

## REGISTRO DE CASOS

### HEMIPLEGIAS VELO-FARINGO-LARÍNGICAS

NICANOR LETTI \*

RUDOLF LANG \*\*

TÍTO LIVIO GIORDANI \*\*\*

As paralisias motoras do 10.<sup>o</sup> nervo crânico não são freqüentes. Clásicamente êste tipo de paralisia é chamado de síndrome de Avellis ou considerado como uma das sub-síndromes de Wallemberg<sup>5</sup>. Com outros autores, as chamaremos de hemiplecias velo-faringo-laríngicas, designação que, a nosso ver, designa melhor a síndrome e a localização dos distúrbios. Relataremos três casos.

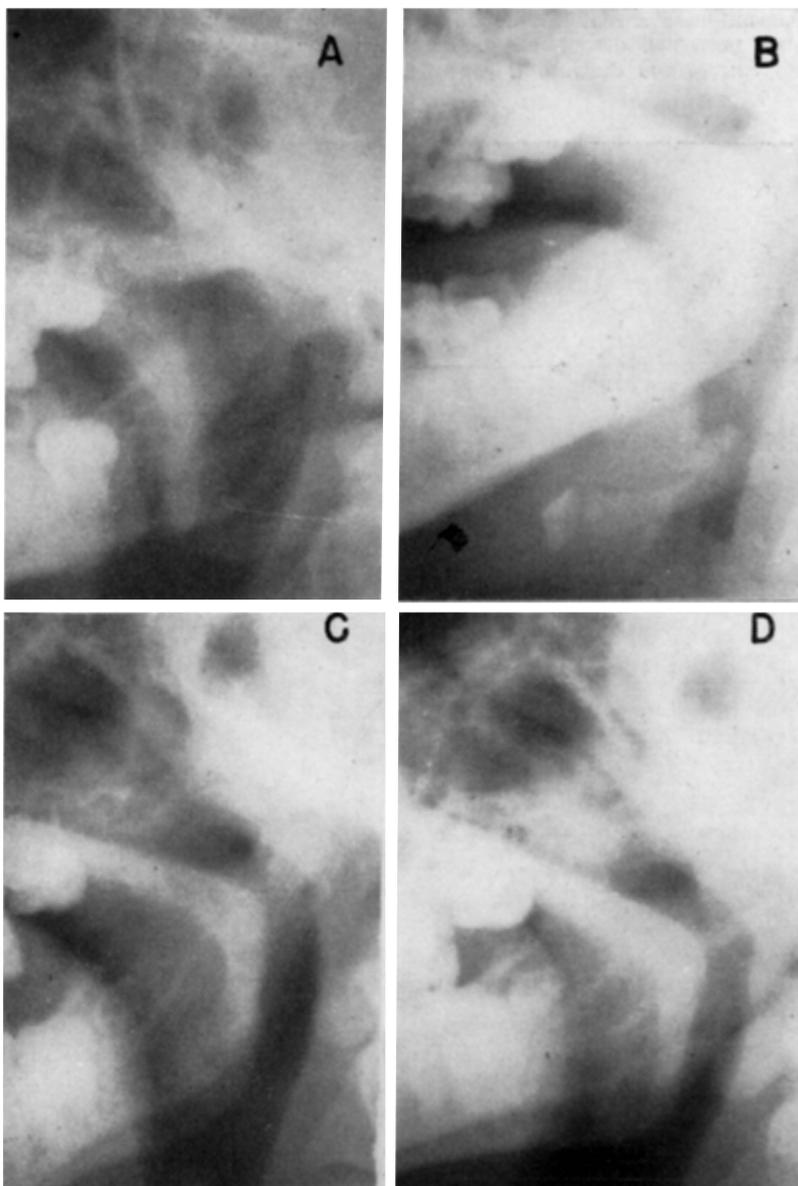
#### OBSERVAÇÕES

CASO 1 — S.V.R., com 10 anos de idade, sexo masculino, prêto. Há dois anos sofreu traumatismo crânio-encefálico, tendo sido transportado ao Hospital de Emergências em coma profundo, sendo feita trepanação descompressiva sob traqueotomia. O paciente permaneceu durante 60 dias em coma com diagnóstico de lesão do tronco cerebral. Lentamente readquiriu a motilidade nunca tendo apresentado paralisia facial. Não conseguia entretanto, realizar corretamente todos os movimentos da língua, havendo pequeno desvio para a direita. Quando reiniciou a falar apresentou sinais de nasalização (rinolalia). Deglutição dificultosa, engasgando-se com facilidade. Voz rouca. Normais os movimentos musculares e os reflexos nos membros. *Exame otorrinolaringológico*: bôca e anexos normais; fossas nasais normais; audição, gustação e olfato normais; acúmulo de secreções no seio piriforme direito; paralisia da corda vocal direita. *Eletrencefalograma e angiografias cerebrais* normais. *Exame radiológico da faringe durante a fonação*: pequenos movimentos do véo com fechamento insuficiente do orifício rino-faríngeo (Fig. 1).

