

Laringocelo misto: Um caso clínico de disfonia

Mixed laryngocele: A case report of hoarseness

Sara Cruz • Delfim Duarte • Nuno Oliveira • Joaquim Vieira • Nuno Trigueiros • Fátima Magalhães • Manuel Rodrigues e Rodrigues

RESUMO

O laringocelo é uma dilatação quística e benigna do sáculo do ventrículo laríngeo, que contém ar e comunica com o lúmen laríngeo. São incomuns, correspondendo a cerca de 5% das lesões benignas da laringe. Classificam-se como internos, externos ou mistos, de acordo com a sua relação com a membrana tiro-hioideia. O sintoma mais comum é a disfonia, no entanto muitos são assintomáticos.

Os autores apresentam o caso clínico de uma doente do sexo feminino de 67 anos com um laringocelo misto. Revêm sumariamente esta entidade, nomeadamente os principais métodos de diagnóstico e a abordagem terapêutica.

Palavras-chave: Laringocelo; Laringe.

ABSTRACT

Laryngoceles are benign and cystic dilatations of the laryngeal saccule that contains air and communicates with the laryngeal lumen. They are uncommon, and correspond to 5% of benign laryngeal lesions. Classification may be divided as internal, external and mixed, according to their relationships with the thyrohyoid membrane. Dysphonia is the most characteristic symptom, however most are asymptomatic.

The authors present a case report of a 67 year old woman with a mixed laryngocele. They briefly review this entity, diagnostics tools and therapeutic approach options.

Key words: Laryngocele; Larynx.

INTRODUÇÃO

O laringocelo é uma dilatação quística e benigna do sáculo do ventrículo laríngeo, localizado entre a banda ventricular e a face interna da cartilagem tiróide, que comunica com o lúmen laríngeo e contém ar. Histologicamente, o sáculo é uma estrutura delimitada por epitélio colunar pseudo-estratificado ciliado com células caliciformes sobre uma membrana basal fina. Os laringocelos são lesões incomuns, correspondendo a cerca de 5% das lesões benignas da laringe¹. Têm uma incidência estimada de 1/2.500.000 por ano e são mais frequentes em homens numa relação de 5:1, na quinta ou sexta década de vida^{2,3}.

Podem ser classificados como internos, externos ou mistos, de acordo com a sua relação com a membrana tiro-hioideia, sendo o laringocelo misto o tipo mais frequente.¹

A sua etiologia é desconhecida, contudo estão sugeridas causas congénitas (sáculo laríngeo grande, fraqueza muscular dos tecidos laríngeos) e causas adquiridas, mais frequentes, pelo aumento da pressão endolaríngea (tosse crónica, prática de instrumentos de sopro, sopradores do vidro) e o carcinoma laríngeo, sendo o supraglótico o mais frequente.^{1,4}

O sintoma mais comum é a disfonia, no entanto muitos laringocelos são assintomáticos e descobertos acidentalmente em estudos imagiológicos realizados por outros motivos.¹

Sara Cruz

Interno(a) Complementar do Serviço de ORL do Hospital Pedro Hispano, Matosinhos

Delfim Duarte

Chefe de Serviço do Serviço de ORL do Hospital Pedro Hispano, Matosinhos

Nuno Oliveira

Interno(a) Complementar do Serviço de ORL do Hospital Pedro Hispano, Matosinhos

Joaquim Vieira

Interno(a) Complementar do Serviço de ORL do Hospital Pedro Hispano, Matosinhos

Nuno Trigueiros

Assistente Hospitalar Graduado do Serviço de ORL do Hospital Pedro Hispano, Matosinhos

Fátima Magalhães

Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Pedro Hispano, Matosinhos

Manuel Rodrigues e Rodrigues

Director de Serviço de ORL do Hospital Pedro Hispano, Matosinhos

Correspondência:

