

GRANULOMA GLÓTICO POR TUBO DE MONTGOMERY

GLOTTIC GRANULOMA AFTER MONTGOMERY TUBE

Andra Aleixo Aguiar* Lubyanka Ferreira Pereira Custódio* Márcia dos Santos da Silva,*Renato Telles de Souza,**Fernando Luiz Westphal***José Corrêa Lima Neto***

Resumo

O granuloma em prega vocal é um processo inflamatório inespecífico constituído por tecido de granulação geralmente localizado no processo vocal da cartilagem aritenóide. Vários fatores contribuem para a etiopatogenia do granuloma, mas esta continua indeterminada, tais como: abuso vocal, doença do refluxo laringo-faríngeo (RLF) e intubação endotraqueal. Quando nenhuma causa é evidenciada considera-se como idiopática. Neste trabalho, relatamos o caso de um paciente com granuloma em prega vocal após uso de tubo de Montgomery para correção de estenose traqueal.

Palavras-chave: Granuloma, glote, laringe, estenose traqueal.

Abstract

The glottic granuloma is a nonspecific inflammatory process consisting of granulation tissue usually located in the arytenoid cartilage vocal process. Several factors contribute to the granuloma pathogenesis, but this is still undetermined. The main factors are: vocal abuse, disease laryngopharyngeal reflux (LPR) and endotracheal intubation. When no evident cause is determined it is classified as idiopathic. A case report about glottic granuloma appearance after Montgomery tube use for tracheal stenosis treatment.

Keywords: Granuloma, glottis, larynx, tracheal stenosis.

Introdução

Os granulomas da laringe são afecções orgânicas relativamente raras, que apresentam um quadro clínico e patológico bem definido.¹ Existem ainda controvérsias sobre sua nomenclatura, etiopatogenia, classificação e tratamento. Entre os diversos fatores etiológicos responsáveis pelo aparecimento dos granulomas laríngeos, destacam-se: a intubação endotraqueal, o refluxo gastroesofágico, os traumatismos laríngeos externos, o fonotraumatismo e a origem idiopática.^{2,3}

Em geral ocorrem na porção posterior das pregas vocais, frequentemente na ou acima da

porção cartilaginosa.⁴

Existem dois tipos de granulomas: os inespecíficos (geralmente associado aos fatores etiológicos supracitados) e os específicos (causados por doenças como tuberculose, sarcoidose, paracoccioidomicose, sífilis, granulomatose de Wegener, doença de Crohn etc.).^{2,5} É importante investigar, durante o exame clínico do paciente, sobre história de intubação endotraqueal, abuso vocal e sintomas de refluxo laringo-faríngeo por esses serem os principais fatores envolvidos na etiopatogenia dos granulomas laríngeos. Neste trabalho, relatamos o caso de um paciente que, após intubação endotraqueal prolongada, evoluiu

*Médica residente de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

**Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Getúlio Vargas. Mestre em Otorrinolaringologia.

***Médico assistencial do Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

com estenose traqueal tendo a necessidade de colocação de tubo de Montgomery para manter as vias aéreas pervias. Após dois anos com o tubo de Montgomery evoluiu com granuloma em prega vocal.

Relato de Caso

Paciente do sexo masculino, 43 anos, foi encaminhado ao Serviço de Otorrinolaringologia pelo achado sugestivo de granuloma glótico durante broncoscopia para controle de tubo de Montgomery. O paciente relatou história de meningite bacteriana, havia cinco anos, e necessitou de intubação endotraqueal prolongada. Como complicação desta, evoluiu com estenose traqueal sendo então submetido à colocação de tubo de Montgomery para a correção da estenose. Após dois anos, quando foi submetido à broncoscopia para controle do tubo de Montgomery, foi visualizada uma lesão volumosa, obstruindo toda a região glótica, o que impossibilitou a retirada do tubo (Figura 1A).

