

PRODUÇÃO TÉCNICA

DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL DIDÁTICO OU INSTRUCIONAL

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU- UNESP

Programa de PG em Medicina

Mestrado Profissional Associado à Residência Médica

MEPAREM

AUTOR: MESTRANDA THAÍS GOMES ABRAHÃO ELIAS

ORIENTADOR: PROF. DR. JOSÉ VICENTE TAGLIARINI

CO-ORIENTADOR: PROF. DRA. REGINA HELENA GARCIA MARTINS

Título: “Fluxograma diagnóstico na imobilidade laríngea”

OBJETIVO: Projeto realizado com o objetivo de orientar os alunos e residentes no atendimento de pacientes que apresentam rouquidão.

O CASO APRESENTADO NESTE PROJETO É REAL, E RESULTANTE DA BUSCA ATIVA FEITA PELO RESIDENTE PÓS GRADUANDO NOS ARQUIVOS DO HC E O MESMO TENDO PARTICIPANDO DA CONDUÇÃO DO DESFECHO CLÍNICO. POR QUESTÕES ÉTICAS NÃO SERÃO FORNECIDAS INICIAIS OU RG DO PACIENTE. TODAS AS CRÍTICAS APRESENTADAS SÃO CONSTRUTIVAS VISANDO A MELHOR FORMAÇÃO DE NOSSOS ALUNOS E RESIDENTES.

Pergunta: Qual a apresentação clínica e fluxograma diagnóstico na imobilidade laríngea?

OBJETIVOS

- 1- Atentar para o diagnóstico de um importante achado do exame físico
- 2- Não limitar investigação a alterações do Nervo Laríngeo Recorrente
- 3- Discutir a indicação dos exames de imagem e abordagens cirúrgicas
- 4- Mostrar diagnósticos diferenciais

SÍNDROME DE ORTNER: UMA CAUSA INCOMUM DE ROUQUIDÃO EM IDOSOS.

Resumo

Este trabalho foi elaborado no intuito de alertar a equipe hospitalar sobre a importância do exame físico adequado nos pacientes que chegam queixando de rouquidão. Afinal, alteração da movimentação das pregas vocais é um importante achado e pode ser, por exemplo, o primeiro achado de neoplasias.

O caso a ser discutido apresentou-se como um desafio para a equipe de otorrinolaringologia e cirurgia de cabeça e pescoço, devido a manifestação não habitual da patologia tanto no ponto de vista anatômico quanto epidemiológico.

O paciente em estudo apresentava como única queixa a rouquidão, descobrindo-se o problema de base ao solicitar exames complementares para investigar a causa da imobilidade de prega vocal esquerda.

Apesar de não ser possível abordagem cirúrgica do caso clínico, devido as condições clínicas do paciente, o mesmo mantém acompanhamento na otorrinolaringologia e cirurgia vascular tendo melhora das aspirações e mantendo a queixa de rouquidão.

Introdução

Imobilidade de pregas vocais é um termo genérico usado para descrever a restrição do movimento das pregas vocais, quando elas não possuem movimento de abdução e adução. No entanto, acaba englobando também pacientes que possuem mobilidade passiva das pregas vocais¹. Talvez o melhor termo para ser usado seja prejuízo da movimentação das pregas vocais. A diferenciação entre hipomobilidade e imobilidade, unilateralidade ou bilateralidade, é muito importante na determinação da etiologia, na escolha do tratamento, bem como em relação ao prognóstico².

A laringe desempenha funções primordiais para a manutenção da vida do indivíduo. Suas principais funções são: proteção das vias aéreas, respiração e fonação. A laringe protege as vias aéreas durante a deglutição, coordena as vias aéreas superiores durante a respiração e promove o controle da fonação por meio de mecanismos intrínsecos em conjunto com a faringe e cavidades oral e nasal^{3,4}.

Para a manutenção das funções da laringe é necessária uma perfeita integração entre as suas vias aferentes (sensibilidade) e eferentes (motora). O ramo interno do nervo laríngeo superior é o responsável pela sensibilidade da região supraglótica até o nível da face superior das pregas vocais e o ramo externo em associação com o nervo laríngeo recorrente (NLR) também é responsável pela sensibilidade da subglote^{5,6}.

Importante não limitar investigação de imobilidade laringea apenas a alterações do Nervo Laríngeo Recorrente. Afinal, a alteração da movimentação das pregas vocais é um importante achado do exame físico e pode ser, por exemplo, o primeiro achado de neoplasias. Para simplificar o estudo, pode-se dividir essa restrição da mobilidade em dois grandes grupos, aqueles relacionados à alteração do Nervo Laríngeo Recorrente e aqueles não relacionados.

Dentre as causas, podemos dividir em: cardíaca e vascular; neoplásica; cirúrgica e iatrogênica; inflamatória; infiltrativa; infecciosa; traumática⁷.

