

ANALES DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL; 7: 31-36

Laringocele interno bilateral

MÁRQUEZ HOYANO, J.A.; MOHAMED YOUSSEF, A.S.; GARRIDO INIESTA, F.J.*; SÁNCHEZ GUTIÉRREZ, R.; MELLADO RUBIO, R.; ROLDÁN NOGUERAS, J.; LÓPEZ VILLAREJO, P.

SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA.

*SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO.

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

Resumen:

El laringocele es un pseudotumor laríngeo formado por la dilatación del apéndice ventricular. Presenta una forma interna, otra externa y otra mixta. Es una patología que se presenta en la clínica con relativa frecuencia, siendo la forma más prevalente la mixta en su forma bilateral. Cursa con disfonía y tumoración cervical si es externo, si crece puede comprometer la vía aérea. Es un proceso que se asocia no pocas veces a neoplasias malignas de laringe. El diagnóstico de certeza lo da el examen radiológico mediante TAC. Presentamos el caso de una mujer de 65 años que consulta por disfonía crónica fluctuante. El diagnóstico se llevó a cabo mediante TAC con reconstrucción tridimensional, objetivándose un laringocele interno bilateral. Se trató con marsupialización microquirúrgica mediante laringoscopia directa.

Palabras clave: laringocele, interno, bilateral, TAC, reconstrucción tridimensional.

Summary:

The laryngocele is a laryngeal pseudotumour formed by the dilation of the ventricular appendix. It presents an internal form, another external one and another mixed one. It is a pathology that is presented in the clinic with relative frequency, being the form more prevalent the mixed one in their bilateral form. It is manifested with dysphonia and neck mass if it is external, if it grows it can compromise the air way. It is a process that not associates few times to malignant tumours of larynx. The diagnosis of certainty gives it the radiological exam by means of CT. We present the case of a 65 year-old woman that consults for fluctuating chronic dysphonia. The diagnosis was carried out by means of CT with three-dimensional

reconstruction, being evidenced a bilateral internal laryngocele. It talked to microsurgery marsupialization by means of direct laryngoscopy.

Key words: laryngocele, internal, bilateral, CT, three-dimensional reconstruction.

Introducción:

El laringocele es una dilatación anormal del apéndice del ventrículo laríngeo. Según su localización puede ser interno cuando se limita al espacio paraglótico, externo cuando sale de la laringe a través de la membrana tirohioidea o mixto. Habitualmente es unilateral, aunque en ciertos casos se han descrito bilaterales(1,2). Este proceso se manifiesta clínicamente por disfonía, acompañada por mayor o menor grado de disnea. No hay claros factores etiológicos descritos, si bien se ha demostrado su mayor incidencia en población que somete su laringe a grandes presiones transglóticas, como músicos de viento. Coexiste con cierta frecuencia con neoplasias malignas de laringe. El diagnóstico se sospecha con la laringoscopia y la exploración cervical, complementándose con las técnicas de imagen (TAC)(3). Presentamos el caso correspondiente a una mujer con un laringocele interno bilateral. Se trató mediante marsupialización microquirúrgica a través de laringoscopia directa.

Caso clínico:

Se trata de una paciente de 65 años que es seguida en nuestro servicio por una disfonía crónica fluctuante. No es fumadora ni tiene otros hábitos tóxicos. Como antecedentes destaca un asma estacional leve e hipertensión arterial en tratamiento. Desarrolla su actividad habitual en el hogar.

En las primeras exploraciones no había ningún hallazgo en la laringoscopia. En las siguientes revisiones se apreció una hipertrofia de las bandas ventriculares; la disfonía se había hecho más continua, presentando la paciente una fonación de bandas.

Se realiza una TAC con contraste intravenoso de la región laríngea en cortes axiales cada 3 mm (Figura 1), con posterior reconstrucción tridimensional de la vía aérea (Figuras 2 y 3). En las imágenes se objetiva una dilatación bilateral de los ventrículos laríngeos; ambos están rellenos exclusivamente de aire, no se objetiva contenido en su interior, calcificaciones ni masa de partes blandas asociada. Tampoco se aprecian adenopatías de tamaño radiológicamente valorable.

La paciente se somete a laringoscopia directa. Se lleva a cabo una marsupialización del laringocele en ambos lados. La exploración no muestra lesiones sugestivas de patología maligna.

