

Lesão Bilateral de Nervos Recurrentes. Insuficiência Respiratória Aguda após Cirurgia de Urgência: Relato de um Caso

D. Tonelli, TSA¹, J. C. Canga, TSA², J.C. Vasconcellos, TSA³, N.M. Martins, TSA³,
A. Toldo⁴ & N. Natale⁵

Tonelli D, Canga J C, Vasconcellos J C, Martins N M, Toldo A, Natale N – Bilateral recurrente nerve lesion. Acute respirator insufficiency after emergency surgery: case report.

Inervação do laringe: A mucosa é innervada pelos nervos laríngeo superior e recorrente. O primeiro origina-se no glângio plexiforme do vago e recebe um ramo pequeno do glângio simpático cervical superior. Desce a parede lateral da faringe, por trás da carótida interna na altura da asa maior do osso hióide e se divide em ramos externo e interno. O ramo laríngeo interno, que é quase totalmente sensitivo pois tem apenas alguns filamentos motores para os músculos aritinoídeos, desce até a membrana tireóidea e atravessa por cima da artéria laríngea superior e se divide logo novamente em dois ramos.

O ramo superior innerva a mucosa da parte inferior da faringe, epiglote, valécula e vestibulo laríngeo. O ramo inferior percorre por dentro o seio piriforme, debaixo da mucosa e innerva a prega ariepiglótica e a mucosa da parte posterior da glote. O ramo laríngeo externo é portador de fibras motoras que innervam o músculo cricotireóideo. O nervo laríngeo recorrente acompanha o ramo laríngeo da artéria tireóidea inferior e se dirige para cima, situando-se profundamente em relação ao bordo inferior do músculo constritor inferior da faringe, imediatamente, por trás da articulação cricotireóidea. Com exceção de algumas fibras sensitivas que

innervam a mucosa do laringe à altura das cordas vocais, este nervo innerva todos os músculos do laringe, exceto o cricotireóideo e uma pequena parte dos músculos aritinoídeos.

O nervo laríngeo recorrente conduz, portanto, fibras abductoras e adutoras das cordas vocais^{1,6}.

Movimentos das cordas vocais: Durante a inspiração, as cordas vocais se separam. Na expiração voltam à linha média (adução) enquanto deixam uma pequena abertura entre elas. Durante a fonação juntam-se e fecham esta abertura. A abertura que conduz à traquéia, entre as cordas vocais, é máxima durante a inspiração profunda; portanto, para diminuir ao mínimo o risco de qualquer possível traumatismo das cordas vocais, a colocação e extração dos tubos traqueais, devem ser efetuadas durante a inspiração.

Em casos de espasmo laríngeo, tanto as cordas vocais falsas como as verdadeira se mantêm firmemente em contato^{1,4}.

RELATO DE UM CASO

Paciente M. L. B. F., sexo feminino, branca, 56 anos, deu entrada no centro cirúrgico, de urgência, com diagnóstico de abdômen agudo perfurativo. Foi indicada laparotomia exploradora, que revelou perfuração do sigmóide por neoplasia. Foi realizada a ressecção do segmento perfurado e neoplásico com fechamento do cólon distal e colostomia do coto proximal.

Após a descurarização, estando consciente, foi extubada, e encaminhada à UTI, onde começou a apresentar dificuldade respiratória crescente, com estridor laríngeo inspiratório. Foi medicada com corticóide e, não havendo melhora, foi reentubada. Durante a laringoscopia foi observado edema discreto do laringe que não explicava o quadro apresentado. Foi mantida entubada por dois dias, em respiração espontânea, com nebulização contínua e com a seguinte medicação: antibióticos, analgésicos, corticóides, benzodiazepínicos e hidratação venosa. As gasometrias realizadas foram normais.

Trabalho realizado no Serviço de Anestesia do Hospital Beneficente São Caetano. São Caetano do Sul, SP

- 1 *Chefe do Serviço de Anestesia e responsável pelo CET-SBA, Integrado do ABC*
- 2 *Instrutor co-responsável pelo CET-SBA*
- 3 *Instrutor do CET-SBA*
- 4 *Membro do SA do Hospital Beneficente São Caetano*
- 5 *Médica Estagiária do CET-SBA*

*Correspondência para Deoclécio Tonelli
Rua José Benedetti, 237/31
09530 – São Caetano do Sul - SP*

*Recebido em 12 de outubro de 1988
Aceito para publicação em 20 de outubro de 1989
©, Sociedade Brasileira de Anestesiologia*

No terceiro dia do pós-operatório foi extubada e, duas horas após, voltou a apresentar dificuldade para respirar, novamente, com estridor inspiratório. Foi, outra vez entubada com cânula mais fina.

