



Brazilian Journal of
OTORHINOLARYNGOLOGY

www.bjorl.org.br



RELATO DE CASO

Laryngeal amyloidosis presenting as false vocal fold bulging: clinical and therapeutic aspects[☆]

Amiloidose laríngea apresentando-se como abaulamento em prega vestibular: aspectos clínicos e terapêuticos

José Caporrino Neto^{a,*}, Neisa Santos Carvalho Alves^b, Luiza de Almeida Gondra^b

^a Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

^b Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Recebido em 4 de setembro de 2014; aceito em 2 de novembro de 2014

Introdução

A laringe é o principal sítio na amiloidose em via aerodigestiva alta. Predomina em homens na quinta década de vida^{1,2} e representa aproximadamente 1% dos tumores benignos deste órgão.¹ A disfonia é o principal sintoma,^{3,4} e o diagnóstico histopatológico é o padrão ouro.

Neste estudo, é relatado um caso de amiloidose laríngea em paciente jovem, do sexo feminino, acompanhada em nosso serviço, de novembro/2011 a outubro/2013, que visa demonstrar a diversidade clínica da doença, bem como alertar para os diagnósticos diferenciais e seguimento.

Apresentação do caso

Mulher, 35 anos, negra, natural e procedente de São Paulo/SP, com queixa de odinofagia (pior à direita), pigarro, glo-

bus faríngeo e disfonia há quatro anos. Negava sintomas respiratórios, dispnéicos ou nasais. Realizou tratamento com Omeprazol 40 mg/dia por tempo prolongado, porém não apresentou melhora dos sintomas. Negava tabagismo, etilismo ou antecedentes pessoais e familiares relevantes.

Apresentava-se com voz rugosa, oroscopia e rinoscopia anterior sem alterações. À telarlaringoscopia evidenciava-se abaulamento submucoso em prega vestibular direita, sem alterações na sua mobilidade, e edema/hiperemia do espaço interaritenóideo (fig. 1A).

Aventada hipótese de cisto sacular e indicada exérese da lesão com fonoterapia pós-operatória, que foram realizadas sem intercorrências.

O resultado anatomopatológico apontou amiloidose laríngea (figs. 1B e C), tendo sido, então, solicitados exames de funções renal e hepática e eletrocardiograma - os quais estavam normais, e a paciente foi encaminhada para acompanhamento em conjunto no setor de Reumatologia.

A paciente não realizou seguimento otorrinolaringológico/reumatológico, comparecendo ao ambulatório um ano após a cirurgia, assintomática. Novas provas de funções renal, hepática e cardiovascular, além de telarlaringoscopia rígida, foram realizados, e estes encontravam-se normais. Optou-se, então, por acompanhamento ambulatorial semestral e reencaminhamento à Reumatologia.

DOI se refere ao artigo: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.01.001>

[☆] Como citar este artigo: Caporrino Neto J, Alves NS, Gondra LA. Laryngeal amyloidosis presenting as false vocal fold bulging: clinical and therapeutic aspects. Braz J Otorhinolaryngol. 2015;81:219-21.

* Autor para correspondência.

E-mail: jose.capo.neto@gmail.com (J. Caporrino Neto).

