

Mucopiocele supraglótico - causa de paragem cardio-respiratória

Supraglottic mucopyocele with cardio-respiratory arrest

Ricardo Ribeiro • Sérgio Vilarinho • João Pinto Ferreira • Cecília Almeida e Sousa

RESUMO

Os quistos da laringe representam um grupo de lesões benignas raras que podem causar obstrução respiratória importante e até mesmo a morte se não tratadas adequadamente. Apresentam dificuldade no seu diagnóstico, pois em regra são achados do exame objectivo, em pacientes com sintomas inespecíficos ou mesmo assintomáticos.

Os autores apresentam o caso de um doente de 47 anos, previamente saudável, que num período aproximado de seis horas, evoluiu de queixas compatíveis com sensação de corpo estranho laringeo para dificuldade respiratória extrema, que culminou com paragem cardio-respiratória por obstrução da via aérea. A mesma foi revertida através de entubação orotraqueal e administração de adrenalina EV. Após três dias de tratamento médico com corticoterapia sistémica e antibioterapia de largo espectro, o doente encontrava-se em ventilação espontânea sem necessidade de entubação orotraqueal. Nessa altura, verificou-se a presença de neoformação na face lingual da epiglote que foi removida sob microlaringoscopia em suspensão, sendo histologicamente compatível com lesão quística.

Palavras-chave: quisto laríngeo; paragem cardio-respiratória; asfixia

Ricardo Ribeiro

Interno Complementar do Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial, Hospital de Santo António - Centro Hospitalar do Porto

Sérgio Vilarinho

Assistente Hospitalar do Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial, Hospital de São Marcos.

João Pinto Ferreira

Assistente Hospitalar Graduado do Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial, Hospital de Santo António - Centro Hospitalar do Porto

Cecília Almeida e Sousa

Directora do Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial, Hospital de Santo António - Centro Hospitalar do Porto

Correspondência:

Ricardo Ribeiro
Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial
Hospital de Santo António - Centro Hospitalar do Porto
Largo Prof. Abel Salazar
4099-001 Porto
Telefone: 222077502
Email: ricardobarrosoribeiro@gmail.com

Trabalho apresentado no 55º Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial.

ABSTRACT

Laryngeal cysts represent a kind of rare benign lesions than can cause respiratory distress and eventually death, if not treated properly. Its diagnosis can be difficult, since they usually are casual findings of a routine examination, in an asymptomatic patient.

The authors present a case report of a 47-years-old man, previously healthy, that in a period of approximately 6 hours, evolved from larynx foreign body sensation, to extreme respiratory distress, which ended up in cardiac arrest by airway obstruction. This was reversed after orotracheal intubation and EV administration of adrenalin. After three days of medical treatment with corticotherapy and broad-spectrum antibiotics, the patient was in spontaneous ventilation and was extubated. At this time, a mass was recognizable in the lingual surface of the epiglottis, that histologically was compatible with a laryngeal cyst.

Keywords: larynx cyst; cardiac arrest; asphyxia

INTRODUÇÃO

Os quistos da laringe constituem lesões benignas raras cujo espectro clínico vai desde lesões assintomáticas, consideradas achados casuais, até à morte por obstrução aguda da via aérea^{1,2,3}.

Dentro deste espectro encontram-se as seguintes queixas: sensação de corpo estranho laríngeo, tosse crónica, odinofagia, disfagia, estase salivar, disфонia, voz “abafada” (“voz de batata quente”), dor cervical, massa cervical, dispneia e estridor^{4,5,6,7,8}.

O seu diagnóstico nem sempre é fácil, uma vez que na maioria das vezes se tratam de lesões assintomáticas, no entanto é mandatória a sua pesquisa quando as queixas anteriormente referidas estão presentes.

Os quistos laríngeos foram pela primeira vez descritos em 1952, por Verneuil⁹. Ao longo dos anos foram várias as tentativas de classificação dos mesmos, sendo que a mais utilizada e unânime surgiu em 1970, por DeSanto^{10,11}. Segundo esta classificação, são divididos em quistos saculares e ductais.

