

Pólipos de pregas vocais: aspectos clínicos e cirúrgicos

Vocal cord polyps: clinical and surgical aspects

Suzana B. Cecatto¹, Kátia da S. Costa¹,
Roberta I. D. Garcia¹, Leonardo Haddad¹,
Fernando V. Angélico Júnior²,
Priscila B. Rapoport³

Palavras-chave: pólipo, corda vocal, tratamento.
Key words: polyp, vocal cord, treatment.

Resumo / Summary

Introdução: O pólipo de prega vocal representa uma lesão benigna comum da laringe e o seu tratamento tem diversas modalidades. O objetivo deste artigo é apresentar aspectos clínicos e cirúrgicos específicos destes pólipos. **Forma de estudo:** Clínico retrospectivo. **Material e Método:** Levantamento retrospectivo de todos os casos atendidos no ambulatório de laringe da Faculdade de Medicina do ABC durante 18 meses e análise completa de todos os dados obtidos. Discutimos ainda as possibilidades terapêuticas e os resultados relatados na literatura. **Resultados:** Foram atendidos 108 pacientes no período acima e o diagnóstico mais prevalente foi pólipo de prega vocal (29,62%; n = 32), sem predileção por sexo. O principal sintoma referido foi disфония (100%) e em 56,25% o tabagismo estava presente, seguido de abuso vocal (25%). Vinte seis pacientes (81,25%) foram tratados por microcirurgia de laringe com laringoscópio de suspensão sob anestesia geral e fonoterapia pós-cirúrgica, além de higiene vocal e tratamento medicamentoso quando necessário. Em 95% destes houve melhora da qualidade vocal após 60 dias de pós-operatório. **Conclusões:** O tratamento cirúrgico do pólipo de prega vocal apresenta diversas modalidades, porém o sucesso terapêutico depende da habilidade técnica do cirurgião, dos cuidados pós-operatórios e seguimento completo fonoterápico e medicamentoso.

Introduction: Vocal fold polyp is a common benign lesion of the larynx which can be treated in various ways. This article intends to show how clinical and surgical work can be applied in the event of the vocal fold polyp. **Study design:** Clinical retrospective. **Material and Method:** A retrospective research analysing patients was carried out from February 2000 to July 2001 (18 months) by the Department of Larynx at the Faculdade de Medicina do ABC. A complete analysis of the results, as well as therapeutical techniques applied and the results referred in the medical literature was done. **Results:** A number of 108 patients underwent the study. Polyp was found to be the most prevalent lesion (29,62%; n=32) among both male and female and the main symptom found was dysphonia (100%). Around 56,25% of the patients were smokers and approximately 25% related vocal abuse. A number of 26 (twenty-six) patients (81,25%) underwent microlaryngeal surgery with a suspension laryngoscope, general anesthesia, postsurgical voice and drugs therapy, whenever needed. As a result, 95% of the patients showed some improvement on their voice, within 60 days after surgery. **Conclusions:** Although surgical excision of the vocal polyp can be carried out in many ways, therapeutical success depends on the surgeon's skills and standards of postoperative care, such as voice and drugs therapy.

¹ Residentes da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC.

² Auxiliar de Ensino da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC; pós-graduando (doutorado) da Disciplina de Otorrinolaringologia da FMUSP.

³ Professora Titular da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC.

Instituição: Faculdade de Medicina do ABC – Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC.

Endereço para correspondência: Suzana Boltes Cecatto – Rua São Paulo, 2484

Bairro Barcelona – 09541-100 – São Caetano do Sul – SP

E-mail: suzanaceatto@yahoo.com.br

Artigo recebido em 19 de abril de 2002. Artigo aceito em 04 de julho de 2002.

INTRODUÇÃO

O pólipos de prega vocal é uma lesão benigna, hiperplásica e bem definida, geralmente nos dois terços anteriores da corda vocal. Pode ser sésil ou pediculada e de coloração pálida ou avermelhada. Acomete qualquer faixa etária e não apresenta predileção sexual, porém está bem relacionado com tabagismo, poluição e abuso vocal.¹

Inúmeros métodos de tratamento cirúrgico têm sido propostos após a falha no tratamento medicamentoso e fonoterápico. O objetivo deste artigo é mostrar nossa experiência clínica e cirúrgica com as lesões polipóides, correlacionando-a com a literatura mundial.

