

CONSIDERAÇÕES SÔBRE DOIS CASOS DE EPIGLOTECTOMIA (*)

DR. W. G. LAMPRECHT (**)

DR. CARLOS MURILO DE VASCONCELOS LINHARES (***)

Muito se tem discutido, no que diz respeito à cirurgia conservadora do laringe, quando o mesmo é sede de processo neoplásico maligno. Geralmente, é mutiladora e incapacitante, mesmo que a lesão neoplásica apresente extensões relativamente pequenas. São poucos, os conservadores. A mutilação traz conseqüências de tal ordem que, antes de praticá-las, deverá ser o paciente submetido a um grande preparo psicológico no sentido de compreender e aceitá-las.

ANATOMIA

Encontramos o laringe constituído por esqueleto cartilaginoso, tendo suas peças unidas entre si, através de articulações, ligamentos e músculos, bem como pelo revestimento epitelial que o recobre.

Das cartilagens, encontramos três ímpares e duas pares. Entre as ímpares encontramos a cartilagem tireóide, de situação mais anterior, formadas por duas chapas cartilaginosas, unidas em ângulo, de abertura posterior. Com esta se articulando, por sua borda inferior, encontramos a cartilagem cricóide. Esta apresentando o aspecto de um anel com sinete, voltado para traz; também ímpar. Apresenta a cricóide facetas articulares

superiores para as aritenóides e para a tireóide.

As duas cartilagens aritenóides, situam-se de cada lado, acima da porção posterior da cricóide. Apresentam em sua base duas proeminências: uma anterior, na qual se insere a corda vocal, e outra lateral onde vem tomar inserção a musculatura motora da referida cartilagem. As cartilagens de Santorini, pares, repousam no ápice de cada aritenóide. As de Wirisberg, igualmente pares, formam um pequeno núcleo cartilaginoso de cada lado da faixa ariteno-epilótica.

Finalmente, como cartilagem ímpar temos a epiglote. Com o formato de fôlha, encontramos-a acima e em frente a abertura superior do laringe. Localiza-se no ângulo da cartilagem tireóide, com esta se conectando através o ligamento tireo-epiglótico. Prende-se ao osso hióideo pela membrana hio-epiglótica, membrana fibrosa, de situação transversal, obliterando o espaço pré-epiglótico.

A musculatura laríngea é constituída pelos músculos: ari-aritenóideo, crico-aritenóideo posterior, crico-aritenóideo lateral, além das fibras musculares de músculos que unem o esqueleto cartilaginoso laríngeo aos ossos vizinhos.

(*) Trabalho apresentado à 2ª Jornada Brasileira de Cancerologia — G.B.

(**) Assistente da Seção de Cabeça e Pescoço do Instituto Nacional de Câncer.

(***) Assistente responsável pelo setor O.R.L. da Seção de Cabeça e Pescoço do Instituto Nacional de Câncer.

O revestimento mucoso, é constituído em grande porção, por epitélio cilíndrico ciliado e em pequena porção por cilíndrico estratificado, com células escamosas. Abundante é o número de folículos linfóides principalmente no ventrículo laríngeo. Numerosas glândulas mucosas, também encontram-se aí.

A vascularização se faz às custas das artérias laríngeas superior, inferior e posterior. As duas primeiras são ramos da tireóidea superior e a última da tireóidea inferior. A circulação de retorno é feita pelas veias tireóideas. A rede linfática poderá ser dividida em três grupos:

Superior: emanando da região supraglótica e drenando para a cadeia linfática carotídea;

Inferior: emanando da região subglótica e drenando para gânglios linfáticos pré-laríngeos, alguns pré-traqueais e cadeia linfática carotídea, em sua porção média;

Posterior: emanando da porção posteriores do espaço subglótico e drenando para os nódulos linfáticos da cadeia carotídea inferior e supravicular.

Os linfáticos são raros nas regiões glótica e subglótica, no entanto são abundantes na região supraglótica, misturando-se com os linfáticos do faringe.

