

# ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM UM CASO DE DOENÇA MISTA DO TECIDO CONJUNTIVO

## *Speech Language Pathology influence in a case of mixed connective tissue disease*

Leila Maria de Almeida Mendes <sup>(1)</sup>, Cláudia Guarisi Mendes <sup>(2)</sup>,  
Maria Inês Beltrati Cornacchioni Rehder <sup>(3)</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** relatar a atuação fonoaudiológica em um caso de doença mista do tecido conjuntivo. **Métodos:** relato de caso de paciente do gênero feminino, 50 anos, portadora de doença mista do tecido conjuntivo. Encaminhada para atendimento fonoaudiológico por apresentar comprometimento da deglutição caracterizado por engasgos e limitação importante da abertura oral. Descrição através de dados de avaliação e terapia fonoaudiológica. **Resultados:** na avaliação funcional da deglutição constatou-se dificuldade na deglutição de líquidos e sólidos, alterações na movimentação de língua e bochechas, acúmulo de resíduos no vestíbulo, engasgo e tosse pós-deglutição. Restrição muscular nos movimentos dos órgãos fonoarticulatórios durante a fala, sensibilidade dolorosa na face e limitação de abertura oral. Através de questionamento sobre dieta alimentar, constatou-se dificuldades de deglutição para determinados alimentos e sintomas de refluxo gastroesofágico. A fonoterapia visou trabalho miofuncional para melhora da tensão muscular através de exercícios e manipulações orofaciais. Utilizou-se manobras específicas para disfagia, promovendo mobilidade e elevação de laringe. Orientações sobre dieta e postura alimentar. Pós fonoterapia constatou-se deglutição normal nas fases oral e faríngea, melhora significativa na dieta, normalidade de abertura oral e na fala. Acompanhamento quinzenal visando prevenção de seqüelas fibróticas. **Conclusão:** a atuação fonoaudiológica mostrou-se efetiva, contribuindo para proporcionar normalidade na fala, na deglutição, na alimentação e na abertura oral, bem como aumento significativo na qualidade de vida da paciente.

**DESCRITORES:** Fonoaudiologia; Doença Mista do Tecido Conjuntivo; Deglutição / reabilitação

### ■ INTRODUÇÃO

A doença mista do tecido conjuntivo (DMTC) é caracterizada quando a esclerose sistêmica (ES) ocorre em associação com o lúpus eritematoso sistêmico (LES) e polimiosite (PM), na presença de altos títulos de anticorpos anti-U1 ribonucleoproteína (U1-RNP) <sup>1-4</sup>. Por agregar manifestações clínicas de várias doenças reumáticas auto-imunes, foi denominada doença mista do tecido conjuntivo <sup>3</sup>. Trata-se de doença universal, sem qualquer predisposição racial ou étnica. Ocorre

mais no sexo feminino e incide predominantemente na segunda e terceira décadas de vida <sup>2</sup>. De etiologia desconhecida, seu diagnóstico é baseado em achados clínicos e laboratoriais.

A forma de apresentação clássica é a associação entre fenômeno de Raynaud, edema difuso das mãos (dedos em salsicha), artralgia, comprometimento pulmonar, alteração da motilidade esofágica e miopatia inflamatória proximal <sup>2</sup>. O fenômeno de Raynaud é observado em 85% dos casos e caracteriza-se por crises de palidez e/ou cianose de extremidades, às vezes seguidas por rubor, desencadeadas pelo frio ou estresse emocional <sup>5</sup>.

Observa-se fraqueza muscular em 70% dos pacientes. Dor e rigidez articular são os sintomas mais comuns na fase inicial da DMTC. A miosite é uma de suas mais importantes manifestações clínicas. Entre os pacientes com manifestações gastrointestinais, 65% têm sintomas e alterações manométricas do envolvimento esofágico <sup>3</sup>.

- (1) Fonoaudióloga da FONOESP – Jundiaí. Especialista em Motricidade Oral.
- (2) Fonoaudióloga da FONOESP – Jundiaí. Especialista em Motricidade Oral.
- (3) Fonoaudióloga da Parole Fonoaudiologia. Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de São Paulo.

