



*- Caso Clínico -*

Mesa Redonda: Patologia Infeciosa/Inflamatória da Laringe

***Diana Pinto Silva***

***Orientador de formação: Dr. Nuno Marçal***

***Diretor de Serviço: Dr. Luís Dias***

# IDENTIFICAÇÃO

- ✓ E.C.R.
- ✓ Raça caucasiana
- ✓ 65 anos
- ✓ Sexo feminino
- ✓ Funcionária pública
- ✓ Casada
- ✓ Natural de Braga, Portugal

▪ 26/10/16 - Recorreu ao SU do Hospital de Braga

- **Quadro clínico:** Disfonia, dispneia ligeira, **tumefação cervical** esquerda – **2 semanas de evolução, agravamento progressivo**. Sem febre, história de trauma ou ingestão de corpo estranho. Sem outras queixas.

Medicada com corticoide oral, sem melhoria

- **AP gerais:** dislipidemia, psoríase, **fumadora (40 UMA)**

- **AP ORL:** Edema de Reinke – **MLES, cirurgia de *Gould Hirano* em 2014**

- **Exame objetivo ORL:**

- **Eupneica, sem SDR, apirética**
- Otoscopia: normal
- Rinoscopia anterior: normal
- **Nasofaringolaringoscopia flexível: edema acentuado da epiglote e pregas ariepiglóticas, apagamento e abaulamento da valécua e seio piriforme esquerdo**
- Orofaringe: normal
- **Palpação cervical: Empastamento cervical na área III esquerda**

# Até aqui...

## Hipóteses de diagnóstico?



# Hipóteses de diagnóstico

- ✓ Infeção cervical
- ✓ Linfadenite
- ✓ Laringocelo
- ✓ Quisto sacular da laringe
- ✓ Quisto branquial
- ✓ Quisto tireoglosso
- ✓ Rânula
- ✓ Linfangioma
- ✓ Paraganglioma

- ✓ ECD a solicitar?
- ✓ Como orientar o estudo?



## Estudo analítico

Análises	Resultado	Unid.	Val. Referência
----------	-----------	-------	-----------------

### Bioquímica

UREIA	23	mg/dl	15 - 39
CREATININA	0,6	□ mg/dl	0.60-1.20
<b>IONOGRAMA</b>			
Potássio	4,0	mmol/L	3.5-5.1
Sódio	140	mmol/L	136-145
Cloratos	106	mmol/L	98-107
<b>PROTEINA C REACTIVA</b>	<b>16,20</b>	□ mg/L	<b>&lt;3.0</b>

### Hematologia

<b>HEMOGRAMA</b>			
Eritrocitos	3,62	□ 10 <sup>6</sup> /uL	3.9-5.0
Hemoglobina	11,0	□ g/dL	11.9-15.6
Hematocrito	32,7	□ %	36.6-45.0
Vol. Glob. Médio	90,3	fl	82.9-98.0
Hg. Glob. Média	30,4	pg	27.0-32.3
C.Hg. Glob. Média	33,6	g/dL	31.8-34.7
RDW	13,6	%	11.7-14.4
Leucocitos	20,0	□ 10 <sup>3</sup> /uL	4.0-11.0
Neutrófilos	90,7 %	18,2 10 <sup>3</sup> /uL	1.8-7.1
Eosinófilos	0,0 %	0,0 10 <sup>3</sup> /uL	0.0-0.5
Basófilos	0,0 %	0,0 10 <sup>3</sup> /uL	0.0-0.1
Linfócitos	5,6 %	1,1 10 <sup>3</sup> /uL	1.2-3.4
Monócitos	3,7 %	0,7 10 <sup>3</sup> /uL	0.2-0.9
Plaquetas	165	10 <sup>3</sup> /uL	150-400

- Rx?
- Ecografia?
- TC com/sem contraste ?
- RM?