MATERIAL E MÉTODO

Realizamos um estudo retrospectivo, relacionando todos os pacientes atendidos no ambulatório de laringe da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC, no período de fevereiro de 2000 a julho de 2001. Foram analisados os seguintes dados: idade, sexo, sintomas clínicos, antecedentes pessoais, hábitos (tabagismo, etilismo), resultados da laringoscopia direta e estroboscopia (quando realizada), diagnóstico, tratamento, exame anátomo-patológico e seguimento pós-cirúrgico (sete, 15, 30 e 60 dias). Os dados foram analisados e foi feita a comparação com os resultados obtidos na literatura.

RESULTADOS

Nossa casuística consiste em 32 pacientes com diagnóstico de pólipos de corda vocal, sendo 16 (50%) do sexo feminino e 16 (50%) do sexo masculino. A idade variou de 25 a 75 anos, com média de 46,9 anos (dp= 11,6).

Os principais sintomas clínicos e antecedentes pessoais encontram-se nas Tabelas 1 e 2.

Disfonia foi o sintoma mais encontrado (42%), seguido de globus faríngeo (22%).

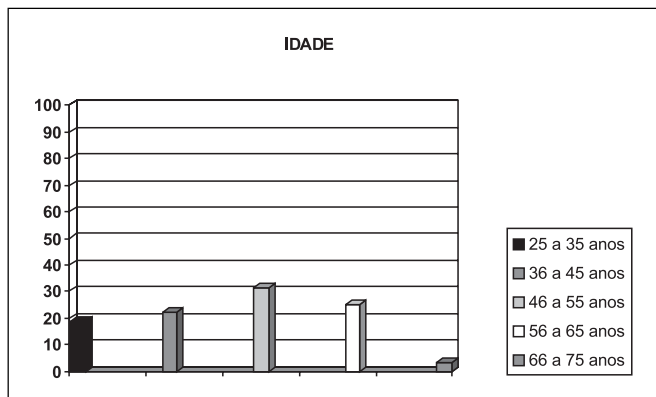


Gráfico 1. Porcentagem de pacientes portadores de pólipos vocais quanto à faixa etária.

Tabela 1. Principais sintomas clínicos apresentados pelos pacientes portadores de pólipos vocais (N = 32 pacientes).

Sintomas Clínicos	Nº de pacientes (%) (N = 32)
Disfonia	41,9 %
Globus faríngeo	21,9 %
Dispneia	21,9 %
Tosse	18,8 %
Pigarro	6,3 %
Disfagia	6,3 %
Epigastralgia	6,3 %
Dor	0 %

Tabela 2. Principais hábitos e antecedentes pessoais apresentados por pacientes portadores de pólipos vocais (N = 32).

Hábitos e antecedentes pessoais	Nº de pacientes (%) (N = 32)
Tabagismo	56,2 %
Etilismo	15,6 %
Abuso vocal	25,1 %
IOT prévia	6,3 %
DRGE	3,1 %

Tabagismo foi relatado em 56% dos pacientes e abuso vocal em 15%.

Dos 26 pacientes, 15 (57,7%) apresentavam pólipos pediculados e 11 (42%) sésseis.

Os pacientes com lesões pálidas apresentavam tempo de evolução maior da doença (em média 2 anos) em relação aos pólipos avermelhados (6 meses).

A prega vocal esquerda foi mais afetada (56,25%; n= 18).

Vinte e seis pacientes com pólipos (81,25%) foram tratados através de microcirurgia de laringe com apreensão do pólipo e seu afastamento para a linha mediana, visualizando-se toda a sua inserção. Através desta inserção, mais facilmente individualizada nos pólipos pediculados, a lesão foi totalmente retirada com tesouras. Nos pólipos sésseis, a lesão foi cuidadosamente separada do epitélio da prega vocal e então ressecada em sua base.

Em todos os casos foi planejada a fonoterapia pós-operatória e todos os pacientes só utilizaram analgésicos após a cirurgia quando necessário. Não foi realizada fonoterapia pré-operatória.

Em quatro pacientes a lesão desapareceu espontaneamente (sem qualquer tratamento) e dois pacientes abandonaram o tratamento.

Os achados histopatológicos na maioria dos pólipos (95%) foram exsudatos de fibrina interligados por tecido conectivo ou células endoteliais e neovascularização. Além disso, atrofia ou acantose, edema submucoso difuso, infiltração submucosa com linfócitos, fibroblastos e pigmentos sanguíneos também foram relatados. Nos pólipos avermelhados, havia um predomínio de células endoteliais e neovascularização.

