



## AVALIAÇÃO DOS GRAUS DE ESCAPE ORAL POSTERIOR EM PACIENTES AVALIADOS POR MEIO DE VIDEOENDOSCOPIA DA DEGLUTIÇÃO EM HOSPITAL TERCIÁRIO

**Assessment of the degrees of posterior oral leakage in patients evaluated through video endoscopy of swallowing in a tertiary hospital**

Eduardo Otto Gomes<sup>1</sup>; Lidiane Maria de Brito Macedo Ferreira<sup>2</sup>; Nícolas da Cunha Conrado<sup>1</sup>; Henrique de Paula Bedaque<sup>3</sup>

1. Medical Student, Federal University of Rio Grande do Norte. Natal, RN.
2. Professor of the Department of Surgery, Federal University of Rio Grande do Norte. Natal, RN
3. Otorhinolaryngologist. Federal University of Rio Grande do Norte. Natal, RN. University Hospital Onofre Lopes, Anaesthesiology Division

---

Study performed at Department of the Surgery, Federal University of Rio Grande do Norte.

Financial support: None.

Conflicts of interest: None.

Corresponding author: proflidianeotorrino@gmail.com

Submitted: ago 28; accepted after revision, sep 09, 2025.

---

### RESUMO

**Objetivo:** O escape oral posterior (EOP) é um achado frequente em pacientes disfágicos sendo verificado por meio da videoendoscopia de deglutição (VED). Esse achado pode representar riscos à qualidade dos afetados e está relacionado muitas das vezes a etiologia causadora e sintomas associados. **Metodologia:** A presente pesquisa avaliou cinquenta e nove pacientes com queixa de disfagia em que a partir da VED pode-se classificar o escape oral posterior com base na escala de gravidade de Souza, 2021. **Resultados:** Obteve-se do total a validação de vinte e nove pacientes classificados em cinco graus de EOP, os quais apontaram para a predominância de doenças neurológicas como principal etiologia, além de evidenciar queixas como engasgo, entalo e tosse como as mais prevalentes. **Conclusão:** Os números apontaram para a relação de predominância tanto de doenças neurológicas, quanto da sintomatologia de engasgo, entalo e tosse para os maiores níveis de gravidade de EOP, obtendo mais de 77% de prevalência dos sintomas acima no grau V de EOP.

**Palavras-chave:** Disfagia. Videoendoscopia. Escape oral posterior. Hospital-terciário.

---

---

## ABSTRACT

**Objective:** Posterior oral leak (POE) is a frequent finding in dysphagic patients and is verified by means of swallowing videoendoscopy (VED). This finding may pose risks to the quality of those affected and is often related to the causative etiology and associated symptoms. **Methodology:** The present research evaluated fifty-nine patients with dysphagia complaints, in which the posterior oral leakage can be classified based on the Souza, 2021 severity scale. **Results:** The validation of twenty-nine patients classified into five degrees of EOP was obtained from the total, which pointed to the predominance of neurological diseases as the main etiology, in addition to showing complaints such as choking, choking and coughing as the most prevalent. **Conclusion:** The numbers pointed to the relationship of predominance of both neurological diseases and the symptoms of choking, choking and coughing for the highest levels of POE severity, obtaining more than 77% prevalence of symptoms above in POE grade V..

**Keywords:** Dysphagia. Videoendoscopy. Posterior oral escape. Tertiary hospital.

---

## INTRODUÇÃO

A deglutição é um importante evento mecânico-neural na vida das pessoas que possibilita o processo de alimentação natural por meio de movimentos voluntários e involuntários<sup>1,2</sup>. Ao sofrer alterações em seu funcionamento normal se torna patológico, recebendo o nome de disfagia orofaríngea. Essa mudança é caracterizada pelo mau funcionamento do transporte do alimento a partir da entrada na cavidade bucal, na faringe e de sua condução do esôfago até o estômago, que pode resultar no escape do alimento para a laringe ou a sua permanência na orofaringe.

Os eventos disfágicos são prevalentes em maior parte na população acima de 50 anos e principalmente nos idosos. Além disso, comumente estão associados a quadros neurológicos como o pós-acidente vascular cerebral (AVC), Doença de Parkinson, Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Paralisia Cerebral e Demência, além de outros acometimentos como câncer na região de cabeça e pescoço, consequências do uso de medicamentos e traumas crânio-encefálicos (TCE)<sup>1,3</sup>. Ao se manifestar clinicamente nesses indivíduos, pode ocasionar emagrecimento, desnutrição, desidratação e aspiração, que pode resultar em broncopneumonia aspirativa<sup>1</sup>.

