

## PARALISIA DO NERVO LARINGO-RECORRENTE ESQUERDO ASSOCIADA À PERSISTÊNCIA DO CANAL ARTERIAL. RELATO DE CASO

FLÁVIO M. B. MACIEL \*, SÉRGIO TELERMAN \*\*, LUIS EDUARDO P. CALLIARI \*\*\*,  
ROBERTO A. FRANKEN \*\*\*\*, LUIZ ANTONIO RIVETTI \*\*\*\*\*

*É apresentado um caso de paralisia do nervo laringo-recorrente esquerdo, causada por compressão entre o canal arterial aneurismático e a artéria pulmonar abaulada e é feita uma revisão bibliográfica do assunto*

A paralisia do nervo laringo-recorrente esquerdo como complicação de vários tipos de doença cardiovascular é uma entidade clínica bem conhecida. Em 1987, Ortner descreveu essa síndrome em casos de estenose mitral. Deste então, muitos autores<sup>1,2</sup> têm constatado a síndrome de Ortner em pacientes com estenose mitral, sendo, contudo rara sua associação com persistência do canal arterial.

### RELATO DO CASO

I. S., 24 anos, solteira natural de Salesópolis (SP) procurou o ambulatório de Otorrinolaringologia da Santa Casa de São Paulo, em Julho de 1985, com queixa de rouquidão há 2 anos. Referia palpitações desde pequena, não relacionadas aos esforços físicos, e negava dispnéia. Havia antecedente de "bronquite" quando criança. A paciente foi então encaminhada ao ambulatório de Clínica Médica, sendo internada em agosto de 1985, para esclarecimento diagnóstico.

Ao exame físico, apresentava estase jugular a 451 e massa pulsátil na região supra-esternal direita, com batimento carotídeo visível a direita. A pressão arterial era 160 x 40 x 40 mmHg. Apresentava-se com murmúrio vesicular diminuído bilateralmente, íctus no 5.º espaço intercostal esquerdo, na linha hemiclavicular esquerda, com extensão de 2,5 polpas digitais, galope a 3 tempos (3.ª bulha) no foco mitral, rítmica (frequência cardíaca de 84 bpm), hiperfonese de 1.ª bulha no foco aórtico, sopro sistólico no foco aórtico, rude, intenso,

irradiando-se para os demais focos e pescoço sopro diastólico no foco aórtico, de iguais características. O fígado era palpável a 2 cm da reborda costal direita e indolor. O raio-X de tórax (fig. 1) revelava cardiomegalia às custas do ventrículo esquerdo, artéria pulmonar abaulada, arco aórtico saliente e hiperfluxo pulmonar. O eletrocardiograma (fig. 2) mostrava sobrecarga ventricular esquerda alterações da repolarização ventricular. Foi submetida à laringoscopia indireta tendo-se observado paralisia da corda vocal esquerda. A paciente foi digitalizada e tratada com prazosin. Foi realizado cateterismo cardíaco e constatada persistência do canal arterial com hipertensão pulmonar grave (quadro I).

#### Quadro I - Pressões das câmaras cardíacas e vasos e saturação de O<sub>2</sub> ao estudo hemodinâmico

	Pressões (mm Hg)	Saturação O <sub>2</sub> (%)
AD (A/V/M)	5/4/2	
VD (S/PD <sub>1</sub> /PD <sub>2</sub> )	101/0/11	
AP (S/D/M)	99/56/72	90,5
CP (M)	18	
VE (S/PD <sub>1</sub> /PD <sub>2</sub> )	136/62/91	
Ao (S/D/M)	133/62/91	96,0

À cirurgia foi visibilizado canal arterial aneurismático, com 2 cm de diâmetro, quase paralelo à aorta e à artéria pulmonar; o nervo laringo recorrente es-

Trabalho realizado no Departamento de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo DFCMSCSP

\* Instrutor do Departamento de Medicina da FCMSCSP.

\*\* Residente do Departamento de Medicina da FCMSCSP.

\*\*\* Interno do Departamento de Medicina da FCMSCSP.