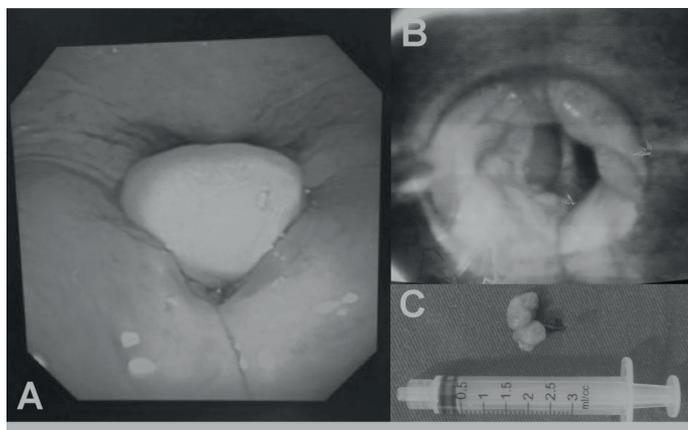


Figura 1: A - Granuloma glótico visualizado por broncoscopia. B - Laringe após exérese do granuloma visualizada por microscópio cirúrgico. C - Peça cirúrgica.

Após confirmação da lesão sugestiva de granuloma glótico, por meio da videolaringoscopia, o paciente foi submetido à microcirurgia de laringe com retirada dela (Figura 1B).

No quinto dia de pós-operatório, o paciente realizou nova broncoscopia na qual foi observada perviedade das vias aéreas possibilitando a retirada do tubo de Montgomery.

A análise histopatológica do material coletado na cirurgia foi compatível com nódulo fibroso de pregas vocais.

Cerca de um ano após a intervenção cirúrgica foi realizada nova broncoscopia que verificou epiglote e cordas vocais normais; traqueia de aspecto normal com presença de 90% de luz pervia.

Atualmente, dois anos depois da microcirurgia de laringe, o paciente está assintomático e apresenta videolaringoscopia sem evidência de recidiva do granuloma glótico.

Discussão

Estudos descrevem o granuloma laríngeo relacionado à intubação endotraqueal por conta de fatores como: as intubações prolongadas e traumáticas, a utilização de tubos traqueais de maior diâmetro, as elevadas pressões no interior dos balonetes dos tubos traqueais, principalmente nas anestésias que utilizam óxido nitroso, e a inadequação dos planos de sedação.³ Além disso, possíveis movimentações cervicais do paciente são capazes de deslocar o tubo traqueal permitindo o atrito dele com a mucosa da laringe e da traqueia. Movimentos involuntários de deglutição, respiração e de fonação também são responsáveis por traumatizar a mucosa das vias aéreas por meio da compressão causada pelo tubo durante esses movimentos, além de dificultar a cicatrização da laringe por segunda intenção, o que em último estágio determina a formação do granuloma.^{6,7} Esses eventos podem explicar a causa de formação do granuloma nesse paciente.

Histologicamente essas lesões têm aspecto de granulomas piogênicos, formados por tecido de granulação, com edema e infiltrado inflamatório crônico, neovascularização e fibrose, recoberto por epitélio escamoso.^{5,8}

Alguns fatores são descritos como predisponentes para formação do granuloma: sexo feminino, idade adulta, anemia, desnutrição, hipotensão, infecção respiratória, entre outros.^{6,9}

O diagnóstico é feito pela história clínica, exame otorrinolaringológico e videolaringoscopia.^{2,5}

De aspecto marrom-amarelado, pediculados, localizam-se nas pregas vocais ou na porção medial da cartilagem aritenoide, podem situar-se em outras regiões da laringe e na traqueia em áreas de contato com o tubo ou nas bordas da traqueostomia.⁶

Regridem, em geral, após a descanulação e em algumas ocasiões exigem exérese endoscópica. Pelo fato de as lesões se posicionarem na comissura glótica posterior, a voz, em muitos casos, é pouco comprometida, uma vez que podem não impedir a coaptação glótica.³ Alterações de qualidade da voz e dispneia podem estar presentes quando se trata de um granuloma volumoso.¹⁰ Outros sintomas como sensação de globus faríngeo, tosse e pigarro podem constituir o quadro clínico. No caso apresentado, como o paciente estava com o tubo de Montgomery, não apresentava dispneia ou disфонia e a lesão foi um achado incidental durante a broncoscopia.

A mesma fisiopatologia envolvida no surgimento do granuloma glótico pós-intubação endotraqueal prolongada pode ocorrer em pacientes que são submetidos à colocação de tudo de Montgomery, uma vez que o atrito dele com o epitélio de revestimento da mucosa da laringe e da traqueia podem gerar compressão e traumatização dela.