# Exames complementares diagnósticos

## TC pescoço com contraste

Coronal



Axial



Sagittal



- TC pescoço com contraste:

“**Coleção líquida**, com densidades ligeiramente superiores às do conteúdo **hídrico sediada na vertente lateral esquerda do espaço mucoso faríngeo**, sobretudo a nível inferiormente, com realce periférico associado, e com **extensão inferior ao vestíbulo laríngeo esquerdo**, sem inclusões de ar, que mede na presente avaliação cerca de **34 mm de maior eixo longitudinal e 28 x 29 mm de eixos axiais**.

**Condiciona efeito compressivo sobre o seio piriforme esquerdo**, que se encontra com alguma diminuição do arejamento e determina desvio contralateral supraglótico.

Igualmente a referir **aspeto multiloculado na vertente inferior desta coleção no vestíbulo laríngeo, parecendo estender-se ao vestíbulo laríngeo direito** com uma imagem similar justa-centimétrica. A comissura anterior da laringe apresenta-se aparentemente livre.”

- ✓ Quais as principais hipóteses de diagnóstico?



# Hipóteses de diagnóstico

- ✓ Abcesso cervical
- ✓ Laringocistocelo
- ✓ Laringopiocelo
- ✓ Quisto sacular da laringe
- ✓ Quisto branquial

- ✓ Como proceder?
- ✓ Próximo passo?
- ✓ Situação eletiva? Urgente?



- Cirurgia em contexto de Urgência – 26/10/16

- Prioridade : Assegurar via aérea

- ✓ Sem compromisso

- MLES

- ✓ Drenagem de coleção laríngea com saída abundante de conteúdo purulento ao nível da valécula e prega faringoepiglótica esquerda

- ✓ Envio do conteúdo purulento para estudo microbiológico

- Internamento

- ✓ Iniciou tratamento endovenoso empírico com amoxicilina + ácido clavulânico e clindamicina

## ▪ Exame microbiológico de pús

### Isolamento:

- ✓ *Moraxella Catarralis*
- ✓ *Staphylococcus aureus*

### Sensibilidades comuns:

Amoxicilina + Acido clavulânico

Trimetropim + Sulfametoxazol

- 1 semana pós-operatório
- Clinicamente bem
- Completou 14 dias de antibioterapia endovenosa com amoxicilina + ácido clavulânico e clindamicina
- TC pescoço com contraste - controlo:  
  
“Sinais de drenagem de volumoso **abcesso paralaríngeo esquerdo** . Atualmente sem desvio da via aérea. Restantes estruturas com normal morfologia”
- Alta clínica em D15 pós-operatório

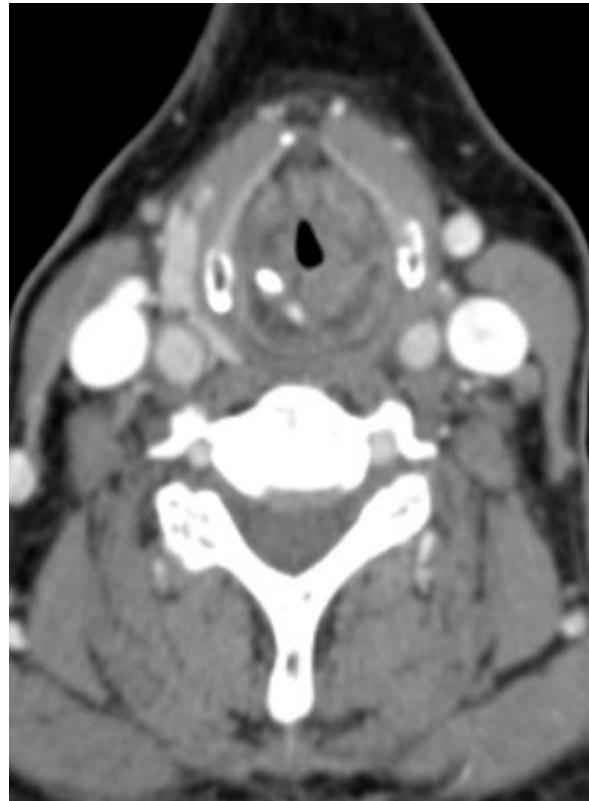
# TC pescoço com contraste

## Controlo - 1 semana de pós-operatório

Coronal



Axial



Sagital



✓ Abcesso laríngeo



5 meses após...