O LES é uma doença inflamatória crônica que se caracteriza por acometer múltiplos órgãos e apresentar alterações da resposta imunológica com presença de auto-anticorpos dirigidos sobretudo contra proteínas do próprio corpo. As manifestações clínicas mais freqüentes são: comprometimento cutâneo, articular, hematológico, renal, neurológico, cardiopulmonar, vascular, de linfonodos do sistema digestivo e ocular<sup>6</sup>.

A PM é uma doença sistêmica, de etiologia desconhecida, embora mecanismos imunológicos pareçam ter um importante papel na sua patogênese. Os achados clínicos mais freqüentes são: fraqueza muscular progressiva, mialgia, disfagia, diminuição dos reflexos profundos e dispnéia<sup>7-8</sup>.

A ES é doença inflamatória crônica idiopática, que se caracteriza por dano endotelial microvascular associado à produção e deposição excessiva de colágeno nos tecidos. As manifestações clínicas mais freqüentes são: disfagia<sup>9-10</sup>, fenômeno de Raynaud e esclerodermia<sup>5-9</sup>, que é o comprometimento cutâneo característico da ES. A pele apresenta-se inflamada com edema na fase inicial. Os sinais são mais evidentes na face e nas mãos, e pela manhã. A seguir aparece a fase fibrótica quando a pele vai se tornando progressivamente espessada, seca e com perda de elasticidade. Na face, o espessamento cutâneo leva à perda das rugas de expressão e ao afilamento labial, com redução da abertura oral, conferindo ao paciente um aspecto característico. A fase atrófica inicia-se após período variável de anos<sup>5</sup>.

Na DMTC pode-se observar comprometimento da musculatura<sup>2-3</sup>, da articulação têmporo-mandibular<sup>11</sup> e presença de disfagia orofaríngea e esofágica<sup>1-3,12</sup>.

O quadro de disfagia orofaríngea é um dos sintomas que preocupa os profissionais que acompanham os pacientes e, encontra-se relacionado à ineficiência mastigatória, resultando em uma progressiva dificuldade na captação, mastigação, formação e ejeção do bolo alimentar. Ocorre, desta forma, alteração da onda pressórica de ejeção oral, um dos mecanismos responsáveis pela abertura da transição faringoesofágica<sup>13</sup>.

A mastigação pode ser a função estomatognática mais prejudicada quando existe algum tipo de alteração da articulação têmporo-mandibular, principalmente associado à patologias inflamatórias<sup>14</sup>.

Na fase preparatória da deglutição, observa-se que prejuízos na mastigação relacionados à limitação da amplitude dos movimentos e à redução de força mastigatória interferem significativamente na realização adequada das funções estomatognáticas<sup>14</sup>.

Como a redução da abertura oral, o afilamento labial, a integridade da fase oral e o sincronismo com as demais fases de deglutição são fatores que interferem na dinâmica das funções estomatognáticas, a intervenção terapêutica visa a estabilização ou remis-

são de alguns desses sintomas. As técnicas terapêuticas de adequação da musculatura perioral e da musculatura supra e infra-hióidea tem se mostrado de grande valia na reabilitação da deglutição<sup>15</sup>.

O objetivo do presente estudo é relatar a atuação fonoaudiológica em um caso de doença mista do tecido conjuntivo.

## ■ MÉTODOS

Trata-se de relato de caso com dados do prontuário, avaliação fonoaudiológica e descrição da fonoterapia realizada durante doze meses semanalmente, e com acompanhamento quinzenal após esse período.

A presente pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC), aprovada sob o número 101/04, considerada como sendo sem risco e com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### Relato do Caso

Paciente, 50 anos, gênero feminino, portadora de doença mista do tecido conjuntivo. Foi encaminhada pelo reumatologista para tratamento fonoaudiológico com queixa de dificuldade para deglutir, engasgos freqüentes, tosse pós-deglutição, limitação de abertura oral e sintomas de refluxo.

Os primeiros sintomas de dor muscular, com evolução progressiva, limitaram gradativamente os movimentos dos membros superiores e inferiores interferindo de maneira importante nas funções de vida diária. A dificuldade de abertura oral conduziu a hipótese diagnóstica de doença auto-imune. O diagnóstico foi confirmado através de exames laboratoriais, clínicos, videofluoroscopia, tomografia e ecocardiograma. Iniciou o tratamento médico com quimioterapia (bomba de contenção) associada à medicação específica.