Neste artigo apresenta-se um caso clínico em que a infecção aguda de um quisto da laringe teve como

consequência paragem cardio-respiratória.

CASO CLÍNICO

L.S.B.Q., sexo masculino, 47 anos, raça caucasiana, reformado por invalidez (diminuição da acuidade visual) previamente saudável, fumador pesado (40 unidades maço ano), hábitos etílicos pesados, consumidor esporádico de haxixe fumado (aproximadamente há 30 anos), recorre ao serviço de urgência por sensação de corpo estranho laríngeo com cerca de 5 horas de evolução.

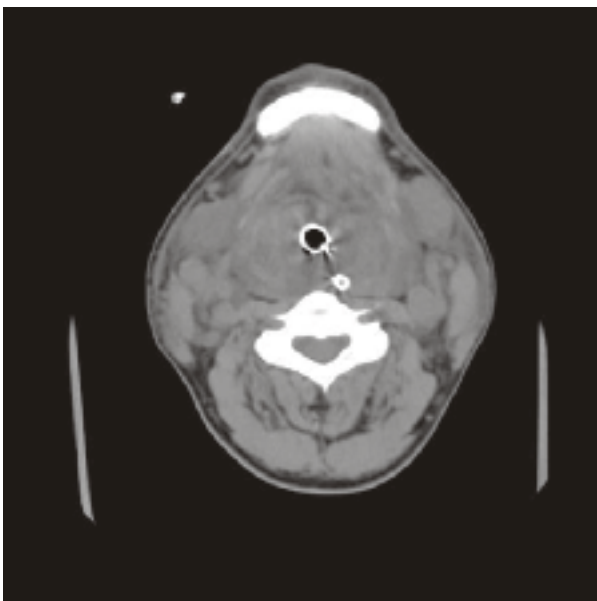
Na sala de espera do serviço de urgência, no intervalo aproximado de uma hora, inicia as seguintes queixas com agravamento progressivo: disfagia, disfonia e dificuldade em articular palavras, acabando em dificuldade respiratória severa com estridor, que evoluiu para paragem cardio-respiratória. Deu entrada na sala de emergência, onde foi reanimado, após suporte ventilatório, inicialmente por máscara facial e ambu, seguido de entubação orotraqueal, e terapêutica médica com bólus de 0.5 mg de adrenalina e 200 mg hidrocortisona.

Ao exame objectivo verificavam-se adenopatias cervicais à direita com características reactivas, e febre de 38.1°C. Foi efectuada uma tentativa de laringoscopia através de nasofibrosopia flexível, na qual se verificava um acentuado edema supra-glótico que impossibilitava uma avaliação adequada da laringe e da hipofaringe.

Em termos analíticos apresentava um síndrome inflamatório sistémico, com leucocitose e neutrofilia, acompanhada de aumento da proteína C-reactiva,

FIGURA 1

TC cervical com contraste após entubação oro-traqueal na sala de emergência.



restante estudo bioquímico normal. Foi realizada tomografia computadorizada cervical que demonstrava edema exuberante da via aérea superior, com extensão à pele, envolvendo os planos anteriores à glândula tiróide (Figura 1).

Admitido na unidade de cuidados intensivos em contexto de pós-paragem cardio-respiratória, foi medicado com Metilpredisolona (62.5 mg E.V 8/8 h) e antibioterapia empírica com Amoxicilina e Ácido Clavulânico (2.2 g E.V 8/8 h). Verificou-se muito boa evolução clínica com extubação e ventilação espontânea após 72 horas de internamento. *Score* de Glasgow de 15, após suspensão de sedação, e ausência de outras disfunções ou sequelas. Nova avaliação por ORL, através de laringoscópio rígido 70º, identifica uma neoformação na face lingual da epiglote com dois pontos de drenagem purulenta, com restante laringe e hipofaringe, sem alterações relevantes (Figura 2).