Em 90% (n=29) dos pacientes havia edema e sinais inflamatórios na laringe após uma semana da cirurgia com disфонia persistente. Após 15, 30 e 60 dias, esse percentual abaixou para 60% (n= 19), 30% (n= 9) e 5% (n= 1), respectivamente.

DISCUSSÃO

Lesões benignas de pregas vocais representam um problema significativo para os otorrinolaringologistas, por serem patologias muito comuns e que necessitam de tratamento multidisciplinar. Quando essas lesões não respondem à terapia medicamentosa e/ou fonoterápica, a opção de tratamento é cirúrgica. O objetivo da cirurgia pode ser aumentar a função fonatória ou estabelecer o diagnóstico anátomo-patológico através de biópsia.²

Na nossa análise retrospectiva de 18 meses, houve predomínio de lesões polipóides, fato que mostra uma crescente incidência de tal patologia, talvez como resultado de mudanças dinâmicas no modo de vida ou condições ambientais desfavoráveis, como tabagismo e poluição.¹ Por outro lado, um maior número de pessoas tem procurado os serviços médicos e o número de diagnósticos têm aumentado na mesma proporção.

Sua patogênese está relacionada à vasodilatação submucosa da corda vocal, resultando em aumento da permeabilidade da parede vascular com edema predominantemente no terço anterior ou médio da prega vocal, onde a força mecânica de vibração é mais intensa. Esse exsudato rico em proteínas pode se organizar e fibrosar ou entrar em degeneração hialina ou basófila. No caso dos pólipos angiomatosos, podem ocorrer hemorragias subepiteliais pequenas e focais, levando ao seu aspecto característico (avermelhado). Todos esses mecanismos podem ser desencadeados por múltiplos fatores, sendo o abuso vocal o mais expressivo (25%).¹

Histologicamente, observam-se vários graus de hiperplasia epitelial e atrofia. Dikkers et al.³ relatam que o exame ultraestrutural de lesões benignas de pregas vocais não oferece informações adicionais ao microscópio convencional, cujo diagnóstico é bastante preciso.

Combinações características de achados histológicos contribuem na diferenciação de entidades clínicas, como pólipos, edema de Reinke e nódulos^{4,5}.

A maioria de nossos achados histológicos apresentava uma combinação de sinais de sangramento recente,

deposição de ferro e fibrina e trombose, confirmando o diagnóstico clínico de pólipo. É esperada a relação entre a apresentação histopatológica e a fisiopatologia das lesões. Talvez seja possível que o abuso vocal induza maior trauma aos vasos, levando à hemorragia, exsudação de fibrina, trombose e proliferação de capilares. Geralmente a formação dos pólipos é um evento agudo, cujo dano inicial é perpetuado por movimentos recorrentes de lesão durante a fonação, induzindo a traumas capilares recorrentes.

Na estroboscopia, Hirano et al.⁶ relataram os principais achados em pacientes portadores de pólipos. Assim como em nossos casos, a glote apresentou um fechamento incompleto durante a vibração, com irregularidades nas sucessivas vibrações, diminuição da amplitude na prega vocal afetada e interferência no movimento vibratório da prega vocal não afetada. A onda mucosa estava diminuída no lado acometido e, em alguns casos, até ausente.

Em 1960 foi introduzida a microcirurgia de laringe com laringoscópio de suspensão sob anestesia geral. Essa modalidade cirúrgica propicia excelente estabilidade para o campo cirúrgico, sem a ocorrência de reflexos do paciente e, certamente, apresenta boa precisão na identificação das lesões. Entretanto, a cânula de intubação pode obstruir o campo cirúrgico e o controle da função fonatória não pode ser avaliado no intra-operatório. Na fonocirurgia, o ideal seria que o cirurgião pudesse avaliar a voz do paciente e também observasse a vibração mucosa das pregas vocais durante a fonação.