O exame videofluoroscópico evidenciou dificuldade no movimento de ejeção do bolo alimentar, provocando estase em valéculas e recesso piriforme. Evidenciou ainda diminuição da motilidade faríngea.

Na avaliação manométrica do esôfago (exame de procedimento simples e seguro que adiciona informações sobre a função muscular e fisiopatologia dos mecanismos da deglutição<sup>16</sup>), constatou-se alteração motora caracterizada por hipotonia e ausência de atividade contrátil.

Através da tomografia comprovou-se 30% de perda da capacidade pulmonar por fibrose, ocasionando dispnéia durante esforços físicos, tosse, pigarro e incoordenação pneumofonoarticulatória. Foi encaminhada para fisioterapia respiratória utilizando complementação de oxigênio.

De acordo com a anamnese dirigida (utilizou-se

também, questionário de prevalência de sintomas digestivos<sup>12</sup>), a paciente relatou engasgos durante refeições com diversos tipos de alimentos. Restrição muscular durante a fala e sensibilidade dolorosa na face. Dificuldade de abertura oral na apreensão de alimentos mais volumosos. Sintomas digestivos como regurgitação, pirose, plenitude e estufamento. Essas queixas foram avaliadas e devidamente consideradas na orientação de condutas.

Na avaliação fonoaudiológica (protocolo sugerido por Marchesan<sup>17</sup>), constatou-se dificuldade na deglutição de líquidos e de alimentos de consistência sólida (utilizou-se pão francês e água). Na avaliação da mastigação, observou-se acúmulo de resíduos no vestíbulo superior direito, sugerindo alteração na ação dos músculos bucinadores e da língua. Ao deglutir, notava-se escape lateral de líquido, engasgos e tosse pós-deglutição. Melhor performance com alimento pastoso.

A abertura oral máxima apresentava-se reduzida: 30 mm (medida com paquímetro<sup>18-19</sup>). Sensação dolorosa ao tentar a abertura máxima.

Apresentava edema facial mais acentuado no lado direito da face, ocasionando assimetria. Maior dificuldade ao realizar movimentos dos órgãos fonoarticulatórios (OFA) no lado direito (protrusão e lateralização labial). Sensação dolorosa ao executar movimentos do músculo bucinador predominantemente lado direito (inflar bochechas). Sem alterações articulatórias significativas.

Iniciou-se a fonoterapia com o objetivo de aumentar a força de ejeção do bolo alimentar durante a deglutição para a eliminação de resíduos alimentares e dos engasgos; diminuir o edema facial; melhorar a simetria de movimentação dos órgãos fonoarticulatórios e aumentar a abertura oral máxima. Foram realizadas ainda, orientações relativas aos sintomas digestivos.

Como a absorção e o fluxo linfático são influenciados pela compressão externa dos tecidos, massagens orofaciais foram utilizadas com o objetivo de preparar a musculatura para o trabalho miofuncional. Os exercícios miofuncionais visavam a adequação da musculatura quanto à mobilidade e funcionalidade dos OFA. A disfagia foi trabalhada através de manobras para deglutição que promovessem mobilidade e elevação da laringe como os procedimentos de deglutição supersupra glótica, deglutição de esforço e manobra de Mendelsohn. As orientações a respeito da dieta incluíam modificações alimentares quanto à consistência, volume e frequência. Foram abordadas: medidas anti-refluxo para sintomatologia esofágica<sup>2</sup>, estratégias de alimentação e manobras posturais de cabeça, com o objetivo de promover deglutição segura<sup>13</sup>.

Pós-fonoterapia constatou-se deglutição normal nas fases oral e faríngea, não ocorrência de engasgos, eliminação de resíduos alimentares, normalida-

de na abertura oral (40mm). Possibilidade de ingestão de qualquer alimento e redução dos sintomas digestivos.

Após estabilização do quadro, manteve-se acompanhamento quinzenal por solicitação médica, visando a prevenção de seqüelas fibróticas.