FISIOLOGIA

No que diz respeito a fisiologia laríngea, convém lembrar um dos estudiosos do assunto, Chevalier Jackson, o qual enumera as funções:

1) *Protetora:* por fechamento, não permitindo entrada de corpos estranhos nas vias aéreas inferiores ou expelindo-os pela tosse.

2) *Respiratória:* participando mecanicamente, para a manutenção do equilíbrio ácido básico, no sangue e os tecidos.

3) *Circulatória:* por efeito de mudança de pressão na árvore traqueobrônquica e parênquima pulmonar.

4) *Fixatória:* permitindo, quando está o laringe fechado, maior rigidez ao tórax, resultando assim um ponto de apoio maior, para a musculatura de inserção torácica.

5) *De deglutição:* em concomitância com o trabalho desempenhado pelo faringe. Ocorre uma fase de elevação do laringe, uma fase de fechamento do mesmo com a ação protetora, e finalmente uma fase de orientação do bôlo alimentar ou líquido ingerido, para ambos seios piriformes pela epiglote.

6 e 7) *Espectoração e tosse:* para eliminação de corpos estranhos ou secreções por ventura existentes, tamponantes ou irritativos da árvore traqueobrônquica.

8) *Emocional:* tomando parte na vida de relação como por exemplo no ato do choro.

9) *Fonatória:* podendo ser resumida nas próprias palavras do autor supracitado "as a mechanism it is marvellous".

Como não está ainda solucionado satisfatoriamente o tratamento do câncer laríngeo, cuja frequência faz-se anualmente cada vez maior, continua controvertido vários de seus aspectos. Em trabalho exibido no VI Congresso Pan-Americano de Otorrinolaringologia e Broncoesofagologia em 1958, o Instituto Nacional de Câncer, apresentou através de um dos autores do presente trabalho, a incidência de câncer do laringe no período de 1952 a 1958, sobre 282 casos. Desses, encontramos 56 casos de comprometimento da epiglote, dos quais, 10 primitivos.

Quase todos os tumores da epiglote são da linhagem epitelial. A radiumterapia, quando escolhida como método terapêutico poderá levar a um edema laríngeo, obrigando ao cirurgião uma traqueotomia e, nos

casos de insucesso da radiumterapia, o apêlo para a cirurgia radical: laringectomia total. O fruto de nossa experiência é pequeno no que tange a epiglottectomias. Entretanto, contribuimos com dois casos operados no Instituto Nacional de Câncer. Um dêles não foi possível tirar maiores conclusões, por ter ocorrido óbito poucas horas após o ato cirúrgico, que foi realizado sob anestesia local. O segundo caso presta-se a uma boa observação em vista da sobrevida apresentada.

Caso 1: paciente A. F. — reg. no I.C. sob o n.º 16.311. Matrícula em 3 de maio de 1950. A queixa principal era de dificuldade de deglutir há 4 anos, tendo sido o paciente operado fora do Instituto de Câncer, não sabendo o tipo de intervenção que sofrera. Muito embora tendo relatado que ficara bom, constatou o reaparecimento da sintomatologia 4 meses antes da data da matrícula. Examinado pelo setor de Cabeça e Pescoço constatou-se: tumor exofítico, tomando tôda a epiglote, impossibilitando a visualização do ventrículo, devido ao volume do tumor. Pela laringoscopia direta foi tomada biópsia. Resultado: carcinoma epidermóide espino-celular, grau III. O estudo radiológico do laringe, mostrou tumor, interessando a parte livre da epiglote. Indica a cirurgia foi internado para exames pré-operatórios. Sob anestesia local sofreu epiglottectomia constando da equipe os Drs. Georges da Silva e Alberto Coutinho. O ato cirúrgico teve duração de 1 hora e 10 minutos. Procedida, após anestesia local, incisão de orientação transversa, na região cervical, junto à borda inferior do hióide, prolongando-se até a borda anterior da musculatura externo-cleido-mastóidea, de cada lado, interessando: pele, tecido celular subcutâneo, músculo platismo e, atingindo em profundidade o ligamento tireo-hióideo em tôda a sua extensão. Em seguida foi incisado o faringe ao nível da fossa glossa epiglótica tendo sido exposta e ressecada a epiglote à

bisturi elétrico. Não houve acidente operatório, sendo a hemostasia cuidadosa. Sutura da ferida operatória por planos. Não consta ter sido praticada traqueotomia, nem faringostomia, durante o ato operatório.

