

LARINGOPIOCELE

Dr. Fariña Conde, Dr. Tedin García, Dr. Rodríguez Álvarez,
Dr. Brage Varela, Dr. García Juncal, Dr. Cabanas López

Servicio ORL. Complejo Hospitalario Crital-Piñor. Orense.

INTRODUCCION

El ventrículo laríngeo, presenta en su porción anterior, próximo a la comisura (4), una pequeña evaginación que se dirige hacia arriba por el espesor del repliegue aritenopiglótico. Es el apéndice ventricular, el cual, se encuentra bien desarrollado en los primeros años de la vida, involucionando después; a partir de los seis años; a un pequeño sáculo (17, 18, 3). Su longitud en el adulto es de 1 cm, y su anchura de 5-8 mm (9).

Esta tapizado en su interior por un epitelio cilíndrico ciliado (4, 9, 11), cuyas glándulas mucosas lubrican el epitelio de las cuerdas vocales durante la abducción (7).

Cuando su tamaño es superior a 15 mm y sobrepasa el límite de ala tiroidea se habla de que existe un laringocele (8, 7, 17).

Esta lesión descrita por primera vez por Larrey en 1829 (7, 15, 16). Es una patología poco frecuente (14, 17), alrededor de un caso por cada 2'5 millones de habitantes en un año (4,7).

Un 80% son unilaterales (8), no existiendo predominio izquierdo-derecho (7).

RESUMEN

Los laringopioceles son quistes apendiculares del ventrículo de Morgagni, en el que las secreciones retenidas, se han infectado. Se presenta un caso de esta patología cada vez más frecuente, discutiendo algunos aspectos de su etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento.

Palabras Clave: Laringopiocele, Laringocele.

RESUMO

Os laringoceles son quistes apendiculares do ventrículo do Morgagni, no que as secrecións retidas, infectáronse. Presenta-se un caso desta patoloxía cada vez máis frecuente discutindo algúns aspectos da súa etiopatoxenia, diagnóstico e tratamento.

Topográficamente se clasifican por su relación con la membrana tiroidea en internos, externos y mixtos, siendo éstos últimos los más frecuentes para la mayoría de los autores (2, 3, 8, 9, 17).

En su etiopatogenia se han involucrado factores congénitos y adquiridos. Entre los primeros están la existencia de un apéndice ventricular largo así como la debilidad del tejido laríngeo adyacente (4, 7, 8, 12, 13, 14). En cuanto a los segundos, a la existencia de un mecanismo valvular por la estrechez a nivel de la unión del apéndice con el ventrículo, se une la existencia de mecanismos de hiperpresión endolaríngea (4, 8, 13, 17)

como ocurre en afecciones tusígenas, en neoplasias que al actuar como válvula permiten la entrada de aire pero no su salida (6, 12), y en determinadas profesiones como en sopladores de vidrio y trompetistas (4, 7, 8, 12, 13).

Clínicamente pasa a menudo inadvertido (3, 7, 8, 9, 12) y cuando se manifiesta lo hace con sintomatología de tos, disfonía, disfagia, disnea o sensación de cuerpo extraño (3). Puede debutar también como tumoración laterocervical que aumenta con el Valsalva

(3), con síntomas de neoplasia asociada (10), o de proceso séptico al infectarse (3).

En la laringoscopia puede verse desde un abombamiento de banda, vallécula y repliegue aritenopiglótico, hasta un desplazamiento de toda la laringe, por la masa, contralateralmente (3, 9).

Mediante un estudio radiológico simple, tomografía o TAC, lo identificaremos como un saco lleno de aire (laringocele), o con un nivel hidroaéreo (mucolaringocele y piolaringocele).

La anatomía patológica de la pieza es útil para demostrar su revestimiento de epitelio cilíndrico (2, 9, 11), con lo que los distinguimos de los divertículos faríngeos y pseudolaringoceles (10).

El diagnóstico diferencial, debe hacerse en el caso de los externos también con tumores vasculares (2, 9) y en los internos con lesiones de la banda ventricular (2, 9) las cuáles a diferencia de éste no son reducibles a la presión con un portaalgodones(9).

