

Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

ISSN 2171-9381

Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios.
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada
Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Correspondencia: revistaorl@revistaorl.com
web: www.revistaorl.com

Caso clínico

Laringopiocele mixto. Una causa infrecuente de obstrucción aguda de la vía aérea

Mixed laryngopycele. A uncommon cause of acute obstruction airway

Luis Miguel Torres-Morientes¹, Eduardo Mena-Domínguez¹, Michael Bauer¹, José Antonio Cámara-Arnaiz¹, María Álvarez-Quiñones Sanz², Darío Morais-Pérez¹

¹Servicio de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

luismitorres27@yahoo.es

Recibido: 05/10/2013

Aceptado: 09/10/2013

Publicado: 13/10/2013

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Referencia del artículo:

Torres-Morientes LM, Mena-Domínguez E, Bauer M, Cámara-Arnaiz JA, Álvarez-Quiñones Sanz M, Morais-Pérez D. Laringopiocele mixto. Una causa infrecuente de obstrucción aguda de la vía aérea. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2013 Oct. 4 (20): 153-158.

Resumen	Introducción: El laringocele es una dilatación sacular anormal del ventrículo de Morgagni, el cual está comunicado con el vestíbulo laríngeo. Un laringocele infectado es lo que denominamos un laringopiocele. Objetivo: Dar a conocer mediante la descripción del caso clínico y la revisión del tema, la etiología, síntomas y diversas opciones terapéuticas de esta entidad. Descripción del caso: Presentamos el caso de una paciente de 60 años con un gran laringopiocele mixto izquierdo diagnosticado de urgencias que precisó cervicotomía y drenaje en un primer tiempo y exéresis del laringocele a los 6 meses. Resultados y discusión: Al realizar una revisión del tema se observa que estas patologías son usualmente asintomáticas y se diagnostican incidentalmente durante estudios radiológicos por síntomas inespecíficos. Excepcionalmente, sobre todo si se infectan, pueden presentarse como una emergencia causando obstrucción severa de la vía aérea, precisando de medidas urgentes incluso traqueotomía. El tratamiento de elección es variado desde la marsupialización hasta la exéresis del laringocele. Conclusiones: Considerar a los laringoceles y laringopioceles dentro del diagnóstico diferencial de las posibles causas de obstrucción de la vía aérea. Hay diversas opciones terapéuticas en función del tipo de laringocele y dependiendo de la comorbilidad del paciente.
Palabras clave	Laringocele; Obstrucción de las Vías Aéreas; Infección Focal
Summary	Introduction: The laryngocele is an abnormal sacular dilatation of ventricle of Morgagni, which maintains its communication with the laryngeal vestibule. An infected laryngocele is called a laryngopyocele. Objective: To provide, through a clinic case and lecture review, the etiology, symptoms and various treatment options for this entity. Case report: We report the case of a patient of 60 years with a large left mixed laryngopyocele emergency diagnosed that required cervicotomy and drainage in a first time and laryngocele excision at 6 months. Results and discussion: To conduct a review of the subject is observed that these pathologies are usually asymptomatic and they are incidentally discovered through radiographic studies for unrelated symptoms. Exceptionally the laryngocele can become an emergency, especially if infected, causing severe airway obstruction needing urgent management even tracheotomy. The treatment of choice is varied including marsupialization and exéresis of the laryngocele. Conclusions: To consider the laryngoceles and laryngopyocele in the differential diagnosis as possible causes of airway obstruction. There are various treatment options according to the type of laryngocele and depending on patient comorbidity.
Keywords	Laryngocele; Airway Obstruction; Focal Infection

Introducción

El laringocele fue descrito por primera vez por Virchow en 1867 como una dilatación exagerada del sáculo laríngeo, el cual se encuentra localizado en la porción alta del ventrículo de Morgagni.

El ventrículo se comunica con la luz laríngea y por mecanismo valvular atrapa aire y lo retiene [1].

Puede presentarse en cualquier edad siendo más frecuente en la sexta década de la vida.

Según su localización se denominan internos, externos y mixtos. Los laringoceles internos están delimitados a la laringe cartilaginosa, los externos salen a través de la membrana tirohioidea y las formas mixtas presentan ambas vertientes.

Su origen es incierto, hay varias hipótesis, algunos autores destacan un origen congénito, aunque parece que está relacionado con un aumento de la presión

endolaríngea.

Suelen ser asintomáticos y si presentan clínica depende del tamaño y tipo del mismo; disfonía, masa cervical, disfagia, disnea o incluso hemoptisis [2].

Hay casos asociados a carcinomas laríngeos [3], papilomatosis infantil y cirugía cervical previa [4].

