A lesão do ramo externo do nervo laríngeo superior na cirurgia do pescoço

Nicanor Letti *

Tem-se estudado com detalhes todas as consqüências clínicas originadas pela secção cirúrgica do nervo laríngico inferior ou recorrente durante as tiroidectomias. A técnica cirúrgica evoluiu satisfatoriamente no sentido de prevenir as manobras afoitas sobre a área onde trajeta no polo inferior da glândula. Pouco se tem cuidado, entretanto, do problema cirúrgico e clínico da lesão do ramo externo do laríngeo durante uma série de cirurgias. Este nervo é motor do musculo cricotiróideo, que aproxima as cartilagens cricóide e tiróide da laringe durante a fonação e distende isotonicamente a corda vocal, sendo básico na sustentação da tonalidade vocal.

Este trabalho tem a finalidade de estudar três casos de secção cirúrgica do ramo externo do nervo laríngico superior e suas conseqüências clínicas sobre a voz dos pacientes.

Casuística

Caso nº 1. P.D.Q. 24a, b, masc., casado, bras. mecânico. Procurou o médico por ter uma pequena "bola" (sic) no pescoço que algumas vezes aumentava e outras diminuia. Não tinha dor e só preocupava-o sob o aspecto estético. O exame demonstrou uma tumoração mole de 1.5 por 2.5 cm, indolor, situado junto a cartilagem tiróide da laringe, um pouco à esquerda. Foi realizado diagnóstico de cisto do canal tireoglosso e a cintilografia não demonstrou tecido tiróideo aberrante. Tinha boa voz e exame clínico normal. Foi operado 15 dias após com retirada de toda a tumoração e da parte central do osso hióde. O exame anátomo-patológico confirmou como sendo um cisto do canal tireoglosso remanescente. O pós operatório decorreu sem anormalidade a não ser a queixa que apresentou logo após a cirurgia de não conseguir gritar e a voz não tinha mais força (sic). Disseram-lhe no hospital que talvez fosse do tubo anestésico. Dois meses depois consultou um otorrinolaringologista que nada encontrou de anormal. Como tinha dificuldade em sustentar a fala, cansava-se facilmente quando mantinha conversações prolongadas, não conseguia cantar e ao gritar a voz saia como um "guincho" (sic) foi reexaminado. Encontrou-se uma laringe oblíqua, cuja comissura posterior estava desviada para a esquerda, as cordas vocais e as aritenoides tinham boa mobilidade, mas a corda esquerda estava em posição mais baixa que a direita e era flácida. Não conseguia sustentar a pronúncia de i e é. Fez-se o diagnóstico de secção cirúrgica do ramo externo do laríngeo superior esquerdo. ***Caso nº 2.*** D.A.F. 34a, b, fem., casada, bras., do lar. Sofreu uma tiroidectomia em 5/2/76 por bócio nodular. Passou muito bem no pós operatório imediato, mas notava que não tinha a mesma resistência ao falar e não classificava o que sentia como rouquidão. A voz falhava (sic) mas era clara. Ao exame laringoscópico indireto mostrava um desvio da laringe com obliquidade, boa mobilidade das cordas vocais e das aritenóides. A corda vocal direita era mais flácida e não estava situada na mesma altura que a esquerda. Foi diagnosticado lesão do ramo externo do laríngeo superior. Na descrição cirúrgica refere que foi liberado amplamente o polo superior da glândula com o dedo afim de le-

* Prof. Adjunto da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da UFRGS.
Médico do Corpo Clínico do HCPA.

vantar a estrutura e ligar o pedículo vascular.

Caso nº 3. C. D. B. 36a, b, casado, bras., masc., comerciário. O endocrinologista após acurado exame indicou para o paciente uma paratiroidectomia. A cirurgia foi executada alguns dias após, tendo sido elevado o polo superior e inferior da glândula, sendo enucleado o polo superior, com o dedo no lado direito. Foram localizados só duas glândulas uma de cada lado e na parte mais inferior. O pós operatório foi normal, permanece em observação endocrinológica mas desde a cirurgia apresenta a voz alterada, não é rouquidão, sente-a fraca, não consegue sustentar quando a eleva um pouco e muitas vezes emite um guincho. Ao exame laringoscópio indireto apresenta glote oblíqua sendo que a comissura posterior está desviada para a direita, boa mobilidade das cordas mas flacidez na contração da direita. Vê-se também a posição anatômica mais inferior da corda direita na contração. Foi realizado o diagnóstico de secção cirúrgica do ramo externo do laríngeo superior direito.

Anatomia cirúrgica do nervo laríngeo superior e do ramo externo

O nervo laríngico superior se origina da porção média do gânglio inferior ou plexiforme do vago (X par craniano). Trajeta acolado à parede lateral da faringe e bifurca-se junto a membrana hiotioróideo em ramo superior e inferior ou externo. O ramo superior, de maior calibre, atravessa a membrana hiotiróidea junto como a artéria laringíca superior e se trifurca junto ao vestíbulo da laringe: os ramos ascendentes se distribuem na superfície da valécula e epiglote, os ramos médios vão inervar o seio piriforme e os inferiores agrupam-se em um plexo emitindo filetes para o músculo aritenóideo e para a região posterior da cartilagem cricóide. O ramo inferior ou externo bastante delgado desce sob a cobertura do músculo esternotiróideo, cruza o constritor inferior da faringe, inervando-o e alcança o músculo cricotiróideo distribuindo-se no seu interior. Ao penetrar neste músculo ele está em relação direta com o polo superior da tiróide, tanto maior é esta relação quanto maior for a glândula, local onde pode ser lesado principalmente quando em dissecção o cirurgião realiza a enucleação desta área.

