

Consulta de Voz do Hospital Dona Estefânia: Casuística pré e pós videolaringoscopia de chip distal

Artigo Original

Autores

Marta Mariano

Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Portugal

Inês Soares da Cunha

Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Portugal

Aníbal Eliseu

Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Portugal

Herédio Sousa

Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Portugal

Correspondência:

Marta Mariano
Rua José António Serrano 1500-199 Lisboa
+351 218841883
marta_mariano@live.co.uk

Artigo recebido a 5 de Maio de 2022.
Aceite para publicação a 16 de Outubro de 2022.

Resumo

Objetivos: Descrever a casuística da consulta de Voz do Hospital Dona Estefânia. Avaliar os diagnósticos realizados utilizando videolaringoscopia flexível de fibra óptica e de *chip* distal.

Desenho do Estudo: Estudo retrospectivo observacional.

Material e Métodos: Análise dos processos clínicos dos doentes avaliados em primeira consulta de setembro de 2018 a dezembro de 2021.

Resultados: Foi realizada laringoscopia em 78.1% das 73 crianças estudadas. Obtiveram-se os diagnósticos de nódulos das cordas vocais (42.5%), refluxo faringolaríngeo (12.3%), disфония por tensão muscular (9.6%), cordite (2.7%), quisto (2.7%) e pólipos (1.4%) das cordas vocais. A videolaringoscopia de *chip* distal não alterou de forma significativa os diagnósticos realizados, mas identificou-se uma redução na proporção de diagnósticos de nódulos e de laringoscopias normais e um aumento na proporção de diagnósticos de refluxo faringolaríngeo ($p = 0.479$).

Conclusão: A videolaringoscopia de *chip* distal não alterou de forma significativa os diagnósticos realizados em crianças com disфония crónica.

Palavras-chave: disфония, doenças da voz, laringoscópios, estroboscopia, pediatria

Introdução

A disфония é um sintoma frequente na população pediátrica, afetando 6-23% das crianças.^{1,2} É também um sintoma frequentemente desvalorizado, dada a etiologia geralmente benigna e o desafio que a avaliação diagnóstica e abordagem terapêutica corretas podem constituir nesta faixa etária.¹⁻³ Ainda que a etiologia da disфония pediátrica seja na sua maioria benigna, com os nódulos das cordas vocais (CV) a constituírem a causa de mais de metade dos casos, existem casos mais raros relacionados com patologias potencialmente mais graves, como a papilomatose laríngea recorrente, a paralisia das CV ou a presença de lesões neoplásicas,

cuja exclusão é mandatória.^{2,4,5} Por outro lado, tem sido demonstrado que a disфонia crónica apresenta um impacto significativo na qualidade de vida das crianças, com compromisso da sua comunicação e vivência escolar e social.⁶ Assim, a disфонia pediátrica carece de uma abordagem atempada e dirigida ao diagnóstico etiológico correto, cuja definição tem de ter por base a visualização da laringe.^{2,5} Atualmente, existem várias técnicas disponíveis para visualizar a laringe. Na população pediátrica avaliada em consulta de Voz do Hospital Dona Estefânia (HDE), esta visualização é geralmente conseguida através do uso de videolaringoscopia flexível, que pode ser realizada com endoscópios de fibra ótica ou com *chip* distal. Os endoscópios com *chip* distal fornecem imagens de alta resolução, tendo o potencial de melhorar a deteção e o diagnóstico de pequenas lesões das CV^{7,8}. Scholman *et al.* demonstraram a superioridade deste tipo de endoscópio na identificação de laringes normais e de lesões laríngeas pré-malignas e malignas e na deteção de alterações da mucosa faringolaríngea, em avaliações de vídeos de laringes de adultos.^{7,8} Após revisão da literatura, não encontramos qualquer estudo dedicado a comparar a utilização destes diferentes tipos de videolaringoscópios na população pediátrica. O presente trabalho tem como objetivos descrever a casuística da consulta de Voz do HDE e avaliar as diferenças nos diagnósticos realizados utilizando videolaringoscópio flexível de fibra ótica (FOL) e videolaringoscópio flexível com *chip* distal (DCL).

