

## Neurinoma cervical faríngeo: disfagia e disfonia

Carla Maffei<sup>1</sup>, Maria Ines Rebelo Gonçalves<sup>2</sup>, Marçal  
Motta de Mello<sup>3</sup>, Jaerilson b. Kluppel Jr.<sup>4</sup>, Paulo  
Antonio Monteiro Camargo<sup>5</sup>

## Pharyngeal Cervical Neurinoma: dysphonia and dysphagia

Palavras-chave: disfagia, disfonia, eletromiografia,  
neurinoma.  
Keywords: dysphonia, dysphagia, electromyography,  
neurinoma.

### INTRODUÇÃO

Os neurinomas mais avançados originam-se nas raízes nervosas cranianas e espinhais, manifestando-se sob a forma de compressão lenta e progressiva da medula, com indicação de remoção cirúrgica parcial ou total<sup>1</sup>. Os pares cranianos V, VII, IX, X, XI e XII atuam diretamente sobre as funções da fala e da deglutição<sup>2,3</sup> e, quando afetados, podem interferir na qualidade de vida do paciente, comprometendo principalmente os aspectos social, nutricional e pulmonar. Quanto maior o grau de comprometimento destes nervos, maior o risco da pneumonia aspirativa<sup>4</sup>, sendo fundamental o atendimento multidisciplinar para a reabilitação do paciente, a fim de minimizar as seqüelas da ressecção<sup>5,6</sup>.

Nosso objetivo foi verificar os resultados da reabilitação das funções de voz, mastigação e deglutição em um caso de neurinoma cervical

e faríngeo, por meio de exames: laringológico, videofluoroscópico da deglutição e eletromiográfico dos músculos mastigatórios.

### APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente de 38 anos, pós-ressecção de neurinoma cervical e faríngeo que envolvia a região de pescoço e a artéria carótida, apresentava queixas de disfonia, disfagia e dificuldade à mastigação.

Na avaliação otorrinolaringológica observou-se atrofia da língua e redução da mobilidade labial à direita e redução de elevação lingual. Na videolaringoscopia verificou-se paralisia de hemilaringe e de prega vocal direita em total abdução, redução da contração da musculatura do palato mole à direita e qualidade vocal com sopro intensa. Após tireoplastia tipo I apresentou fenda triangular médio posterior com melhora vocal parcial.

Na videofluoroscopia da deglutição observou-se, para todas as consistências: escape prematuro do alimento; resíduos alimentares em cavidade oral; dificuldade no transporte do bolo alimentar da fase oral para a faríngea e estase em valéculas e recessos piriformes.

O exame eletromiográfico demonstrou redução da atividade dos músculos temporais e masseteres à direita.

A reabilitação fonoaudiológica consistiu de 24 sessões, com exercícios miofuncionais isotônicos e isométricos de língua e musculatura mastigatória (masseteres e temporais) e a emissão da vogal /i/ sustentada com mãos em gancho associada à flexão de pescoço para a direita.

### DISCUSSÃO

Os achados pré e pós-reabilitação fonoaudiológica encontram-se na Tabela 1. Após a fonoterapia observou-se aos novos exames: melhora da força, tonicidade e mobilidade da língua; ausência de escape

prematuro do alimento; aumento da contração dos músculos constritores da faringe, com redução do resíduo em valéculas e recessos piriformes; aumento da atividade dos músculos temporais e masseteres à direita e qualidade vocal inalterada.

É importante ressaltar que os exercícios selecionados para a reabilitação fonoaudiológica da paciente foram aqueles que, além de indicados, apresentaram melhores resultados durante a realização de provas terapêuticas.

O exercício vocal realizado foi selecionado por ser o único que promovia uma discreta redução da fenda glótica, com também discreto aumento da sonoridade durante sua execução. No decorrer da fonoterapia outros exercícios vocais foram selecionados, associados ou não a manobras posturais cervicais, mas também sem bom resultado com relação à qualidade vocal.