Discussão

Arnold (1, 2, 3,) demonstrou que a tensão isotônica que o músculo cricotiróideo produz na corda vocal aproxima as cartilagens tiróide e cricóide provocando uma modificação na dimensão ântero-posterior da laringe distendendo a corda vocal. A simetria mediana perfeita da laringe no pescoço também é mantida pela ação deste músculo. Um dos sinais mais importantes da paralisia do músculo cricotiróideo é a chamada glote oblíqua, aspecto que foi constatado nos casos que relatamos. Luchsinger e Arnold (4) demonstraram que a paralisia unilateral desvia a comissura posterior para o lado paralisado e estabeleceram também que a presença de glote oblíqua em um paciente com voz enfraquecida é signal patognomônico de paralisia unilateral do cricotiróideo. Os três casos que estudamos configuram claramente a lesão iatrogênica do nervo laríngeo superior pela secção do ramo externo. Alguns problemas no pescoço podem ocasionar desvios oblíquos da laringe: como assimetria congênita da laringe muito rara, torções passivas da laringe por pressão de massas tiróideas aumentadas, todas estas causas são facilmente detectáveis e distinguíveis por métodos clínicos.

A secção do ramo motor do laríngeo superior ocasiona também uma diminuição acentuada da tensão muscular da corda do lado afetado e de sua vibratibilidade, ocasionando diminuição do rendimento vocal, com canseira rápida durante a conversação e falta de força ao falar, falhando a voz, como foi a queixa de todos os nossos pacientes. Outro aspecto muito importante no diagnóstico da paralisia da ramo externo do laríngeo superior é a posição mais baixa da corda vocal durante a fonação. Como a adução das cordas faz-se normalmente é um sinal laringoscópico que não deve ser desprezado pelo examinador. Ketch (5) acha que o lado afetado tem uma hiperemia sobre a corda, não tivemos oportunidade de confirmar tal achado nos casos estudados. Tal alteração objetiva seria ocasionada por alterções vasomotoras cujos ramos neurovegetativos trajetam junto com o

ramo externo do laríngeo, ou com o tronco do laríngeo superior.

Stupka (6) diz que outro sinal laringoscópico é o prolapso posterior da aritenóide, mas mesmo Arnold (3) duvida deste sinal e não o encontramos nos casos que examinamos.

Os sinais vocais são característicos: enfraquecimento da voz, encurtamento do tempo fonatório, abaixamento da tonalidade vocal, este sinal é muito percebido nas mulheres pois ficam com voz virilizada, e a perda da capacidade de cantar. Todos os pacientes apresentavam estes sintomas e facilmente foram enquadrados como terem sofrido secção iatrogênica do ramo externo do laríngeo superior. Para completar o diagnóstico pode-se utilizar o exame radiológico em perfil para visualizar a aproximação da cartilagem cricóide e tiróide durante a fonação. Surge uma diminuição e a incapacidade de se aproximarem face a paralisia do musculo cricotiróideo anterior. Não realizamos tal teste em nossos pacientes. A manipulação da laringe ou o chamado teste de Gutzmann é outra maneira descrita pelos autores para confirmar o diagnóstico, a pressão frontal sobre a cartilagem tiróide diminui a tonalidade vocal enquanto que a pressão lateral eleva-a, não realizamos este teste em nossos pacientes por ser muito falho. principalmente pelo tipo de pescoço dos pacientes, quantidade de massa gordurosa e outros erros de avaliação. O ramo externo do laríngeo superior pode portanto ser lesionado em uma série de cirurgias cervicais, como nos três casos descritos neste trablho e ocasionar as pertubações descritas.

Resumo e Conclusões

Estudamos três casos de pacientes submetidos a cirurgias no pescoço que apresentaram lesão iatrogênica do ramo externo do nervo laríngico superior. Os sintomas foram: enfraquecimento da voz, perda da voz cantada, glote oblíqua e posição mais baixa durante a contração da corda vocal do lado afetado. Discutimos o assunto face a literatura mais importante e concluimos que deve existir da parte do cirurgião os mesmos cuidados como o polo superior da tiróide e das estruturas que por ali trajetam como normalmente ele realiza com o nervo recorrente.

Summary

We have studied three cases of patients who underwent neck surgery with iatrogenic lesions in the branch of the superior laryngeal nerve. The symptoms were, weakening of the voice, loss of the singing voice, oblique glotis, and lower positions during the contraction the affected side of the vocal chord. We debated the subject in view of the most outstanding writings, and we came to the same care with the thyroid superior pole and with the structures that pass through it, as he normally does with the inferior laryngeal nerve.

Bibliografia

1. Arnold, G.E., Vocal rehabilitation of paralytic dysphonia. III — Present concpts of laryngeal paralysis. — Arch. Otolaryngol. 65:317-336.1957.

2. Arnold, G.E., Vocal rehabilitation of paralytic dysphonia. VII — Paralysis of the superior laryngeal nerve. Arch. Otolaryngol 75:549-570, 1962.

3. Arnold, G. E., Physiology and pathology of the cricothyroid muscle. Laryngoscope 71:687-753, 1961.

4. Luchsinger, R. E., e Arnold., G. E., Voice — Spech-Language-Clinical Communicology, pag. 218-880, Wodsworth Pitsburg Co.

5. Kecht, B., Die Behandlung der operationen Rekurrenslahunngen, Viena Mondurh 1953.

6. Stupka, W., Experimentelle Beitrage zur Kenntnis der Atembewegungen des Hundekehlpfs. Z. H N O 9:306, 1924.

Endereço do autor:
Rua Lopo Gonçalves, 511
Fone: 21-6364/24-6208
P. Alegre - RS