Material e Métodos

Realizou-se o estudo retrospectivo dos processos clínicos da coorte consecutiva de doentes avaliados em primeira consulta de Voz no HDE de setembro de 2018 a dezembro de 2021. Este intervalo temporal compreendeu os períodos de 20 meses anterior e posterior à disponibilidade de DCL. Foi obtida uma população de 85 casos, tendo sido excluídos 12 casos, 8 por não apresentarem disфонia (7 com alteração da linguagem e 1 com insuficiência

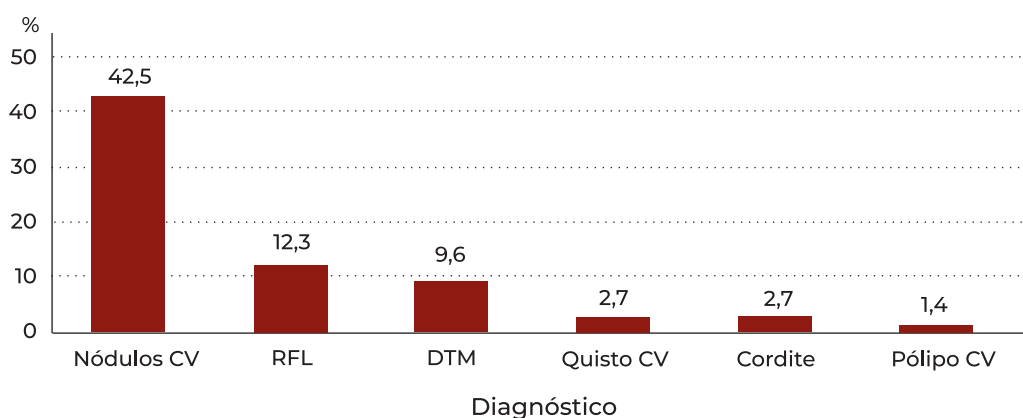
velofaríngea) e 4 por disфонia aguda autolimitada presente à data de referenciação, mas já resolvida aquando da consulta. Foram revistos dados demográficos, a história clínica relativa à disфонia, comorbilidades, diagnósticos, tratamentos e laringoscopias dos casos incluídos. As consultas de seguimento não foram consideradas para obtenção de novos casos, mas foram utilizadas na recolha dos dados referidos. Todas as consultas e laringoscopias foram realizadas pelo mesmo Otorrinolaringologista sénior. A videolaringoscopia com FOL foi realizada utilizando um nasofaringolaringoscópio flexível de fibra ótica com cabeça de câmara acoplada e diâmetro de 3.5 mm (Pentax, Corp Japan, Tokyo, Japan), sob iluminação com luz contínua. A videolaringoscopia com DCL foi realizada com nasofaringolaringoscópio flexível com diâmetro de 2.7 mm (XION GmbH, Berlin, Germany), sob iluminação com luz contínua seguida de luz estroboscópica. Todos os diagnósticos realizados e utilizados nas comparações do presente estudo foram estabelecidos aquando da observação sob luz contínua, não tendo sido alterados pelo exame posterior sob luz estroboscópica, nos casos em que este foi realizado. Estes procedimentos foram realizados sob anestesia tópica, com aplicação em cada fossa nasal de 1 ml de mistura de 1:1 de solução de oximetazolina a 0.25% e lidocaína a 1%. A análise estatística dos dados foi realizada utilizando o *software IBM SPSS® Statistics 25*. As variáveis nominais são apresentadas em percentagem. A variável contínua (idade à data da primeira avaliação) é apresentada através da média \pm desvio padrão, após confirmação da sua normalidade. As diferenças entre grupos foram exploradas utilizando tabelas de contingência e os testes Chi-quadrado ou exato de Fisher, no caso das variáveis nominais e conforme adequado, e utilizando o teste t de Student para amostras independentes no caso da variável contínua normal. A comparação de proporções dentro de variáveis dicotómicas foi realizada com recurso ao teste binomial. O nível de significância estatística considerado foi de 0.05.