\*\*\*\* Chefe do Serviço de Cardiologia da Santa Casa de São Paulo.

\*\*\*\*\* Assistente do Departamento de Cirurgia, Disciplina de Cirurgia Cardíaca da FCMSCSP.

querdo estava sendo comprimido entre a artéria pulmonar abaulada e o canal arterial.

Após 2 meses, a paciente apresentava-se assintomática com a voz normal e sem medicação.



Fig.1 - R-X de tórax em PA observando-se cardiomegalia as custas do ventrículo esquerdo, artéria pulmonar abaulada, arco aórtico saliente e hiperfluxo pulmonar.

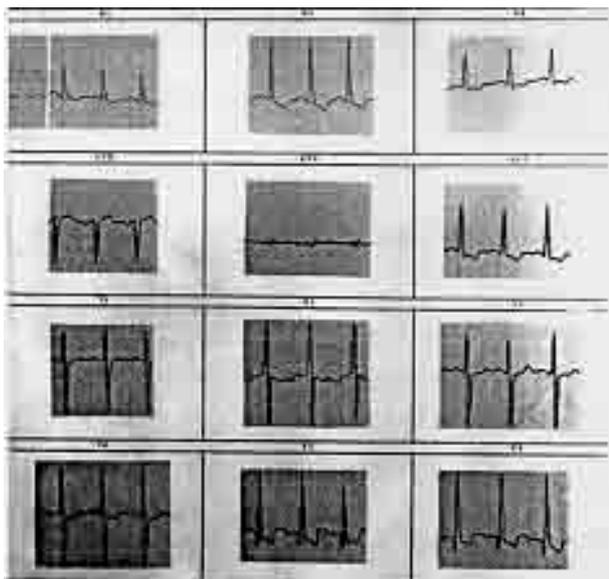


Fig.2 - Eletrocardiograma evidenciando sobrecarga ventricular esquerda da repolarização ventricular.

## DISCUSSÃO

A síndrome de Ortner (síndrome cardiovocal) é a paralisia da corda vocal esquerda em pacientes com estenose mitral associada a grande átrio esquerdo e dilatação da artéria pulmonar<sup>2</sup>. Posteriormente foram descritas outras causas ligadas ao aparelho cardiovascular para a paralisia: cardiopatia hipertensiva<sup>3,4</sup>, defeito do septo atrial<sup>5,6</sup> síndrome de Eisenmenger<sup>7</sup>, persistência do canal arterial<sup>5,8,9</sup>, hipertensão pulmonar primária<sup>9,14</sup> e embolia pulmonar.

A patogenia é controvertida. Segundo Ortner o átrio esquerdo aumentado pode comprimir diretamente o nervo laringo - recorrente esquerdo contra o arco aórtico<sup>1</sup>. Outras explicações incluem a tração do nervo pela aorta empurrada caudalmente por um ventrículo direito hipertrofiado<sup>17</sup> compressão do nervo entre a aorta e a artéria pulmonar dilatada<sup>16</sup> compressão do nervo entre a aorta e o canal arteriais<sup>15,17</sup>.

O nervo laringo-recorrente esquerdo origina-se na superfície anterior do arco aórtico e é imediatamente medial ao frênico que também cruza a aorta (fig. 3) Quando o nervo passa pela aorta ele é distal ao ligamento arterioso. Portanto, alterações na relação anatômica entre essas estruturas próximas (átrio esquerdo, arco aórtico, tronco da pulmonar) podem causar paralisia do nervo laringo-recorrente esquerdo.

