

Resolution of vocal fold polyps with conservative treatment

Comentado por: Glaucya Madazio¹, Felipe Moreti²

Nakagawa H, Miyamoto M, Kusuyama T, Mori Y, Fukuda H. Resolution of vocal fold polyps with conservative treatment. *J Voice*. 2012;26(3):e107-10.

O pólipos de prega vocal é uma lesão laríngea benigna relativamente comum que causa rouquidão persistente, geralmente tratada com remoção cirúrgica. Sua aparência pode ser avermelhada, esbranquiçada ou translúcida e a imagem é de uma lesão elevada, localizada na borda livre da prega vocal, geralmente na junção do terço anterior com o médio. Acredita-se que o abuso vocal esteja na base de seu desenvolvimento, provocando rupturas nos vasos das camadas superficiais da lâmina própria, produzindo um hematoma. O processo segue com edema e infiltração celular inflamatória, o que provoca a produção de uma nova matriz. A presença mecânica da lesão dificulta a aproximação das pregas vocais na fase fechada do ciclo glótico e provoca um aumento do esforço vocal e rugosidade. O aumento da pressão subglótica e a hiperfunção muscular intralaríngea são aspectos adicionais ao fonotrauma que auxiliam na manutenção dessas lesões.

Embora a cirurgia seja o tratamento preferido, alguns médicos observaram que certa proporção dos pólipos desaparece. Contudo, esse número é pequeno e não se conhece as características dessas lesões. Quanto ao tratamento fonoaudiológico, não há consenso pela recomendação de terapia.

O objetivo do estudo é identificar a frequência de resolução espontânea dos pólipos e quais as características dessas lesões, a fim de se estabelecer uma melhor definição na estratégia de tratamento. Foi realizada uma revisão dos protocolos médicos de 644 pacientes do *Tokyo Voice Center*, de janeiro de 2001 a janeiro de 2008. Pólipos de pregas vocais foram definidos como lesões unilaterais persistentes, localizadas no meio da porção músculo-membranosa da prega vocal, com característica atípica, hemorrágica, fibrótica ou translúcida. Foram excluídos todos os pacientes que não tiveram pelo menos uma consulta de seguimento e aqueles que tinham diagnóstico de nódulos, edema de Reinke, leucoplasia ou granuloma. Todos tinham avaliação videostroboscópica para confirmação do diagnóstico. Os pólipos foram subdivididos em três categorias, de acordo com o seu tamanho: pequenos (base pontiforme), médios (base maior que a pontiforme, mas menor que um terço da prega vocal) e grandes (base maior que um terço do comprimento da prega vocal). Nesse centro, os pólipos são tipicamente tratados com microcirurgia de laringe, encaminhados de outras clínicas. O tratamento conservador é indicado para os

pacientes que recusam submeter-se à cirurgia, ou que tenham algum tipo de risco para o procedimento ou anestesia geral, ou ainda quando a lesão melhora no período de espera para a cirurgia. Quando o tratamento selecionado é conservador, terapia vocal e/ou medicação (esteroide) é administrada, de acordo com a preferência do paciente. O protocolo de terapia vocal é determinado pelo fonoaudiólogo do paciente e, de modo geral, inclui aconselhamento, higiene vocal e suporte respiratório. A terapia fonoaudiológica foi administrada em uma mesma instituição, com intervalos de uma a quatro semanas entre as sessões.

Dos 644 pacientes diagnosticados com pólipos no período em questão, 132 receberam tratamento conservador. Dos restantes, 433 foram operados e 79 não compareceram às consultas subsequentes. A média de idade dos pacientes do grupo de tratamento conservador foi de 47,8 anos (distribuição de 20 a 83 anos), sendo 74 mulheres (56,1%) e 58 homens (43,9%). No dia do diagnóstico, os pacientes apresentavam rouquidão por uma média de 7,3 meses, com distribuição de 0 (pólipo como achado de exame) a 20 anos. À videostroboscopia, 26 pólipos eram grandes, 58 médios e 46 pequenos.

