclusion:** Based on the analysis of the articles admitted for this study, which aimed to associate dysphagia with the impact of excess peritoneal fluid (ascites), it was possible to observe that the direct relationship between dysphagia and ascites should be investigated in a broader way, especially studying associated diseases.

Keywords: Ascites, Deglutition Disorders, Speech, Language and Hearing Sciences; Ascitic Fluid, Review.

1 INTRODUÇÃO

A deglutição consiste em uma ação complexa que possui grande importância na vida dos seres humanos, envolvendo estruturas e sistemas que normalmente encaminham o alimento da cavidade oral para o estômago evitando intercorrências, no entanto quando este processo encontra-se alterado é denominado de disfagia (DROZDZ, COSTA, JESUS et al., 2013).

A disfagia pode ocorrer devido a alterações mecânicas, neurogênicas ou psicogênicas. Observa-se que a mesma se manifesta por sinais e sintomas como engasgos e tosse, além do considerável fator de risco para desnutrição, desidratação e pneumonia aspirativa. Há fatores que poderão aumentar as chances de apresentar disfagia, como a idade do paciente, situação neurológica, traqueostomia, cânceres que afetam a região de cabeça e pescoço, bem como outros distúrbios (SCHEEREN, GOMES, ALVES et al., 2017; BARROQUEIRO, LOPES, MORES, 2017). Destaca-se também que qualquer alteração no transporte do bolo alimentar da boca para o estômago pode ser resultante de diversos distúrbios como o acidente vascular cerebral, câncer de cabeça e pescoço, doenças neurológicas progressivas e alteração no quadro clínico geral dos pacientes (O'HORO, ROGUS-POLIA, GARCIA-ALGUELLO et al., 2015).

Importante enfatizar que a encefalopatia é uma alteração que pode ter como consequência a disfagia, além de estar associada a derrames cavitários como causas e/ou sinais e sintomas já descrito na literatura. Nos casos de encefalopatia hepática (EH) que ocorrem devido ao quadro de cirrose, ocorre a ascite e dependendo da gravidade do caso pode levar um derrame pleural (MARIQUE, MELO, BUHLER, 2001; JUNIOR, TEODORO, LUCCHESI et al., 2008; RODRIGUEZ, YURGAKI, ESCOBAR, 2017).

A ascite é caracterizada como acúmulo de líquido livre na cavidade peritoneal (SILVA, 2020). Seu diagnóstico diferencial constitui um desafio para os clínicos e quando precoce é imprescindível, pois algumas de suas manifestações podem se expressar como distúrbios agressivos (COMAR, SCHULZ, ARAÚJO, 2011).

A ascite pode ser desencadeada de distúrbios hepáticos, além disso, condições não relacionadas ao fígado também podem causar esta doença (MSD, 2020). Podendo também ser uma das manifestações da hipertensão portal e é frequentemente associada a edema de membros inferiores. Pode provocar desconforto abdominal ou dificuldade respiratória. Caso haja contaminação bacteriana do fluido ascítico, o paciente pode relatar queixas de dor abdominal de forma intensa (SHAWCROSS, DUNK, JALAN et al., 2015).

A EH pode se manifestar através de comprometimento cognitivo, alterações de personalidade e alterações de sono (SHAWCROSS, DUNK, JALAN et al., 2015). As membranas serosas revestem as cavidades como o abdômen e tórax. Elas possuem a função de fixar os órgãos e permitir que eles se movimentam sem que ocorra atrito estruturais corporais. Quando ocorre um desequilíbrio na quantidade de líquidos nas membranas é denominado derrame cavitário (BIBBO, 2001).

Na cavidade abdominal encontra-se o líquido peritoneal, cujo equilíbrio depende da filtração do plasma que flui através do sangue e dos vasos linfáticos para dentro e para fora da cavidade. Quando ocorre um desequilíbrio desta filtração, se forma a ascite, a qual é denominada como uma concentração de líquidos patológicos na cavidade peritoneal. Diversas doenças possuem como derivação a ascite, as mais frequentes são doenças renais, cardíacas, hepáticas e infecções (HUANG, XIA, ZHU, 2014).

A presente pesquisa apresenta como objetivo principal e norteador associar o impacto da disfagia em pacientes com ascite, visando responder a seguinte pergunta: Qual o possível impacto da disfagia em pacientes com ascite?