Na investigação é importante fazer exame otorrinolaringológico completo. Iniciando-se pela anamnese, em que se têm nove perguntas principais que devem ser feitas: Há quanto tempo sua voz esta diferente? Teve algum episódio anterior rouquidão? História recente de cirurgia ou trauma? Tabagismo? Queixas dispépticas? Fatores de melhora e piora? Mudanças recentes no dia a dia? Dificuldade em escutar? Você faz uso da voz em quais atividades do dia a dia?

Quando ocorre bilateralmente a paralisia de pregas vocais apresenta-se tipicamente acompanhada de obstrução de via aérea. A voz pode apresentar-se aguda ou razoavelmente boa, devido à posição paramediana de ambas as pregas. Muitas vezes pode configurar uma emergência respiratória. Nos casos de paralisia unilateral de prega vocal, observa-se tipicamente disfagia, incoordenação pneumofonoarticulatória, fadiga vocal, rouquidão, redução da

intensidade, redução da extensão vocal, perda da projeção vocal e sopro na voz, cujo grau de severidade pode manifestar-se de acordo com o grau de incompetência glótica^{8,9}.

No exame físico, é importante realizar laringoscopia indireta, exame simples que permite uma visão ampla de base de língua, valécula, epiglote, seio piriforme e pregas vocais. Além disso, possibilita avaliação do reflexo de vômito e tremor ou outras alterações da musculatura. Na palpação da região cervico facial identifica-se assimetrias, linfonodomegalias ou outras alterações.

Atualmente, os otorrinolaringologistas possuem exames complementares que auxiliam na investigação e identificação de alterações que provocam a queixa do paciente. Os mais importantes são: videolaringoscopia flexível e telescopia associada a estroboscopia.

Importantes exames de imagem a serem solicitados são: radiografia de tórax, tomografia computadorizada de encéfalo, pescoço e mediastino. Afinal, o nervo laríngeo recorrente direito origina-se do nervo vago quando este passa anteriormente à primeira porção da artéria subclávia direita, circunda a artéria subclávia inferior e posteriormente, e alcança o espaço entre a traquéia e o esôfago. O nervo laríngeo recorrente esquerdo origina-se quando o nervo vago circunda inferiormente o arco aórtico, em torno do ligamento arterioso e ascende, numa trajetória vertical em direção ao pescoço, para se situar no sulco traqueoesofágico^{10,11,12}.

No tratamento, quando há lesão do Nervo Laríngeo Recorrente sem possibilidade de regeneração tem-se as seguintes opções:

- Laringoplastia (medialização) → restauração da boa qualidade vocal, melhora da função respiratória e proteção da via aérea. Os resultados dessa técnica têm sido excelentes para o tratamento da insuficiência glótica ocasionada por paralisia unilateral de corda vocal ou por arqueamento da mesma devido a atrofia (idade avançada, doença neurológica ou causas idiopáticas) ou por cicatriz rígida da mesma¹³.
- Adução de aritenóide → excelente procedimento para o fechamento de um gap posterior grande e para o realinhamento de pregas vocais desniveladas. É especialmente útil para tratar os casos com aspiração crônica¹⁴.
- Reinervação → utiliza um seguimento do músculo omóioideo junto com o nervo alça descendente do hipoglosso que é ramo do nervo hipoglosso.

Nos casos com possibilidade de recuperação em que o paciente deseja uma melhora imediata ou apresenta aspiração pode-se fazer^{15,16,17,18}:

- Injeção de gordura autóloga → bem tolerado na prega vocal e injeções repetidas podem ser feitas, se necessário. Uma incerteza que se tem é a taxa de absorção da gordura pelo tecido vocal.
- Injeção de teflon → tem uma série de desvantagens: formação de granuloma, cicatrização e migração do material
- Injeção de ácido hialurônico → embora haja alguma reabsorção, esta pode ser compensada por nova injeção de ácido hialurônico com melhoria da voz a longo prazo

Apresentação do Caso:

MLRL, 79 anos, procurou o ambulatório de otorrinolaringologia queixando-se de rouquidão súbita há aproximadamente um mês, associada a tosse produtiva e engasgos. Apresentava antecedentes de tabagista, hipertensa e doença renal crônica. Na laringoscopia se observou presença de paralisia de prega vocal esquerda e aspiração de saliva. No exame do pescoço não foram encontrados abaulamentos ou linfonodomegalias.

Foram solicitados os seguintes exames complementares. A tomografia computadorizada (TC) de crânio e pescoço estavam normais e na TC de tórax foi identificado um aneurisma sacular medindo 6,9 x 5,8 cm em crista da aorta (Figura 1).

A paciente não apresentava condições clínicas para procedimento cirúrgico e mantém acompanhamento ambulatorial e fonoterapia. Apresentou melhora das aspirações, no entanto não teve mudança do padrão vocal.