Infelizmente o paciente veio a falecer devido à choque cirúrgico.

Caso 2: A. S. S. — reg. no I.C. 44.635 — 57 anos — masculino — branco — casado — pintor de profissão e natural do Estado do Rio de Janeiro. Apresentava como queixa principal escarros hemoptóicos há 2 meses. Na história da doença informou o paciente que há dois anos apresentou febre e tosse sem expectoração tendo, através de radiografia pulmonar sido constatado tuberculose pulmonar. Procedeu o tratamento médico sendo considerado clinicamente curado. Como há 2 meses apresentasse a mesma sintomatologia, fêz exame laringológico, constatando-se tumor das vias aéreas. A história pessoal além de tuberculose pulmonar relata doenças da primeira infância. O exame físico geral, mostrou estado de nutrição regular, e mucosas: coradas. Os demais aparelhos não apresentaram alterações dignas de nota. O exame laringológico mostrou: epiglote tomada por tumor ulcerado, vegetante, na face posterior da epiglote, com 1 x 0,5 cm. Cordas vocais, valéculas e ariteonóides, de motilidade normais. A biópsia procedida resultou em carcinoma espino-celular indiferenciado. A radiografia mostrou: sombra de partes moles em correspondência com o têtço médio da face posterior da epiglote e pregas ariteno epiglóticas. O paciente foi internado para cirurgia, sendo procedido exames pré-operatórios. Sob anestesia geral, com entubação traqueal, sofreu epiglottectomia pela equipe: Drs. W. G. Lamprecht, Carlos Murilo de V. Linhares, Ladyr Ribeiro e Odyr Mesquita (anestesista). Duração do ato 2 horas e 15 minutos. Procedida incisão arciforme, de concavidade voltada para baixo, com 10 cm de comprimen-

to, interessando pele e tecido celular subcutâneo. Outra incisão longitudinal na linha médio cervical, unindo a primeira incisão, ao nível do osso hióideo até 2 dedos transversos da furcula esternal. Os retalhos foram rebatidos para fora e para os lados. O músculo cuticular do pescoço e aponevrose superficial, foram incisados longitudinalmente e rebatidos para os lados. Incisão em arco, dois centímetros acima da borda superior da cartilagem tireóidea bem como do seu pericôndrio, estendendo-se borda a borda. Verticalmente incisada a membrana tireóidea até o osso hióide; secção dos músculos tireoideanos caudalmente e externo tireoídeos cranialmente. Dissecção, a bisturi comum, do espaço pré-epiglótico, atingindo-se mucosa do faringe, com o hióide puxado para cima. Seccionamento da cartilagem tireóidea com serra circular em V, 1 cm abaixo da borda superior da cartilagem tireóidea. Terminando lateralmente as incisões, em ambos ângulos póstero-superiores e atingindo-se o tecido subjacente do laringe, foi aberta a mucosa de faringe, ao nível da fossa glosso-epiglótica, sendo retirada a epiglote com parte da cartilagem tireóide. Sutura da ferida operatória por planos separados. Não foi procedida traqueotomia, nem faringostomia, por na ocasião, julgar-se dispensável.

O post-operatório ocorreu sem anormalidades, fazendo-se medicação de rotina, com dieta zero. No dia seguinte ao do ato operatório, o paciente apresentava-se bem, com curativo justo e sêco e dôres discretas ao deglutir a saliva. Na ocasião falava em tom baixo, conseguindo deglutir líquidos lentamente, sem apresentar engasgos. O paciente com uma semana de operado apresentou edema na pele da região infra-hióidea, tendo alta 15 dias após o ato cirúrgico. A única alteração apresentada foi, no local da cicatrização, formação de bôlsa com flutuação, a qual foi puncionada.