Resultados

Foram identificados e incluídos 73 novos casos de disфонia crónica observados na consulta de Voz do HDE no período de estudo. A idade média (\pm desvio padrão) à data da primeira avaliação foi de 9.6 (\pm 3.7) anos, variando entre os 2 e os 20 anos. A maioria das crianças avaliadas tinham entre 6 e 11 anos (65.8%), seguindo-se as crianças com 12 ou mais anos (20.5%) e, finalmente, as crianças entre os 2 e os 5 anos (13.7%). A coorte de estudo incluía 53 crianças do sexo masculino (72.6%) e 20 do sexo feminino (27.4%). Foi realizada vídeolaringoscopia em 78.1% dos casos, com definição dos seguintes diagnósticos: nódulos das CV (42.5%), refluxo faringolaríngeo (RFL) (12.3%), disфонia por tensão muscular (DTM) (9.6%), quisto das CV (2.7%), cordite (2.7%) e pólipos das CV (1.4%) (Gráfico 1).

Esta observação foi realizada com recurso a FOL em 49.3% dos casos e a DCL em 28.8% dos casos. O grupo avaliado com FOL não apresentou diferenças significativas em relação ao grupo avaliado com DCL, nomeadamente em relação às variáveis demográficas ($p_{\text{sexo}} = 0.352$; $p_{\text{idade}} = 0.288$), à existência de perfil comportamental fonotraumático ($p = 0.435$) e à presença de queixas nasais ($p = 0.182$) ou sugestivas de RFL ($p = 0.248$) (Tabela I). A utilização de FOL associou-se a maior proporção de diagnósticos de nódulos das CV (FOL 58.3%; DCL 47.6%) e de laringoscopias classificadas como normais (FOL 11.1%; DCL 4.8%) e a menor proporção de diagnósticos de RFL (FOL 8.3%; DCL 28.6%), não tendo estas diferenças atingido significância estatística ($p = 0.479$) (Gráfico 2). Foram referidos sintomas nasais em 26.0% dos casos e sintomas

Gráfico 1
Diagnósticos etiológicos obtidos à vídeolaringoscopia



CV: cordas vocais; RFL: refluxo faringolaríngeo; DTM: disфонia por tensão muscular.

Tabela 1
Caraterização dos grupos submetidos a FOL e a DCL.

	FOL	DCL	
Sexo (%)			
Masculino	75.0	66.7	$p = 0.352$
Feminino	25.0	33.3	
Idade média 1ª avaliação (anos)	9.57	10.57	$p = 0.288$
Perfil comportamental fonotraumático (%)	58.3	52.4	$p = 0.435$
Sintomas nasais (%)	20.0	35.0	$p = 0.182$
Sintomas de RFL (%)	17.1	28.6	$p = 0.248$

FOL: vídeolaringoscópio flexível de fibra ótica; DCL: vídeolaringoscópio flexível com chip distal; RFL: refluxo faringolaríngeo

compatíveis com RFL em 20.5% dos casos. Foram identificados hábitos sugestivos de perfil comportamental fonotraumático em 57.5% dos casos.