Es característico de los mixtos, el aumento de la disfonía y disnea al comprimir la tumoración externa(2).

El tratamiento de elección es quirúrgico para los casos sintomáticos y los infectados, mediante microcirugía endolaríngea para los internos pequeños. Los grandes, los externos y los mixtos deben extirparse mediante cervicotomía lateral horizontal o en L invertida y tirotomía lateral extramucosa seccionando la mitad superior del ala tiroidea, y disecándolo hasta el ventrículo, donde se liga (8).

La traqueotomía no se requiere si no hay compromiso de la vía aérea (1).

CASO CLINICO

Se trata de un varón de 47 años; fumador y bebedor importante, con antecedentes de tumoración laterocervical recidivante sin filiar que ha dado clínica en más de ocho ocasiones en los últimos 24 años.

Acude de urgencias por bultoma laterocervical izquierdo de 10 días de evolución, de gran tamaño que emerge por delante del esternocleidomastoideo en su porción superior, a la palpación es doloroso y de consistencia media, timpánico a la percusión.

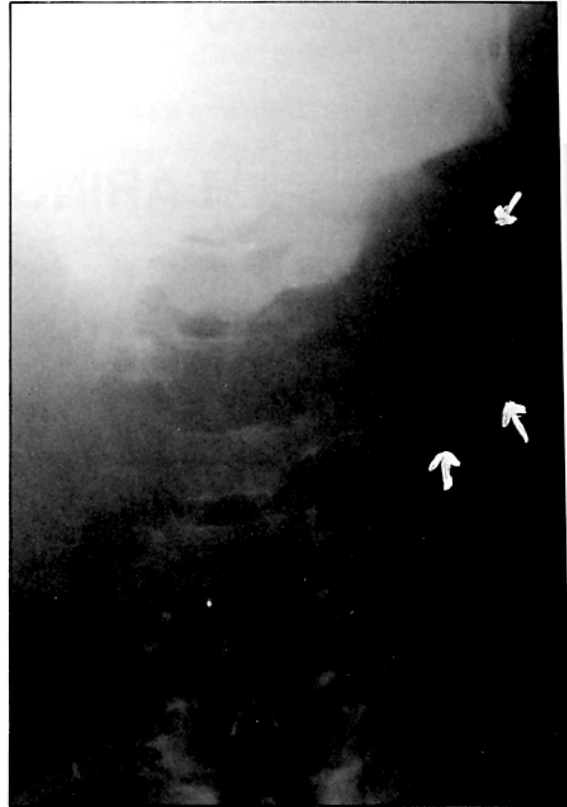


Fig. 1. Radiografía simple anteroposterior de cuello.

Se acompaña de disfonía, disfagia y moderada dísnea, así como de fiebre elevada.

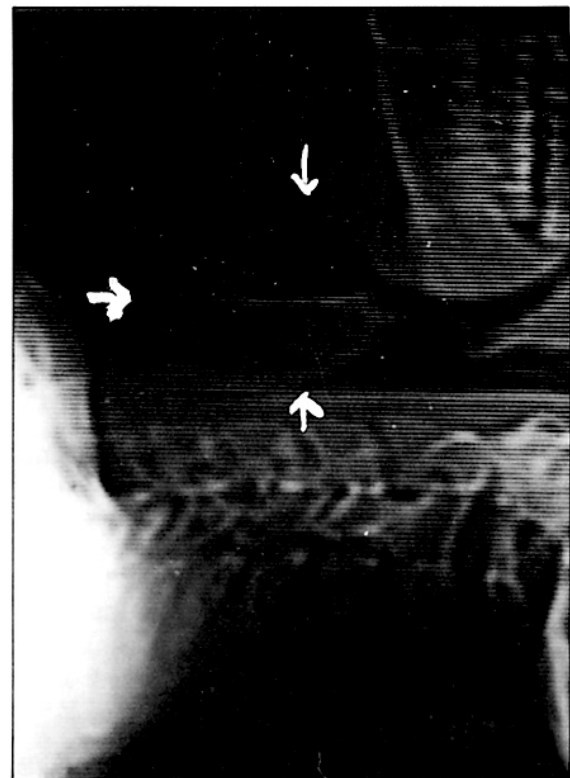


Fig. 2. Tomografía sagital de cuello en decúbito supino.