A avaliação clínica em conjunto com a realização de exames complementares se torna fundamental para a confirmação do diagnóstico de disfagia. Dentre os exames complementares destaca-se exame de videoendoscopia da deglutição (VED), o qual é padrão-ouro para diagnóstico no processo de investigação<sup>3</sup>. Tal exame permite analisar a fase de passagem do alimento da orofaringe para a faringe (fase faríngea), bem como a aferição da sensibilidade da laringe e a observação das estruturas anatômicas<sup>4</sup>. Durante o exame, ocorre a oferta dos alimentos, a partir da qual podem-se identificar algumas alterações tais como presença de escape oral posterior (EOP), acúmulo de

resíduos em valéculas e seios piriformes, presença de deglutições múltiplas, penetração e aspiração laríngea. Esses critérios são utilizados para definir a gravidade da disfagia.

A EOP, portanto, caracteriza-se pelo escape de alimento pela base da língua até distintas regiões faríngeas, antes de ocorrer a resposta de deglutição antes da presença do *white-out*.

Dessa maneira, o presente trabalho busca avaliar a prevalência do escape oral posterior em pacientes com disfagia, em consequência de seu quadro patológico, avaliados por meio de VED em hospital terciário para que seu estudo possa embasar a instituição de medidas de prevenção do EOP e de suas complicações, bem como da conscientização acerca da doença.

## **OBJETIVOS**

O trabalho teve como objetivo a análise da incidência de escape oral posterior (EOP) nas videoendoscopias de deglutição (VED) realizadas nos pacientes com sintomas e sinais de disfunções disfágicas atendidos pelo ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL). Assim, foi avaliado o grau de tal disfunção por meio da escala de SOUZA, 2021 e associada, caso possível, com o estado de saúde e queixas dos pacientes.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo longitudinal com coleta de dados de setembro de 2021 a maio de 2022. A amostra foi coletada por conveniência, a partir dos pacientes agendados para o ambulatório de disfagia do Hospital Universitário Onofre Lopes.

Os pacientes entrevistados se dispuseram a responder um questionário com perguntas gerais sobre sua saúde, comorbidades e sinais e sintomas relacionados à deglutição. Em seguida, foram submetidos ao exame de videoendoscopia da deglutição para avaliar o grau de disfagia, segundo o protocolo de Langmore, 1988<sup>5</sup> e classificação de Macedo, 2000<sup>6</sup>. Dentre os critérios observados na VED, será classificada a presença de EOP com auxílio da escala de Souza, 2021, além da escala de Yale<sup>7</sup>.

Para a avaliação dos graus de Escape Oral Posterior, foi recentemente padronizada o seu grau de alteração a partir de uma escala de gravidade desenvolvida (SOUZA,2021) a partir da ingestão de alimentos de consistência padronizada em pastosa e líquida espessada, associada a um corante azul para facilitar a visualização dos resíduos de alimentos pela VED. Tal escala classifica a EOP em 5 achados: I, ausência de EOP; II, a cabeça do bolo alimentar toca o pilar das fauces e a base da língua antes do *white-out*; III, a cabeça do bolo alimentar toca as valéculas antes do *white-out*; IV a cabeça do bolo alimentar está acima de seios piriformes antes do *white-out*; V, a cabeça do bolo alimentar chega até os seios piriformes antes do *white-out*<sup>3</sup>.

## **Critérios de inclusão**

O estudo considerou como critérios de inclusão as queixas dos pacientes referentes a dificuldade de mastigar, tempo prolongado para engolir, necessidade de engolir várias vezes para o alimento, restos de comida dentro da boca após engolir, dor ao engolir, sensação de alimento parado na garganta, escape de alimento pelo nariz durante a alimentação, tosse ou pigarro constante durante a alimentação, engasgos frequentes durante as refeições, perda de peso e necessidade de mudanças na consistência dos alimentos.

### **Critérios de exclusão**

Foram excluídos da pesquisa os pacientes sem condições clínicas para realização do exame de videoendoscopia da deglutição, a exemplo de pacientes terminais, acamados que não conseguem sentar para receber dieta, infectados com Covid-19 ou outras infecções respiratórias graves, desorientados ou que não respondam a simples comandos.

O trabalho foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes sob o número 3.655.378 em que foi respeitado as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa com seres humanos, regido pela resolução número 466/2012 – CNS.