CASO 2 — I.C., com 51 anos de idade, sexo masculino, branco. Relata o paciente que há 15 anos é hipertenso com níveis tensionais que se mantêm em 25 × 13 apesar do tratamento clínico. Há 14 meses, em pleno trabalho, começou a sentir mal estar, não podendo controlar os movimentos da língua, seguindo-se paralisia facial e hemiplegia direita. Permaneceu neste estado algumas semanas. A recuperação foi lenta: a paralisia facial e a hemiplegia regrediram, a língua recuperou os movimentos, mas o paciente não conseguia articular as palavras, apre-

---

\* Docente-Livre de Anatomia da Fac. de Med. da Univ. Federal do Rio Grande do Sul; \*\* Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Ernesto Dornelles (Pôrto Alegre); \*\*\* Assistente de Otorrinolaringologia da Fac. Católica de Medicina de Pôrto Alegre.



*Fig. 1 — Caso S.V.R. Radiografias do rino e orofaringe durante a fonação de m (A), dá (B), é (C) e i (D). Durante a pronúncia de m o palato permanece abaixado, pois a consoante é nasal. Na fonação de dá, é ou i o palato normalmente se eleva até encontrar a parede posterior do faringe. Neste caso não houve acoplamento do palato com o faringe devido à paralisação do véo, o que ocasiona rinolalia.*

sentando voz rouca, rinolalia, disfagia e regurgitação nasal. O paciente retomou algumas de suas atividades, mas permanece com rinolalia, disfonia e disfagia. *Exame otorrinolaringológico*: desvio do véo e da úvula para a direita, seios piriformes com grande quantidade de saliva, paralisia da corda vocal esquerda; normais a sensibilidade e motricidade da face e das mucosas; audição normal; provas vestibulares normais; discriminação gustativa e olfativa normais. *Exame radiográfico do rinofarínge durante a fonação*: paralisia do véo palatal mole (Fig. 2).