Para superar tais desvantagens, vários métodos têm sido desenvolvidos. Microcirurgia de laringe com espelho sob anestesia tópica, microcirurgia estroboscópica de laringe com um espelho ou telescópio rígido sob anestesia local e microcirurgia de laringe com laringoscópio de suspensão sob neuroleptoanalgesia têm sido tentados como métodos alternativos. Entretanto, estes métodos não têm sido muito divulgados pela dificuldade na manipulação e pobreza das imagens do campo cirúrgico.⁷

Kojima et al.^{7,8} têm utilizado, desde 1991, a microcirurgia de laringe com fibra ótica e estroboscópio sob anestesia local em hospital dia. Com essa técnica, o cirurgião usa ambas as mãos livremente e há a monitorização da voz do paciente e da laringe, enquanto um assistente insere a fibra endoscópica pela cavidade nasal e o paciente puxa a língua. Nos resultados obtidos por tal técnica houve melhora na função vocal pós-operatória, com aumento do tempo máximo de fonação e ganho na qualidade vocal. Não foi observado nenhum caso de formação de cicatrizes vocais e nenhuma complicação intra-operatória como sangramento ou aspiração. Houve exata identificação das lesões e a laringe manteve-se em posição fisiológica durante o ato cirúrgico porque não havia cânula de intubação. Os autores concluíram que esse tipo de cirurgia seria bem aplicado na remoção de pólipos, cistos, nódulos, edemas de Reinke não extensos e granulomas, além de útil na realização de biópsias. Além

disso, poderia ser empregado em pacientes com problemas anatômicos como mandíbula estreita, imobilidade cervical e outros defeitos que impediriam a realização da microcirurgia de laringe com laringoscópio de suspensão.⁷ Entretanto, tal técnica implica em instrumental apropriado, habilidade e rapidez do cirurgião em tais procedimentos, além de extrema colaboração do paciente, já que utiliza anestesia tópica.

Em 1972, Strong e Jako⁹ relataram a primeira experiência com o uso clínico do laser de CO₂ no tratamento de lesões benignas e malignas da laringe. Recentemente, o uso do laser CO₂ tem sido usado com cautela pelo potencial dano térmico ao tecido mucoso e muscular da prega vocal com deterioração vocal. Porém, o refinamento no instrumental durante anos tem transformado a cirurgia a laser bem mais precisa. Além disso, outros tipos de laser tem sido desenvolvidos como o KTP/532 (fosfato de potássio- titânio) e o Nd:YAG laser.

No estudo retrospectivo de Shapshay¹⁰, foram observadas maiores vantagens do laser sobre a técnica a frio em relação à microprecisão e habilidade de fotocoagulação de pequenos vasos da superfície mucosa, fato particularmente importante no caso de pólipos angiomatosos. No caso de lesões polipóides sésseis, o laser é útil na incisão e esvaziamento da mucosa. Além disso, o laser está indicado no tratamento de pólipos vasculares e granulomas. O aperfeiçoamento do instrumental pode levar a resultados excelentes quando usados em lesões pequenas e pedunculadas, como os nódulos.^{10,11}

Na nossa casuística todos os pacientes foram submetidos a microcirurgia de laringe com laringoscópio de suspensão com 95% (n= 31) de melhora considerável da qualidade vocal e remissão de outros sintomas associados em 60 dias após a cirurgia. Nossos resultados foram excelentes com a técnica convencional e por ser um serviço-escola com treinamento de residentes, a cirurgia com anestesia tópica tornaria o procedimento limitado. Além disso, não dispomos do laser em nossos hospitais, inviabilizando o seu uso.

Independentemente da técnica empregada, todos os autores consultados são unânimes em relação ao uso da fonoterapia e seguimento adequado pós-operatório (higiene vocal) como mandatórios para o sucesso do tratamento.

Woo et al.¹² realizaram um estudo retrospectivo abordando os principais achados laringovideostroboscópicos em pacientes com disфонia persistente pós-tratamento cirúrgico (microcirurgia ou biópsia, com laser de CO₂ ou não). Como esperado, a etiologia apresentou múltiplas causas. Na maioria dos casos, foram encontradas pregas vocais com mobilidade diminuída por cicatrização e também lesão residual após a cirurgia, fato que torna indispensável à adequada documentação da voz e da função vibratória da prega vocal antes e depois do procedimento cirúrgico. Além disso, a excisão de grandes lesões epiteliais podem resultar em disфонia residual. Quando o epitélio da prega vocal precisa ser removido, a cirurgia deve limitar-se à superfície epitelial, preservando as estruturas subepiteliais e o ligamento vocal.

