

Cisto de base de língua como causa de tosse crônica

Tongue base cyst as a cause of chronic cough

Osmar Clayton Person*, Dafne Patrícia Cerchiari**, Raul Vítor Rossi Zanini**, Rodrigo Oliveira Santos**,
Priscila Bogar Rapoport**

Recebido: 22/11/2004

Aprovado: 27/2/2006

Resumo

A tosse é um sintoma muito comum, constituindo-se na segunda causa mais freqüente de procura por consultas médicas. Isso ressalta a importância da identificação e tratamento adequados dos fatores causais relacionados a esse sintoma. Várias doenças que acometem as vias aéreas superiores são comumente associadas à tosse crônica, sendo rara a ocorrência de cistos supraglóticos como etiologia desse sintoma. O presente trabalho descreve o caso de um paciente com tosse crônica devido à presença de um cisto na base da língua. O paciente foi submetido à cirurgia para exérese da lesão, tendo havido desaparecimento do sintoma após o procedimento.

Unitermos

Cisto; língua; base de língua; tosse crônica; etiologia.

Abstract

Cough is a very common symptom and it has been considered the second major cause of visits to the doctor. This emphasizes the importance to identify and to treat appropriately the etiological factors that have a relationship with this symptom. Several diseases that attack the upper airway are associated to the chronic cough, being rare the occurrence of supraglottic cysts as an aetiology of this symptom. This paper report a case of a patient with chronic cough due to a cyst on the tongue basis. The patient was submitted to a surgery and the cyst was completely extracted. The symptom disappeared completely after the procedure.

Keywords

Cyst; tongue; tongue basis; chronic cough; aetiology.

Introdução

A tosse é um sintoma bastante freqüente, sendo considerada a segunda maior causa de consultas médicas, representando cerca de 1.420.000 atendimentos em um ano no Brasil¹.

Trata-se de um mecanismo de defesa que promove a remoção de secreções e corpos estranhos das vias aéreas. Ocorre devido à expulsão súbita de ar dos pulmões, geralmente a partir de uma série de esforços, provocando um ruído explosivo originado da abertura súbita da glote².

Embora haja controvérsias em relação ao tempo de duração do sintoma³, a maioria dos autores define como crônica a tosse com duração superior a três semanas⁴.

Os quadros persistentes de tosse induzem a uma série de complicações, como mudanças no estilo de vida, sensação de esgotamento, insônia, rouquidão, cefaléia, dores musculares, sudorese excessiva, distúrbios urinários e até quadros de síncope, o que torna a tosse crônica a quinta causa mais comum de procura de assistência médica no mundo, com prevalência que varia de 14 a 23% em adultos não-tabagistas⁵.

Vários estudos têm demonstrado que a tosse crônica está comumente relacionada ao gotejamento pós-nasal (abrangendo sinusite crônica, polipose nasal associada à infecção, faringite crônica e concha nasal bulbosa com retenção de secreções), à hiper-reatividade brônquica (asma), ao refluxo gastroesofágico, à bronquite crônica e a bronquiectasias⁶.

Com isso, estima-se que a tosse crônica seja conseqüente, em 90 a 95% dos casos, de pelo menos um dos componentes da tríade formada por gotejamento pós-nasal, asma e refluxo gastroesofágico⁷.

Este trabalho descreve o caso de um paciente, acompanhado no Hospital ABC (Santo André, São Paulo), que apresentava tosse crônica devido a um cisto na base da língua junto a epiglote.

*Hospital Estadual Mário Covas – Fundação do ABC (FUABC)

**Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC)

Instituição: Faculdade de Medicina do ABC (FMABC)

Relato de caso

E. T. F., do sexo masculino, 56 anos de idade, casado, operário aposentado, procedente de Santo André (São Paulo), procurou o Ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital ABC, em Santo André, apresentando queixa de tosse seca há 3 meses. Referia que o sintoma se iniciara abruptamente, sendo pior durante a noite, e apresentava irritabilidade e cansaço diurno, pela dificuldade em dormir.