2 MÉTODOS**2.1 PROTOCOLO E REGISTRO**

A presente revisão sistemática foi conduzida conforme as recomendações *PRISMA* (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*) (MOHER, SHAMSEER, CLARK, 2015). As buscas por artigos científicos foram conduzidas por dois pesquisadores independentes nas bases de dados eletrônicas MEDLINE (Pubmed), Science Direct, LILACS, SciELO e SCOPUS, sem restrição de idioma e localização, no período de janeiro de 2009 até junho de 2020. Para complementar, foi realizada uma busca por literatura cinzenta no Google Scholar.

A pesquisa foi estruturada e organizada na forma PICOS, que representa um acrônimo para **População** alvo, a **Intervenção**, **Comparação**, “*Outcomes*” (desfechos) e “*Study type*” (tipo de estudo). População de interesse ou problema de saúde (P) corresponde a pacientes; intervenção (I) diz respeito à ascite; comparação (C) corresponde ao disfagia; *outcome* (O) refere-se aos impactos; e os tipos de estudos admitidos (S) foram: estudo descritivo, estudo transversal, estudo observacional, relatos de caso, estudos de caso-controle, ensaios clínicos controlados e estudos de coorte.

TABELA 1. Descrição dos componentes do PICOS

Acrônimo	Definição
P	Pacientes
I	Ascite
C	Disfagia
O	Impacto
S	Estudo descritivo Estudo transversal Estudo observacional Relatos de caso Estudos de caso-controle Ensaos clínicos controlados Estudos de coorte.

Fonte: Desenvolvido pelos autores.

3 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Os descritores foram selecionados a partir do dicionário Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Heading Terms* (MeSH), considerando a grande utilização destes pela comunidade científica para a indexação de artigos na base de dados PubMed. Diante da busca dos

descritores, foi realizada a adequação para as outras bases utilizadas. A combinação de descritores utilizada nas buscas foi: [(Deglutition Disorders) AND (Ascite)].

3.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os desenhos dos estudos admitidos foram dos tipos descritivo, transversal, observacional, de caso-controle, de coorte, ensaios clínicos controlados e relatos de caso. Foram incluídos estudos sem restrição de idioma, período e localização. A Tabela 2 representa os critérios de inclusão e exclusão desenvolvidos nesta pesquisa.

Tabela 2. Síntese dos critérios de inclusão/exclusão

Críticos de Inclusão	
Delineamento	Estudo descritivo Estudo transversal Estudo observacional Relatos de caso Estudos de caso-controle Ensaio clínico controlado Estudos de coorte.
Localização	Sem Restrição
Idioma	Sem restrição
Críticos de Exclusão	
Delineamento	Cartas ao editor Diretrizes Revisões de literatura Revisões sistemáticas Revisão Narrativa Meta-análises
Estudos	Estudos pouco claros Mal descritos ou inadequados
Forma de publicação	Apenas resumo

Fonte: Desenvolvido pelos autores.

Para serem admitidos no presente estudo, as publicações ainda deveriam obter pontuação maior que 6 no protocolo modificado de Pithon et al. (2015), utilizado para avaliar a qualidade dos estudos.

3.2 RISCO DE VIÉS

A qualidade dos métodos utilizados nos estudos incluídos foi avaliada pelos revisores de forma independente (BRA, EM e LFG), de acordo com a recomendação PRISMA (MOHER, SHAMSEER, CLARK, 2015). A avaliação priorizou a descrição clara das informações. Neste ponto, a revisão foi realizada às cegas, mascarando os nomes dos autores e revistas, evitando qualquer viés potencial e conflito de interesses.

3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos estudos publicados nos formatos de Cartas ao editor, diretrizes, revisões de literatura, revisões narrativas, revisões sistemáticas, meta análises e resumos. Estudos que não tenham descrito ou que foram pouco claros ou, ainda, indisponíveis na íntegra, também foram excluídos (Tabela 2).

4 ANÁLISE DOS DADOS

A extração dos dados para o processo de elegibilidade dos estudos foi realizada utilizando-se uma ficha própria para revisão sistemática elaborada por dois pesquisadores em Programa Excel¹, na qual os dados extraídos foram adicionados inicialmente por um dos pesquisadores e, então, conferidos por outro pesquisador. Inicialmente foram selecionados de acordo com o título; em seguida, os resumos foram analisados e apenas os que fossem potencialmente elegíveis foram selecionados. Com base nos resumos, os artigos foram selecionados para leitura integral e admitidos os que atendiam a todos os critérios pré-determinados. Em caso de desacordo entre avaliadores, um terceiro avaliador tomou a decisão sobre a elegibilidade do estudo em questão.