FIGURA 2

Laringoscopia rígida 4 dias após ter sido admitido no serviço de urgência



Foi realizada nova tomografia computadorizada cervical que não demonstrou mais alterações do que as observadas à laringoscopia, descrevendo uma lesão abcedada na face lingual da epiglote com extensão à valécula esquerda.

Sete dias após ter dado entrada no Centro Hospitalar, foi submetido a microlaringoscopia em suspensão com exérese por dissecação da neoformação na sua totalidade (Figura 3). O exame histológico e microbiológico confirmou tratar-se de lesão quística de aspecto epidérmico, cujo conteúdo estava colonizado por *Escherichia coli*.

O doente teve alta assintomático ao décimo primeiro dia de internamento e manteve-se em vigilância em consulta ORL, não havendo evidência de recidiva passados 30 meses da remoção do referido quisto (figura 4).

FIGURA 3

Remoção da última porção de quisto na face lingual da epiglote (imagem peroperatória)

**FIGURA 4**

Laringoscopia rígida 30 meses após a cirurgia

**DISCUSSÃO**

Os quistos da laringe são incomuns, correspondendo a cerca de 5% das lesões benignas da laringe^{13,14}.

Após a classificação dos quistos da laringe de DeSanto *et al* em 1970^{10,11}, surgiram outras classificações baseadas em diferentes critérios (Newman *et al*, 1984⁸; Arens *et al*, 1997¹²), no entanto a classificação de DeSanto permanece a mais utilizada na caracterização de quistos da laringe⁵. DeSanto distinguiu os quistos laríngeos em saculares e ductais, em que os quistos ductais foram descritos como lesões superficiais mucosas que podem ocorrer em qualquer parte da laringe, como resultado da retenção de fluido nos ductos colectores ou glândulas mucosas, e os quistos saculares como dilatações submucosas, do sáculo como consequência da obstrução do orifício sacular, no ventrículo laríngeo. Cerca de três quartos dos quistos laríngeos são do tipo ductal e têm como localização mais frequente a face

lingual da epiglote e as cordas vocais^{5,10,12}.

Na população pediátrica dado o menor calibre da via aérea, os sintomas relacionados com a obstrução da mesma, são mais frequentes do que no adulto, sendo que num recém-nascido a presença de um quisto laríngeo congénito deverá sempre ser uma hipótese a considerar^{15,16}.

O tempo de evolução dos sintomas é muito variável, havendo pelo menos um em que o diagnóstico foi realizado durante a autópsia, onde se verificou a presença de um mucopiocelo supraglótico obstruindo totalmente a via aérea superior, até casos em que os sintomas estiveram presentes durante cerca de uma década^{1,2,3,12}. No entanto o tempo médio descrito entre o início da sintomatologia e o diagnóstico, é cerca de um ano^{5,12}.

O caso apresentado, para além da sua evolução rara e galopante, torna-se um caso singular dado ter havido paragem cardio-respiratória que apenas foi possível reverter, uma vez que o paciente se encontrava na sala de espera do serviço de urgência.

Embora o exame objectivo e os dados analíticos apontassem para um quadro infeccioso agudo, só foi possível uma avaliação laríngea adequada, três dias após tratamento com corticoterapia endovenosa e antibioterapia empírica de largo espectro. Não obstante a evolução fulminante levasse a pôr como primeira hipótese de diagnóstico, um quisto laríngeo infectado, o diagnóstico diferencial com abscesso da epiglote só foi confirmado através do resultado anatomopatológico^{3,6,10}. A cultura do exsudado proveniente do quisto laríngeo foi positiva para *Escherichia coli*, o que está de acordo com outros casos relatados⁶.

A abordagem destas lesões varia de acordo com a apresentação clínica. Nos casos em que a obstrução da via aérea é a apresentação inicial, a manutenção da mesma é a prioridade, podendo passar por entubação oro ou nasotraqueal ou traqueostomia.