## ■ DISCUSSÃO

O tratamento da DMTC deve ser individualizado conforme as manifestações preponderantes em cada paciente. A intervenção deverá ocorrer precocemente. As orientações terapêuticas pautam-se pelos protocolos de tratamento no LES, na PM e na ES<sup>3</sup>. Estão indicados corticosteróides, e imunossupressores para os casos mais graves<sup>2-3</sup>.

A alimentação é necessária para a sobrevivência. A capacidade de comer depende, entre outros fatores, da capacidade de deglutir<sup>20</sup>. A deglutição é um fenômeno dinâmico ligado à manutenção da higidez biológica, que se verifica pela ingestão de nutrientes adequados, absorvidos e incorporados pelo organismo. É dividida didaticamente, segundo a região em que o fenômeno ocorre, em fases oral, faríngea e esôfago-gástrica. A fase oral por sua vez ser subdividida nos estágios de preparo, qualificação, organização e ejeção<sup>21</sup>.

As estruturas osteomúsculo-articulares, responsáveis pela morfofuncionalidade da boca, organizam-se para a ejeção. Esta se cumpre pelo ajustamento das paredes bucais e projeção posterior da língua, gerando pressão propulsiva, conduzindo o bolo e transferindo pressão para a faringe. A integridade morfofuncional das estruturas envolvidas na dinâmica de ejeção, influencia na qualidade da mesma<sup>21</sup>. A língua participa de maneira importante na fase oral, através de seus músculos intrínsecos e extrínsecos, no transporte do bolo alimentar em direção à faringe<sup>15</sup>. A força propulsiva indispensável na condução do alimento é gerada na cavidade oral<sup>21</sup>.

A disfagia e suas conseqüências foram pesquisadas por diferentes profissionais com o objetivo de melhorar o processo terapêutico e a qualidade de vida daqueles que sofrem de dificuldade de deglutição<sup>20</sup>. Número significativo de doenças está associado a distúrbios da deglutição como parte de seu quadro clínico<sup>21</sup>. Foi observada presença superior a 50% de disfagia orofaríngea e esofágica em pacientes portadores de doenças do tecido conjuntivo<sup>12</sup>. As alterações da motilidade esofágica favorecem uma disfagia motora e refluxo gastroesofágico<sup>22</sup>. Vários trabalhos reconhecem que o trato gastrointestinal pode ser extensamente afetado na DMTC<sup>12</sup>.

A videofluoroscopia tem sido considerada como o melhor método para avaliação da deglutição<sup>21</sup>. No presente caso, esse exame constatou altera-

ções nas fases oral, faríngea e esofágica. Notou-se dificuldade significativa no movimento de ejeção do bolo alimentar.

Durante o ato mastigatório, contraem-se coordenadamente vários grupos musculares, entre eles os mastigatórios, os músculos da língua, e os faciais, especialmente os bucinadores e orbiculares dos lábios<sup>23</sup>. A ineficiência do músculo bucinador e a alteração da tonicidade da língua dificultam a lateralização do alimento. As partículas que restam na cavidade oral não são recolhidas e ocasionam acúmulo de resíduos<sup>24</sup>.

O trabalho miofuncional pode contribuir para adequação da mobilidade, sensibilidade e tonicidade das estruturas musculares que influenciam na organização e contenção do bolo dentro da cavidade oral, bem como na eficiência da ejeção oral. O exercício melhora a força muscular, permitindo manter a amplitude dos movimentos e reduzindo a incapacidade<sup>25</sup>.

Os sintomas de distúrbio de deglutição como: dificuldade em iniciar a deglutição e tosse durante ou após a deglutição, podem levar os pacientes à quadros de complicações se não forem reconhecidos e tratados<sup>16</sup>.

Técnicas e estratégias terapêuticas são aplicadas procurando desenvolver mecanismos de adaptação ou compensação com o objetivo de promover uma deglutição segura<sup>13</sup>. As orientações sobre dieta visam a prevenção do acometimento esofágico, pois o freqüente refluxo gastro-esofágico contribui para o

agravamento da doença<sup>10</sup>. Orientações sobre hábitos de alimentação e mastigação são iniciativas que contribuem nas condições de sobrevivência e maior qualidade de vida<sup>20</sup>.