4.1 FORMA DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Inicialmente os revisores de elegibilidade (BRA, EM e LFG) foram calibrados para a realização da revisão sistemática por PH e CTM. Após a calibração e esclarecimentos de dúvidas, os títulos e resumos foram examinados pelos dois revisores de elegibilidade (BRA e LFG), de forma independente. Aqueles que apresentaram um título dentro do âmbito, mas os resumos não estavam disponíveis, também foram obtidos e analisados na íntegra.

Posteriormente, os estudos elegíveis tiveram o texto completo obtido e avaliado. Em casos específicos, quando o estudo com potencial de elegibilidade apresentasse dados incompletos, os autores poderiam ser contatados por e-mail para mais informações, no entanto não foi necessário. Na inexistência de acordo entre os revisores, um terceiro (PH ou CTM) foi envolvido para a decisão final.

4.2 DADOS COLETADOS

Após a triagem, os textos dos artigos selecionados foram revisados e extraído de forma padronizada por três autores (BRA, EM e LFG) sob a supervisão dos outros três (PH e CTM), identificando-se ano de publicação, local da pesquisa, idioma de publicação, tipo de estudo, amostra, método, resultado e conclusão de cada estudo.

4.3 RESULTADO CLÍNICO

O resultado clínico de interesse foi analisar o possível impacto da disfagia em pacientes com ascite. Aquelas publicações que não abordaram essa temática não fizeram parte da amostra da revisão de literatura.

5 RESULTADOS

A partir dos descritores eleitos, os bancos de dados foram consultados e foram obtidos os resultados disponibilizados na Tabela 3.

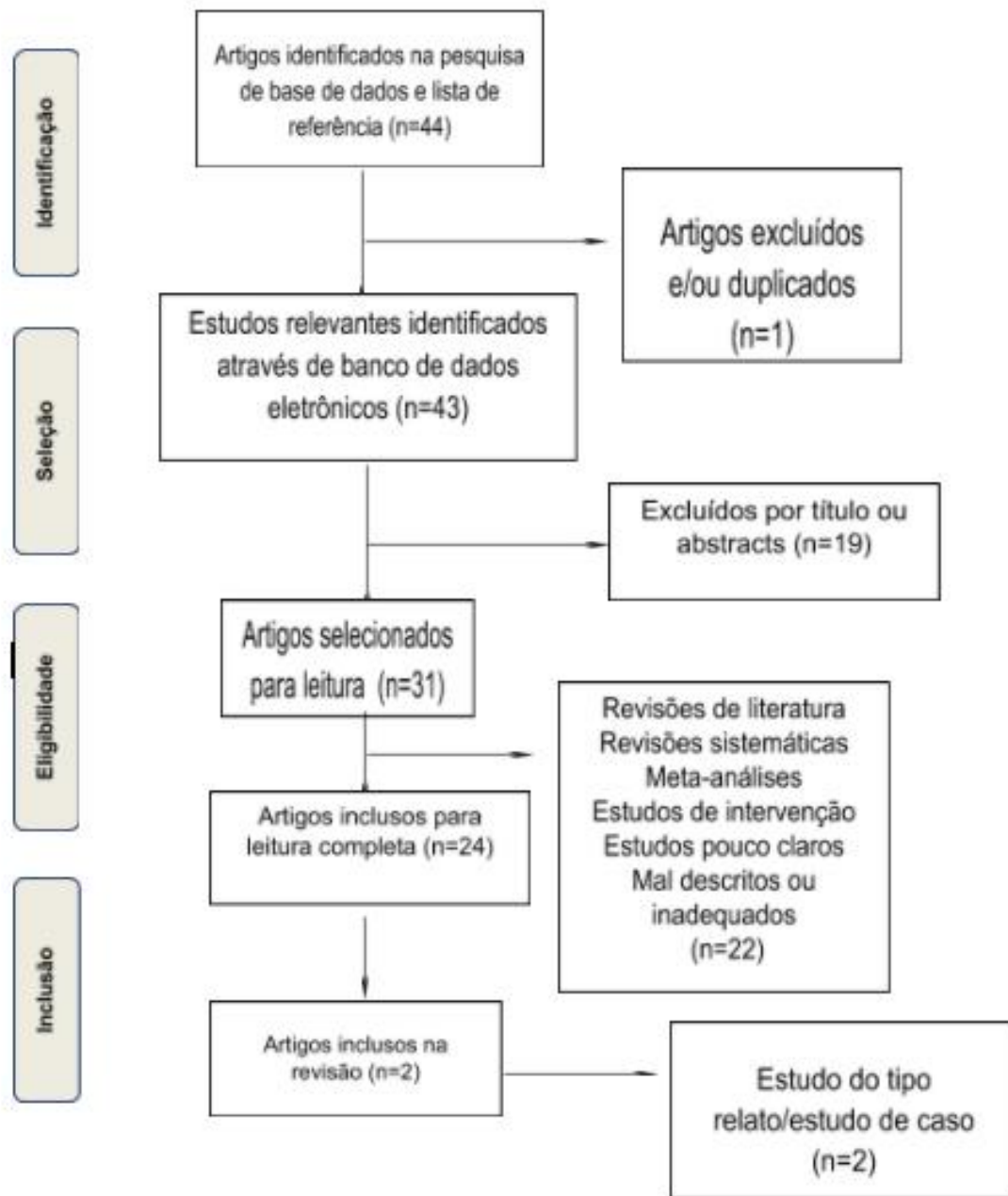
Tabela 3. Classificação das referências obtidas nas bases de dados Pubmed, Scielo, Lilacs, Science Direct e Scopus.