No quarto dia, ao ser extubada e apresenta o mesmo quadro, a paciente fazia sinal para colocarem a cânula, o que foi realizado pela terceira vez. Foi decidido, então, fazer-se traqueostomia. Uma laringoscopia revelou: a) cordas vocais sem afecção visual e imobilizadas em posição paramediana; b) demais porções do laringe sem alterações; c) seios periformes livres. Conclusão: paralisia de cordas vocais. De antecedentes, descobriu-se que havia sido operada de tireóide, há seis meses e que após a cirurgia apresentou disфонia durante três meses e rouquidão até o dia do quadro abdominal.

Evolução: A traqueostomia foi mantida. Noventa dias após foi reoperada para fechamento da colostomia. Recebeu alta, quando foi encaminhada ao grupo de cabeça e pescoço para orientação do caso e retirada posterior da cânula.

DISCUSSÃO

A lesão do nervo laríngeo recurrença pode consistir de secção completa ou traumatismo. As fibras abductoras são mais vulneráveis, de modo que os traumatismos moderados provocam, habitualmente, uma paralisia abdução pura.

A lesão grave (secção) causa paralisia abdução e adução. A paralisia pura não existe como entidade clínica.

Nem sempre é fácil diferenciar os diversos tipos de paralisia de cordas vocais.

A paralisia poderá ser unilateral e bilateral. A primeira poderá ser abdução pura ou abdução e adução. A paralisia bilateral dos nervos laríngeos recorrentes é que provoca maiores alterações funcionais e poderá ocorrer em tireoidectomias. A po-

sição das cordas vocais dependerá da gravidade da lesão¹⁴.

Quando o traumatismo é leve, em ambos os lados, produz-se uma paralisia abdução bitateral. Nestes casos, as cordas vocais estão próximas da linha média e a via aérea reduz-se a uma pequena fenda. O paciente pode apresentar obstrução respiratória grave, especialmente quando a respiração é estimulada devido a medo ou outras causas. Se ambos os nervos estão gravemente lesados ou seccionados, as cordas vocais ficam em posição média com uma abertura relativamente grande entre elas. Nesses casos, a via aérea é suficiente, a não ser que o esforço respiratório seja muito acentuado, quando as cordas vocais tendem a se aproximar em cada respiração.¹⁴

Achamos interessante relatar o caso, pelo fato de a paciente apresentar, provavelmente, uma paralisia abdução e adução bilateral, tipo mais grave, uma vez que só com uma respiração forçada houve comprometimento da função respiratória.

No caso relatado, embora a entubação tenha sido fácil, um certo grau de edema provocado pelo traumatismo da sonda deve ter contribuído para um fechamento total da fenda que existia entre as cordas vocais, impedindo a passagem de ar.

De conclusivo podemos dizer o seguinte:

a) Apesar de o problema existir e ser conhecido de todos, passou despercebido mesmo durante a entubação traqueal.

b) Certamente, a conduta teria sido de expectativa se o diagnóstico fosse precoce, porém a traqueostomia teria sido realizada mais cedo, poupando risco e sofrimento para a paciente.

c) Apesar de a paralisia ser abdução bilateral, permaneceu compensada do ponto de vista funcional durante seis meses e a entubação pode ter sido o fator de descompensação.

REFERÊNCIAS

1. Testut L, Jacob O - Anatomia topográfica, 8ª Ed, Barcelona Salvat Editores S. A., 1956:643-763
2. Miller R D - Anesthesia, 2ª Ed, New York, Churchill Livingstone, 1986:523-552.
3. Wylie W D, Churchill Davidson H C - Anestesiologia, 3ª Ed, Guanabara Koogan, 1974:2-31.
4. Chevalier J, Chevalier L - Otorrinolaringologia y broncoesofagologia 1ª Ed, México, Union Tipográfica Editorial Hispano Americana, 1949:758-779.
5. Collins V J - Princípios de Anestesiologia, 2ª Ed, Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan S. A., 1978:254-271.
6. Morrison J D, Mirakhor, R K Craig, H J L - Anaesthesia for eye, ear, nose and throat surgery, 2ª Ed, New York, Churchill Livingstone, 1985:21-50.