Várias modalidades de tratamento têm sido descritas para a exérese de quistos da laringe de acordo com a sua localização, tais como aspiração por agulha fina, incisão e drenagem, vaporização com laser CO₂ e excisão via externa ou microlaringoscópica. No entanto a melhor abordagem é aquela que permita uma ressecção da totalidade da parede do quisto, minimizando assim o risco de recidiva. No caso dos quistos ductais supraglóticos a microlaringoscopia em suspensão com exérese por dissecação ou através de laser CO₂, é o método de escolha para o tratamento^{5,12,17}.

CONCLUSÃO

Embora os quistos da laringe constituam lesões incomuns, quando presentes, podem ter consequências dramáticas. Todos os doentes com queixas faringo-laríngeas devem ser submetidos a um exame laríngeo rigoroso na tentativa de excluir a presença destas lesões. O tratamento das mesmas, passa pela exérese cirúrgica e o seguimento destes doentes, a longo prazo é mandatário, uma vez que estas lesões têm potencial de recidiva.

Referências bibliográficas:

- 1-Harruff RC, Bell JS. Asphyxiating Laryngeal Cyst, *Am J Forensic Med Pathol* 1987; 8 (1): 68-70.
- 2-Fang TJ, Cheng KS, Li HY. A huge epiglottic cyst causing airway obstruction in adult, *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006; 136 (6): 986-988.
- 3-Albert DM, Ali Z. Two cases of vallecular cyst presenting with acute stridor, *J Laryngol Otol* 1985; 99: 421-425.
- 4-Person OC, Cerchiari DP, Zanini RV, Santos RO, Rapoport PB. Cisto de base de língua como causa de tosse crónica, *Arq Med ABC* 2005; 31 (1): 35-37.
- 5-Cahali RB, Zimbres AS, Tsuji DH, Cahali MB, Sennes LU. Cistos supraglóticos de laringe: aspectos etiológicos, clínicos e terapêuticos, *Rev. Bras. Otorrinolaringol* 2002; 68 (5): 663-666.
- 6-Berger G, Landau T, Berger S, Finkelstein Y, Bernheim R, Ophir D. The Rising Incidence of Adult Epiglottitis and Epiglottic Abscess, *Am J Otolaryngol* 2003; 24 (6): 374-383.
- 7-New GB, Erich JB. Benign tumors of the larynx. A study of seven hundred and twenty-two cases. *Arch Otolaryngol* 1938; 28: 841-910.
- 8-Newman BG, Taxy JB, Laker HI. Laryngeal cysts in adults: a clinicopathological study of 20 cases, *Am J Clin Pathol* 1984; 81: 715-720.
- 9-Verneuil. *Bulletin de la Société Anatomique de Paris* 1852.
- 10-DeSanto DM, Devine KD, Weiland LH. Cysts of the larynx – Classification, *Laryngoscope* 1970; 80: 145-176.
- 11-Lawrence W, DeSanto DM. Laryngocele, Laryngeal Mucocele, Larger Saccules, and Laryngeal Saccular cysts: A developmental Spectrum, *Laryngoscope* 1974; 18: 1291-1296.
- 12-Arens C, Glanz H, Kleinsasser O. Clinical and Morphological aspects of laryngeal cysts, *Eur. Arch. Otorhinolaryngol* 1997; 254: 430-436.
- 13-Holinger PH, Johnston KC. Benign tumours of the larynx, *Ann Otol Rhino Laryngol* 1951; 60: 496-509.
- 14-Lam HC, Abdullah VJ, Soo G. Epiglottic cyst, *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 122: 311-312.
- 15-Lee WS, Tsai CH, Lin CH, Lee CC, Hsu HT. Airway obstruction caused by a congenital epiglottic cyst. *Int J Pediat Otorhinolaryngol* 2000; 53: 229-233.
- 16-Martin WP, John KW, Charles AV. *J Laryngol Oto* 1996; 110: 854-856.
- 17-Ozgursoy OB, Hunkar B, Beton S, Gursel D. Sudden-onset life-threatening stridor in an adult caused by laryngeal ductal cyst. *Ear Nose and Throat J* 2009; 583-587.