

ISSN: 2340-3438

Edita: Sociedad Gallega de
Otorrinolaringología.

Periodicidad: continuada.

Web: www.sgorl.org/revista

Correo electrónico:
actaorlgallega@gmail.com

SGORL PCF
Sociedad Gallega de Otorrinolaringología
y Patología Cervicofacial



Acta Otorrinolaringológica Gallega

Caso clínico

Paralísia de corda vocal como etiología de disfonía: causas compressivas extralaringeas. Caso clínico de aneurisma da artéria subclávia direita

Vocal fold paralysis as a etiology of dysphonia: extralaryngeal compressive causes. Clinical case of right subclavian artery aneurysm

Pedro Carneiro de Sousa, Diogo Abreu Pereira, Delfim Duarte, Nuno Trigueiros-Cunha.

Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Pedro Hispano, Matosinhos

Recibido: 3/1/2017 Aceptado: 14/3/2017

Resumo

Relato de caso: Doente de 51 anos, sexo feminino, refere início de disfonía, história de abuso vocal. Ao exame objetivo, visualiza-se paralisia da corda vocal direita, sem outras alterações da morfologia laríngea. A inspeção e a palpação cervicais eram normais. A tomografia computadorizada (TC) cervicotorácica revelou a presença de dois aneurismas adjacentes da primeira porção da artéria subclávia direita.

Discussão: A paralisia/páresia de corda vocal pode ter, como base, patologia de elevada gravidade, incluindo causas centrais ou compressivas extrínsecas à laringe. A compressão do nervo laríngeo recorrente pela dilatação aneurismática da artéria subclávia direita é uma causa rara de paralisia/páresia da corda vocal direita, mas será uma etiologia a ter em conta quando não há lesões objetiváveis na laringoscopia. Desta forma, é fundamental, nestes casos, o pedido de um exame de imagem, para o despiste de causas compressivas do nervo laríngeo recorrente.

Correspondencia: Pedro Jorge Matos Carneiro de Sousa
Hospital Pedro Hispano, Matosinhos
Correo electrónico: pedrojmc@gmail.com

Palavras-chave: Disfonia, Paralisia de Corda Vocal, Aneurisma, Laringoscopia

Abstract

Case Report: Patient of 51 years old, female, complains of dysphonia and refers history of vocal abuse. In physical examination, she presents right vocal fold paralysis, without any other alterations in laryngeal morphology. Cervical inspection and palpation was normal. Computed tomography showed the adjacent aneurysms in the first portion of right subclavian artery.

Discussion: Vocal fold paralysis/paresis may be caused by severe pathology, including central nervous system disease or extralaryngeal compressive lesions. Compression of recurrent laryngeal nerve by aneurysmatic dilatation of right subclavian artery is a rare cause of right vocal fold paralysis/paresis, but it is a possible etiology when there are no visible lesions on laryngoscopy. Therefore, in these cases, it is very important to request imaging exams, in order to search for lesions causing compression of recurrent laryngeal nerve.

Keywords: Dysfonia, Vocal Fold Paralysis, Aneurysm, Laryngoscopy

Introdução

A disfonia é uma queixa bastante comum nos doentes observados em Otorrinolaringologia¹, estimando-se que possa ocorrer em 3 a 9% de toda a população². A esmagadora maioria dos casos não é preocupante, correspondente a quadros autolimitados consequentes a infecções das vias aéreas superiores ou, então, relacionados com tensão laríngea.

No entanto, em cerca de 3 a 8% dos casos, a disfonia deve-se a paralisia/parésia das cordas vocais³.

Aproximadamente, 90% dos casos de paralisia das cordas vocais resulta de lesões compressivas do nervo vago ou do seu ramo laríngeo recorrente em segmentos periféricos, sendo numerosas as causas possíveis^{1,4}.

A paralisia das cordas vocais é mais frequentemente unilateral (cerca de 75% das situações), sendo que o nervo laríngeo recorrente esquerdo é mais suscetível a lesão que o direito, por ser mais longo¹.

Caso Clínico

Doente de 51 anos, sexo feminino, refere queixas de disfonia com 6 meses de evolução. Sem disfagia nem dispneia. Sem sintomas B sistémicos recentes. Refere história de abuso vocal profissional, mas nega hábitos tabágicos e outros antecedentes de relevo. Nega, também, cirurgias cervicais prévias. Não faz medicação habitualmente.

Ao exame objetivo, concretamente, na nasofaringolaringoscopia visualiza-se paralisia da corda

cal direita, em posição paramediana, sem outras alterações da morfologia laríngea (*figura 1*). A inspeção e a palpação cervicais são normais. A tomografia computadorizada (TC) cervicotorácica revela a presença de dois aneurismas fusiformes adjacentes da primeira porção da artéria subclávia direita (*figura 2*).

Neste caso clínico, a doente acabaria por ser submetida a cirurgia de exclusão endovascular dos aneurismas, mas manteve a paralisia da corda vocal direita. Tem-se verificado uma melhoria progressiva com reabilitação por Terapia da Fala (compensação pela corda vocal esquerda).