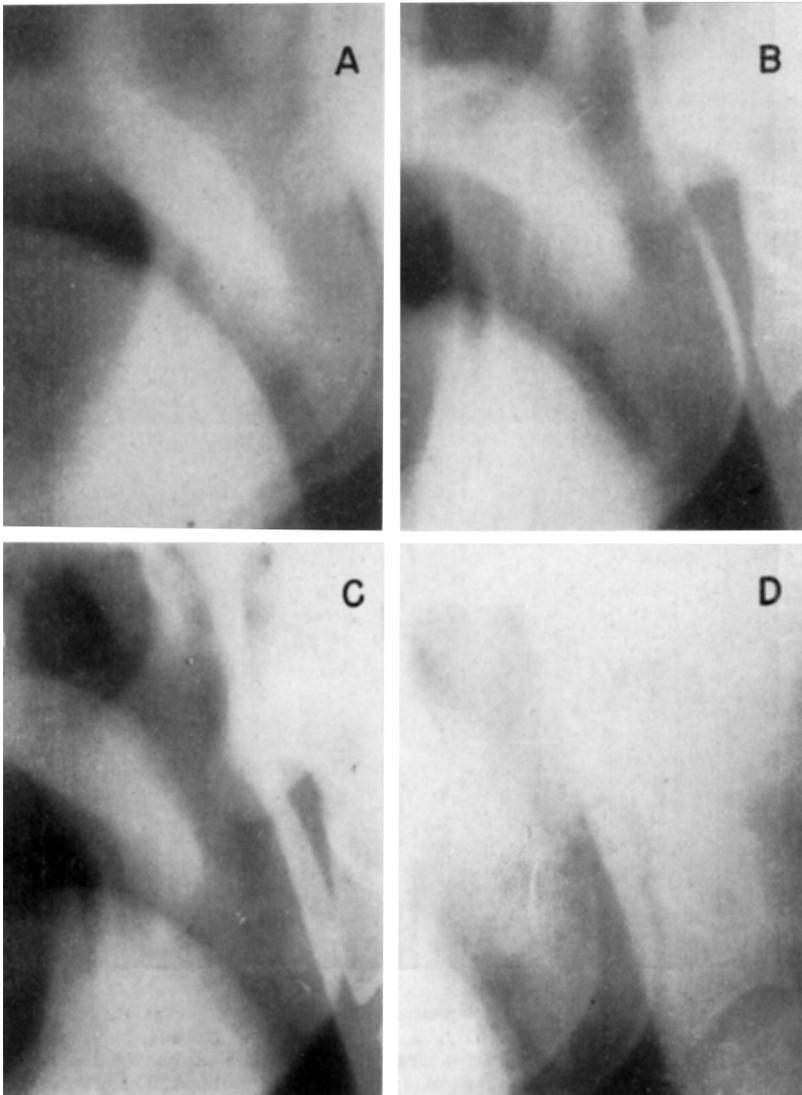
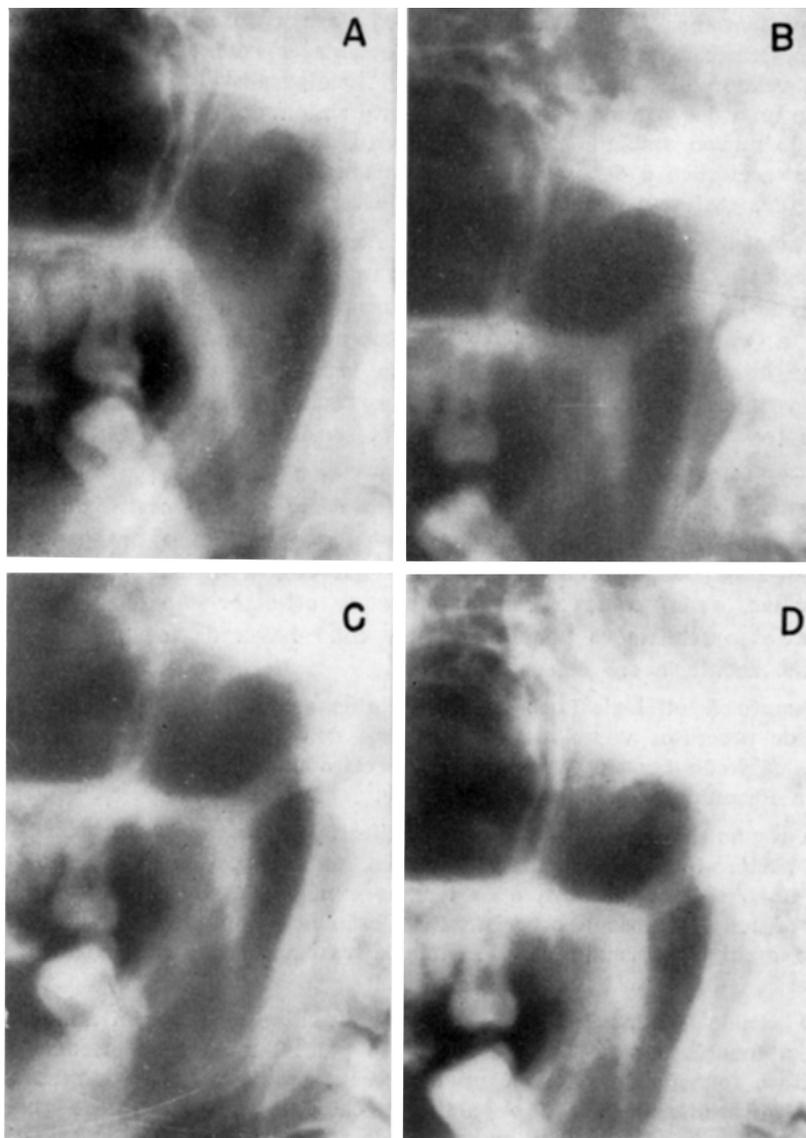


Fig. 2 — Caso I.C. Nítida paralisia velar na fonação de consoantes orais. O orifício rinofaríngeo permanece aberto na pronúncia de dá, é e i.

CASO 3 — A.I., com 32 anos de idade, do sexo feminino, branca. Há cinco meses a paciente notou que sua voz estava nasalizada e rouca e tinha dificuldades na deglutição. Ao exame, o aspecto geral da paciente era bom e ela se mantinha em suas atividades normais. *Exame otorrinolaringológico*: desvio do véo e da úvula para a direita; acúmulo de secreções no seio piriforme esquerdo; para-



*Fig. 3 — Caso A.I. Como nos dois casos anteriores, as chapas mostram o déficit na motricidade do véo do paladar durante a fonação de consoantes orais.*

lisa da corda vocal esquerda; normal a sensibilidade da face e das mucosas; audiograma e provas vestibulares normais. *Angiografias cerebrais* normais. *Exame radiográfico do faringe durante a fonação*: pequena mobilidade do véo palatal mole (Fig. 3).

#### COMENTÁRIOS

Apresentamos três casos de paralisia da porção motora do 10º nervo crânico, praticamente pura. Todos os pacientes apresentavam rinolalia (paralisia velar), dificuldades na deglutição (hemiparalisia do faringe) e paralisia de uma das cordas vocais. O conjunto sintomatológico determinado pela lesão do núcleo ambíguo de onde emergem as fibras motoras somáticas do 10º nervo crânico é denominado clássicamente de síndrome de Avellis. Loeb e Meyer<sup>5</sup>, preferem denominá-lo de sub-síndrome de Wallemberg.

