

Complicação Rara Pós-Laringectomia Subtotal Reconstructiva com Cricohioideoepiglotopexia

Rare Complication After Subtotal Reconstructive Laryngectomy with Cricohyoidoepiglottopexy

Inês Palma Delgado¹, Margarida Boavida¹, Pedro Montalvão², Miguel Magalhães²

Autor Correspondente:

Inês Palma Delgado [ines_delg@hotmail.com]
Avenida Jaime Cortesão nº23, 4ºB. 1495-238 Algés, Portugal

RESUMO

INTRODUÇÃO: As laringectomias subtotais reconstructivas supracricóideas com cricohioideoepiglotopexia e cricohioidopexia foram introduzidas para tratar radicalmente os tumores da laringe em doentes selecionados, respeitando as funções deste órgão (deglutição, fonação e respiração). A dispneia, é uma possível complicação a curto prazo destes procedimentos, que é evitada com traqueotomia temporária.

As estenoses laríngeas pós-laringectomia subtotais reconstructivas são pouco comuns e atrasam o processo de descanulação.

Apresenta-se o caso clínico de um doente submetido a cricohioideoepiglotopexia com uma complicação pós-operatória rara caracterizada por uma epiglote muito descida e com báscula posterior, causando estenose laríngea e atraso da descanulação. Esta complicação foi resolvida com sucesso por microcirurgia laríngea com laser CO₂.

PALAVRAS-CHAVE: Cartilagem Cricóide/cirurgia; Complicações Pós-Operatórias; Laringectomia; Laringoestenose; Neoplasias Laríngeas/cirurgia

ABSTRACT

Supracricoid subtotal reconstructive laryngectomies with cricohyoidoepiglottopexy and cricohyoidopexy were introduced to radically treat laryngeal tumors in selected patients while respecting laryngeal functions (swallowing, phonation and respiration).

Dyspnea is a short-term complication of these surgical approaches that is avoided by temporary tracheostomy. Laryngeal stenosis after subtotal reconstructive laryngectomies are rare and delay decannulation.

1. Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE, Amadora, Portugal. 2. Serviço de Otorrinolaringologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Recebido: 11/09/2016 - Aceite: 17/10/2016

We present a case report of a patient who underwent a supracricoid reconstructive laryngectomy with cricohyoidoepiglottopexy who developed a rare postoperative complication characterized by tilted downwards epiglottis with posterior swing causing a laryngeal stenosis and delaying decannulation. This complication was successful with CO₂ laser surgery.

KEYWORDS: Cricoid Cartilage/surgery; Laryngeal Neoplasms/surgery; Laryngectomy/methods; Laryngostenosis; Postoperative Complications

INTRODUÇÃO

As laringectomias subtotais reconstrutivas supracricóideas (LSRS) com cricohioidoepiglotopexia (CHEP) e cricohioidopexia (CHP) foram introduzidas para tratar radicalmente os tumores da laringe em doentes selecionados, respeitando as funções deste órgão (deglutição, fonação e respiração).¹ O procedimento destas técnicas é baseado na preservação da cartilagem cricoide, osso hioide e pelo menos uma unidade cricoaritimóideia, necessária à recuperação funcional da laringe residual.^{1,2}

O sucesso funcional destas cirurgias em termos respiratórios é confirmado pela descanulação precoce e encerramento do traqueostoma.³

As alterações da deglutição são as complicações mais frequentes destas cirurgias a curto e longo prazo. A dispneia, é outra complicação a curto prazo, que é evitada com traqueotomia temporária. As estenoses laríngeas pós-LSRS são pouco comuns e atrasam o processo de descanulação, no entanto são facilmente tratadas com cirurgia laser CO₂, com morbilidade reduzida.³

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, de 58 anos, raça caucasiana, com história de tabagismo e alcoolismo, submetido a cordectomia tipo Va (endolaríngea com laser CO₂) por carcinoma pavimento-celular da corda vocal esquerda com extensão à comissura anterior e corda vocal direita (T1bN0M0), no Serviço de Otorrinolaringologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa. Ao exame anatomopatológico, a margem de ressecção anterior foi positiva. Dois meses após a cordectomia, foi submetido a uma revisão cirúrgica por via externa com realização de laringectomia subtotal reconstrutiva com cricohioidoepiglotopexia (CHEP), com preservação de ambas as unidades cricoaritimóideas. Para proteção da via aérea, o doente foi traqueotomizado (rotina habitual nestes procedimentos). A excisão do tumor foi completa macroscopicamente, e posteriormente o exame anatomopatológico confirmou que as margens de ressecção eram negativas.

A descanulação precoce (ao fim da primeira semana pós-operatória) não foi possível por dispneia noturna. À laringoscopia visualizava-se uma epiglote muito descida

com báscula posterior e edema da aritenóide esquerda, com consequente diminuição do calibre luminal (Fig. 1).

O doente manteve-se traqueotomizado até à resolução cirúrgica do problema. Dois meses após CHEP, foi submetido a microcirurgia laríngea com realização de epiglotectomia subtotal com laser CO₂ (Figs. 2 e 3).