Os estudos dividem bem a conduta em relação ao tipo de granuloma, apesar de ainda serem controversos quando relacionados aos granulomas idiopáticos e aos que apresentam como fator desencadeante o abuso vocal e o refluxo gastroesofágico. Nestes, mesmo o tratamento sendo direcionado para os fatores contribuintes, a regressão do granuloma nem sempre é possível e as recidivas pós-cirúrgicas são frequentes.^{11,12} Recentemente foram descritas boas experiências desses casos refratários com o uso de toxina botulínica, injeção intralesional de corticoide e remoção cirúrgica seguida de radioterapia imediata.^{11,13,14}

Nos casos relacionados à intubação orotraqueal prolongada pode-se observar sua regressão espontânea por meio da fonoterapia exaustiva ou ainda resolução após remoção cirúrgica,

geralmente proposta para os casos mais volumosos ou que acometem ambas as pregas vocais.^{11,12,15} Isso é possível pela interrupção do fator causal, o que contribui para a baixa recorrência comparada aos granulomas de origem não relacionada à pós-intubação.¹¹

Dessa forma, o paciente evoluiu satisfatoriamente após a microcirurgia de laringe com remoção do granuloma glótico, uma vez que foi cessado o estímulo com a retirada do tubo de Montgomery.

Referências

1. Pinto JA, Simon SP, Júnior SNS. Granulomas inespecíficos da laringe. Rev Bras Otorrinolaringol. 1993; 59: 253-6.
2. Lemos EM, Sennes LU, Imamura R, Tsuji DH. Granuloma de processo vocal: caracterização clínica, tratamento e evolução. Rev Bras Otorrinolaringol. 2005; 71: 494-8.
3. Martins RHG, Dias NH, Santos DC, Fabro AT, Braz JRC. Aspectos clínicos, histológicos e de microscopia eletrônica dos granulomas de intubação das pregas vocais. Rev Bras Otorrinolaringol. 2009; 75: 116-22.
4. Pontes PAL, De Biase NG, Gadelha MEC. Clinical evolution of laryngeal granulomas: treatment and prognosis. Laryngoscope. 1999; 109: 289-94.
5. Dieguez FSM, Barbosa MVC, Almeida AAR, Souza VA. Granuloma laríngeo: relato de caso. Rev Científica da FMC. 2010; 5: 15-18.
6. Coelho MS, Stori Jr. WS. Lesões crônicas da laringe pela intubação traqueal. J Pneumol. 2001; 27: 68-76.
7. Porto AJS, Alves SN. Granuloma pós-intubação. Rev Bras Anestesiologia. 1989; 39: 43-45.
8. Tsuji DH, Sennes LU, Bohadana SC, Imamura R, Cahali R. Exérese cirúrgica associada à injeção de toxina botulínica como novo tratamento do granuloma de processo vocal. Revista eletrônica de ORL. 2002; 6: 21-24.

9. Santos P, Afrassiabi A, Weymuller E. Prospective studies evaluating the standard endotracheal tube and a prototype endotracheal tube. *Ann Otol Rhinol Laringol.* 1989; 98: 935-940.

10. Yilmazer C, Sener M, Yilmaz I. Bilateral giant posterior laryngeal granulomas with dyspnea: a rare complication of endotracheal intubation. *Anesth Analg.* 2005; 101: 1881-1882.

11. De Biase N, Master S, Pontes P, De Biase S. Granuloma Posterior da Laringe: Evolução Após Injeção de Botox. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2001; 67: 557.

12. Shoffel-Havakuk H, Halperin D, Yosef L, Feldberg E, Lahav Yonatan. Lesions of the Posterior Glottis: Clinical and Pathologic Considerations and Treatment Outcome. *Journal of Voice* 2014; 28: 263.

13. Wang CT, Lai MS, Lo WC, Liao LJ, Cheng PW. Intralesional steroid injection: an alternative treatment option for vocal process granuloma in ten patients. Blackwell Publishing Ltd. *Clinical Otolaryngology.* 2013; 38: 69-94.

14. Song Y, Shi L, Zhao Y, Zhao D, Shi M, Deng Z. Surgical Removal Followed by Radiotherapy for Refractory Vocal Process Granuloma. *Journal of Voice* 2012; 26: 666.

15. Hong-Gang D, He-Juan J, Chun-Quan Z, Guo-Kang F. Surgery and proton pump inhibitors for treatment of vocal process granulomas. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2013; 270: 2921-2926.