O núcleo ambíguo constitui a unidade motora da musculatura velo-faringolaríngica e, juntamente com os núcleos reticulares e suas conexões do tronco cerebral, mediante um servo mecanismo coordena a fonação, a deglutição, a tosse e a respiração. A situação topográfica desta formação nuclear é que condiciona a raridade da lesão, sem comprometimento das áreas vizinhas, principalmente o núcleo e tracto espinhal do trigêmio. Em nossos três casos não havia alteração da sensibilidade facial.

Brodal<sup>2</sup>, Olszewski e Baster<sup>6</sup>, Ogura e Law<sup>7</sup>, Du Bois e Foley<sup>3,4</sup> demonstraram a organização somatotópica deste núcleo mostrando que, na parte superior, estão localizadas as células que suprem o véo palatal e o faringe e, na porção inferior, as células que regem a abdução e a adução do laringe, assim como a contratilidade do esfíncter superior do esôfago. Nos casos apresentados por Bonnefoy e col.<sup>1</sup> havia disfunção esofágica, o que não acontecia em nossos casos.

Quanto à etiologia Loeb e Meyer<sup>5</sup> afirmam que, em sua maioria, se trata de processos vasculares. Em nossos dois primeiros casos há possibilidade da lesão ter sido vascular, no terceiro caso não temos base alguma para a formulação de hipótese etiológica.

A região do núcleo ambíguo é vascularizada por ramos da artéria cerebral pósterio-inferior que irriga, também, toda a fosseta lateral do bulbo, onde estão situados a oliva e os tractos e núcleo espinhal do trigêmio. É muito difícil imaginar a ocorrência de lesão dos ramúsculos que irrigam o núcleo ambíguo permanecendo intacta a vascularização das estruturas vizinhas.

O estudo da movimentação velar foi realizado radiograficamente durante a fonação de *m*, *dá*, *é* e *i*. O véo palatal mole permanece abaixado durante a fonação de *m* que é uma consoante nasal normal em nossa fonética. Na pronúncia de *dá* o palato se eleva e adere à parede posterior do faringe, não permitindo a passagem de ar para a cavidade nasal, o mesmo acontecendo na fonação de *é* e *i*. Isto permitiu uma avaliação adequada da amplitude do movimento do palato em relação ao seu acoplamento com a parede faríngeica posterior.

Clinicamente o sintoma do qual mais se queixavam os pacientes foi a rinolalia. A nasalização das consoantes orais traz ao paciente um desconforto social constante, não acontecendo o mesmo com a disфония que não é grave, uma vez que a corda vocal paralisada permanece em posição paramediana e a voz rouca se assemelha àquela de paciente com laringite aguda.

A reabilitação foniátrica destes pacientes, que ainda está sendo executada consiste na prática de exercícios de movimentação velar e de esforço para tentar a mobilização da corda vocal. Os resultados até o momento são precários e somente o caso 1 (seqüela de traumatismo crânio-encefálico) apresenta algum resultado animador.

## RESUMO

São relatados três casos de hemiplecias velo-faringo-laringicas por lesão do núcleo ambíguo. A localização da lesão, os aspectos da paralisia velar e seu diagnóstico pela radiografia durante a fonação de consoantes orais e nasais são discutidos.

## SUMMARY

*Velo-pharyngo-laryngeal hemiplegias*

Three cases of velo-pharyngo-laryngeal hemiplegias by lesion of the ambiguous nucleus are reported. The localization of the lesion, the veil paralysis aspects and the diagnosis by radiography during the phonation of oral and nasal consonants are discussed.

## REFERÊNCIAS

1. BONNEFOY, J.; LAPRAS, C. & GOUTELLE, A. — A propos de deux cas évoquant une lésion traumatique du noyau ambigu. *Conf. neurol.* 25:343-346, 1965.
2. BRODAL, A. — *The Cranial Nerves*. Quarenton Press, Oxford, 1958.
3. DU BOIS, F. S. & FOLEY, J. O. — Experimental studies on the vagus and spinal accessory nerves in the cat. *Anat. Rec.* 64:285-307, 1936.
4. DU BOIS, F. S. & FOLEY, J. O. — Quantitative studies of the vagus nerves in the cat. *J. Comparat. Neurol.* 67:49-67, 1937.
5. LOEB, C. & MEYER, J. S. — *Strokes Due to Vertebro-basilar Disease*. Charles C. Thomas, Springfield (Illinois), 1965.
6. OLSZEWSKI, J. & BASTER, D. — *Cytoarchitecture of the Human Brain Stem*. S. Karger, Basel, 1954.
7. OGURA, J. H. & LAW, R. L. — Anatomical and physiological correlations on stimulating the human superior laryngeal nerve. *Laryngoscope* 63:947-959, 1953.