Cuando el cuello del laringocele se obstruye este se puede llenar de contenido mucoso, el cual puede secundariamente infectarse dando origen al laringopiocele, este hallazgo es excepcional y ocurre en el 8% de los casos [5].

Descripción

Paciente de 60 años de edad que ingresa de urgencias por tumefacción laterocervical izquierda de 8 días de evolución con empeoramiento progresivo y disfagia en las últimas 24 horas sin respuesta al tratamiento antibiótico. Como antecedentes personales presenta una toracotomía con triple by-pass 20 días previos, con accesos de tos en el postoperatorio, y fumadora importante.

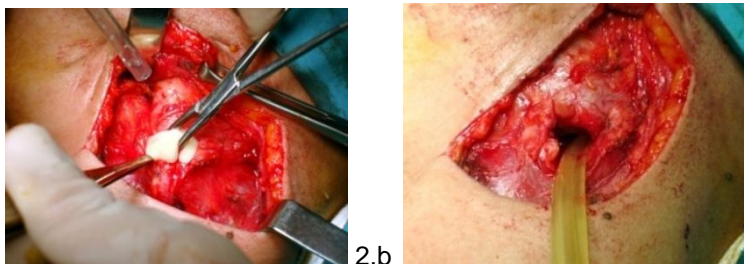
En la exploración se observa una tumoración laterocervical izquierda en área II-III de 3-4 cm de diámetro, dolorosa y móvil a la palpación, con un abombamiento de la pared izquierda de faringe, banda ventricular izquierda y bloqueo del seno piriforme ipsilateral con disminución de la luz glótica (figura 1a).

Los hallazgos analíticos encontrados son leucocitosis con neutrofilia y en la Tomografía Computarizada (TC) se observa una gran colección líquida con nivel hidroaéreo de 3,8 x 2,6 x 5 cm localizado a nivel parafaríngeo izquierdo y con extensión caudal al cartílago tiroides (figura 1).



Figura 1. 1.a) Abombamiento de banda y repliegue ariepiglótico izquierdos. 1.b) Corte coronal de TC. 1.c) Corte axial de TC con colección hidroaérea parafaríngea izquierda.

Ante la sospecha de un laringopiocele mixto y tras empeoramiento clínico se lleva a cabo una cervicotomía con drenaje del contenido purulento y marsupialización del mismo, previa intubación mediante fibroscopia flexible (figura 2), y posteriormente una laringoscopia directa con exploración laríngea normal. Observando su historia clínica vemos una radiografía cervical hecha años antes donde ya se aprecia el laringocele (figura 3).



2.a 2.b
Figura 2. 2.a y 2.b) Cervicotomía, drenaje y marsupialización.

A los 5 días es dada de alta tras una evolución satisfactoria, no obstante ingresa de nuevo en cirugía cardíaca debido a una infección de la toracotomía. A los 6 meses se decide la exéresis del laringocele, una vez resuelto el proceso infeccioso torácico y estabilizada de su patología cardíaca de base. Se lleva a cabo mediante abordaje cervical, previa tirotomía lateral del tercio superior del ala tiroidea izquierda (figuras 4a y 4b).

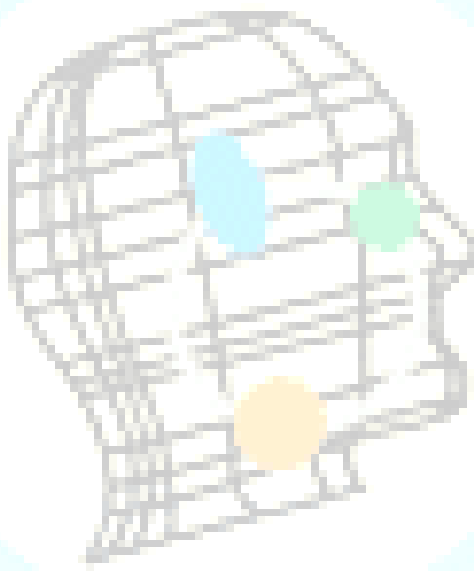


Figura 3. Laringocele izquierdo en estudio radiográfico previo.



4.a 4.b
Figura 4. 4.a) Tirotomía lateral. 4.b) Exéresis del laringocele mixto.

No obstante, pasadas 48h de la cirugía, es necesario una traqueotomía de urgencia, por un hematoma cervical, provocado por la terapia anticoagulante

de su patología cardíaca reciente. A los 5 días es dada de alta con la traqueotomía cerrada y la luz laríngea normal (figura 5).

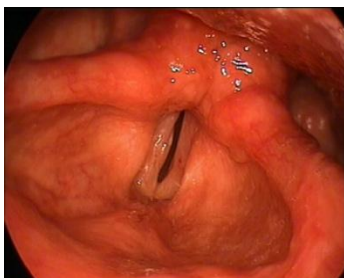


Figura 5. Estroboscopia postquirúrgica.