Duas semanas depois do surgimento da tosse, após ter feito uso de chás caseiros, sem melhora, procurou o pronto-atendimento. Depois de radiografia simples de tórax (normal),

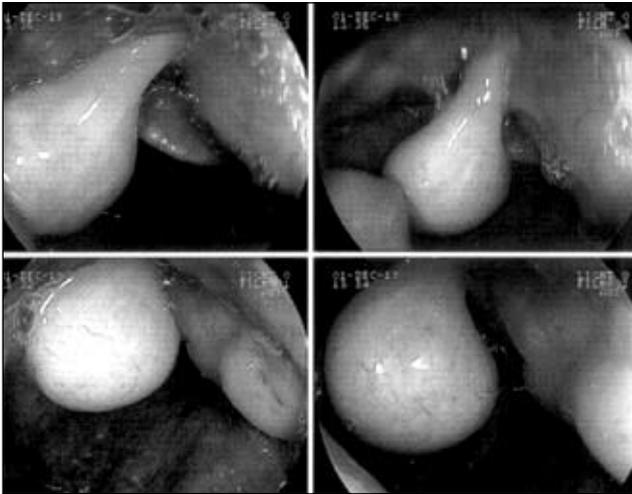


Figura 1

Cisto pediculado em base de língua, próximo à epiglote, identificado pela videofibrolaringoscopia

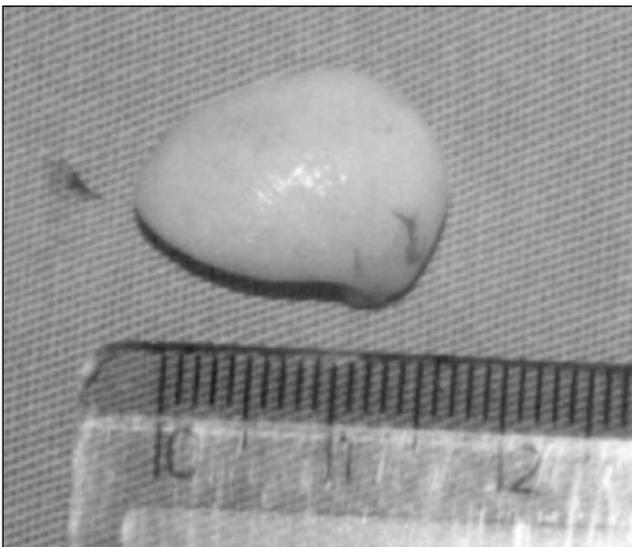


Figura 2

Aspecto macroscópico do cisto logo após sua retirada

fez uso de prednisona (20 mg/dia por 7 dias) e amoxicilina (500 mg 8/8 h), com pouca melhora do sintoma.

Procurou um médico generalista que, depois de avaliação clínica, prescreveu inalação com soro fisiológico e fenoterol por uma semana, além de Celestamine® (um comprimido de 12/12 h por 7 dias), mas não houve melhora da queixa.

Novamente procurou o pronto-atendimento, que solicitou radiografia simples de seios da face nas posições de Caldwell e Waters (normal) e encaminhou o paciente ao otorrinolaringologista (ORL).

Na consulta com o ORL, o paciente negava disфонia, mas referia ter notado diferença na tonalidade da voz, que parecia “mais grossa”. Negava dispnéia, odinofagia, sintomas nasais obstrutivos e rinorréia. Há cerca de uma semana havia notado “pigarro” e sensação de corpo estranho na garganta. Como antecedentes negava tabagismo e etilismo, relatava gastrite há aproximadamente 10 anos, tendo feito tratamento medicamentoso na época. Há poucos dias, havia iniciado epigastria (ocasional), principalmente durante a noite, atribuindo esse sintoma ao nervosismo consequente à tosse. Não apresentava hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito ou outras doenças sabidas, nem estava em uso de medicamentos.