Ocho meses tras la intervención la paciente se muestra asintomática y la voz ha mejorado considerablemente.

Discusión:

El laringocele fue descrito como entidad clínica en 1867 por Virchow, que estableció como criterio que el sáculo ventricular superase el límite superior del cartílago laríngeo(4). El laringocele interno está limitado al espacio paraglótico, y el externo protruye a través de la membrana tirohioidea. Serán mixtos cuando ambos componentes, intra y extralaríngeo, estén dilatados; es éste el tipo más frecuente en todas las series. Habitualmente los laringoceles son unilaterales, aunque los bilaterales, según que series, aparecen con una frecuencia del 19 al 30%(1,2,4). El caso que describimos está incluido por partida doble en los subgrupos de menor incidencia: interno y bilateral.

Se han descrito factores predisponentes (sáculo ventricular grande por falta de involución embrionaria de este) y factores desencadenantes (altas presiones transglóticas; grandes tosedores, músicos de viento). La paciente que presentamos no tenía ningún factor desencadenante, tan sólo padecía un asma estacional con escasa tos.

Respecto a la clínica, el síntoma principal es la disfonía en el caso de los internos y mixtos; cuando hay componente externo se puede manifestar como una masa laterocervical que aumenta de tamaño con las maniobras de Valsalva. Los laringoceles se pueden complicar cuando hay contenido mucoso en su interior que se infecta, constituyendo un laringopiocele. Cuando son de gran tamaño pueden causar disnea e incluso la obstrucción de la vía aérea(5). La asociación entre laringocele y cáncer de laringe ha sido ampliamente descrita por la mayoría de los autores, lo que obliga a descartar una patología tumoral subyacente ante tal hallazgo(1,2,3,4).

Para el diagnóstico es de gran utilidad la tomografía axial computarizada (TAC), mostrándose el laringocele como una cavidad llena de aire, aunque a veces también puede contener moco con posibilidad de infección, constituyendo un laringopiocele. Además, la TAC va a ser de utilidad para establecer la presencia o ausencia de masas de partes blandas o adenopatías asociadas, datos estos de gran importancia dada la coexistencia no infrecuente de laringocele con patología neoplásica laríngea(3,6).

En el diagnóstico diferencial, aparte de la neoplasia, hay que incluir el quiste del tracto tirogloso, quistes del seno o branquiales, higroma quístico o el quiste dermoide. Para ello la TAC es de gran ayuda, afinando mucho más con el apoyo de las imágenes reconstruidas(4,6).

Con respecto al tratamiento, los laringoceles internos mínimamente sintomáticos se pueden tratar de forma conservadora con vigilancia periódica. Cuando el

laringocele se torna sintomático o crece debe tratarse, pues presenta un potencial riesgo de obstrucción de la vía aérea(1,4). La técnica de elección en el laringocele interno es la marsupialización endoscópica mediante láser CO₂; en aquellos casos de laringoceles no muy grandes o ante la carencia de esta técnica se pueden abordar mediante técnica microquirúrgica. El laringocele externo y el mixto requieren un abordaje cervical abierto. Hay publicados casos en los que, ante una cuadro de disnea aguda en pacientes con laringocele externo conocido, se ha realizado una punción-aspiración de este, habiéndose evitado la traqueotomía(5).

Conclusiones:

Resaltamos el potencial de complicaciones del laringocele, que aun siendo una patología histopatológicamente benigna, puede tener un comportamiento fatal a través de la obstrucción aguda de la vía aérea. Asimismo hay que tener en cuenta la asociación con patología laríngea neoplásica. La TAC se muestra como la técnica más sensible, tanto para su diagnóstico como para el diagnóstico diferencial. La reconstrucción en los equipos actuales ofrece gran número de posibilidades que, si bien no son imprescindibles para el diagnóstico, aportan información útil.