- 17/03/17 – Nova recorrência ao SU do Hospital de Braga

-**Quadro clínico:** **Dispneia** (sobretudo em decúbito dorsal), **disfonia** e **cervicalgia esquerda** – **4 dias de evolução**. Sem febre.

Sem outras queixas associadas.

Medicada Amoxicilina + Ácido clavulânico, sem melhoria

- **Exame objetivo ORL:**

- **Sem estridor ou SDR. Eupneica. Apirética.**
- Otoscopia: normal
- Rinoscopia anterior: normal
- **Nasofaringolaringoscopia flexível: abaulamento e rubor da prega faringoepiglótica e ariepiglótica esquerdas. Redução do calibre da via aérea mas com fenda glótica conservada**
- Orofaringe: normal
- Palpação cervical: sem massas ou tumefações palpáveis



- Estudo analítico

Análises	Resultado	Unid.	Val. Referência
<b>Bioquímica</b>			
GLICOSE	100	mg/dl	82-115
UREIA	31	mg/dl	15 - 39
CREATININA	0,6	mg/dl	0.60-1.20
<b>IONOGRAMA</b>			
Potássio	4,0	mmol/L	3.5-5.1
Sódio	139	mmol/L	136-145
Cloretas	104	mmol/L	98-107
AST (GOT)	12	U/L	15-37
ALT (TGP)	29	U/L	12-78
PROTEINA C REACTIVA	< 2,90	mg/L	<3.0

## Hematologia

<b>HEMOGRAMA</b>					
Eritrocitos	4,51		10 <sup>6</sup> /uL	3.9-5.0	
Hemoglobina	13,0		g/dL	11.9-15.6	
Hematocrito	40,1		%	36.6-45.0	
Vol.Glob.Média	88,9		fl	82.9-98.0	
Hg.Glob.Média	28,8		pg	27.0-32.3	
C.Hg.Glob.Média	32,4		g/dL	31.8-34.7	
RDW	13,2		%	11.7-14.4	
Leucocitos	14,0		10 <sup>3</sup> /uL	4.0-11.0	
Neutrófilos	76,8	%	10,8	10 <sup>3</sup> /uL	1.8-7.1
Eosinófilos	0,1	%	0,0	10 <sup>3</sup> /uL	0.0-0.5
Basófilos	0,1	%	0,0	10 <sup>3</sup> /uL	0.0-0.1
Linfócitos	17,4	%	2,4	10 <sup>3</sup> /uL	1.2-3.4
Monócitos	5,6	%	0,8	10 <sup>3</sup> /uL	0.2-0.9
Plaquetas	193		10 <sup>3</sup> /uL	150-400	