Sara Cruz

Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Pedro Hispano

Rua Dr. Eduardo Torres, 4464-513 Senhora da Hora

Telefone: 229391000

E-mail: saramadalena@hotmail.com

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, de 67 anos de idade, raça caucasiana, com antecedentes de osteoporose e tabagismo (40 UMAs), que recorreu ao serviço de urgência de Otorrinolaringologia do Hospital Pedro Hispano, em Julho de 2008, por um quadro de disfonia com cerca de 5 meses de evolução, associado a estridor inspiratório ligeiro, sem dispneia associada. Referia um período inicial de três semanas com tosse seca persistente. Sem outras queixas associadas.

Na laringoscopia indirecta e a laringofibrosopia apresentava uma tumefacção laríngea de aspecto quístico ao nível da banda ventricular esquerda, com diminuição da mobilidade da corda vocal ipsilateral,

FIGURA 1

TAC cervical em aquisição helicoidal axial



FIGURA 2

Imagem intraoperatória (Cervicotomia lateral): Aspecto do laringocelo misto



FIGURA 3

Histologia da peça cirúrgica microscopia de luz, coloração HE

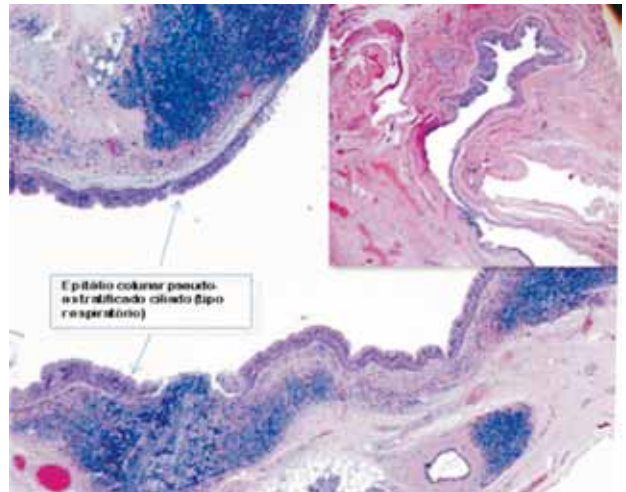


FIGURA 4

Imagem de vídeolaringoscopia no 5º mês de pós-operatório



sem lesões suspeitas de malignidade. A palpação cervical não revelou tumefacções. O restante exame de ORL era normal.

A Tomografia Computorizada (TC) cervical efectuada revelou um laringocelo misto à esquerda com dimensão de 19X13 mm de diâmetros (Fig.1).

Na laringoscopia em suspensão sob anestesia geral foi possível observar uma tumefacção de aspecto quístico ao nível da banda ventricular esquerda com edema da mucosa laríngea, sem sinais suspeitos de malignidade.

A doente foi submetida em Novembro de 2008 a cirurgia para exérese do laringocelo por cervicotomia lateral (Fig. 2). O resultado anatomo-patológico da peça cirúrgica revelou uma formação cavitária revestida por epitélio cilíndrico cilíado, do tipo respiratório, parede fibrosa e com infiltrado linfoplasmocitário com centros germinativos compatível com laringocelo (Fig. 3).

Actualmente, a doente encontra-se assintomática e com um exame de ORL normal (Fig. 4).

DISCUSSÃO

O termo “laringocelo” foi usado pela primeira vez por Virchow em 1867, para descrever uma dilatação do sáculo laríngeo preenchida com ar.⁴

As manifestações clínicas dos laringocelos dependem do seu tipo: externo, interno ou misto.

Os laringocelos internos podem originar sintomas como disfonia, sensação de corpo estranho, odinofagia, tosse, estridor ou obstrução da via aérea. Os laringocelos externos podem-se manifestar por uma tumefacção cervical visível ou palpável. Nos laringocelos mistos apresentam uma clínica mista dos laringocelos internos e externos.