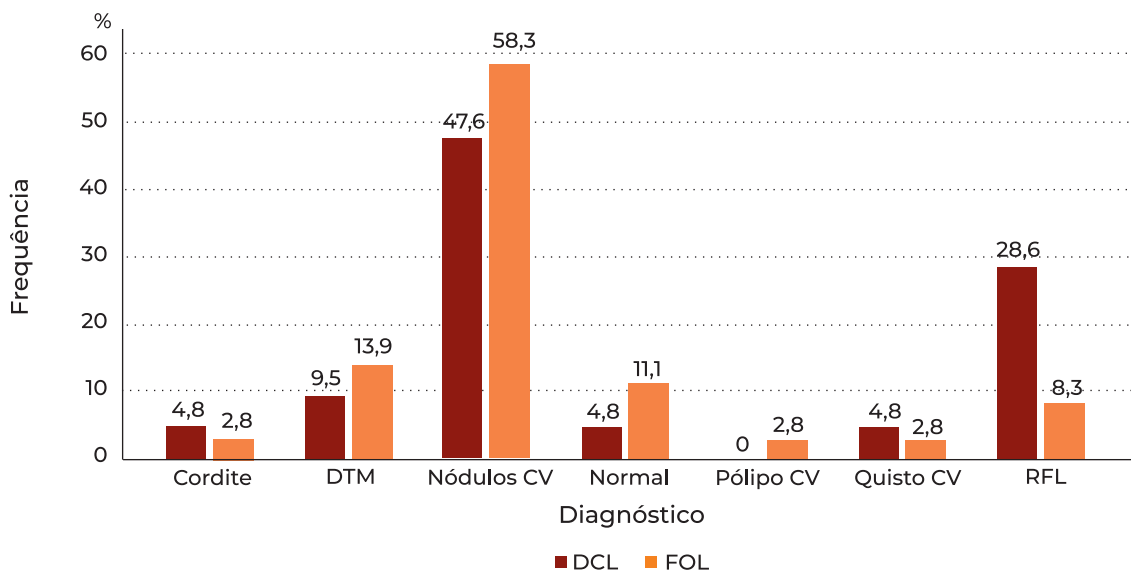
Não se observou uma relação significativa entre os diagnósticos estabelecidos e o sexo ($p = 0.671$), a presença de sintomas nasais ($p = 0.096$) ou a existência de perfil

comportamental fonotraumático ($p = 0.100$). Verificou-se uma relação significativa entre a presença de queixas compatíveis com RFL e o estabelecimento deste diagnóstico ($p < 0.001$) (Gráfico 3).

A terapêutica mais comumente aplicada foi a terapia da fala (93.2%), seguida de inibidores da bomba de prótons (21.9%).

Gráfico 2

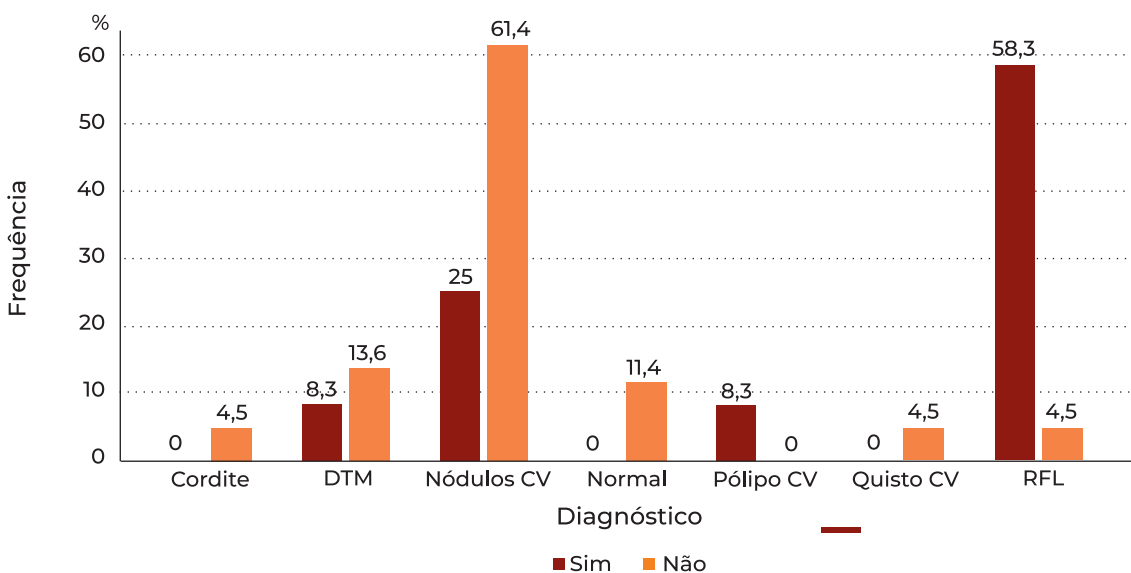
Proporção de diagnósticos obtidos utilizando videolaringoscópio flexível de fibra ótica ou videolaringoscópio flexível com chip distal ($p = 0.479$)