Dos 132 pacientes que fizeram tratamento conservador, 55 (41,7%) mostraram uma resolução completa das lesões após uma média de 5,1 meses de segmento e 29 (21,9%) apresentaram redução do tamanho da lesão e ficaram satisfeitos com o resultado em termos de qualidade vocal, após uma média de 4,1 meses de segmento. Os 48 pacientes remanescentes (36,4%) não apresentaram nenhuma modificação na imagem das lesões, dos quais 17 estavam satisfeitos com suas vozes, apesar da presença dos pólipos e 31 deles, incluindo 14 que tinham indicação cirúrgica, abandonaram o tratamento após 3,2 meses. Comparando os que mostraram resolução completa da lesão com os que não mostraram nem resolução ou redução, o primeiro grupo tem uma proporção maior de mulheres (58,2% versus 41,7%), pequenas lesões (45,4% x 22,9%) e curta duração de sintomas (2,8 semanas x 13,9 semanas). Nenhum dos pacientes que teve resolução completa do pólipo apresentou recorrência da lesão.

A terapia de voz foi administrada a 38 pacientes, 24 dos quais também receberam medicação. Dez (26,3%) pacientes mostraram remoção completa da lesão com terapia e oito (21,1%) mostraram redução no tamanho da lesão. Por outro lado, dos 94 que não receberam terapia de voz, 45 (47,9%) mostraram remoção completa da lesão e 20 (21,3%) redução do seu tamanho.

A média de idade do grupo tratado cirurgicamente foi de 46,7 anos (de oito a 81 anos), sendo que 234 dos 433 indivíduos eram mulheres (54%) e 199 homens (46%). Queixa de

(1) Centro de Estudos da Voz – CEV – São Paulo (SP), Brasil.

(2) Centro de Estudos da Voz – CEV – São Paulo (SP), Brasil; Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Glaucya Madazio. R. Machado Bitencourt, 361/1001, São Paulo (SP), Brasil, CEP: 04044-905. E-mail: glaumadazio@uol.com.br

rouquidão apresentavam em média 9,8 meses (distribuição de 0 dia a 15 anos). Em relação ao tamanho, 180 pólipos eram grandes, 206 médios e 27 pequenos. A duração entre a primeira consulta e a cirurgia foi de 1,4 mês. A média de seguimento após a cirurgia foi de 4,9 meses. A maior parte dos indivíduos mostrou melhora vocal, mas 26 (6%) tiveram recorrência da lesão. Em resumo, os achados do presente estudo sugerem que cerca de 10% dos pólipos podem ser resolvidos com tratamento conservador. Embora a conduta padrão para essas lesões seja a cirurgia, é importante evitar procedimentos desnecessários. Se os pólipos são relativamente pequenos ou de início recente, deve-se considerar observar os pacientes por alguns meses na expectativa de sua resolução, se não houver demanda vocal que exija uma recuperação rápida. É interessante comentar que, os pacientes que mostraram remoção completa comparados com aqueles que não mostraram nem a resolução da lesão ou seu enxugamento, o primeiro grupo é composto principalmente por mulheres com pequenas lesões e sintomas recentes. Uma das possíveis razões pelas quais as mulheres apresentaram melhor resultado é que essas pacientes colaboram melhor na redução de abuso vocal, o que produz uma menor pressão subglótica e menor ativação muscular. O processo exato pelo qual os pólipos se resolvem é desconhecido. Acredita-se que, mesmo o processo que estava envolvido na formação do pólipo

pode levar à remodelagem e, portanto, à sua reabsorção. Outra possibilidade é que a continuidade do fonotrauma provoca uma redução na base do pólipo e pode, eventualmente, provocar a sua ruptura e arrancamento.

O presente estudo retrospectivo não pode demonstrar que a terapia vocal é um tratamento efetivo, pois não teve o seu desenho controlado. O mesmo pode se dizer quanto ao uso de esteroides para estas lesões. A natureza retrospectiva deste estudo introduz vieses e somente com pesquisas posteriores pode-se verificar a real efetividade da fonoterapia. Se por um lado o tratamento conservador mostrou resultados com uma média de 5,1 meses, o benefício de uma recuperação muito rápida com uma cirurgia deve ser considerado. Embora seja um procedimento comum, rápido e controlado, há custos e riscos associados com anestesia geral, hospitalização, repouso vocal absoluto, a cirurgia propriamente dita e cicatriz de prega vocal.

Desta forma, a terapia de voz pode ser considerada a primeira opção para tratamento de pólipos, especialmente em mulheres, com lesões pequenas e de aparência translúcida, com achados objetivos de tensão muscular e fechamento glótico completo. Estas características podem ajudar o médico otorrinolaringologista a direcionar os pacientes que se beneficiariam com a reabilitação vocal.