Descritores	Nº	Referências excluídas	Motivo	Selecionado	Banco de dados
[(Deglutition Disorders) AND (Ascite)]	10	8	Excluídos por título (8)	2	Pubmed
[(Deglutition Disorders) AND (Ascite)]	2	2	Duplicados (1); excluídos por abstract (1)	0	Lilacs
[(Deglutition Disorders) AND (Ascite)]	3	3	Excluídos por abstract (3)	0	Scielo
[(Deglutition Disorders) AND (Ascite)]	5	5	Excluídos por título (2); excluídos por abstract (3)	0	Science Direct
[(Deglutition Disorders) AND (Ascite)]	2	2	Excluídos por título (2)	0	SCOPUS
Total	22	20		2	

Fonte: Desenvolvido pelos autores.

Por meio desta busca foi possível selecionar 22 artigos no qual um foi descartado após exclusão por repetição, 12 foram excluídos por titulação, por resumo foram sete excluídos e nenhum artigo excluído por leitura completa, restando dois estudos para revisão sistemática. Os dois estudos (MORIWAKI, OTANI, OKUDA et al. 2014; CHEUNG, SINGANAYAGAM, MOLYNEUX et al., 2015) restantes do tipo relato/estudo de caso foram publicados nos anos de 2014 e 2015. A Figura 1 ilustra o fluxograma do refinamento de exclusão e seleção dos estudos. A descrição dos mesmos estão expostos na Tabela 4.

FIGURA 1. Fluxograma de seleção dos estudos.



Fonte: Desenvolvido pelos autores.

TABELA 4. Síntese dos resultados encontrados no artigo incluído na revisão

Autor/ Ano/ Título	Tipo de Estudo	Resultados	Condutas/Conclusão
Moriwaki Y et al, 2014 ¹⁶ .	Estudo de caso	O estudo apresentou contraindicações para a realização da Gastrostomia Percutânea Endoscópica-PEG, Estômago intratorácico e ascite cirrótica maciça.	Ao pesquisar no banco de dados PubMed, há poucos casos na literatura com qualquer uma dessas contraindicações e nenhum relato contraindicações juntas. Embora o PEG possa reparar um estômago intratorácico, a ascite maciça é uma das condições patológicas causadoras

			da hérnia gástrica do mediastino através do hiato esofágico. O desvio de P-V e o suporte nutricional são essenciais para ascites em massa.
Cheung VTF et al, 2015 ¹⁷ .	Relato de caso	O curto tempo de vida desses paciente com insuficiência hepática fulminante significa que a avaliação imediata é essencial, mas a causas por muitas vezes pode permanecer não diagnosticada em alguns desses pacientes.	Há relatos de insuficiência hepática fulminante em pacientes com câncer de mama, pulmão e metástases no fígado. Em qualquer tipo de câncer podem ocorrer desequilíbrios da função hepática, mas este caso destaca uma apresentação de insuficiência hepática no adenocarcinoma de esôfago.

Fonte: Morikawi et al., 2014; Cheung et al., 2015.