Na dúvida, é preferível deixar uma borda irregular e vibrante na prega, do que uma borda precisa e sem vibração. Outro problema encontrado pelos autores foi a excessiva inflamação residual das pregas encontrada após uma semana da cirurgia, visualizada pela laringoscopia. Para expressivos edema e inflamação, um tratamento agressivo com antibióticos, esteróides e hidratação oral estaria indicado precocemente no pós-operatório. Vários são os fatores causadores desse edema ou inflamação excessivos, como tosse persistente, rinossinusite, bronquite, alergia e laringite por refluxo gastroesofágico. Woo¹² observou que um número significativo de pacientes apresentou restauração da vibração das pregas vocais após agressivo tratamento medicamentoso. Medidas de higiene vocal também colaboram na recuperação vocal, como suspensão de cafeína e nicotina que ressecam a mucosa oral e a instituição de agentes mucolíticos.

Em nossos casos não foram utilizadas medicações, somente medidas de higiene vocal e fonoterapia com bons resultados a longo prazo. Talvez a instituição de tratamento agressivo no pós-operatório teria proporcionado considerável melhora da qualidade vocal mais precocemente. Já a fonoterapia tem um papel essencial na reabilitação pós-cirúrgica dos pacientes disfônicos. É importante a reavaliação constante dos achados laringoscópicos durante a terapia, para otimizar os seus resultados.

Finalmente, a reexploração cirúrgica estaria indicada para lesões recorrentes ou persistentes após a cirurgia e cujo tratamento conservador obteve falha na sua regressão.

Em nossos casos, a melhora da qualidade vocal foi evidente. Entretanto, todo paciente precisa ser informado que a restauração da voz ao padrão normal pode não ser atingido plenamente.

CONCLUSÕES

O pólipo de prega vocal é uma patologia expressiva e comum dentre as lesões mucosas benignas das cordas vocais. O tratamento é basicamente cirúrgico e, independentemente das modalidades e técnicas utilizadas, necessita de equipe multidisciplinar para o sucesso terapêutico. O médico deve fazer o diagnóstico e avaliar o melhor tratamento para cada paciente, estando sempre habilitado tecnicamente para aplicá-lo.

Acima de tudo, a conscientização do paciente a respeito das limitações do tratamento e também da restauração parcial do padrão vocal evita expectativas errôneas e frustração posteriores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zargi M, Kambic V, Radsel Z, Acko M. Vocal cord polyps: incidence, histology and pathogenesis. *J Laryngol Otol* 1981;95:609-618.
2. Woo P, Noordzij JP. Glottal area waveform analysis of benign vocal fold lesions before and after surgery. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2000;109:441-446.

-
3. Dikkers FG, Nikkels PGJ. Benign lesions of the vocal folds: histopathology and phonotrauma. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1995;104:698-703.
 4. Gray SD, Hammond E, Hanson DF. Benign pathologic responses of the larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1995;104:13-18.
 5. Loire R, Bouchayer M, Cornut G, Bastian RW. Pathology of benign vocal fold lesions. *Ear Nose Throat J* 1988;67:357-362.
 6. Hirano M, Gould WJ, Lambiase A, Kakita Y. Vibratory behavior of the vocal folds in a case with a unilateral polyp. *Folia phoniat* 1981;33:275-284.
 7. Kojima H, Shinohara K, Tsuji T, Omori K. Videoendoscopic laryngeal surgery. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2000;109:149-155.
 8. Kojima H, Nonomura M, Omori K, Hirano S. Fiberoptic laryngomicrosurgery with stroboscope under local anesthesia. *Pract Otol (Kyoto)* 1991;84:645-649.
 9. Strong MS, Jako GJ. Laser surgery in the larynx: early clinical experience with continuous CO2 laser. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1972;81:791-798.
 10. Shapshay SM, Rebeiz E E, Bohigian RK, Hybels RL. Benign lesions of the larynx: should the laser be used ? *Laryngoscope* 1990;100:953-957.
 11. Remacle M, Lawson G, Watelet JB. Carbon Dioxide laser microsurgery of benign vocal fold lesions: indications, techniques, and results in 251 patients. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1999;108:156-164.
 12. Woo P, Casper J, Colton R, Brewer D. Diagnosis and treatment of persistent dysphonia after laryngeal surgery: a retrospective analysis of 62 patients. *Laryngoscope* 1994;104:1084-1091.