Figura 1: Nasofaringolaringoscopia. Paralisia da corda vocal direita, em posição paramediana.

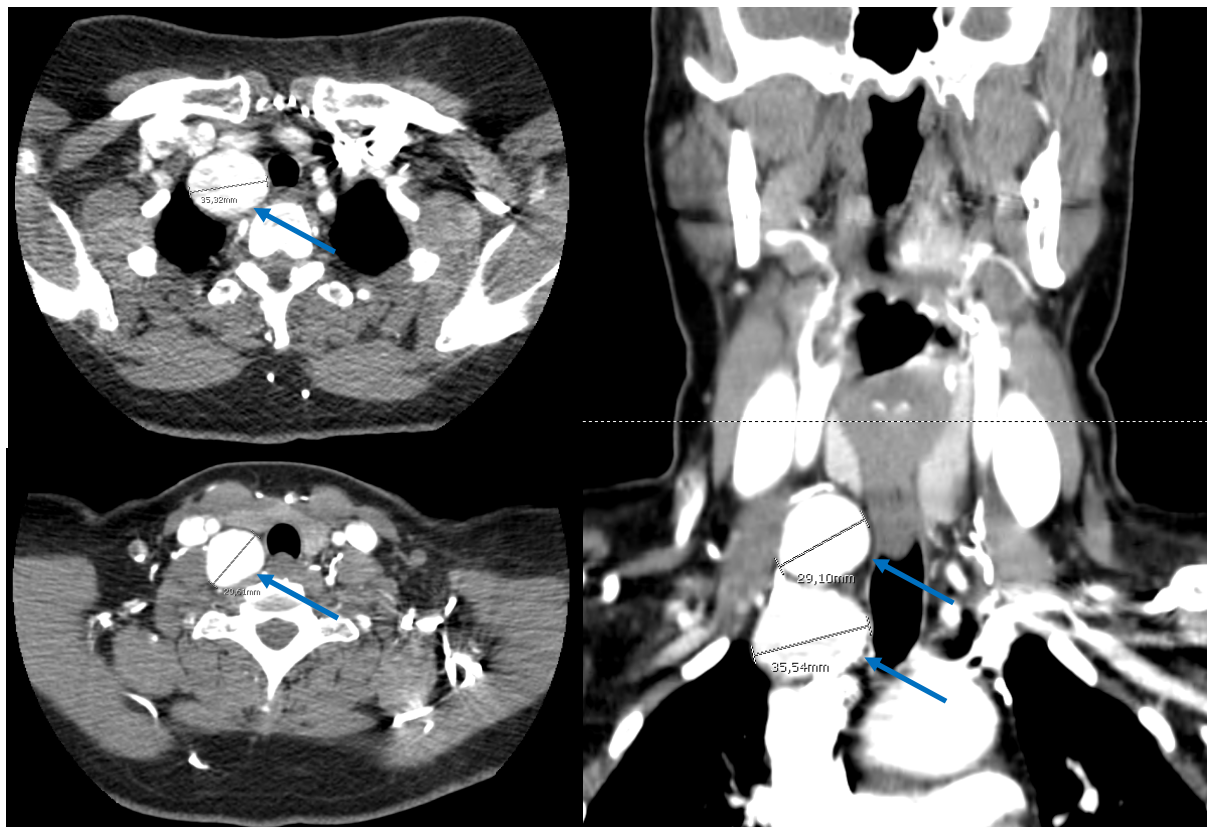


Figura 2: TC CERVICOTORÁCICA. Dois aneurismas fusiformes (indicados por setas azuis), com origem na primeira porção da artéria subclávia direita.

Discussão

A paralisia/parésia de corda vocal pode ser causada por qualquer lesão desde o sistema nervoso central, nomeadamente, no bolbo raquidiano (onde se localiza o núcleo ambíguo, que fornece as fibras eferentes viscerais especiais do nervo vago responsáveis pela inervação dos músculos intrínsecos da laringe⁵), até todo o curso subsequente do nervo vago e do seu ramo laríngeo recorrente⁶.

Uma história clínica completa é fundamental, abordando fatores de risco como abuso vocal profissional (cantores, professores, telefonistas, entre outros), tabagismo, cirurgias cervicais recentes (como tireoidectomia, endarterectomia carotídea, cirurgia esofágica, face ao risco de lesão do nervo laríngeo recorrente), radioterapia cervical e entubação endotraqueal recente². Não havendo nenhuma alteração estrutural na laringoscopia e na ausência de dados na anamnese que possam justificar um quadro de paralisia de corda vocal (como cirurgia recente), é fundamental o pedido de um exame de imagem. A TC cervical, desde a base do crânio até ao inlet torácico/arco aórtico, permite observar todo o trajeto do nervo laríngeo recorrente e poderá ser o exame adequado nestes casos, desde que não haja clínica que aponte para uma possível causa central (como acidente vascular cerebral recente ou outros fatores de risco cardiovascular) e que, por conseguinte, demande a realização de imagem cerebral^{2,7}. Desta forma, poderá ser pesquisada a presença de causas compressivas extrínsecas, as quais poderão representar uma patologia grave⁶.