Em relação às características dos estudos encontrados nesta revisão, Moriwaki Y et al. (2014) relataram um caso de suporte nutricional bem-sucedido em uma paciente com ascite cirrótica maciça, com um estômago intratorácico e disfagia introduzindo a gastrostomia antes do shunt PV (ventriculoperitoneal). Já Cheung VTF et al. (2015) descrevem um relato de caso de um homem de 54 anos que apresentou disfagia, perda de peso, dor epigástrica e linfadenopatia cervical.

A paciente do estudo (MORIWAKI, OTANI, OKUDA et al. 2014) era uma mulher de 88 anos de idade e apresentou o quadro de cirrose maciça, hérnia esofágica, luxação do estômago, hipertrofia do segmento lateral do fígado, hipoalbuminemia, trombocitopenia leve e desnutrição. Também apresentou perda de apetite e distúrbio da deglutição por 4 meses.

O exame de imagem gastroscopia realizado no estudo (CHEUNG, SINGANAYAGAM, MOLYNEUX et al., 2015) mostrou uma lesão esofágica menor com as biópsias apresentando displasia de alto grau. A tomografia computadorizada mostrou parede esofágica inferior espessa e linfadenopatia múltipla no tórax/abdome, mas sem metástases hepáticas.

No estudo (MORIWAKI, OTANI, OKUDA et al. 2014) a paciente foi submetida a um método de introdução sequencial em etapas para a colocação segura de PEG da seguinte forma; 1) alongamento total e empurrando para fora do estômago do mediastino para a cavidade peritoneal por inserção profunda e um procedimento de rotação do endoscópio para obter um amplo campo operatório sob o arco costal para a colocação de PEG; 2) distensão total por ar para aderir à parede gástrica à parede peritoneal sem migração do cólon; 3) fixação de quatro pontos do estômago para a parede peritoneal usando um kit de fixação de parede gástrica com endoscopia gastroenterologia e orientação de ultrassom, e 4) punção do introdutor de agulha do tubo de PEG no centro das fixações sob endoscopia gastroenterologia repetida 3 dias após a fixação anterior para confirmar nenhum envolvimento ou lesão do cólon transversal e do segmento lateral do fígado.

Após o diagnóstico, o paciente do estudo (CHEUNG, SINGANAYAGAM, MOLYNEUX et al., 2015) apresentou um grande declínio clínico, vindo a apresentar encefalopatia e com sugestão de insuficiência hepática aguda. Foram refeitas as biópsias e o paciente apresentou adenocarcinoma pouco diferenciado, o paciente veio a óbito antes que uma biópsia hepática planejada fosse realizada. Na autópsia foi observado esofágico disseminado, adenocarcinoma, metástases linfonodais, ascite, metástases hepáticas difusas, substituindo a maioria do parênquima hepático

No estudo (MORIWAKI, OTANI, OKUDA et al. 2014) a tomografia computadorizada e a ultrassonografia após a fixação e a colocação do PEG revelaram que a parede gástrica foi fixada à parede peritoneal imediatamente lateral à borda esquerda do segmento lateral do fígado e sem migração do órgão visceral. A paciente foi alimentada de forma eficaz por 1 mês até morrer de pneumonia. Neste caso, o PEG também pode causar estômago no abdômen, resultando na diminuição de vários sintomas derivados de um estômago intratorácico maciço.

6 DISCUSSÃO

Observa-se, que no estudo de Moriwaki Y et al. (2014), foi verificado que a paciente citada no caso apresentou um quadro de ascite e de disfagia, onde os mesmos não foram, a princípio, diretamente relacionados com alguma etiologia. Desta forma, não podendo excluir a possibilidade de ambos estarem interligados.

Na pesquisa de Cheung VTF et al. (2015), o estudo apresenta um caso de insuficiência hepática com o diagnóstico de câncer de esôfago, onde foi descrito que o paciente apresentou encefalopatia, disfagia e ascite durante o seu quadro clínico, mas não foi possível correlacionar suas etiologias de maneira efetiva. Os autores ressaltam que há relatos em que ocorre insuficiência hepática em diversos tipos de câncer Além disso, é comum que ocorra disfagia em casos de câncer no esôfago.