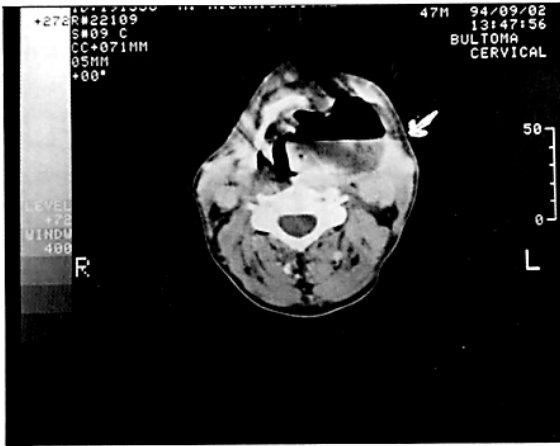


Fig. 3. TAC de cuello.

Por laringoscopia indirecta se identifica la laringe totalmente rechazada a la derecha, por una formación lisa redondeada que abomba vallécula, ventrículo, repliegue arite-noepiglótico y pared lateral de hipofaringe.

En el estudio radiológico se identifica tumoración paralaríngea izquierda de contornos bien definidos, en reloj de arena, redondeada, con nivel hidroaéreo en su interior que se extiende desde hiodes hasta cricoides. (Figs 1 a 5)

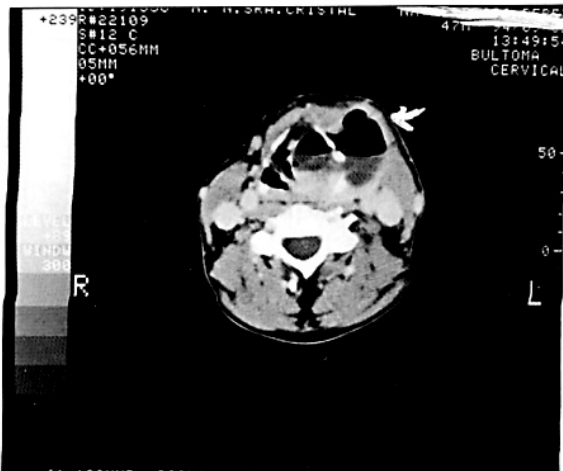


Fig. 4. TAC de cuello.

Pendiente de completar estudios, sufre crisis de disnea intensa por el aumento de tamaño a pesar del tratamiento con antiinflamatorios y antibióticos, esto obliga a realizar traqueotomía y excisión con carácter urgente.

La anatomía patológica de la pieza operatoria pone de manifiesto la existencia de pared propia y su revestimiento interno por epitelio cilíndrico ciliado.

A los 7 días de la intervención se retira la sonda nasogástrica y a los 14 se cierra el

traqueostoma. La evolución hasta el momento ha sido buena.



Fig. 5. TAC de cuello.

DISCUSION

Aunque algunos autores (7, 12) afirman que el laringocele es una patología más frecuente de los que se supone; al pasar la mayoría de los casos inadvertidos por ser bien tolerados; no deja de ser una patología relativamente rara (8, 13, 14, 17), si a esto añadimos que tan sólo un 10% de estos se presentan como laringopioceles, nos encontramos con bastantes dificultades para diagnosticar de entrada esta entidad en caso que nos llega de urgencias con apariencia de quiste infectado, aunque esta eventualidad condiciona siempre la necesidad de un diagnóstico, como en nuestro caso en que el paciente llevaba 24 años con este problema con aparición esporádica de una tumoración laterocervical sin filiar.

La evolución larga y poco llamativa del laringocele contrasta con la clínica que aparece cuando sobreviene su infección, pues la disnea intensa con necesidad de intubación y traqueotomía suele ser la norma.

En los últimos 20 años se aprecia un aumento progresivo de la proporción de casos diagnosticados a medida que mejoran las técnicas radiológicas (13, 15).