### **RESULTADOS**

O estudo contemplou 59 pacientes, dos quais 28 (47,5%) tiveram sucesso na avaliação do grau de escape oral posterior, enquanto 31 (52,5%) não tiveram validação. Dentro os validados conforme a classificação de Souza, 2021 e Yale, pode-se observar a distribuição exemplificada no Gráfico 1 com os graus de EOP V e III empataados com 9 pacientes cada, seguidos pelo grau II, com 4, e graus I e IV com 3 cada.

Além do mais, a pesquisa teve como resultado diante da amostra de 28 voluntários uma média de idade total equivalente de 64,3 anos. No entanto, ao avaliar apenas os pacientes dos grupos II, III, IV e V, que de fato possuem EOP confirmado, teve-se uma média de idade de 63,5 anos. Para cada grau de EOP verificou-se que os com maior quantidade de voluntários pertencentes apresentaram uma média de 58 anos, grau III e V, enquanto os graus I, II e IV obtiveram respectivamente 67, 68,5 e 69 anos.

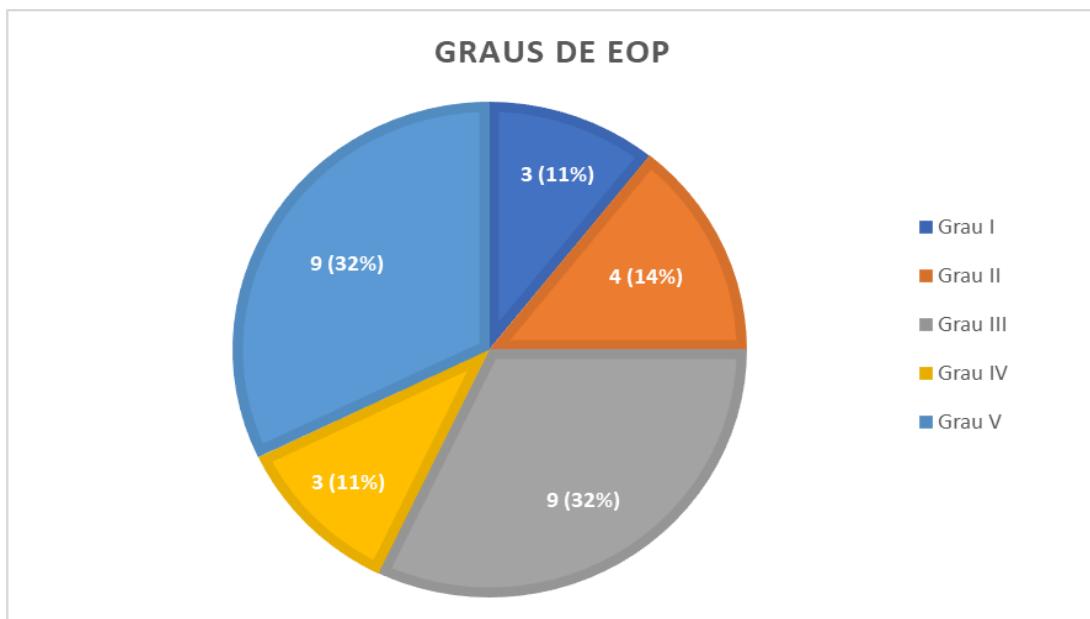


Gráfico 1 – Distribuição percentual dos pacientes segundo o Grau de EOP

Em relação aos diagnósticos dos pacientes avaliados com o grau de escape oral posterior exemplificado no gráfico 2, verificou-se número igual de doentes com AVE e com causa idiopática com ambos 9 pacientes (32,1%), seguido pela Doença de Parkinson com 3 (10,7%) e, posteriormente por ELA com 2 pacientes (7,1%).