Fox (1887) em um breve relato de caso descreveu um paciente do sexo masculino de 35 anos de idade, com diagnóstico de câncer esofágico que apresentou disfagia associada a ascite. Verificou-se que a alteração de deglutição foi caracterizada pela alimentação muito prolongada e com a possibilidade de ingestão somente de líquidos. A ascite a princípio não esteve associada com qualquer mudança nos hábitos de vida do paciente ou alterações circulatórias. O autor supõe que o tumor, provavelmente glandular, pressionava o esôfago, impedindo o retorno do sangue da veia cava inferior. O relato tem sua importância tendo em vista que atualmente existe uma indicação da relação entre o câncer gástrico/gastroesofágico, e a disfagia na vida do paciente, principalmente a longo prazo como apontam Park J-H et al. (2014), Sunde B et al. (2016) e Rendón, Oliveros, Sánchez (2016) em seus estudos.

Nazareno, Taves, Preiksaitis (2006) em sua pesquisa, reportaram seis casos de mulheres com alterações do trato gastrointestinal decorrente de câncer metastático de mama e verificaram que três delas apresentaram disfagia e duas ascite, sendo que, estes achados não foram encontrados simultaneamente nos mesmos casos. A disfagia nestes casos foi encontrada devido à pseudo acalásia, envolvendo nervo craniano e constrição esofágica maligna. Além disso, descrevem que a ascite é uma anormalidade comum secundária à carcinomatose peritoneal.

Em outro estudo, os autores concluem que o câncer metastático de mama envolvendo o trato gastrointestinal pode produzir uma importante variedade de alterações clínicas e radiológicas. Os cânceres gástricos são relacionados à disfagia em estudos científicos, geralmente ocorrida como consequência do tratamento do câncer. No trabalho de Yu W et al. (2016) onde mudanças cronológicas na qualidade de vida a longo prazo após gastrectomia demonstraram que, cinco anos após a cirurgia a disfagia ainda se faz presente na vida do paciente, ou seja um comprometimento a longo prazo.

Uma revisão de literatura realizada por Maeda (2015) aborda diversos estudos em que pacientes com câncer gástrico apresentam ascite severa, alegando que 8% a 13,5% dos pacientes com base nos dados disponíveis no estudo, apresentam ascite severa em alguma fase do câncer gástrico.

Lello et al. (2016) realizaram um estudo com objetivo de avaliar os sinais, sintomas e casos de mortalidade a curto e longo prazo de pacientes que realizaram cirurgia para câncer gástrico. Os sinais e sintomas investigados a longo prazo foram disfagia, vômitos, dispepsia, fadiga, hematêmese, perda de peso, tumor abdominal, ascite e anemia. Os autores não relatam a relação entre os achados, somente a relação com a sobrevivência, demonstrando que a alguns destes sinais e sintomas encontrados em longo prazo incluindo a disfagia e a ascite, estão relacionados ao pior prognóstico de sobrevida.

Nguyen et al. (2015) relataram um caso de uma mulher de 60 anos com refluxo gastroesofágico de longa duração e hérnia paraesofágica, que compareceu ao pronto socorro com disfagia, vômito e dor epigástrica aguda. A paciente referiu que a disfagia progrediu durante um mês. Foi realizada uma tomografia computadorizada que, além da hérnia paraesofágica, constatou um acúmulo de líquidos na cavidade peritoneal. Após 6 dias do reparo da hérnia e da colocação da drenagem do líquido ascítico a paciente recebeu alta com restrição de gordura na dieta. Tabernilla et al (2009) em seu estudo sobre hérnia paraesofágica, aponta que a disfagia se apresenta como um sintoma em quinze de noventa casos estudados, portanto significativo.

Importante ressaltar que em 80% dos casos, a ascite ocorre devido à hipertensão portal relacionada à cirrose. Uma série de sinais clínicos, biológicos e histológicos vincula ascite à cirrose.

Na cirrose, a ascite está interligada com a diminuição da pressão osmótica coloidal, a qual está diretamente ligada à insuficiência hepática, hipertensão portal e aumento da pressão hidrostática, desta forma, e a ascite nesse processo ocorre devido ao maior aumento de líquido na cavidade peritoneal do que sua capacidade de reabsorção (CARRIER, JACQUES, DEBETTE-GRATIEN et al., 2014).

Nos casos de cirrose é comum estar associada à encefalopatia. O mecanismo fisiopatológico da EH é pouco conhecido e estudos sugerem que o acúmulo de amônia resultante do comprometimento da depuração hepática está diretamente relacionado aos efeitos negativos sobre a função cerebral. A EH é caracterizada por alterações neuropsiquiátricas e suas manifestações clínicas ocorrem através do declínio cognitivo, confusão mental, diminuição das habilidades motoras finas, asterixis, neuropatia periférica, clônus, sinal de Babinsk, postura de descerebração ou decorticação, bradicinesia, sintomas extrapiramidais e coma (LANNA, COELHO, MARTINS et al., 2011).