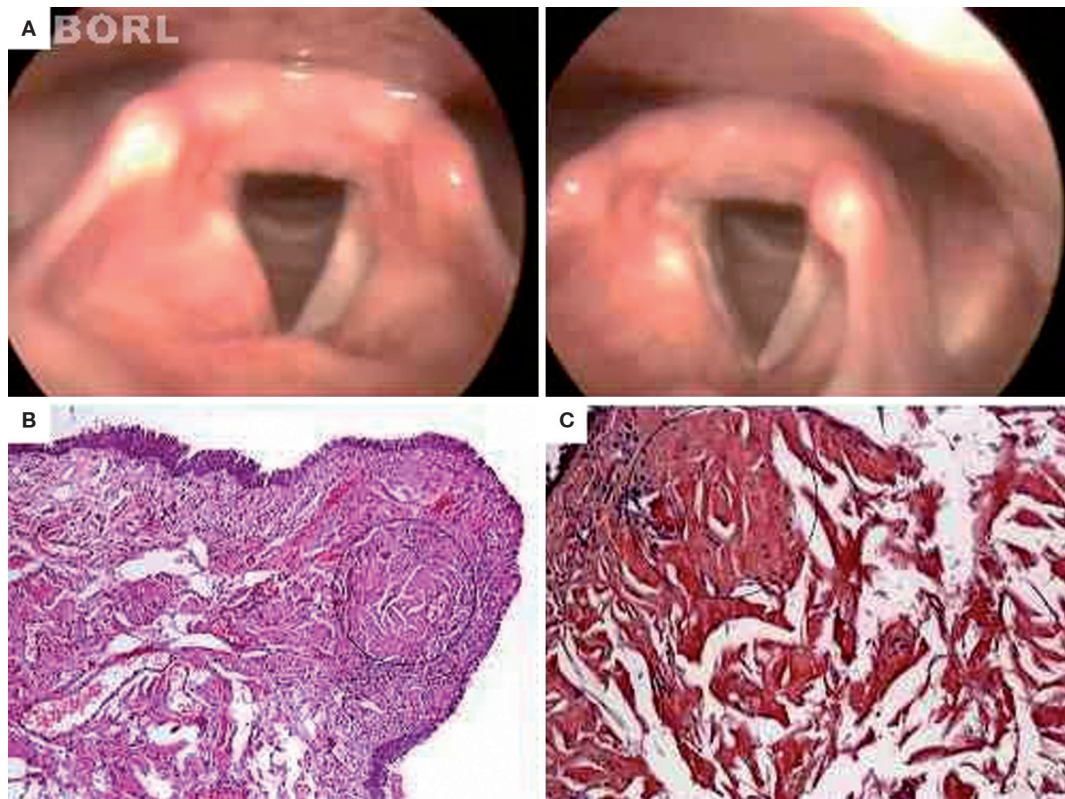


Figura 1 A, Teleslaringoscopia: abaulamento em prega vestibular direita, sem comprometimento glótico ou subglótico. B, Fragmento evidenciando epitélio tipo respiratório com discreto infiltrado linfomononuclear no estroma e aparente deposição de material amorfo eosinofílico à hematoxilina-eosina, no local delimitado (H&E, $\times 200$). C, Mesma área mostrada em B, com aparência mais pálida que o restante da amostra, quando corada pelo vermelho-congo (Vermelho-congo, $\times 400$).

Discussão

O acometimento laríngeo geralmente é decorrente da forma localizada da amiloidose⁴ e, ao contrário do que ocorre em outros sítios da cabeça e pescoço, raramente é envolvido nos quadros sistêmicos da doença.³

A lesão ocorre principalmente em prega vestibular (55%), apresentando-se como edema subepitelial ou formação nodular.¹ O diagnóstico é raramente suspeitado e muitas vezes só concluído após anatomopatológico - no qual é observada típica birrefringência positiva sob luz polarizada após coloração com vermelho-congo, adquirindo tonalidade esverdeada.⁵ No nosso caso, suspeitou-se de cisto sacular, doença caracterizada por obstrução/atresia do orifício sacular laríngeo com consequente retenção de muco e abaulamento submucoso. Sarcoidose, tumores metastáticos, pólipos, neoplasias malignas e tumores de glândulas salivares representam outros diagnósticos diferenciais possíveis.^{4,6}

Alguns autores sugerem avaliação das funções hepática, renal, eletrocardiográfica e pesquisa endoscópica de amiloidose multifocal do trato respiratório na investigação inicial do envolvimento sistêmico.⁴ A normalidade dessas provas em nossa paciente, além do curso pós-operatório assintomático, sugere tratar-se de amiloidose localizada. Entretanto, vale salientar a importância da avaliação reumatológica completa nestes pacientes.

O tratamento varia desde observação à exérese da lesão.³ Imunossupressores e radioterapia mostraram-se ineficazes, podendo acelerar a deposição amiloide.⁵ Nos quadros laríngeos localizados e sintomáticos, a excisão cirúrgica endoscópica é o tratamento de escolha.³ Em contrapartida, nos quadros extensos, sem obstrução iminente da via aérea, pode-se optar por conduta expectante, visto o caráter lentamente progressivo da doença.²

O prognóstico é excelente e o seguimento em longo prazo deve ser realizado por pelo menos cinco a sete anos, pela possibilidade de recidiva tardia e envolvimento sistêmico.^{4,5}

Comentários finais

A amiloidose laríngea é uma entidade nosológica de difícil suspeição diagnóstica, por sua diversidade clínica e mimetismo a outras doenças de maior relevância na população. O seu prognóstico é excelente; entretanto, deve ser realizado seguimento em longo prazo, devido à possibilidade de recidiva tardia da doença e acometimento sistêmico.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Passerotti GH, Caniello AH, Hachiya A, Santoro PP, Imamura R, Tsuji DH. Amiloidose com múltiplos focos em trato aéreo-digestivo superior: relato de caso e revisão de literatura. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2008;74:462-6.
2. Figueiredo RR, Azevedo AA. Amiloidose laríngea nodular isolada: relato de caso. *Arq Int Otorrinolaringol*. 2010;14:243-6.
3. Neuner GA, Badros AA, Meyer TK, Nanaji NM, Regine WF. Complete resolution of laryngeal amyloidosis with radiation treatment. *Head Neck*. 2012;34:748-52.
4. Friedman AD, Bhayani R, Memeo L, Kuriloff D. Localized laryngeal amyloidosis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002;487-9.
5. Yiotakis I, Georgolios A, Charalabopoulos A, Hatzipantelis A, Golias C, Charalabopoulos K, et al. Primary localized laryngeal amyloidosis presenting with hoarseness and dysphagia: a case report. *J Med Case Rep*. 2009;3:9049.
6. Lee EJ, Yang YS, Kim JS, Hong KH. A “boxer glove” contoured laryngeal amyloidosis. *Clin Exp Otorhinolaryngol*. 2012;5:240-2.