A pesar de ser el TAC el método diagnóstico de confirmación para la mayoría de los autores (7), queremos insistir en la importancia de la laringoscopia que da una imagen altamente sugestiva, y además nos descarta la existencia de una neoplasia a ese nivel, circunstancia que se ha descrito hasta en un

21% de los casos (17) principalmente con tumores de ventrículo y comisura anterior, de tal manera que la aparición de un laringocele en un sujeto de edad madura nos hace necesario comprobar que no estemos en presencia de una tumoración maligna (10).

El mecanismo de hiperpresión laríngea que parece intervenir en formación de los laringoceles ha sido discutido por algunos autores, postulando que la mayoría de los casos son unilaterales. Para nosotros está claramente involucrado, interviniendo una etiopatogenia multifactorial. Nuestro paciente padecía una afección tusígena asociada a una hipertrofia de bandas.

Señalar, por último, contrastando con los casos no infectados una mayor dificultad para la cirugía en estos casos debido al mayor tamaño de la tumoración y a la peor calidad de los planos de clivaje.

BIBLIOGRAFIA

- 1- *BYRON J. BAILEY*. Head and neck surgery otolaryngology. J. B. Lippincott Company Philadelphia 1993. (754-755).
- 2- *GIL TUTOR, E.* Laringoceles, estudio clínico y terapéutico. Anales ORL. Iber-Amer. XVIII, 5; 451-464 (1991).
- 3- *FORTUNY J. C.* y cols. Laringocele. Anales ORL. Iber-Amer. xiv, 4; 453-460 (1987).
- 4- *MOLLA RUDIEZ J.* Laringocele: a propósito de un caso que debutó con insuficiencia respiratoria aguda. Anales ORL Iber-Amer. XVII, 6: 657-662 (1990).
- 5- *THAWLEY BONE R. C.* Laryngopyocele. Laryngoscope 83 (362-368). 1973.
- 6- *MOLINA IGLESIAS F.* Y cols. Mucolaringocele: a propósito de un caso. ORL DIPS 5/92 (274-277).
- 7- *VIVIENTE RODRIGUEZ, E.* y cols. Laringocele: revisión y aportación de tres casos. ORL DIPS 2/93 (78-82).
- 8- *ARMENGOT M.* y cols. El laringocele. Anales ORL Iber-Amer. XVIII. 79-82. (1991)
- 9- *GIL TUTOR E. Y GARCIA AHIJADO J.* Laringoceles, consideraciones clínicas y terapéuticas. Acta ORL española, 36,5 (342-348), 1985.
- 10- *BERTRAN C. Y BERTRAN J. M.* Laringoceles y traqueoceles. Ponencia sociedades ORL latina. XIX congreso (223-245). 1972.
- 11- *GIL TUTOR E.* Quistes del ventrículo laríngeo. Anales ORL Iber-Amer. XIV, 1: 97-103 (1987).
- 12- *PIQUET, J. J.* Laringocele et Kiste du larynx. Encycl. Med-Chir (Paris) ORL. 20695A10, 5, 1985.
- 13- *ALTAMAR RIOS, J. Y MORALES ROZO, O.* Laringocele y laringopiocele. Anales ORL Iber-Amer. XIX, 4: 393-399 (1992).
- 14- *KREKORIAN, E. A.* Laryngocele and laringopiocele. Laryngoscope, 72: 1297-1312 (1962).
- 15- *MARTINEZ VIDAL, J. Y PEREZ RUIZ, J.* El laringocele. Acta ORL Iber-Amer. 20: 602-612 1969.
- 16- *WARD, P. H.* et al. Laryngeal and pharyngeal pouches. Laryngoscope, 73: 564-583. 1963.
- 17- *REDONDO LUCIANEZ, E. R.* Y cols. Piolaringocele como enfermedad de foco. Anales ORL Iber-Amer., 5: 487-494. (1993).
- 18- *FRANCIS, J.* Endoscopic microsurgical excision of internal laryngocele. The J. Otolaryngol. 14, 163-166. 1985.