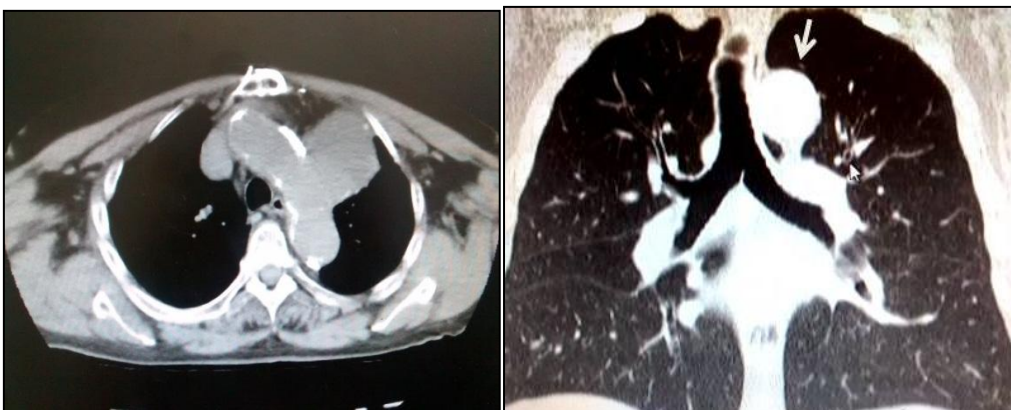


Figura 1

Lição a ser aprendida neste caso:

Relato de caso refere-se à Síndrome de Ortner, que corresponde a paralisia de prega vocal resultante da compressão do nervo laríngeo recorrente em seu trajeto intratorácico em consequência de alterações cardiovasculares; tais como, dilatação das câmaras cardíacas, aneurisma, persistência ou dilatação do canal arterial e defeitos septais. Os principais sintomas são rouquidão e aspiração, como descrito neste caso. Destacamos, portanto, a importância desse diagnóstico e dos exames de imagem na investigação de imobilidade laríngea em pacientes idosos.

Sugestões para leitura:

- 1) Rosenthal LH, Benninger MS, Deeb RH. Vocal fold immobility: a longitudinal analysis of etiology over 20 years. *Laryngoscope*. 2007;117(10):1864-70.
- 2) Krishna P, Rosen CA. Office-based arytenoid palpation for diagnosis of disorders of bilateral vocal fold immobility. *Ear Nose Throat J*. 2006;85(8):520-2.
- 3) Storey A. A functional analyses of sensory units innervating epiglottis and larynx. *Expt. Neurol* 1968;20:366-83.
- 4) Sasaki CT & Weaver EM. Physiology of the larynx. *Am J Med* 1997;103(5A):9s-18s. Bradley RM. Sensory receptors of the larynx. *Am J Med* 2000;108(4A):47s-50s.
- 5) Sanders I, Wu BL, Mu L, Li Y, Biller HF. The innervation of the human larynx. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1993;119:934-39.
- 6) Wu BL, Sanders I, Mu L, Biller HF. The human communicating nerve: an extension of the external superior laryngeal nerve that innervates the vocal cord. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994;120:1321-27.
- 7) Lima NTMS. Estudo morfométrico das fibras mielínicas do nervo laríngeo recorrente. [Tese Mestrado] USP/Ribeirão Preto; 1995.
- 8) Shumrick, KA et al: Phonosurgery for voice improvement and restoration. *Med Clin North Am*, 77(3): 633-41, 1993.
- 9) Feehery JM, Pribitkin EA, Heffelfinger RN, Lacombe VG, Lee D, Lowry LD, et al. The evolving etiology of bilateral vocal fold immobility. *J Voice*. 2003;17(1):76-81.
- 10) Aynehchi BB, McCoul ED, Sundaram K. Systematic review of laryngeal reinnervation techniques. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010;143(6):749-59.

- 11) Rosenthal LH, Benninger MS, Deeb RH. Vocal fold immobility: a longitudinal analysis of etiology over 20 years. *Laryngoscope*. 2007;117(10):1864-70.
- 12) Hill DP, Meyers AD, Harris J. Autologous fat injection for vocal cord medialization in the canine larynx. *Laryngoscope* 1991; 101:344-8.
- 13) Lewy RB. Experience with vocal cord injection. *Annals of Otology* 1976; 85:440-50.
- 14) Shaw GY, Szewczyk MA, Searle J, Woodroof J. Autologous fat injection into the vocal folds: technical considerations and long-term follow-up. *Laryngoscope* 1997; 107(2):177-86.
- 15) Brandenburg JH, Unger JM, Koschkee D. Vocal cord injection with autogenous fat: a long-term magnetic resonance imaging evaluation. *Laryngoscope* 1996; 106(2):174-80.
- 16) Horl HW, Feller AM, Biemer E. Technique for liposuction fat reimplantation and long-term volume evaluation by magnetic resonance imaging. *Ann Plast Surg* 1991; 26:248-58.
- 17) Mikaelian DO, Lowry LD, Sataloff RT. Lipoinjection for unilateral vocal cord paralysis. *Laryngoscope* 1991; 101(5):465-8.