DCL: videolaringoscópio flexível com chip distal; FOL: videolaringoscópio flexível de fibra ótica; DTM: disфонia por tensão muscular; CV: cordas vocais; RFL: refluxo faringolaríngeo.

Gráfico 3

Presença de sintomas sugestivos de refluxo faringolaríngeo por diagnóstico ($p < 0.001$).



DTM: disфонia por tensão muscular; CV: cordas vocais; RFL: refluxo faringolaríngeo

Discussão

Entre Setembro de 2018 e Dezembro de 2021 foram avaliadas em primeira consulta de Voz do HDE 73 crianças com disfonia crônica objetivada aquando da observação clínica. A média das idades destas crianças foi de 9.6 anos, 65.8% tinham entre 6 e 12 anos e 72.6% eram do sexo masculino. Estas características demográficas estão de acordo com o esperado dada a situação clínica em estudo e coincidem com o reportado noutras séries de crianças disfônicas, que descrevem idades médias de 9 e de 11 anos^{1,4}, 64% de crianças com idade entre os 7 e os 12 anos⁵ e 62% a 70.1% de crianças do sexo masculino.^{1,4,5}

Todos os diagnósticos encontrados foram benignos, sendo o principal o de nódulos das CV (42.5%). Os nódulos das CV são reportados na literatura como a principal causa de disfonia pediátrica, sendo o diagnóstico etiológico em 40% a 57.6% dos casos descritos por outros autores.^{1,4,5} O segundo diagnóstico mais frequente foi o de RFL (12.3%). Esta patologia tem sido definida como frequente em crianças com disfonia, constituindo o diagnóstico etiológico em 24% a 36% dos casos.^{4,9} Uma revisão sistemática atual demonstrou a existência de uma forte relação entre o refluxo gastroesofágico ou faringolaríngeo e o desenvolvimento de disfonia na população pediátrica.¹⁰

No presente trabalho, foi detetado um perfil comportamental fonotraumático em 57.5% dos casos, valor semelhante aos 54.7% reportados por outros autores.⁵ A presença de comportamentos fonotraumáticos, que incluem gritar ou falar alto, falar muito, sussurrar intensamente, fazer ataques glótico abruptos e efeitos sonoros (como, por exemplo, imitar personagens) e pigarrear, deve ser sistematicamente questionada ao doente e aos cuidadores, pois estará presença na maioria dos casos e constitui um campo indispensável de intervenção terapêutica.¹¹

A presença de patologia inflamatória com papel no desenvolvimento de disfonia deve também ser sistematicamente pesquisada.⁴ Na presente série, estavam presentes

sintomas nasais em 26% e de RFL em 20.5% dos casos, tendo existido uma associação significativa entre os sintomas e o diagnóstico de RFL. Martins *et al.* descreveram uma proporção superior de sintomas nasais (36.2%) e inferior de sintomas de RFL (3.6%).⁵ Dada a subjetividade inerente à descrição de sintomas, é de esperar alguma variabilidade nas proporções encontradas, já que estas podem variar não só com a valorização atribuída a estas queixas pelos doentes e seus cuidadores, mas também com a forma como o médico questiona a sua presença.