Considerando estes achados, a disfagia pode estar associada às alterações neurológicas decorrentes da EH. Segundo Fernandes et al. (2017), alguns quadros clínicos com alterações cognitivas podem resultar em disfagia, não somente devido a alteração da execução e controle motor, mas por falhas de percepção, processamento, comportamento e gerenciamento da função.

Em um estudo realizado por Altman et al. (2010), que teve como objetivo verificar as comorbidades associadas à disfagia em pacientes hospitalizados verificaram que a disfagia esteve mais comumente associada a alterações de fluido ou eletrolíticas, seguida por alterações esofágicas, acidente vascular encefálico, pneumonia aspirativa, infecção do trato urinário e insuficiência cardíaca, aumentando o tempo de internação e a mortalidade.

7 CONCLUSÃO

Com base nos artigos admitidos para esse estudo que direcionou associar a disfagia com o impacto do excesso de líquido peritoneal (ascite), foi possível observar a relação direta entre disfagia e ascite, no entanto os estudos deverão de uma forma mais ampliada investigada, principalmente as doenças associadas. Foi constatado a relação da ascite com o câncer gastroesofágico, hérnia paraesofágica e carcinomatose peritoneal, podendo nestes casos a disfagia estar presente.

A disfagia também pode estar presente nos casos de ascite associada à cirrose, que apresenta como consequência a EH, onde apresenta quadros de alterações neurológicas, desta forma, desencadeando a disfagia.

REFERÊNCIAS

1. Drozd DRJC, Costa C, Jesus PRO, Trindade MS, Weiss G, Neto ABM et al. Pharyngeal swallowing phase and chronic cough. *International Archives Of Otorhinolaryngology*. 2013; 16 (04): 502-8.
2. Scheeren B, Gomes E, Alves G, Marchiori E, Hochhegger B. Chest CT findings in patients with dysphagia and aspiration: a systematic review. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2017; 43 (04): 313-18.
3. Barroqueiro PC, Lopes MKD, Moraes AMS. Critérios fonoaudiológicos para indicação de via alternativa de alimentação em unidade de terapia intensiva em um hospital universitário. *Revista Cefac*. 2017; 19 (02): 190-97.
4. O'Horo JC, Rogus-Pulia N, Garcia-Arguello L, Robbins J, Safdar N. Bedside diagnosis of dysphagia: A systematic review. *Journal Of Hospital Medicine*. 2015, 10 (04): 256-65.
5. Manrique D, Melo ECM, Bühler RB. Alterações nasofibrolaringoscópicas da deglutição na encefalopatia crônica não-progressiva. *Jornal de Pediatria*. 2001; 78 (01): 66-70.
6. Junior MAB, Teodoro V, Lucchesi LM, Ribeiro TCR, Tufik S, Kondo M. Detecção de encefalopatia hepática mínima através de testes neuropsicológicos e neurofisiológicos e o papel da amônia no seu diagnóstico. *Arquivos de Gastroenterologia*. 2008, 46 (01): 43-49.
7. Rodriguez JFV, Yurgaki JM, Escobar RR. Compromiso pulmonar en la enfermedad hepática: una actualización. *Fac. Med, Bogotá*. 2017, 25 (01): 102-13.
8. Silva LS. MANEJO PRÁTICO DA ASCITE. [internet] Acessado em: 10 ago. 2020. Disponível em: http://www.doencasdofigado.com.br/Ascites_PBE_e_paracentese.pdf
9. Comar SR, Schulz T, Araújo Machado N, da Silva França F, Haas P. Análise citológica do líquido peritoneal. *Estudos de Biologia*. 2011; 32: 76-81.
10. MSD Manual. Ascite. [internet] Acessado em: 10 ago. 2020. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-hep%C3%A1ticos-e-biliares/abordagem-ao-paciente-com-doen%C3%A7a-hep%C3%A1tica/ascite>
11. Shawcross DL, Dunk AA, Jalan R, Kircheis G, Knekt G, Laleman W et al. How to diagnose and manage hepatic encephalopathy. *European Journal Of Gastroenterology & Hepatology*. 16 out. 2015, 28 (02): 146-152.
12. Bibbo M. Aspectos Clínicos e Laboratoriais dos Derrames Cavitários. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. 241 p.
13. Huang L-L, Xia HH-X, Zhu S-L. Ascitic Fluid Analysis in the Differential Diagnosis of Ascites: Focus on Cirrhotic Ascites. *Journal Of Clinical And Translational Hepatology*. 2014, 2 (01): 58-64.
14. Moher D, Shamseer L, Clarke M. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev*. 2015;4(1):1.
15. Pithon MM, Sant'anna LIDA, Baião FCS, Santos RL, Coqueiro RS, Maia LC. Assessment of the effectiveness of mouthwashes in reducing cariogenic biofilm in orthodontic patients: a systematic review. 2015; 43:297–308.
16. Moriwaki Y, Otani J, Okuda J, Niwano T, Sawada Y, Nitta T et al. Successful nutritional support for a dysphagic patient with massive cirrhotic ascites and intrathoracic stomach

