

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^{1,2} 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 O₂ ao estudo hemodinâmico

	Pressões (mm Hg)	Saturação O ₂ (%)
AD (A/V/M)	5/4/2	
VD (S/PD ₁ /PD ₂)	101/0/11	
AP (S/D/M)	99/56/72	90,5
CP (M)	18	
VE (S/PD ₁ /PD ₂)	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.

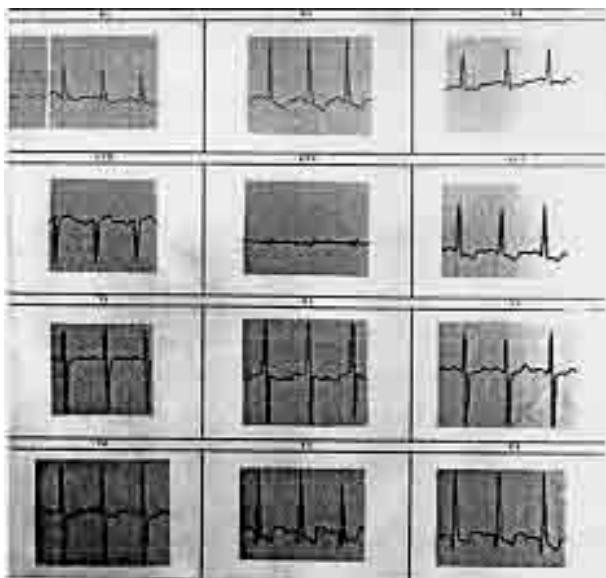


Fig.2 - Eletrocardiograma evidenciando sobrecarga ventricular esquerda da repolarização ventricular.

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 pulmonar². Posteriormente foram descritas outras causas ligadas ao aparelho cardiovascular para a paralisia: cardiopatia hipertensiva^{3,4}, defeito do septo atrial^{5,6} síndrome de Eisenmenger⁷, persistência do canal arterial^{5,8,9}, hipertensão pulmonar primária^{9,14} e embolia pulmonar.

A patogenia é controvertida. Segundo Ortner o átrio esquerdo aumentado pode comprimir diretamente o nervo laringo - recorrente esquerdo contra o arco aórtico¹. Outras explicações incluem a tração do nervo pela aorta empurrada caudalmente por um ventrículo direito hipertrofiado¹⁷ compressão do nervo entre a aorta e a artéria pulmonar dilatada¹⁶ compressão do nervo entre a aorta e o canal arteriais^{15,17}.

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.

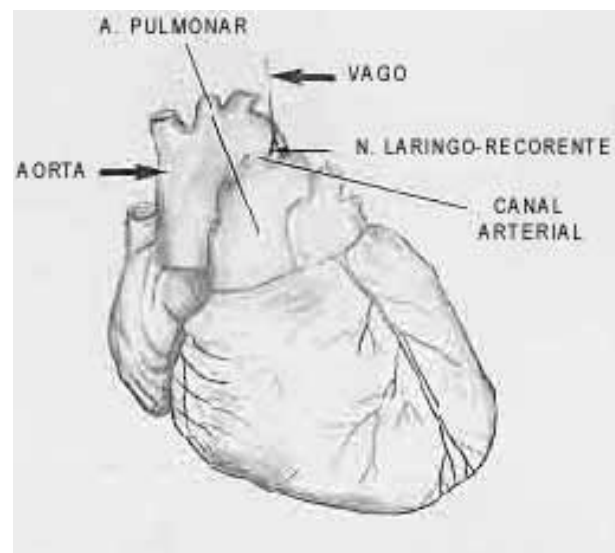


Fig.3 - Relações anatômicas entre as estruturas envolvidas.

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.