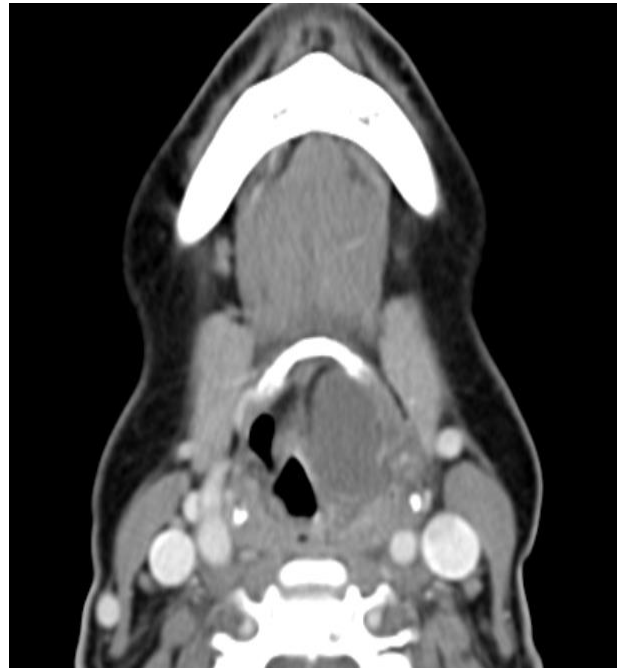
# Exames complementares diagnósticos

## TC pescoço com contraste

Coronal



Axial



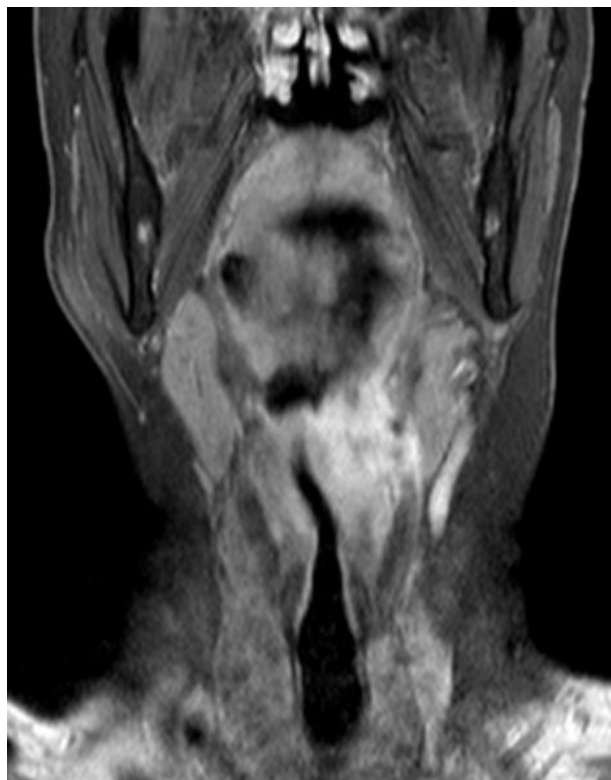
Sagittal



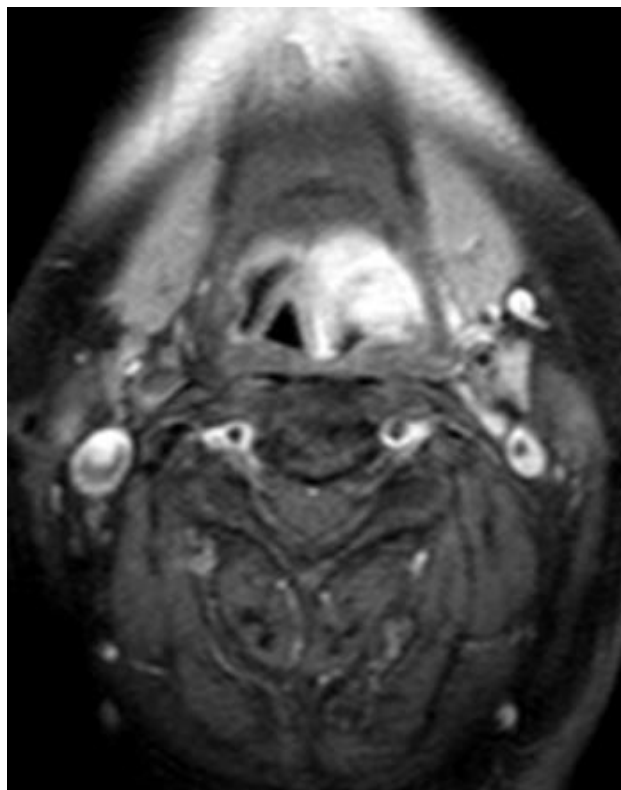
# Exames complementares diagnósticos

## RM pescoço

Coronal



Axial



Sagital



- TC pescoço com contraste:

“Presença de **quisto volumoso** de paredes finas e captantes de produto de contraste, localizado na **hipofaringe à esquerda entre a valécula e o seio piriforme**, aparenta ter a sua **inserção no ventrículo laríngeo esquerdo**. Mede **27x26x17 mm**.