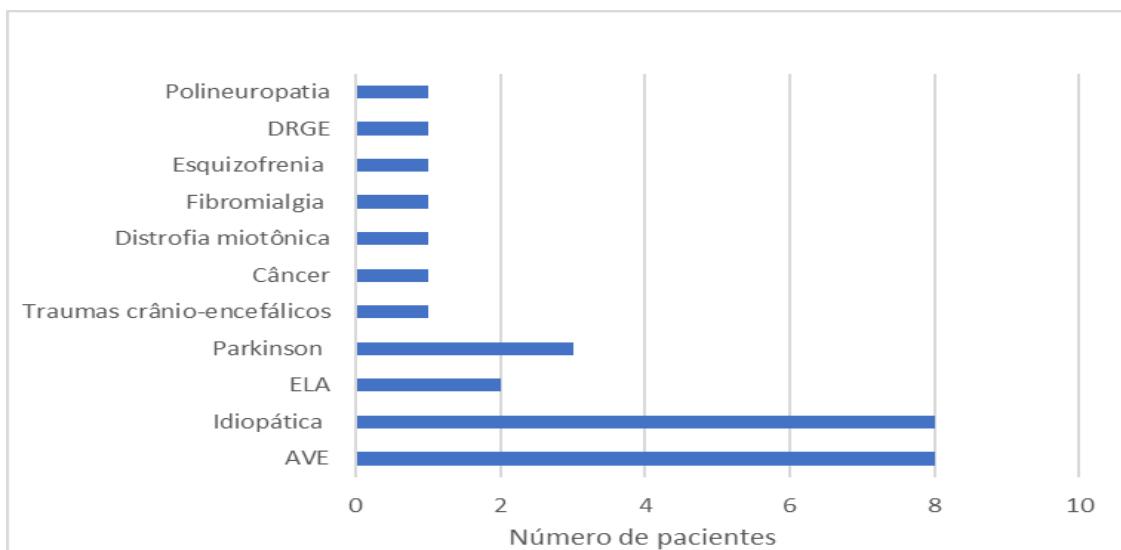


Gráfico 2 – Diagnóstico dos pacientes avaliados com graus de EOP

Dentre os grupos de graus de EOP com maior quantidade de pacientes, observou-se que no grupo de Grau III, com um total de 9 pacientes, houve variância na quantidade de etiologias, apresentando em maior número 2 pacientes com AVE e o restante apresentando apenas 1 para cada diagnóstico (Gráfico 3). Por outro lado, no grupo grau V com um total também de 9 pacientes, predominou em maior quantidade o AVE com 3, seguido por causa idiopática e doença de Parkinson com 2 cada (Gráfico 4).

