

# Paralisia das pregas vocais: como reconhecer, como fazer e o que procurar aos métodos de imagem?

*Vocal cord paralysis: how to recognize, how to diagnose, and what should be focused upon by imaging methods*

*Ana Celia Baptista Koifman\**

A exata incidência da paralisia das pregas vocais é desconhecida, mas parece aumentar com a idade. O quadro clínico mais comum inclui rouquidão persistente, disfonia e aspiração de líquidos. No entanto, a presença de voz normal não exclui o diagnóstico e, em até 35% dos casos, não há sintomas. Portanto, isto nos permite acrescentar a condição, ao lado dos nódulos adrenais, renais e tireoidianos, por exemplo, à lista de novos incidentalomas, que cresce a cada dia na rotina do médico radiologista.

O “tsunami” de incidentalomas deve-se, em grande parte, ao moderno arsenal tecnológico de imagem disponível, com maiores áreas do corpo humano sendo estudadas, de modo mais rápido e preciso, sobretudo com o advento dos tomógrafos multidetectores. O aumento na detecção destes achados “extras”, que alonga as observações do radiologista no final do laudo, conduz à necessidade de conhecimento da anatomia laríngea e dos sinais radiológicos típicos da paralisia das pregas vocais, mesmo em pacientes assintomáticos. O alargamento do seio piriforme, associado a espessamento e deslocamento ântero-medial da prega ariepiglótica ipsilateral, são indicadores primários de paralisia e podem ser facilmente reconhecidos, se dedicada pequena atenção à região.

O artigo deste número da **Radiologia Brasileira** “Avaliação por imagem da paralisia de pregas vocais”<sup>(1)</sup> preza pela revisão anatômica robusta do nervo vago e seus ramos. O principal papel do radiologista frente a um paciente com paralisia conhecida das cordas vocais

consiste em detectar ou excluir as inúmeras e diversas lesões que podem comprimir ou lesar estas estruturas nervosas ao longo de todo o seu trajeto. Os autores relembram, com bastante propriedade, a necessidade de dados laringoscópicos prévios para o diagnóstico de eventuais tumores malignos laríngeos primários, já que os métodos de imagem, em geral, não se prestam a este fim.

Para cobrir todas as possibilidades etiológicas, sobretudo se a história não for disponível ou fidedigna, recomenda-se a aquisição axial desde a base do crânio até a janela aorticopulmonar. O plano axial é geralmente suficiente para o diagnóstico, em concordância com a literatura<sup>(2)</sup>. Mais comumente, a tomografia computadorizada (TC) é o método de primeira intenção na avaliação da disfunção do nervo laríngeo recorrente. O protocolo costuma incluir imagens com respiração tranquila e em apneia, para análise do movimento das cordas vocais. A ressonância magnética (RM) é geralmente solicitada diante da suspeita de neuropatias cranianas múltiplas ou em pacientes com sinais de doença intracraniana, da base do crânio ou vagal proximal. Angio-TC ou angio-RM podem ser necessárias para o diagnóstico de dissecação carotídea como causa da paralisia<sup>(3,4)</sup>. Novos métodos, como o PET-FDG/TC, têm sido utilizados em casos de invasão tumoral direta ou de paralisia secundária à terapia<sup>(5)</sup>.

No artigo desta edição<sup>(1)</sup>, os autores expõem aos leitores, de forma prática e reprodutível, os protocolos dos exames de TC e RM utilizados naquele serviço. Ressaltam o possível uso, em casos selecionados, da manobra de fonação, com a vocalização da letra *i*<sup>(6)</sup>, sem esquecer o aumento da exposição à radiação e do tempo de exame. Técnicas de *volume rendering*, além das reformatações

\* Livre-docente em Radiologia, Médica Radiologista da Clínica Life Imagem e do Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: anaceliak@gmail.com

multiplanares habituais, também podem mostrar com elegância as alterações do complexo laríngeo<sup>(3)</sup>.

Apesar da procura, em até 50% dos pacientes não são encontradas lesões responsáveis pela alteração. Nestes casos, então considerados idiopáticos, tóxicos ou infecciosos, a paralisia aguda unilateral é tipicamente autolimitada, 80% ou mais destes mostrando resolução espontânea do quadro em cerca de seis meses. O tratamento é basicamente conservador, incluindo terapia de voz. Em casos específicos, pode-se lançar mão de tireoplastia, aumento da corda vocal com injeção de materiais como gordura autóloga ou Teflon, adução aritenóideia, entre outros<sup>(3)</sup>.

Ao final do artigo, o leitor terá os subsídios anatômicos e técnicos em mente para a avaliação adequada do paciente com paralisia de corda vocal por meio dos métodos de imagem. Apesar do enorme número de casos idiopáticos ou da variedade de possíveis lesões causadoras, três perguntas básicas podem ser feitas antes

da realização do exame: há história de trauma ou manipulação cirúrgica recentes? uso de tabaco ou álcool? sinais de outras neuropatias cranianas? Isto ajudará o médico radiologista na sua investigação diagnóstica.

#### REFERÊNCIAS

1. Garcia MM, Magalhães FP, Dadalto GB, et al. Avaliação por imagem da paralisia de pregas vocais. *Radiol Bras.* 2009;42:321–6.
2. Chin SC, Edelstein S, Chen CY, et al. Using CT to localize side and level of vocal cord paralysis. *AJR Am J Roentgenol.* 2003;180:1165–70.
3. Harnsberger HR. Vocal cord paralysis. In: Harnsberger HR, Hudgins PA, Wiggins RH, et al., editors. *Diagnostic imaging. Head and neck.* Salt Lake City: Amirsys; 2004. p. III/3/40–2.
4. Myssiorek D. Recurrent laryngeal nerve paralysis: anatomy and etiology. *Otolaryngol Clin North Am.* 2004;37:25–44.
5. Komissarova M, Wong KK, Piert M, et al. Spectrum of <sup>18</sup>F-FDG PET/CT findings in oncology-related recurrent laryngeal nerve palsy. *AJR Am J Roentgenol.* 2009;192:288–94.
6. Kim BS, Ahn KJ, Park YH, et al. Usefulness of laryngeal phonation CT in the diagnosis of vocal cord paralysis. *AJR Am J Roentgenol.* 2008;190:1376–9.