Achados radiológicos da articulação têmporo-mandibular em estudos de pacientes com doenças reumáticas, apontam alterações significativas, incluindo restrição da abertura oral máxima<sup>11</sup>.

O sintoma de limitação da abertura oral durante as refeições foi significativo para o correto diagnóstico da doença. Os exercícios específicos do acompanhamento fonoadiológico possibilitaram aumento e manutenção da abertura oral máxima atingindo a normalidade.

Observou-se melhora em todos os aspectos trabalhados, principalmente quanto à eficiência da deglutição. Isso foi comprovado no segundo exame de videofluoroscopia onde se constatou deglutição normal nas fases oral e faríngea.

## ■ CONCLUSÃO

A atuação fonoadiológica terapêutica a um indivíduo portador de doença mista do tecido conjuntivo contribuiu para proporcionar normalidade na fala, na deglutição, na abertura oral máxima, na dieta alimentar, ocasionando aumento significativo na qualidade de vida da paciente. O acompanhamento fonoadiológico contribuiu ainda para evitar maiores seqüelas fibróticas da doença.

## ABSTRACT

**Purpose:** to report the influence of speech language therapy in a case involving mixed conjunctive tissue disease. **Methods:** a case report of a 50-year-old female patient suffering from mixed conjunctive tissue disease. The patient was directed to speech therapy department as she presented problems with swallowing, which were characterized by chokes and important restriction of oral opening. Description through assessment data and speech therapy. **Results:** the functional assessment of swallowing showed a problem with the swallowing of both liquids and solids, alteration in the movement of the tongue and cheeks, accumulation of residues in the vestibule, chokes and cough after swallowing. Muscular restriction to movements of the phonoarticulatory organs during speech, painful face, and restriction to oral opening. Problems when swallowing certain foods and symptoms of gastroesophagic reflux were detected by questions related to feeding habit. With a miofunctional approach, the therapy aimed at improving muscle tension by means of exercises and orofacial manipulations. Specific maneuvers were used to treat dysphagia, thus promoting mobility and the elevation of the larynx. Guidance on feeding habits and posture. After the speech therapy deglutition was normal both in the mouth and pharynx phases, there were significant improvement of feeding habits, and both mouth opening and speech were normal. Fortnightly follow-up was established to avoid fiber sequela. **Conclusion:** speech language therapy was effective, contributing to provided normal speech ability, swallowing, feeding and oral opening, as well as a significant improvement in the patient's quality of life.