Os dados da anamnese e a constatação no exame objectivo de uma imagem quística a nível da banda ventricular permitiu colocar como hipóteses diagnósticas, um laringocelo, quisto laríngeo ou neoformação benigna. ATC cervical permitiu estabelecer o diagnóstico de laringocelo e classificá-lo como misto, apesar de a clínica da doente ser mais sugestiva de laringocelo interno. Este meio auxiliar de diagnóstico é o meio imagiológico mais eficaz para o diagnóstico, pois permite determinar o tipo, avaliar a extensão e permite excluir patologia associada, como neoplasias.^{1,4}

O caso apresentado coincide com a maior prevalência na sexta década previamente descrita. Porém é uma patologia mais comum no sexo masculino. A doente não apresentava factores predisponentes conhecidos, excepto a tosse seca prévia e os hábitos tabágicos. Devido à associação rara, mas bem documentada do laringocelo com o carcinoma da laringe¹, e tendo em conta os hábitos da doente, apesar de no exame objectivo não haver nenhum tipo de suspeita de neoplasia, é importante considerar e investigar esta possível associação.

As opções de tratamento dos laringocelos dependem do tamanho, repercussão da doença e experiência do cirurgião, e incluem vigilância, ressecção endoscópica e ressecção via cervicotomia lateral.^{1,3}

A abordagem externa é o tratamento tradicional. No entanto o tratamento endoscópico do laringocelo tem ganho popularidade com o uso do laser CO2 na cirurgia endoscópica.

A abordagem externa é a preferida quando o laringocelo tem um componente externo ou grandes dimensões. Permite uma excelente exposição da lesão, com bons resultados funcionais. Contudo, tem um maior tempo de hospitalização e tempo cirúrgico, deixa uma cicatriz no pescoço e é um tratamento mais caro.⁵ A cervicotomia com tirotomia lateral é preferida pela maioria dos autores, nos laringocelos com componente externo.⁵ Devido à apresentação clínica e antecedentes

foi decidido realizar a exérese cirúrgica total por cervicotomia.

A recessão endoscópica com laser CO2 é reservada para laringocelos internos de pequenas dimensões. Evolui com menos edema e aderências pós-operatórias que o método convencional, tem menor tempo cirúrgico e de hospitalização e não causam cicatrizes externas.^{3,5} Contudo, o tratamento endoscópico apresenta algumas desvantagens que limitam o seu uso, como menor exposição cirúrgica, provocam uma cicatriz endolaríngea e probabilidade de recessão incompleta do laringocelo, para além de que requer material apropriado e um cirurgião experiente.⁵

Em vigilância ficam os casos de laringocelos pequenos e assintomáticos.

O laringocelo é portanto uma lesão benigna rara e por vezes assintomática. Contudo, noutros casos apresenta-se com sintomas comuns a outras patologias, devendo ser por isso uma hipótese de diagnóstico sempre a considerar. Porém, é preciso ter sempre em mente que um laringocelo pode estar associado ao carcinoma da laringe, o qual deve sempre ser descartado com os meios auxiliares apropriados.

Referências Bibliográficas:

1. Lancella A, Abbate G, Dosdegani R. Mixed laryngocele: a case report and review of the literature. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2007;27(5):255-7.
2. Ingrams D, Hein D, Marks N. Laryngocele: an anatomical variant. *J Laryngol Otol* 1999;113:675-77.
3. Felix JA, Felix F, Mello LF. Laryngocele: uma causa de obstrução de vias aéreas superiores. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2008;74(1):143-6.
4. Alvi A, Weissman J, Myssiorek D, Narula S, et al. Computed tomographic and magnetic resonance imaging characteristics of laryngocele and its variants. *Am J Otolaryngol.* 1998;19(4):251-6
5. Dursun G, Ozgursoy OB, Beton S, Batikhan H. Current diagnosis and treatment of laryngocele in adults. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007;136(2):211-5.