O pós-operatório imediato decorreu sem intercorrências, tendo o doente alta ao segundo dia. Doze dias após epiglotectomia, a descanulação foi realizada com sucesso. Na laringoscopia realizada ao primeiro mês pós-operatório, observou-se lúmen amplo mas ainda alguma aspiração alimentar, pelo que se manteve a sonda nasogástrica (Fig. 4). O doente realizou treino de deglutição e a sonda nasogástrica foi removida ao 45º dia pós-epiglotectomia.

Quinze meses após CHEP, não existe evidência de recidiva local/regional.

DISCUSSÃO

As laringectomias subtotais reconstrutivas supracricóideas (LSRS) podem ser consideradas como um tratamento “salvage” dos tumores glóticos (T1-T2) em casos de recorrência/persistência após laringectomias parciais verticais, cirurgia laser ou radioterapia.^{1,4} Estas técnicas consistem na remoção completa da cartilagem tiroide, ambas cordas vocais e espaços paralaríngeos. A reconstrução da laringe é feita através da pexia da cartilagem cricoide ao osso hioide (CHP) ou ao osso hioide e epiglote.⁵

No caso descrito, o doente tinha um tumor glótico (T1b), sendo inicialmente candidato a cirurgia (endolaríngea com laser CO₂ ou por via externa) ou radioterapia.

Os tratamentos cirúrgico e não cirúrgico têm demonstrado eficácia equivalente no tratamento dos tumores da laringe. No entanto, as sequelas funcionais de cada um, devem ser consideradas na seleção do tratamento mais indicado para cada doente. O tratamento dos tumores da laringe é influenciado pelo tumor, pelo doente e pela equipa médica. A experiência e conhecimento por parte da equipa médica acerca do comportamento biológico dos tumores e da resposta antecipada aos tratamentos, influenciam a escolha do tratamento. Para os doentes com tumores em estádios precoces, a ressecção endoscópica a laser deve ser oferecida, no caso de



FIGURA 1. Laringoscopia ao 1º mês pós-CHOP: báculo posterior da epiglote e marcado edema da aritenóide esquerda.

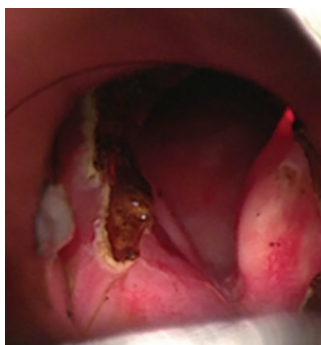


FIGURA 2. Microcirurgia laríngea com laser CO₂.



FIGURA 3. Peça operatória de epiglotomia.



FIGURA 4. Laringoscopia pós-epiglotomia com laser CO₂ demonstrando lúmen permeável.

estarmos perante uma equipa experiente para o fazer. Fatores anatómicos, fisiológicos, geográficos e vocacionais têm também um papel importante na seleção do tratamento mais adequado para cada doente. Doentes com comorbilidades e/ou baixa reserva pulmonar não são candidatos a tratamento cirúrgico. Igualmente, doentes com anatomia pouco favorável para exposição endoscópica da laringe (pescoço curto, osteoartrite cervical ou dentes incisivos proeminentes), podem não ser candidatos a cirurgia transoral laser. A radioterapia pode não ser uma opção viável para doentes que não têm facilidade de deslocação para os tratamentos. Este fator é particularmente importante para doentes com tumores das cordas vocais em estádios muito precoces em que a excisão endoscópica a laser, promove igualmente um bom controlo da doença e qualidade de voz aceitável, em comparação com a radioterapia externa. No entanto, o tratamento com radioterapia tem uma duração de aproximadamente 6 a 7 semanas. Se a qualidade de voz tem um papel muito importante para o doente, o tratamento com radioterapia deve ser a opção inicial. Se os doentes, por outro lado, forem incapazes de receber ou cumprir o tratamento com radioterapia, podem preferir a ressecção endoscópica a laser, mesmo que a qualidade vocal possa diminuir.⁶

Os carcinomas glóticos em estágio precoce, como no caso descrito, podem ser tratados eficazmente com uma modalidade isolada de tratamento - cirurgia ou radioterapia. A ressecção endoscópica é idealmente realizada para lesões T1 confinadas à mucosa de uma corda vocal, sem envolvimento da comissura anterior. A ressecção endoscópica a laser, normalmente não é o tratamento mais indicado para tumores com envolvimento bilateral (T1b). Apesar da ressecção endoscópica ser expedita e de baixo custo, a qualidade vocal pode não ser tão boa como com a radioterapia. Por outro lado, a radioterapia é ideal para lesões com envolvimento bilateral, envolvimento da comissura anterior e infiltração do músculo vocal.⁶

A cirurgia por via externa pode ser também utilizada como opção inicial. Um estudo realizado no IPO de