A realização de laringoscopia para determinar o diagnóstico em crianças com disfonia é considerada indispensável e exequível na maioria dos casos.¹² Foi realizada visualização da laringe em 78.1% das crianças da nossa amostra, utilizando laringoscópios flexíveis em todos os casos (49.3% FOL e 28.8% DCL). Um estudo comparando a exatidão diagnóstica da laringoscopia rígida e flexível, utilizando a laringoscopia direta como *gold standard*, demonstrou superioridade da primeira (64% *versus* 30%), mas apenas as laringoscopias rígidas haviam sido realizadas sob luz estroboscópica e todas as laringoscopias flexíveis utilizaram dispositivos de fibra ótica com cabeça de câmara acoplada e não com chip distal.¹³ Embora a laringoscopia rígida seja descrita na literatura como associada à obtenção de imagens de elevada qualidade, com maior aumento e melhor iluminação, e como sendo possível em 85% das crianças com mais de 7 anos¹⁴, pode ser difícil de efetuar, dependendo da colaboração e tolerância de cada criança, e tendo em conta que esta população apresenta um reflexo faríngeo mais marcado e um tempo fonatório mais reduzido¹⁵. Na nossa experiência, a DCL fornece imagens de elevada qualidade e tem uma aceitação elevada por parte dos doentes e cuidadores, permitindo uma abordagem satisfatória das crianças com disfonia, pelo que a utilização de laringoscopia rígida na consulta não é uma prática comum no nosso centro. No presente estudo, após exclusão de diferenças demográficas, comportamentais e

clínicas entre as crianças avaliadas com recurso a DCL e FOL, observou-se uma tendência para a redução da proporção de nódulos das CV diagnosticados e de laringoscopias classificadas como normais, bem como para o aumento da proporção de RFL com a utilização de DCL, embora as diferenças descritas não tenham sido estatisticamente significativas. Estas variações podem ser atribuídas à resolução e qualidade superior das imagens obtidas com DCL^{7,8}, não sendo encontradas irregularidades que poderiam corresponder a artefactos das imagens previamente obtidas e que eram valorizadas como nódulos das CV, dada a epidemiologia da população em estudo.¹² Por outro lado, os autores consideram que o aumento dos diagnósticos de RFL se relaciona com a obtenção de imagens de resolução e brilho superiores com DCL^{1,12}, que permitem detetar pequenas alterações epiteliais e alterações pouco contrastantes, como diferenças subtis na coloração e rugosidade da mucosa faringolaríngea, e que podem passar despercebidas em imagens obtidas através de métodos óticos com resolução insuficiente.^{7,8}

Os diagnósticos realizados com recurso a DCL foram posteriormente confirmados por observação sob luz estroboscópica. Ramos *et al.* compararam os diagnósticos pré e pós utilização de estroboscopia laríngea e relataram uma redução na proporção de nódulos das CV diagnosticados de 54% para 33%, a par de um aumento do diagnóstico de quistos das CV de 13% para 32%, demonstrando o interesse desta técnica na distinção de lesões bilaterais de lesões unilaterais com alterações reativas da CV contralateral.^{1,4,5,14} Embora tenhamos detetado também uma tendência à redução dos diagnósticos de nódulos das CV, não encontramos esse aumento de lesões unilaterais, pelo que esta variação se pode dever a uma avaliação mais precisa da estrutura das CV, graças à resolução superior das imagens obtidas com DCL.^{7,8}