El examen anatomopatológico definitivo fue informado como laringocele (figura 6).

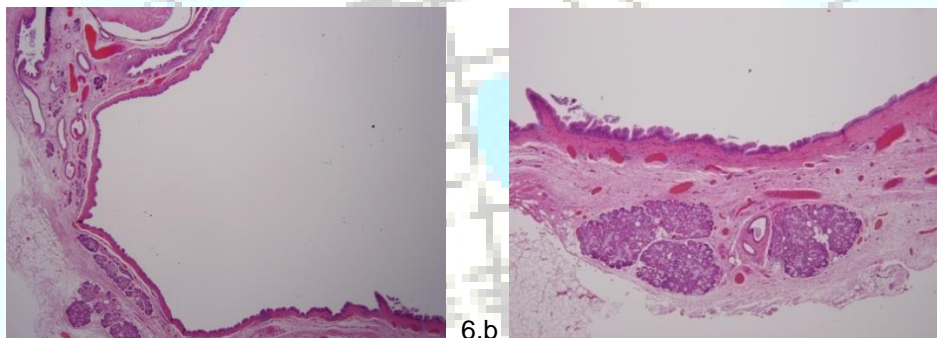


Figura 6. 6.a) Cavitya quística. Pared cubierta por epitelio cilíndrico pseudoestratificado ciliado. (HE 100x). 6.b) Pared quística con glándulas seromucosas en la submucosa (acinos y ductos). (HE 200x).

Discusión

El sáculo del ventrículo laríngeo en los adultos mide aproximadamente entre 5 y 15 mm de diámetro y en un 30% de estos es visible en la TC durante la fonación [5].

Por definición los laringoceles únicamente contienen aire pero cuando se infectan se llenan de secreción mucopurulenta y se originan laringopioceles [5].

El laringopiocele usualmente se presenta como una obstrucción a nivel laríngeo o una masa cervical, simulando un absceso, como en nuestro caso. La sintomatología es variable en función de la localización y en la TC se puede sospechar los signos inflamatorios tales como el engrosamiento de su pared o el aumento del realce, hallazgos ausentes en el laringocele [5].

En su diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta otras tumoraciones quísticas como los quistes saculares, tiroglosos y ductales así como abscesos cervicales [5].

Como reseña importante siempre hay que sospechar una neoplasia que

origene la obstrucción del cuello del laringocele, que en nuestra paciente se descartó.

La etiología posible del laringopiocele en nuestro caso pudo ser la cirugía cardiaca previa y los accesos tusígenos posteriores originando un aumento de la presión en el interior del laringocele con su posterior infección.

Hay varias alternativas terapéuticas del laringopiocele o del laringocele sintomático, desde la marsupialización endoscópica, abierta o combinada, hasta la resección completa del mismo, en función del tamaño, tipo de laringocele y pluripatología del paciente [6]. En nuestra paciente decidimos en un primer momento evacuar el laringopiocele y posteriormente exéresis del laringocele mixto a los 6 meses de la primera cirugía, una vez estabilizada de su problema cardiaco.

Conclusiones

La sintomatología y la forma de presentación de los laringoceles es variada, no obstante hay que considerarlos, sobre todo los laringopioceles, como posibles causas en el diagnóstico diferencial de obstrucción aguda de la vía aérea. Hay diversas opciones en el manejo terapéutico, en función del tipo de laringocele y la pluripatología del paciente.

Bibliografía

1. Keles E, Alpay HC, Orhan I, Yildirim H. Combined laryngocele: a cause of stridor and cervical swelling. *Auris Nasus Larynx*. 2010; 37: 117-20.
2. Granell J, Lassaletta L, Álvarez-Vicent JJ. Laryngopyocele presenting with hemoptysis and acute stridor. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1999; 121: 228.
3. Akbas Y, Unal M, Pata YS. Asymptomatic bilateral mixedtype laryngocele and laryngeal carcinoma. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2004; 261: 307-9.
4. Marom T, Roth Y, Cinamon U. Laryngocele: a rare long-term complication following neck surgery?. *J Voice*. 2011; 25: 272-4.
5. Nazaroglu H, Özates M, Uyar A, Deger E, Masum S. Laryngopyocele: signs on computed tomography. *Eur J Radiol*. 2000; 33: 63-5.
6. Fraser L, Pittore B, Frampton S, Brennan P, Puxeddu R. Laryngeal debridement: an alternative treatment for a laryngopyocele presenting with severe airway obstruction. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2011; 31:113-7.