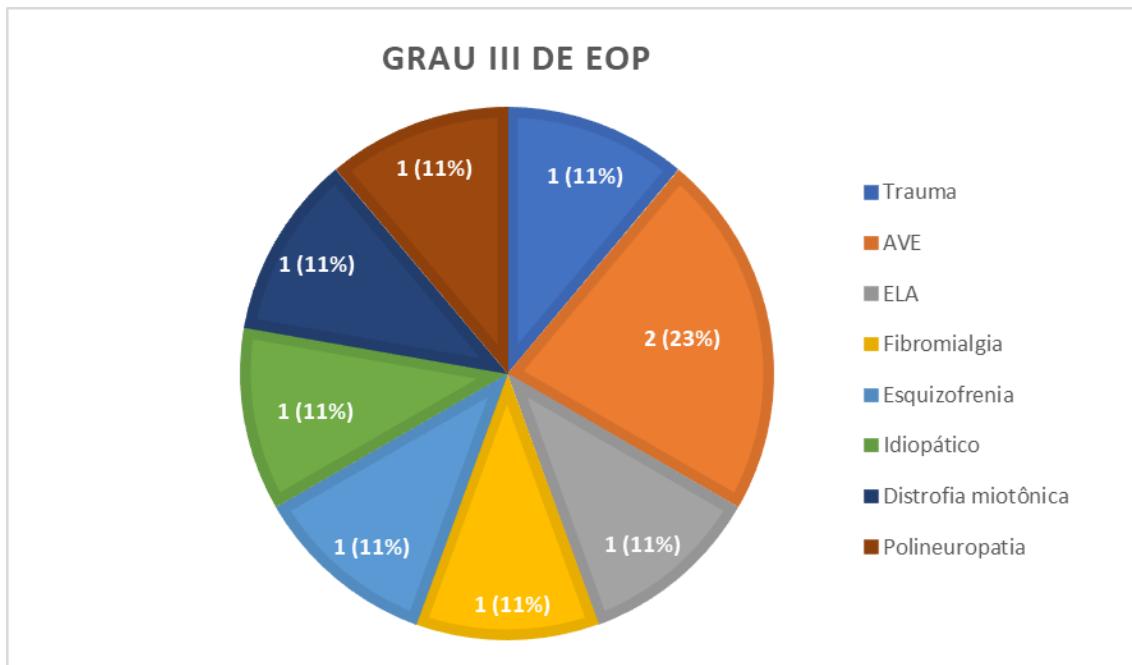


Gráfico 3 – Diagnóstico dos pacientes do grupo Grau III de EOP

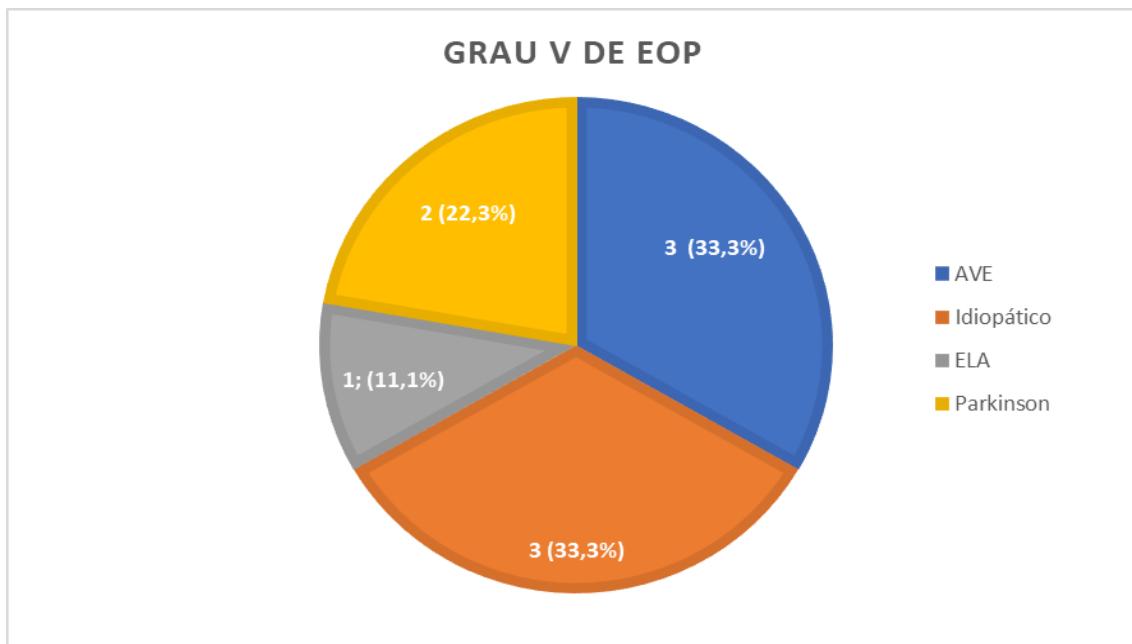


Gráfico 4 – Diagnóstico dos pacientes do grupo Grau V de EOP

No contexto das principais queixas referidas pelos pacientes com escape oral posterior (refluxo nasal, entalo e engasgo) obteve-se uma total de 25 indivíduos. Esse valor não inclui o grupo de Grau I de EOP, visto que os pacientes não apresentaram escape oral posterior. Dentro dessa amostra, verificou-se que dos 25 pacientes, 18 (72%) apresentaram entalo e tosse, 20 (80%) com presença de engasgo e uma quantidade dividida de indivíduos com refluxo nasal, tendo 7(25%) com a presença (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das queixas em cada Grau de EOP

Graus de EOP	Refluxo nasal		Engasgo		Entalo		Tosse	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
EOP II	1	3	4	0	4	0	2	2
EOP III	3	6	7	2	5	4	6	3
EOP IV	0	3	1	2	2	1	2	1
EOP V	3	6	8	1	7	2	8	1

Destrinchando os grupos com maior quantidade de entrevistados, observou-se que dos 9 pacientes do grupo grau V de EOP, 7 (77,7%) apresentaram entalo e 8 (88,8%) apresentaram engasgo e tosse. Por outro lado, no grupo III, também com 9 pacientes, 5 (55,5%) apresentaram entalo, 7 (77,7%) engasgo e 6 (66,6%) tosse

## DISCUSSÃO

A amostra dos 25 pacientes avaliados na pesquisa com EOP confirmado demonstrou uma média de idade total de 63,5 anos. Esse valor é consonante com os dados epidemiológicos que confirmam que de fato a população idosa é a mais afetada pelo problema, mas em contrapartida os resultados obtidos mostraram que o nível de gravidade de escape oral posterior não é necessariamente proporcional à idade. Tal análise se baseia no dado do grupo classificado no grau V que teve como média 58 anos, enquanto o grau II 68,5 anos.