- using percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). *Nutrition*. 12 mai. 2014, 30 (11-12): 1456-59.
17. Cheung VTF, Singanayagam J, Molyneux A, Rajoriya N. Dysphagia to liver failure. *Bmj Case Reports*. 2015, 1-2.
 18. Fox EL. Case of Dysphagia Accompanied by Ascites. *The British Medical Journal*. 1887, 105-6.
 19. Park J-H, Song H-Y, Kim SH, Shin JH, Kim JH, Kim BS et al. Metallic Stent Placement in Patients with Recurrent Malignant Obstruction in the Surgically Altered Stomach. *Annals Of Surgical Oncology*. 2014, 21 (06): 2036-43.
 20. Sunde B, Ericson J, Kumagai K, Lundell L, Tsai JA, Lindblad M et al. Relief of dysphagia during neoadjuvant treatment for cancer of the esophagus or gastroesophageal junction. *Diseases Of The Esophagus*. 2016, 29 (05): 442-27.
 21. Rendón J, Oliveros R, Sánchez R. Mortality in patients with esophageal and gastroesophageal tumors treated with self-expandable stents. *Revista de La Facultad de Medicina*. 2016, 64 (03): 493-502.
 22. Nazareno J, Taves D, Preiksaitis HG. Metastatic breast cancer to the gastrointestinal tract: A case series and review of the literature. *World Journal Of Gastroenterology*. 14 out. 2006, 12 (38): 2219-24.
 23. Yu W, Park KB, Chung HY, Kwon OK, Lee SS. Chronological Changes of Quality of Life in Long-Term Survivors after Gastrectomy for Gastric Cancer. *Cancer Research And Treatment*. 2016, 48 (03): 1030-36.
 24. Maeda H. Evaluation and treatment of malignant ascites secondary to gastric cancer. *World Journal Of Gastroenterology*. 2015, 21 (39): 10936-47.
 25. Lello E, Furnes B, Edna T. Short and long-term survival from gastric cancer. A population-based study from a county hospital during 25 years. *Acta Oncologica*. 2006, 46 (03): 308-15.
 26. Nguyen V, Vassaur H, Buckley FP. Spontaneous chylous ascites, chylomediastinum and bilateral chylothoraces encountered during laparoscopic incarcerated paraesophageal hernia repair. *Journal Of Surgical Case Reports*. 2015 (10): 01-03.
 27. Tabernilla MD, Ruiz-Tovar J, Marino RG, García PC, Hernández JDP, Vaisman AC et al. Hérnia hiatal paraesofágica. Cirurgia aberta vs. laparoscópica. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2009, 101 (10): 706-9.
 28. Carrier P, Jacques J, Debette-Gratien M, Legros R, Sarabi M, Vidal E et al. L'ascite non liée à la cirrhose : physiopathologie, diagnostic et étiologies. *La Revue de Médecine Interne*. 2014, 35 (06): 365-71.
 29. Lanna AP, Coelho BC, Martins IOC, Oliveira IC, Cunha JS, Barreto LV et al. Abordagem terapêutica na encefalopatia hepática. *Rev Med Minas Gerais*. 2011, 21 (6): 77-80.
 30. Fernandes AMF, Oda AL, Adriana Leico. Disfagia Neurogênica. In: Dedivitis RA, Santoro PP, Sugueno LA. *Manual Prático de Disfagia: Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro: Revinter Ltda. 2017, 45.
 31. Altman KW, Yu GP, Schaefer SD. Consequence of Dysphagia in the Hospitalized Patient. *Archives Of Otolaryngology-head & Neck Surgery*. 2010, 136 (8): 784-89.