Continuamos a observar o paciente em ambulatório sendo feito exame de controle periódico. Até a data de 4-1-61 não apresentava alterações, deglutindo alimentação normal e líquido sem dificuldades. Em julho de 1961 apresentou dificuldade no deglutir, ocasião em que foi feito estudo radiológico do trânsito esofágico constatando-se por êsse exame, zona suspeita no tærço superior do esôfago. Parecia tratar-se de estenose, havendo grande refluxo de contraste para a traquéia. O paciente veio a falecer segundo informes da família, de causa ignorada, neste mesmo ano. Segundo o relato, a causa mortis levava a diagnóstico de insuficiência cardíaca.

CONCLUSÕES

Os autores apresentam dois casos de cirurgia econômica do laringe. Ambos os casos referem-se a epiglotectomia, para tratamento de câncer de epiglote. Muito embora

Os autores consideram a anestesia segura e boa quer seja local ou com entubação traqueal, uma vez assim o caso o permita.

No primeiro caso, houve o óbito do paciente, em consequência de choque cirúrgico, quando não dispunha nem a cirurgia nem a clínica, dos recursos atuais.

No segundo caso, houve sobrevida de 3 anos e nove meses apresentando o paciente boas condições gerais e locais, não havendo sinais evidentes de metástases regionais ou à distância, até o último controle.

Relativamente à cirurgia fonatória e deglutitória, foi possível observar no segundo paciente, além de um pós-operatório tranquilo, sem a realização de traqueotomia, estando presente a função valvular obliterante da musculatura laríngea. Poderá ocorrer pequena dificuldade em deglutir, pela não existência da epiglote, a qual desempenha

a tática cirúrgica de abordagem da epiglote e sua ressecção fôsse diferente, foi obtido êxito cirúrgico e não foi feito traqueotomia ou faringostomia.

apenas o papel de orientador do material proveniente do hipofaringe aos seios periformes.

A epiglotectomia realizada no segundo paciente, muito embora não fôsse um excelente caso, permitiu ao paciente conservar seu laringe e um tempo relativamente bom de sobrevida.

Várias técnicas existem de abordagem da epiglote, como a realizada por autores americanos, constituindo na faringotomia lateral. Os autores acham vantajosa a técnica descrita por Portman, a qual foi realizada por nós com pequenas modificações.

A epiglotectomia deverá ficar restrita a pequenas lesões, onde não haja comprometimento de tecido circunvizinho, quando as condições gerais do paciente o permitirem e onde existam os meios indispensáveis de recursos materiais e técnica experimentada.

SUMÁRIO

Os A. A. estudam 2 casos de epiglotectomia do Instituto Nacional de Câncer, tendo antes feito um estudo da anatomia e da função da laringe. Enquanto no 1.º caso, não tivesse sido possível, verificar das modificações tanto respiratórias como da deglutição por ter ocorrido o êxito letal, quase imediatamente após o ato cirúrgico, o mesmo não se verificou com o caso n.º 2, que teve sobrevida de 3 anos e 9 meses permitindo estudo da fisiologia da epiglote. Em ambos os casos, não foi praticada após a epiglotectomia, a traqueotomia complementar, tendo-se usado no caso 1 a anestesia local e no caso 2 a anestesia geral por entubação.

SUMMARY

The Authors study 2 cases of epiglotectomy at the Instituto Nacional de Câncer, after a previous study of the larynx function and anatomy. It wasn't possible to verify either respiratory or swallowing alterations, in the first case, because death happened nearly immediately after operation. But it wasn't the same with the second case, which survived 3 years and 9 months, permissive to study the epiglots physiology. In both cases complementary tracheotomy wasn't performed, local anesthesia was used in the first case, and general anesthesia, by intubation, in the second one.