No quesito etiológico do total dos pacientes com escape oral posterior, pode-se entrar em concordância com outro dado epidemiológico o qual demonstra as doenças neurológicas como principais causas de disfagia. Nessa perspectiva, o AVE, doença de Parkinson e ELA foram as doenças que mais acometeram os pacientes. No entanto, a causa idiopática se encontra empatada com o acidente vascular encefálico como principais doenças que acometem os voluntários avaliados.

Analisando-se os dois grupos com maior quantidade de voluntários classificados, grupo de grau III e V pode-se discutir alguns fatos. A classificação de EOP III apresentou 9 pacientes acometidos por diversas etiologias, mas ainda assim se verifica não só uma pequena prevalência de AVE, como também a maior causa no grupo, com 2 pacientes afetados.

Por outro lado, no grupo V também com 9 pacientes teve como etiologias o AVE (3 pacientes), ELA e Doença de Parkinson com 2 indivíduos cada e causa idiopática com 3. Pode-se inferir, portanto, certa relação proporcional entre a gravidade do EOP com o acometimento por parte de doenças neurológicas, destacando-se principalmente o AVE.

Ademais, pode-se levantar a questão da grande quantidade de pacientes com disfagia relacionada às causas idiopáticas. Isso pode estar relacionado a inúmeras

questões, dentre elas a fragilidade do sistema público em promover diagnósticos eficientes ou não procura dos pacientes pela origem do problema.

Em relação às queixas dos voluntários levantou-se 4 principais sintomas: refluxo nasal, entalo, engasgo e tosse. O refluxo nasal não se mostrou prevalente nos diferentes grupos com classificação de EOP, não podendo se estabelecer uma proporcionalidade com a qualidade de vida dos indivíduos. Já diante dos sintomas de engasgo, entalo e tosse verificou-se a predominância quase completa da sua presença na vida dos pacientes.

Ainda nesse contexto, os três sintomas referidos acima se correlacionaram com a predominância no grupo de grau V de EOP em que mais de 77% dos pacientes apresentaram tal queixa. Isso demonstra que a presença dessas queixas está intimamente presente na vida de pacientes com maior gravidade de escape oral posterior.

## **CONCLUSÃO**

O estudo em questão demonstrou que o escape oral posterior verificado por meio da VED está relacionado de fato à maior faixa etária, mas não necessariamente a gravidade de escape oral posterior. Em relação ao perfil etiológico desses pacientes, concluiu-se que as causas neurológicas se mostraram as mais prevalentes nos pacientes com EOP e se relacionam com pacientes de maior gravidade. Por outro lado, é válido a investigação da predominância também das causas idiopáticas nesses pacientes. Além disso, queixas como tosse, engasgo e entalo foram sintomas predominantes e sugestivos de uma relação fidedigna com o panorama de pacientes com escape oral posterior mais graves. Portanto, evidencia-se a necessidade de maiores cuidados do perfil de paciente mais idoso com as queixas citadas, para que tenham desde cedo o tratamento correto aplicado a fim de garantir a qualidade de vida e impedir o agravamento do quadro.

## REFERÊNCIAS

1. SANTORO, Patrícia Paula. Editorial II-disfagia orofaríngea: panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras. Revista Cefac, v. 10, 2008.
2. REAL, Caroline Santana et al. Caracterização do escape posterior tardio na deglutição. In: CoDAS. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2020.
3. SOUZA, Giovana Aparecida Dias de. Confiabilidade inter e intra-juízes da escala de classificação para escape oral posterior na videoendoscopia de deglutição. 2021.
4. SOUZA, G. A. D. et al. Desempenho longitudinal da deglutição orofaríngea na distrofia miotônica tipo 1. Audiology Communication Research, v. 24, 2019.
5. LANGMORE, SE; SCHATZ, K; OLSEN, N. Fiberoptic endoscopic examination of swallowing safety: a new procedure. Dysphagia. 1988; 2(4): 216-9
6. MACEDO FILHO, ED. Avaliação Endoscópica da Deglutição (VED) na abordagem da disfagia orofaríngea. In: JACOBI, Juliana da Silva; LEVY, Débora Salle; CORREA, Luciano. Disfagia: Avaliação e Tratamento. 1º ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2003, p. 332-342.
7. NEUBAUER, PD; RADEMAKER, AW; LEDER SB. The Yale Pharyngeal Residue Severity Rating Scale: An Anatomically Defined and Image-Based Tool. Dysphagia. 2015; 30: 521-528