Lisboa revelou, que em doentes com tumores T1 e T2 glóticos, operados quer por via externa, quer por microcirurgia laser, a sobrevida aos 5 anos era idêntica nos dois grupos (89%). No entanto, quando o tumor invadia a comissura anterior, a sobrevida aos 5 anos era ligeiramente superior nos doentes operados por laringectomia frontolateral (89% vs 83%). Dos doentes operados por cirurgia laser, 60% necessitaram de tratamento complementar com radioterapia, enquanto que apenas 30% dos operados por via externa necessitaram.⁷

No caso relatado, havia envolvimento bilateral, no entanto, quer pela experiência dos cirurgiões com a utilização de laser CO₂, quer pela dificuldade do doente em deslocar-se para os tratamentos prolongados de radioterapia, optou-se pela cirurgia mais conservadora - excisão do tumor por via endolaringea com laser CO₂. No entanto, as margens de ressecção foram positivas.

Tal como descrito na literatura, as laringectomias subtotais reconstrutivas são opção de tratamento “salvage”, de tumores glóticos, mesmo após cirurgia laser, como aconteceu neste caso.

O doente poderia ser submetido a tratamento complementar por radioterapia, no entanto, pelos mesmos motivos, e pela qualidade vocal não ser um fator crítico para o doente, optou-se por realizar cirurgia por via externa. Tratando-se de um doente com bom estado geral, sem comorbilidades importantes, com idade inferior a 70 anos e boa função pulmonar, foi candidato a laringectomia subtotal reconstrutiva supracricóideia (LSRS).⁷

Um dos objetivos das LSRS é promover a continuidade da função respiratória, sem necessidade de traqueotomia.⁵

As estenoses laríngeas pós-operatórias, que atrasam o processo de descanulação, têm sido reportadas na literatura, no entanto, os seus mecanismos não estão ainda bem descritos. Fraturas da cricoide, alinhamento inadequado entre cartilagem cricoide e osso hioide e tecido de granulação têm sido reportados.⁵ Neste tipo de

complicações, as queixas de dispneia podem surgir apenas durante a noite (como no caso relatado) ou durante esforços físicos.⁵ A descida e báscula da epiglote, condicionando estenose laríngea, é uma complicação rara das laringectomias reconstrutivas (<1%) e, tal como descrito na literatura, foi tratada com sucesso através de epiglotomia subtotal com laser CO₂.^{3,5}

CONCLUSÃO

As estenoses laríngeas são complicações pouco comuns das laringectomias subtotais reconstrutivas. A descida e báscula da epiglote é uma causa rara de estenose pós-CHEP e tem sido pouco descrita na literatura. Pretendemos com a descrição deste caso alertar para a possibilidade desta complicação, que é eficazmente tratada com cirurgia laser CO₂, com morbilidade reduzida.

APRESENTAÇÕES: Trabalho apresentado sob a forma de poster no 62º Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. Porto, 7 a 10 de maio de 2015.

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não houve qualquer fonte de financiamento na realização do presente trabalho.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação de dados de doentes.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS: Os autores declaram que os procedimentos seguidos na elaboração do presente trabalho estão em conformidade com as normas das comissões de investigação clínica e de ética, bem como da declaração de Helsínquia e da Associação Médica Mundial.

REFERÊNCIAS

1. Laudadio P, Presutti L, Dall'Olio D, Cunsolo E, Consalici R, Amorosa L et al. Supracricoid laryngectomies: Long term oncological and functional results. *Acta Oto-Laryngologica*. 2006;126:640-49.
2. Farrag TY, Koch WM, Cummings CW, Goldenberg D, Abou-Jaoude PM, Califano JA et al. Supracricoid Laryngectomy Outcomes: The Johns Hopkins Experience. *Laryngoscope*. 2007;117:129-32.
3. Lucioni M, Marioni G, Mangialaio, Rizzotto G. CO₂ laser treatment of laryngeal stenosis after reconstructive laryngectomies with cricohyoidopexy, cricohyoidoepiglottopexy or tracheohyoidoepiglottopexy. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2007;264:175-80.
4. Ferlito A, Silver CE, Howard DJ, Laccourreye O, Rinaldo A, Owen R. The role of partial laryngeal resection in current management of laryngeal cancer: a collective review. *Acta Otolaryngol*. 2000;120:456-65.
5. Decotte A, Woisard V, Percodani J, Pessey J-J, Serrano E, Vergez S. Respiratory complications after supracricoid partial laryngectomy. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2010;267:1415-21.
6. Shah J, Patel S, Singh B. Larynx and Trachea in Shah J, Patel S, Singh B. Jatin Shah's Head and Neck Surgery and Oncology. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2012.
7. Oliveira L. Cirurgia Endoscópica por Laser. In: Olias J, Magalhães M, Montalvão P, Ferreira L, Oliveira L, Fino R, et al. Cirurgia da Laringe Atlas de Técnicas Cirúrgicas. Guia de Dissecção. 1ª ed. Massamá: Círculo Médico; 2004.