Um dos exemplos de patologia compressiva relaciona-se com a síndrome cardiovocal de Ortner. Inicialmente, esta síndrome foi descrita como resultante de uma paralisia da corda vocal esquerda secundária à compressão do nervo laríngeo recorrente ipsilateral devida à dilatação da aurícula esquerda. Esta última é consequente a um quadro de estenose da válvula mitral⁸. Todavia, hipertensão pulmonar, doença cardíaca isquémica e diversas cardiopatias congénitas podem resultar em compressão, com consequente paralisia de corda vocal, do nervo laríngeo recorrente. Por conseguinte, todas estas causas inserem-se no âmbito da síndrome de Ortner⁹.

Como já foi acima mencionado, a paralisia da corda vocal direita é menos frequente. O caso clínico apresentado neste artigo é raro, por isso e, também, porque os aneurismas da artéria subclávia muito pouco comuns, representando 1% dos aneurismas periféricos¹⁰.

A base do tratamento da disфонia condicionada por paralisia das cordas vocais é a Terapia da Fala. Alguns estudos mostram que há recuperação satisfatória em cerca de 75% dos doentes que realizam reabilitação com Terapia da Fala, graças, na maioria dos casos, à compensação pela corda vocal contralateral na adução¹¹. De facto, perante as possibilidades da já referida compensação laríngea e, eventualmente, de recuperação espontânea da mobilidade da corda vocal afetada (por reinervação), recomenda-se que, nos casos em que não haja sintomatologia intensa, não se opte pelo tratamento cirúrgico durante um ano após a instalação do quadro¹¹.

Se o tratamento for cirúrgico (para medialização da corda vocal paralisada e, consequentemente, redução do risco de aspiração e melhoria da qualidade vocal), existe a possibilidade de tioplastia de medialização (permanente, com a colocação de um *stent* paraglótico)¹². Em alternativa, poder-se-á escolher uma técnica transitória, que consiste na laringoplastia por injeção (de ácido hialurónico), por exemplo, que tem a vantagem de ser reversível (nos casos em que haja recuperação espontânea da mobilidade),

mas a desvantagem de, frequentemente, serem necessárias injeções repetidas¹¹. Em ambas as opções, existe o risco de edema ou hemorragia pós-operatórias, bem como posterior infecção da ferida cirúrgica, com diminuição da patência glótica e eventual necessidade de traqueostomia¹³.

Conflitos de Interesse Nada a declarar

Referências

- 1- Rizvi MM, Singh RB, Jain A, Sarkar A. Asymptomatic aortic aneurysm causing right vocal cord palsy and hoarseness: A rare presentation. *Anesth Essays Res.* 2014; 8:397-400.
- 2- Schwartz SR, Cohen SM, Dailey SH, Rosenfeld RM, et al. Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009; 141:S1–S31.
- 3- Reiter R, Hoffmann TK, Pickhard A, Brosch S. Hoarseness-causes and treatments. *Dtsch Arztebl Int.* 2015; 112:329-37.
- 4- Wippold FJ. Diagnostic Imaging of the Larynx. In: Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, Niparko JK, et al (Eds.) *Cummings Otolaryngology, Head and Neck Surgery, Volume Two, Fifth Edition, Mosby Elsevier, 2010.*
- 5- Patten JP. Clinical neuroanatomy. In: Gleeson M, Browning GG, Burton MJ, Clarke R, et al (Eds.) *Scott Brown's Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery, Volume Three, Seventh Edition, Hodder Arnold, 2008.*
- 6- Dankbaar JW, Pameijer FA. Vocal cord paralysis: anatomy, imaging and pathology. *Insights Imaging.* 2014; 5:743-51.
- 7- Misono S, Merati AL. Evidence-Based Practice. Evaluation and management of unilateral vocal fold paralysis. *Otolaryngol Clin N Am* 2012, 45:1083-1108.
- 8- Subramaniam V, Herle A, Mohammed N, Thahir M. Ortner's syndrome: case series and literature review. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2011; 77:559-62.
- 9- Sengupta A, Dubey SP, Chaudhuri D, Sinha AK, et al. Ortner's syndrome revisited. *J Laryngol Otol.* 1998; 112:377–379.
- 10- Mechchat A, El Hammoumi MM, El Mesnaoui A, Lekehal B, et al. Giant aneurysm of the right intra thoracic sub-clavian artery presenting as a dysphonia. *Pan Afr Med J.* 2011; 9:39.
- 11- Bothe C, López M, Quer M, León X, et al. Etiología y tratamiento de la parálisis laríngea: estudio retrospectivo de 108 pacientes. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2014; 65:225-30.
- 12- Tam S, Sun H, Sarma S, Siu J, et al. Medialization thyroplasty versus injection laryngoplasty: a cost minimization analysis. *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017; 46: 14.
- 13- Bohlander J. Diagnostic and therapeutic pitfalls in benign vocal fold diseases. *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 2013; 12: Doc01.