Este estudo apresenta como principal limitação o seu carácter retrospectivo, com eventual prejuízo da recolha, análise e

comparação de informações e avaliações não uniformes. Contudo, consideramos que tal é mitigado pelo facto de todas as consultas e laringoscopias incluídas terem sido realizadas pelo mesmo Otorrinolaringologista sénior, segundo um protocolo predefinido, gerando consultas, observações e orientações mais uniformizadas. Embora algumas casuísticas de disфонia pediátrica incluam etiologias mais particulares, como papilomatose laríngea recorrente e paralisias da CV^{1,5}, estas estão ausentes da presente série, apesar de serem patologias abordada com alguma frequência na nossa instituição. Tal deve-se ao seguimento destas crianças na consulta de Laringe do HDE, situação semelhante à descrita por Centeno e Penna 2019.¹⁶ Os videolaringoscópios utilizados não diferiram apenas na tecnologia que empregada, mas, também, no seu diâmetro e nas opções de iluminação. O diâmetro inferior do DCL poderá ter contribuído para que o exame fosse mais bem tolerado, permitindo observações mais detalhadas e prolongadas, com eventual enviesamento das comparações dos diagnósticos realizados. A utilização sistemática de anestesia tópica poderá ter reduzido o eventual impacto desta disparidade. A diferença nas opções de iluminação não interferiu nas conclusões obtidas, uma vez que todos os diagnósticos foram realizados a partir de observações sob luz contínua e não foram alterados pela observação posterior sob luz estroboscópica, nos casos em que esta opção estava disponível. A existência de múltiplos diagnósticos etiológicos leva a que o número de crianças representativas de alguns deles seja reduzido, com impacto em termos de poder de associação estatística que pode justificar que alguns dados aqui descritos não tenham atingido significância estatística. Assim, estudos futuros com amostras de maiores dimensões e mais observadores são necessários para confirmar os achados relatados e estabelecer conclusões mais robustas.

Conclusão

Os doentes avaliados em consulta de Voz do HDE foram maioritariamente do sexo masculino e com idades entre os 6 e os 12 anos, sendo a principal causa de disфонia encontrada os nódulos das CV. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois métodos de avaliação estudados, embora pareça existir, nesta população, uma associação entre a utilização de DCL e uma redução dos diagnósticos de nódulos das CV e de laringoscopies normais e um aumento dos diagnósticos de RFL.

Conflito de Interesses

Os autores declaram que não têm qualquer conflito de interesses relativo a este artigo.

Confidencialidade dos dados

Os autores declaram que garantiram a confidencialidade na publicação dos dados dos pacientes.

Proteção de pessoas e animais

Os autores declaram que seguiram os regulamentos estabelecidos pela Comissão para Investigação Clínica e Ética e pela Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Financiamento

Este trabalho não recebeu qualquer contribuição, financiamento ou bolsa de estudos.

Disponibilidade dos Dados científicos

Não existe conjunto de dados disponível publicamente relacionado com este trabalho.

Referências bibliográficas

- 1.Ramos PH, Álvarez ML, León NI, Badía PI, Napolitano CA. Voice disorders in children: experience in the voice unit at Universidad Católica Clinical Hospital. *J Voice*. 2022 Mar;36(2):293.e1-293.e5. doi: 10.1016/j.jvoice.2020.04.035.
- 2.Possamai V, Hartley B. Voice disorders in children. *Pediatr Clin North Am*. 2013 Aug;60(4):879-92. doi: 10.1016/j.pcl.2013.04.012.
- 3.Landa M, Palicio I, Álvarez L, Martínez Z. Revisión de nuestra experiencia en fonocirugía infantil. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2017 Sep-Oct;68(5):269-273. doi: 10.1016/j.otorri.2016.11.008.

