

Paralisia de prega vocal em tireoidite subaguda

Vocal fold paralysis in subacute thyroiditis

Rogério Aparecido Dedititis¹, Leonardo Santos Coelho²

Palavras-chave: disfonia, paralisia de prega vocal, tireoidite, tireóide.

Keywords: dysphonia, vocal fold paralysis, thyroiditis, thyroid.

INTRODUÇÃO

A paralisia de prega vocal está associada a algum acometimento do nervo vago ou do laríngeo recorrente desde o forame jugular até a entrada na laringe. As doenças malignas da tireóide são causa freqüente, porém, são também encontradas em algumas doenças benignas. Em uma série de 1200 casos, foi encontrada uma incidência de 0,69% de associação entre paralisia e doença tireoidiana benigna¹.

Nesse trabalho, abordamos um caso de paralisia de prega vocal associada à doença benigna da tireóide.

RELATO DE CASO

Uma paciente do sexo feminino com 43 anos apresentou-se com um nódulo cervical doloroso na parte ântero-lateral direita e disfonia persistente de instalação súbita cinco dias antes. Ela havia cursado com um quadro gripal na semana anterior, tendo utilizado antiinflamatório não-hormonal. O exame clínico mostrou a presença de um nódulo de cerca de 5,0x3,5 centímetros fazendo corpo com o lobo tireoidiano direito, endurecido, doloroso e móvel à deglutição. A laringoscopia mostrou paralisia da prega vocal direita em posição paramediana, com fenda vocal fusiforme à fonação. Foi administrada prednisona (40 mg/dia) por cinco dias. A ultra-sonografia mostrou um nódulo de 6,2x3,9x3,4 centímetros no lobo tireoidiano direito. A paciente foi reavaliada após sete dias, com palpação semelhante do nódulo, porém, indolor. A qualidade vocal estava boa, com relato

de melhora súbita após três dias de uso da prednisona. A laringoscopia mostrou mobilidade normal das pregas vocais. Os exames laboratoriais mostraram tiroxina livre elevada (2,1 mg/dl) tireotrofina suprimida (0,105) e anticorpos antitireoperoxidase e antitireoglobulina normais. O exame citopatológico da punção aspirativa por agulha fina mostrou um padrão de bócio nodular com degeneração cística. Após três semanas, o nível dos hormônios tireoidianos se normalizou. Devido ao volume do nódulo, acarretando desvio traqueal, foi indicada hemitireoidectomia. O exame histopatológico de congelação e definitivo demonstraram bócio adenomatoso. A laringoscopia de controle continuou mostrando mobilidade normal das pregas vocais. A dosagem dos hormônios tireoidianos após um mês da operação foi normal.

DISCUSSÃO

Várias podem ser as causas de paralisia das pregas vocais classificadas de acordo com a localidade da lesão ou etiologia, incluindo traumas, neoplasias, mecânicas, sistema nervoso central, tóxicas e metabólicas, inflamatórias e idiopáticas. Causa bastante freqüente é o trauma relacionado à tireoidectomia e à cirurgia torácica e mediastinal. Alguns tumores, como os de pulmão e tireóide, podem estar associados².

O mecanismo desta paralisia permanece obscuro, mas há várias teorias, como a da compressão causada por um bócio volumoso, além da calcificação ou inflamação e da pressão exercida sobre

o nervo contra a traquéia. Na fase inflamatória aguda, ocorreria edema ou trombose da vascularização do nervo laríngeo recorrente enquanto que, na fase crônica, ocorreria fibrose perineural³. A paralisia pode ser uma complicação de tireoidite subaguda e pode persistir mesmo após recuperação clínica e laboratorial do paciente⁴.

A terapia com corticosteróides é o tratamento de escolha e deve ser instituído precocemente. A regressão espontânea tem sido ocasionalmente reportada, contudo, após nove meses sem melhora, o prognóstico da paralisia é reservado⁵.

A associação entre a paralisia de prega vocal e a tireoidite é rara, no entanto, a paralisia não significa necessariamente a presença de malignidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Holl-Allen RTJ. Laryngeal nerve paralysis and benign thyroid disease. Arch Otolaryngol 1967;85:335-7.
2. Parnell FW, Brandenburg JH. Vocal cord paralysis. A review of 100 cases. Laryngoscope 1970;80:1036-45.
3. Lucarotti ME, Holl-Allen RTJ. Recurrent laryngeal nerve palsy associated with thyroiditis. Br J Surg 1988;75:1041-2.
4. Yasmeen T, Khan S, Patel SG, Reeves WA, Gonsch FA, de Bustros A, Kaplan EL. Clinical case seminar: Riedel's thyroiditis: report of a case complicated by spontaneous hypoparathyroidism, recurrent laryngeal nerve injury, and Horner's syndrome. J Clin Endocrinol Metab 2002;87:3543-7.
5. Kallmeyer JC, Hackmann R. Vocal cord paralysis associated with subacute thyroiditis. S Afr Med J 1985;67:1064.

¹ Doutor em Medicina pelo Curso de Pós-Graduação em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da UNIFESP - Escola Paulista de Medicina, Médico.

² Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Metropolitana de Santos.

Disciplina de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Metropolitana de Santos.

Endereço para correspondência: Rua Olinto Rodrigues Dantas 343 conj. 92 Santos SP 11050-220.

Telefax: (0xx13) 3221-1514 / 3223-5550 - E-mail: dedititis.hns@uol.com.br

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBORL em 24 de julho de 2005. cod. 550.

Artigo aceito em 16 de junho de 2006.