Bibliografía:

- 1.- Akopian RG, Alifanova RV. Bilateral laryngocele. Vestn Otorinolaringol. 1981 Sep-Oct;(5):75.
- 2.- Babb MJ, Rasgon BM. Bilateral laryngocele. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2000 Apr;126(4):551, 552-4.
- 3.- Muto R, Muto M, Cirillo LC, Bozzi V, Fondacaro R, Muto M, Belfiore G, Muto P, Porta E. A bilateral mixed laryngocele: CT findings. Rays. 1986 May-Aug;11(2):69-71.
- 4.- Matíño Soler, E., Martínez Vecina, V., León Vintro, X., et al. Laringoceles: estudio clínico y terapéutico de 60 casos. Acta Otorrinolaring Esp. 1995; 46 (4): 279,286.
- 5.- Weissler, M.C., Fried, M.P., Kelly, J.H. Laryngopiocele as a cause of airway obstruction. Laryngoscope, 1985; 95: 1348-1351.
- 6.- Swartz, J.D., D'Angelo, A.J., Harnsberger, H.R., et al. The laryngeal mucocele. Imaging analysis of a rare lesion. Clin Imaging 1990; 14: 110-115.

Figuras:

Figura 1:



Figura 2:

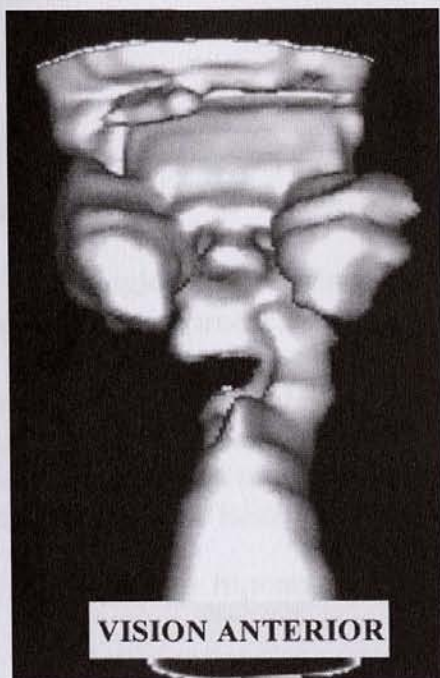
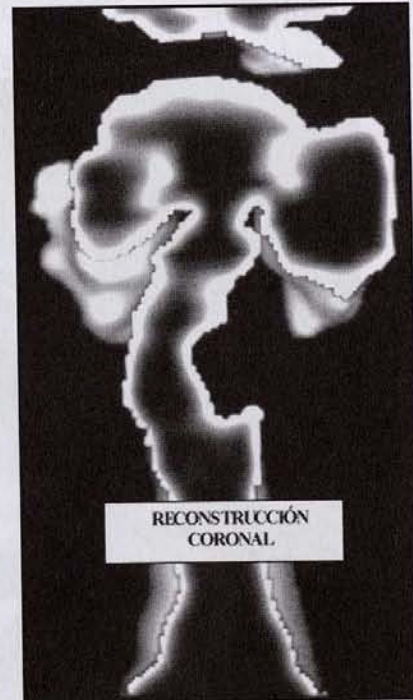
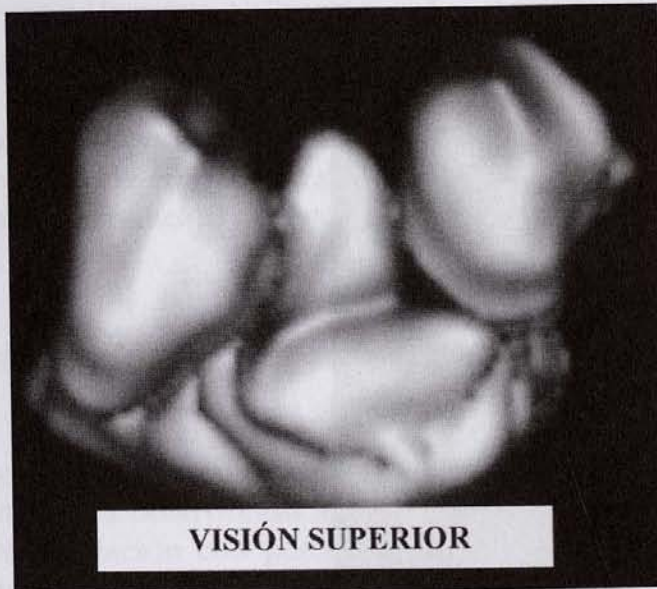


Figura 3:



Dirección para correspondencia:

Juan Andrés Márquez Moyano.
Servicio de ORL.
Hospital Universitario Reina Sofía.
Avenida Menéndez Pidal s/n.
14004. Córdoba.
E-mail: márquezmoyano@terra.es.
Teléfono 957010407.