Desvia a coluna aérea da laringe para a direita, mas sem reduzir de forma significativa o seu lúmen. Valécula e seio piriforme direito patentes.

Na laringe verifica-se cordas vocais e comissura anterior livres.

Gânglios de aspeto reacional pericentrimétricos, um na região sub-mentoniana esquerda e outros menores sub-maxilares.”

- RM pescoço:

“Observa-se **formação quística centrada à laringe supraglótica com expressão inferior no ventrículo laríngeo e localizada ao espaço paralaríngeo esquerdo**; apresenta componente hemático, muito provavelmente iatrogénico. Persiste componente inflamatório paralaríngeo esquerdo, com hipersinal na sequência STIR e captação de gadolínio.

Normal morfologia e emissão de sinal do restante.”

✓ Recidiva de abcesso laríngeo?

OU

✓ Laringopiocelo?

- ✓ Como proceder?
- ✓ Próximo passo?
- ✓ Situação eletiva? Urgente?



- Cirurgia eletiva- 06/04/17
  - Prioridade : Assegurar via aérea
    - ✓ Sem compromisso
  - MLES
- ✓ Realização de microcirurgia transoral com Laser CO2  
Exérese de banda ventricular esquerda, seguida de marsupialização de lesão quística laríngea e paralaríngea extensa, à esquerda
- ✓ Envio do material removido para estudo histológico

- Histologia
  - ✓ Lesão cística revestida por epitélio respiratório. Sem representação de tecido tiroideu. Não há sinais de malignidade
  - ✓ **Aspetos morfológicos compatíveis com Laringocelo**



## Laringopiocele

- ✓ Laringocelo: dilatação do sáculo do ventrículo laríngeo, comunicante com o mesmo, que em condições normais se encontra repleto de ar
- ✓ Incidência 1 por 2,5 milhões de habitantes
- ✓ Interno, externo ou misto
- ✓ 8% torna-se infetado dando origem a um

## Laringopiocelo



- ✓ Quadro evolução rápida
- ✓ Emergência de VA
- ✓ Diagnóstico de alta suspeição
- ✓ Antibioterapia ev
- ✓ Drenagem + Marsupialização cirúrgicas

- Alta clínica em D2 pós-operatório
  - Clinicamente bem. Sem queixas

- Laringoscopia direta - D2 pós-operatório



- Consulta externa:

- 1 semana pós-operatório
- 1 mês pós-operatório
- 3 meses pós-operatório

-Assintomática

-Laringoscopia direta: boa cicatrização da região de marsupialização. Cordas vocais normais e com boa mobilidade. Sem outras lesões laríngeas visíveis

- Laringoscopia direta – 1 mês pós-op



1. Vasileiadis I, Kapetanakis S, Petousis A, Stavrianaki A, Fiska A, Karakostas E. Internal laryngopyocele as a cause of acute airway obstruction: an extremely rare case and review of the literature. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2012 Feb;32(1):58-62
2. Prasad N, Singh M, Nagori R, Singh S. Laryngopyocele: Presenting with pressure symptom. *Int J Appl Basic Med Res.* 2015 Sep-Dec;5(3):228-30.
3. Felix JA, Felix F, Pires de Mello LF. Laryngocele: A cause of upper airway obstruction. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2008;74:143–6
4. Dursun G, Ozgursoy OB, Beton S, Batikhan H. Current diagnosis and treatment of laryngocele in adults. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007;136:211–5
5. Fredrickson KL, D'Angelo AJ., Jr Internal laryngopyocele presenting as acute airway obstruction. *Ear Nose Throat J.* 2007;86:104–106
6. Cassano L, Lombardo P, Marchese-Ragona R, et al. Laryngopyocele: three new clinical cases and review of the literature. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2000;257:507–511



***DISCUSSÃO***