**KEYWORDS:** Speech, Language and Hearing Sciences; Mixed Conjunctive Tissue Disease; Deglutition / rehabilitation

## REFERÊNCIAS

- 1.Zuber M. Criteria for diagnosis and classification of connective tissue diseases. *Rev Bras Reumatol* 1997; 37:47-52.
- 2.Trevisan VFM, Andrade LEC. Doença mista do tecido conjuntivo e síndromes de superposição. In: Prado FC, Ramos JA, Valle JR, organizadores. *Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Artes Médicas; 2001. p. 1395-6.
- 3.Carvalho ES, Andrade LEC. Doença mista do tecido conjuntivo. In: Schor N, Sato EI. *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP/Escola Paulista de Medicina*. São Paulo: Manole; 2004. p. 163-9.
- 4.Tierney Junior LM, McPhee SJ, Papadakis MA. Current medical diagnosis & treatment. In: Hellmann DB, Stone JH. *Arthritis & musculoskeletal disorders*. San Francisco: Lange Medical Books; McGraw-Hill; 2002. p. 833-89.
- 5.Pucinelli MLC, Andrade LEC. Esclerose sistêmica. In: Prado FC, Ramos JA, Valle JR, organizadores. *Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Artes Médicas; 2001. p. 1387-90.
- 6.Sato EI. Lúpus eritematoso sistêmico. In: Prado FC, Ramos JA, Valle JR, organizadores. *Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Artes Médicas; 2001. p. 1382-7.
- 7.Barea LM, Kruse G, Targa LV, Saldanha MO. Polimiosite: enfoque atual. *Rev Pesq Med* 1993; 27:49-54.
- 8.González BS, Aching GTM, Belisón AS, Sánchez AFP. Importancia de la neurorrehabilitación intensiva en la polimiositis. *Med Reabil* 2001; 57:24-8.
- 9.Saputelli E, Melchor E, Fioretti E, Cano A, Daza JJ, Oberto C. Esclerodermia: revisión clínico-patológica en el Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". *Salus Mlitiae* 2000; 25:55-8.
- 10.Sampaio-Barros PD, Lopes LR, Andreollo NA, Cunha AG, Sâmara AM, Brandalise NA, et al. Tratamento cirúrgico da doença de refluxo gastroesofágico na esclerose sistêmica. *Rev Bras Reumatol* 2004; 44:98-103.
- 11.Helenius LM, Hallikainen D, Helenius I, Meurman JH, Könönen M, Leirisalo-Repo M, Lindqvist C. Clinical and radiographic findings of the temporomandibular joint in patients with various rheumatic diseases: a case-control study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 99(4):455-63.
- 12.Machado WM, Freire BFA, Rocha OM, Azambuja CAP, Oliveira MEC. Proposta de questionário para caracterização da prevalência de sintomas digestivos nas doenças difusas do tecido conjuntivo. *Arq Gastroenterol* 2004; 41:64-70.
- 13.Chiappetta AL, Oda AL, Annes M. Miopatias. In: Chiappetta AL. *Conhecimentos essenciais para atender bem o paciente com doenças neuromusculares: Parkinson e Alzheimer*. São José dos Campos: Pulso; 2003. p. 41-3.
- 14.Bianchini EMC, Mangilli LD. Disfunções temporomandibulares e deglutição. In: Marchesan IQ. *Tratamento da deglutição: a atuação do fonoaudiólogo em diferentes países*. São José dos Campos: Pulso; 2005. p. 117-32.
- 15.Rehder MI. Atuação fonoaudiológica nos distúrbios funcionais da deglutição. In: Marchesan IQ. *Tratamento da deglutição: a atuação do fonoaudiólogo em diferentes países*. São José dos Campos: Pulso; 2005. p. 199-211.
- 16.Oda AL, Chiappetta ALML, Anne M, Marchesan IQ, Oliveira ASB. Avaliação clínica, endoscópica e manométrica da deglutição em pacientes com miastenia grave autoimune adquirida. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2002; 60(4):986-95.
- 17.Marchesan IQ. Como avalio e trato as alterações da deglutição. In: Marchesan IQ. *Tratamento da deglutição: a atuação do fonoaudiólogo em diferentes países*. São José dos Campos: Pulso; 2005. p. 149-98.
- 18.Silva HJ, Cunha DA. Considerações sobre o uso do paquímetro em motricidade oral. *Rev Fono Bras* 2003; 2:59-66.
- 19.Silva HJ, Cunha DA. Avaliação e tratamento das alterações da deglutição. In: Marchesan IQ. *Tratamento da deglutição: a atuação do fonoaudiólogo em diferentes países*. São José dos Campos: Pulso; 2005. p. 133-48.
- 20.Mansur LL. Changing eating habits: what does it really mean for patients who do not complain about eating difficulties? *São Paulo Med J* 2004; 122(5):187.
- 21.Yamada EK, Siqueira KO, Xerz D, Koch HÁ, Costa MMB. A influência das fases oral e faríngea na dinâmica da deglutição. *Arq Gastroenterol* 2004; 41:18-23.
- 22.Cohen H, Arburuas C. Transtornos funcionales del esôfago. *Arch Méd Int* 1997; 19:155-64.
- 23.Junqueira P. A importância da fase oral na dinâmica da deglutição. In: Costa M, Castro LP. *Tópicos em deglutição e disfagia*. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 31-6.
- 24.Cattoni DM. Alterações da mastigação e deglutição. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limonge SCO. *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo: Roca; p. 277-91.
- 25.Vannucci AB, Zerbini CAF. Miopatias inflamatórias idiopáticas. *Rev Soc Bras Clin Méd* 2004; 2(4):103-8.

RECEBIDO EM: 10/01/06

ACEITO EM: 12/03/06

Endereço de correspondência:

Av. Nove de Julho, 1677

Jundiaí – SP

CEP: 13208-010

Tel: (11) 45231093

E-mail: cymarell@terral.com.br