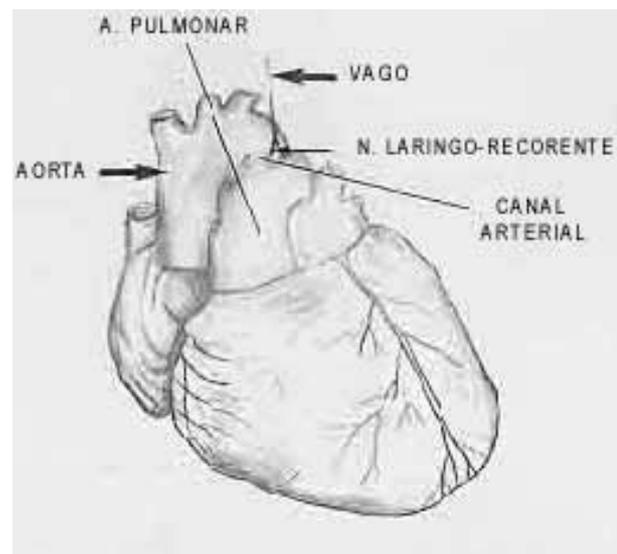


Fig.3 - Relações anatômicas entre as estruturas envolvidas.

No presente caso a lesão do nervo laringo-recorrente esquerdo deveu-se à compressão do nervo entre a aorta e o ducto arterioso. Assim, diferentemente da descrição original de Ortner, não há necessidade da presença constante de um átrio esquerdo dilatado.

A paralisia da corda vocal esquerda deve ser entendida como evidência de aumento de pressão e alargamento da artéria pulmonar.

#### SUMMARY

The authors present a case of left recurrent laryngeal nerve paralysis caused by compression of the nerve between an aneurysmatic arterial ductus and a dilated pulmonary artery.

#### REFERÊNCIAS

1. Ortner, N. - Recurrenslahmung bei mitral stenose, Wien Klin Wochenschr 10: 753, 1987.
2. Stocker, H. H.; Enterline, H. T. - "Cardio-vocal syndrom": laryngeal paralysis in intrinsic heart disease. Am. Heart J. 56: 51, 1958.
3. Diefenbach, W. C. L.; Left vocal cord paralysis with hypertensive heart disease. N. Engl. J. Med. 240: 419, 1949.
4. Zelman, S.; Nice, G. W. - Recurrent left laryngeal nerve paralysis in atherosclerotic heart disease. JAMA 149: 1291, 1952.
5. Chandrasekhar, N. P. - Laryngeal nerve palsy in heart disease. Indian Heart J. 21: 114, 1969.
6. Erlanger, H.; Levine, S. A. - Atrial septal defect: a report of two cases in which there was recurrent laryngeal paralysis. Am. Heart. J. 26: 520, 1943.
7. Talley, J. E.; Fowler, K. - Tetralogy of Fallot with hypoplasia of dextroposed. Am. J. Med. Sci. 191: 618, 1936.
8. Mead, K. C. - Persistent patency of ductus arteriosus. JAMA, 50: 2205, 1910.
9. Soothill, J. F. - A case of primary hypertension with paralyzed left vocal cord. Guy's Hosp. Repl. 100: 232, 1951.
10. Yu, P. N. - Primary pulmonary hypertension: report of six cases and review of literature. Am- Heart J. 49: 1138, 1957.
11. Rosenberg, S. A. - A study of etiological basis of primary pulmonary hypertension. Am. Heart J. 68: 484, 1964.
12. Böhme, H.; Böhme, G. - Das Ortner-syndrom, Munch, Med. Wochenschr, 104: 681, 1962.
13. Kagel, A. E.; Shency, P. N.; Naire K. G. - Ortner's syndrome associated with pulmonary hypertension. J. Postgrad. Med. 21: 91, 1975.
14. Wilmschurst, P. T.; Webb-Peploe, M. M.; Corker, R. J. - Left recurrent laryngeal nerve palsy associated with primary hypertension and recurrent pulmonary embolism. Br. Heart J. 49: 141, 1983.
15. Albertini, R. E. - Vocal cord paralysis associated with pulmonary emboli. Chest. 62: 508, 1972.
16. Naidich, D. P.; Khouri, N. F.; Scoh, W. W.; Wang, K. P.; Siegelman, S. S. - Computed tomography of the pulmonary hila: 1 - Normal anatomy, J. Comput. Assist Tomogr. 5: 459, 1981.
17. Webb, W. R.; Glazer, G.; Camsu, G. - Computed tomography of the normal pulmonary hilum J. Comput. Assist. Tomogr. 5: 476, 1981.