O exame otorrinolaringológico mostrou:

- **Oroscopia:** presença de prótese dentária superior (depois de retirada, não foram identificadas alterações macroscópicas no palato e gengiva); presença de hiperemia moderada na faringe.
- **Rinoscopia anterior:** septo nasal centrado e hipertrofia discreta de conchas nasais anteriores bilateralmente.
- **Otosopia:** meato acústico externo e membrana do tímpano de aspecto normal em ambas as orelhas.

Foi feita hipótese diagnóstica de doença do refluxo gastroesofágico, tendo sido solicitada nasofibrolaringoscopia.

O exame mostrou cisto pediculado na base da língua, junto à epiglote, e hiperemia da mucosa da faringe. Não foram observadas alterações laríngeas.

Para melhor visualização da lesão e planejamento terapêutico, foi solicitada videofibrolaringoscopia, que constatou cisto com as mesmas características do exame anterior, com aproximadamente 1,5 cm de comprimento (Figura 1).

O paciente foi submetido a tratamento cirúrgico para exérese da lesão, utilizando-se laringoscópio de suspensão e microscópio. Durante o procedimento foi realizada cauterização elétrica do pedículo do cisto, junto à sua inserção na base da língua, o que permitiu a retirada sem o rompimento cístico (Figura 2).

O exame anatomopatológico mostrou que, microscopicamente, a lesão constituía-se por parede de cisto com epitélio escamoso e conteúdo mucoso.

A sintomatologia desapareceu logo após a cirurgia. O paciente foi acompanhado por 90 dias, não havendo recidiva da lesão, o que pôde ser avaliado por videofibrolaringoscopia.

Discussão

A tosse pode ser produzida por afecções localizadas em uma multiplicidade de sítios anatômicos. A tosse crônica, por sua vez, é uma causa considerável de limitação funcional de uma amostra não desprezível de pacientes, o que impõe a necessidade de avaliação criteriosa por parte do investigador⁶.

Os avanços na investigação da tosse crônica basearam-se em uma avaliação mais acurada das vias aéreas superiores. Isso se tornou possível com a tomografia computadorizada de seios paranasais, a rinoscopia com fibra óptica e a pHmetria⁸.

A endoscopia da cavidade nasal, da faringe e da laringe tem importância em pacientes que apresentam tosse crônica, porque contribui no diagnóstico de lesões anatômicas, além de verificar a presença de eventuais secreções, que podem estar associadas à persistência da tosse⁹.

O caso ora descrito firma a avaliação endoscópica das vias aéreas superiores como exame relevante no processo de investigação diagnóstica do paciente com tosse crônica. Seu uso torna-se importante, em especial, na suspeita de doença do refluxo gastroesofágico; nesse caso associado à pHmetria, e nos casos não relacionados à tríade sintomática.

Os cistos originados na região da epiglote são raros¹⁰, sendo a face lingual da epiglote, a valécua e a base da língua os sítios anatômicos mais freqüentes¹¹. De acordo com Lam *et al.* (2000)¹² e Albert (2000)¹³, esses cistos apresentam sintomatologia pobre, em geral relacionada à sensação de corpo estranho ou bolo na garganta, alteração no timbre de voz, halitose, disfagia, emagrecimento e odinofagia, embora a tosse progressiva possa estar presente.

O caso em discussão teve como sintomatologia inicial a tosse, o que poderia ser explicado pela característica pediculada do cisto, que permite sua movimentação com projeção para a epiglote, sendo a tosse um mecanismo de defesa laríngea nesse caso. Já a mudança no timbre de voz e a sensação de corpo estranho surgiram tardiamente, possivelmente com o crescimento da lesão.