### COMENTÁRIOS FINAIS

Houve melhora funcional significativa em relação à mastigação, deglutição, atividade muscular lingual e musculatura mastigatória após a reabilitação fonoaudiológica, embora a qualidade vocal permanesse inalterada.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Omamura S, Nakajima Y, Kobayashi S, Ono S, Fujita K. Oral manifestations and differential diagnosis of isolated hypoglossal nerve palsy: report of two cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;84(6):635-40.
2. Robbins SL, Cotran RS, Kumar VR: Patologia Estrutural e Funcional. 4aed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991. p. 1168-75.
3. Sobotta J. Cabeça, pescoço e extremidade superior. In: Atlas de Anatomia Humana. 21a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 107-12.
4. Sakao T, Noguchi S, Murakami N, Uchino S. Neurilemona of the neck; a report of 35 cases. *Nippon Geka Gakkai Zasshi* 1990;91(3):407-10.
5. Gonçalves MIR. Alterações estruturais mínimas da cobertura das pregas vocais: fatores que interferem no diagnóstico (Tese). São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1994.
6. Maffei C, Gonçalves MIR, Biase N. Avaliação laringológica e perceptivo-auditiva vocal nas fases pré e pós-aplicação da técnica de vibração sonora de pregas vocais na leucoplasia plana. *Fonoatual* 2004;28:53-4.

**Tabela 1.** Achados otorrinolaringológicos e fonoaudiológicos da cavidade oral e da laringe, videofluoroscópicos das fases oral e faríngea da deglutição e eletromiográficos da musculatura mastigatória pré e pós-fonoterapia.

Achados	Pré-fonoterapia	Pós-fonoterapia
Paralisia da laringe à direita	Presente	Presente
Fenda triangular médio posterior	Presente	Presente
Redução da mobilidade do véu palatino à direita	Presente	Presente
Atrofia lingual à direita	Presente	Ausente
Elevação lingual	Ausente	Presente
Desvio da projeção lingual	Presente	Ausente
Força da língua na contra-resistência	Ausente	Presente
Alargamento e afinamento lingual	Ausente	Presente
Resíduo em cavidade oral	Presente	Ausente
Dificuldade motora oral	Presente	Ausente
Escape prematuro	Presente	Ausente
Número de deglutições para 5ml de líquidos	3	1
Número de deglutições para 10ml de líquidos	3	2
Número de deglutições para 5ml de pastoso	4	2
Número de deglutições para 10ml de pastoso	5	3
Número de deglutições para sólidos	5	2
Estase em valéculas	Moderada	Leve
Estase em recessos piriformes	Moderada	Leve
Atividade dos músculos temporais à direita	Reduzida	Aumentada
Atividade dos músculos masseteres à direita	Reduzida	Aumentada

<sup>1</sup> Mestrado em Distúrbios da Comunicação-Universidade Tuiuti do Paraná - Doutoranda em Estomatologia - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Pesquisadora Voluntária junto ao Programa de Mestrado em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná.

<sup>2</sup> Pós-Doutorado - California University, Professora Adjunta do Programa de Mestrado em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná.

<sup>3</sup> Especialista em Motricidade Oral/Disfagia - Universidade Tuiuti do Paraná, Médico responsável pelo setor de exames de videofluoroscopia da deglutição do Hospital da Cruz Vermelha do Paraná.

<sup>4</sup> Odontólogo. Especialista em Periodontia pela Universidade de Araçatuba, São Paulo.

<sup>5</sup> Doutor, professor/diretor do Centro Avançado de ORL/Cérvico-facial.

Universidade Tuiuti do Paraná Centro Avançado de Otorrinolaringologia - CAO Hospital da Cruz Vermelha do Paraná Hospital São Vicente do Paraná.

Endereço para correspondência: Carla Maffei - Rua Martim Afonso 2986 apto. 1101 80730-030 Curitiba Paraná.

E-mail: carlamaffei@uol.com.br

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBORL em 14 de fevereiro de 2006. cod. 1724.

Artigo aceito em 3 de agosto de 2006.