- 4.Mortensen M, Schaberg M, Peak W. Diagnostic contributions of videolaryngostroboscopy in the pediatric population. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010 Jan;136(1):75-9. doi: 10.1001/archoto.2009.209.
- 5.Martins RH, Hidalgo Ribeiro CB, Fernandes de Mello BM, Branco A, Tavares EL. Dysphonia in children. *J Voice*. 2012 Sep;26(5):674.e17-20. doi: 10.1016/j.jvoice.2012.03.004.
- 6.Merati AL, Keppel K, Braun NM, Blumin JH, Kerschner JE. Pediatric voice-related quality of life: findings in healthy children and in common laryngeal disorders. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2008 Apr;117(4):259-62. doi: 10.1177/000348940811700404.
- 7.Scholman C, Westra JM, Zwakenberg MA, Dikkers FG, Halmos GB, Wedman J, Wachtors JE, F. A. M. van der Laan BFAM, Plaat BEC. High-definition videolaryngoscopy is superior to fiberoptic laryngoscopy: a 111 multi-observer study. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2021 Jun;278(6):1927-32. doi: 10.1007/s00405-021-06673-0.
- 8.Scholman C, Westra JM, Zwakenberg MA, Dikkers FG, Halmos GB, Wedman J, Wachtors JE, F. A. M. van der Laan BFAM, Plaat BEC. Differences in the diagnostic value between fiberoptic and high definition laryngoscopy for the characterisation of pharyngeal and laryngeal lesions: A multi-observer paired analysis of videos. *Clin Otolaryngol*. 2020 Jan;45(1):19-25. doi: 10.1111/coa.13476.
- 9.Block BB, Brodsky L. Hoarseness in children: the role of laryngopharyngeal reflux. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2007 Sep;71(9):1361-9. doi: 10.1016/j.ijporl.2006.10.029
- 10.Saniasiaya J, Kulasegarah J. Dysphonia and reflux in children: A systematic review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2020 Dec;139:110473. doi: 10.1016/j.ijporl.2020.110473.
- 11.Dohar JE, Shaffer AD, White KE. Pediatric dysphonia: It's not about the nodules. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2019 Oct;125:147-152. doi: 10.1016/j.ijporl.2019.06.031.
- 12.Hron TA, Kavanagh KR, Murray N. Diagnosis and treatment of benign pediatric lesions. *Otolaryngol Clin North Am*. 2019 Aug;52(4):657-668. doi: 10.1016/j.otc.2019.03.010.
- 13.Mansour J, Amir O, Sagiv D, Alon EE, Wolf M, Primov-Fever A. The Accuracy of preoperative rigid stroboscopy in the evaluation of voice disorders in children. *J Voice*. 2017 Jul;31(4):516.e1-516.e4. doi: 10.1016/j.jvoice.2016.12.013.
- 14.Ongkasuwan J, Devore D, Hollas S, Yan J. Transoral rigid 70-degree laryngoscopy in a pediatric voice clinic. *Laryngoscope*. 2019 Jul;129(7):1657-1659. doi: 10.1002/lary.27706.
- 15.Akif Kiliç M, Okur E, Yıldırım I, Güzelsoy S. The prevalence of vocal fold nodules in school age children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2004 Apr;68(4):409-12. doi: 10.1016/j.ijporl.2003.11.005.
- 16.Centeno D, Maximiliano P. Characterization of patients with dysphonia evaluated in the pediatric voice unit of the Dr. Luis Calvo Mackenna Hospital. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*. [Internet] 2019; 79:18-24. Available from: <https://www.scielo.cl/pdf/orl/v79n1/0718-4816-orl-79-01-0018.pdf>



Science, Clinicians and Families – Better Together

We look forward to welcoming you at
16th Congress of the European Society of Pediatric Otorhinolaryngology
20 – 23 May 2023

Liverpool Prize Draw
Enter to WIN one of 4 Fantastic Prizes!



Pullman Hotel

4 nights stay
at ESPO's HQ Pullman Hotel
arriving 19th May 2023
in a superior room with breakfast



The Beatles Story

Entry for 2 people
along with a special goody bag
with gifts from the Fab4 Store
and a souvenir guide



**Royal Liver
Building 360 Tour**

Tour for 2
and a bottle of their
exclusive RLB Gin



**Liverpool
City Sights**

2 VIP tickets for the city sightseeing
open-top bus tour
including the Beatles tour
a free glass of bubbly and a
selection of Liverpool/Beatles gifts