Trata-se de um caso atípico, cujo diagnóstico pôde ser firmado somente após a nasofibrolaringoscopia. Considerando que freqüentemente as alterações das vias aéreas superiores relacionam-se com o sintoma “tosse” nos casos crônicos, sobretudo naqueles refratários ao tratamento, esse exame pode contribuir ou mesmo ser essencial no diagnóstico etiológico.

É importante ressaltar que, como em todo processo diagnóstico na Medicina, uma história médica apropriada aponta um ou mais diagnósticos etiológicos em cerca de 80% dos casos⁶, e os exames complementares podem ser utilizados para confirmação da hipótese diagnóstica.

Considerando as severas restrições impostas à qualidade de vida do paciente com tosse crônica, esse sintoma nunca pode ser interpretado como benigno e deve ser investigado exaustivamente e tratado agressivamente, não apenas para o bem-estar do indivíduo, mas para a exclusão de afecções potencialmente graves a que esse sintoma possa estar associado⁶.

A tosse deve sempre ser considerada um sintoma e, como tal, deve-se proceder à investigação de seus fatores causais, antes do estabelecimento de qualquer tratamento. O cisto supraglótico é uma entidade excepcional, mas as doenças que acometem as vias aéreas superiores, pela sua associação potencial ao mecanismo fisiopatológico da tosse, devem ser consideradas na avaliação do paciente com esse sintoma.

Referências bibliográficas

1. Fiss E, Palombini BC, Irwin R. Tosse crônica. *RBM Rev Bras Med* 1998;55(4):185-92.
2. Fiss E, Monteiro Filho AA, Pinto RMC. Tosse. *RBM Rev Bras Med* 2003;60(7):498-504.
3. Irwin RS, Madison JM. The diagnosis and treatment of cough. *N Engl J Med* 2000;343:1715-21.
4. McGarvey LPA, Heaney LG, Lawson JT. Evaluation and outcome of patients with chronic non-productive cough using a comprehensive diagnostic protocol. *Thorax* 1998;53:738-43.
5. Jacomelli M, Souza R, Pedreira Jr WL. Abordagem diagnóstica da tosse crônica em pacientes não-tabagistas. *J Pneumologia* 2003;29(6):413-20.
6. Palombini BC, Villanova CAC, Pereira EA, Gastal OL, Porto NS, Alt DC, Palombini CO, Gastal CSP, Stolz DP. Recentes progressos no diagnóstico diferencial da tosse crônica. *Rev Bras Clín Ter* 1997;23(2):40-2.
7. Irwin RS, Corrao WM, Pratter MR. Chronic persistent cough in the adult: the spectrum and frequency of causes and successful outcome of specific therapy. *Am Rev Respir Dis* 1981;123:413-7.
8. Irwin RS, Curley FJ, French CL. Chronic cough. The spectrum and frequency of causes. Key components of the diagnostic evaluation, and outcome of specific therapy. *Am Rev Respir Dis* 1990;141:640-7.
9. Osguthorpe JD, Hadley JA. Rhinosinusitis: current concepts in evaluation and management. *Med Clin North Am* 1999;83:27-41.
10. Fernandes JRC, Bosco G, Antunes JCM, Moura MCC, Tabasnik M. Cisto de epiglote – relato de caso. *Rev Bras Otorrinolaringol* 1988;54(2):54-6.
11. Wong KS, Li HY, Huang TS. Vallecular cyst schronous with laryngomalacia: presentation of two cases. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;113:621-4.
12. Lam HCK, Abdullah VJ, Soo G. Epiglottic cyst. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;122:311-2.
13. Albert SWK. Vallecular cyst: report of four cases – one with co-existing laryngomalacia. *J Laryngol Otol* 2000;114:224-6.

Endereço para correspondência:

Osmar C. Person
Hospital Estadual Mário Covas – Ambulatório
de Otorrinolaringologia
Rua Dr. Henrique Calderazzo, 321 – Paraíso
CEP 09190-610 – Santo André/SP
E-mail: ocperson@ig.com.br