

# Laringocele mixto. Tratamiento endoscópico con láser CO<sub>2</sub>

Mixed laryngocele. Treatment with laser CO<sub>2</sub>

## RESUMEN

Presentamos un nuevo caso de laringocele mixto de contenido mucoso. Describimos sus características clínicas y exploratorias. Aportamos iconografía de la exploración laringoscópica y de la TAC. Revisamos la literatura y discutimos diversos aspectos etiológicos y tipo de indicación quirúrgica.

## PALABRAS CLAVE:

Laringocele mixto.

## SUMMARY

We report a new case of mixed laryngocele with mucous content and describe its clinic and exploration features. We add iconography of laryngoscopic exploration and CT. Finally, we review the literature and comment several aspect of its etiologic and of the kind of surgical indication.

## KEY WORDS:

Mixed laryngocele.

## Introducción

El laringocele es una entidad poco común, aunque bien conocida por los otorrinolaringólogos. En principio, es una enfermedad secundaria a un problema en el ventrículo laríngeo, y por tanto, suele aparecer a lo largo de la vida adulta, especialmente en la sexta y séptima década. En cuanto al sexo, existe un predominio masculino (1). Su origen puede ser una hiperpresión en la glotis asociada a un mecanismo valvular de diferentes orígenes (2,3,4).

Es bien conocida su asociación con el cáncer laríngeo o faríngeo, de un 2 a 30 % según diversas series, siendo mayor si se busca en las piezas quirúrgicas de laringectomía (5), describiéndose, más raramente, asociado a enfermedades menos comunes como la amiloidosis (6). No obstante, la mayor parte de los casos no tienen tales asociaciones. Existe también el laringocele congénito, descrito como causa de disnea del neonato (7).

Los laringoceles que más frecuentemente vemos son intralaringeos. No es raro encontrar variaciones anatómicas, que podrían considerarse como pequeños laringoceles vacíos o de contenido aéreo. Tampoco es raro encontrar quistes de retención en bandas laríngeas, que podrían ser etiquetados de laringoceles internos de contenido mucoso. Por otro lado, en los tumores laríngeos, a veces se produce un efecto valvular en dicho ventrículo, que da lugar a un pequeño laringocele interno. El diagnóstico en estos casos suele ser más radiológico que clínico (2, 8). En un considerable porcentaje pueden ser bilaterales.

Esta enfermedad, que clásicamente se ha descrito como propia de determinadas profesiones, como músicos de instrumentos de viento, sopladores de vidrio o aquellas en las que sea habitual realizar aumentos de presión glótica de manera constante, es en realidad infrecuente que alcance

el grado de laringocele extralaringeo. Larrey en 1829 fue el primero en describirlo en los muciecos que recitaban el Corán. Virchow introdujo el término de laringocele ventricular en 1867 (1). Hablamos de laringocele externo cuando el componente externo es la práctica totalidad del quiste. En realidad siendo purista, un laringocele extralaringeo no debería tener componente intralaringeo, perdiendo entonces su derecho a llamarse laringocele y pasando a formar parte de los quistes branquiogénos cervicales mucosos, no existiendo la variante aérea de esta enfermedad.

El laringocele mixto es una progresión del laringocele interno o intralaringeo a extralaringeo, adquiriendo un aspecto bilobulado o en reloj de arena. El lugar de salida de dicha tumoración es a través de la parte más débil de la membrana tirohioidea, constituida por el pedículo vasculonervioso laríngeo superior. Aunque no es tan frecuente como en los pequeños laringoceles internos, se ha descrito casos bilaterales, estimándose entre un 10 y un 20 % de los casos (9).

En cuanto a su contenido, lo más habitual es que sea aire (laringocele), pero también puede ser moco (laringomucocele), o incluso, si dicho contenido se hace purulento (laringopiocele), convirtiéndose entonces en un problema agudo en el que el estado séptico compite con la clínica de disnea laríngea aguda (10,11).

En cuanto a su clínica, el debut suele ser ronquera o disfonía. En los que existe proyección extralaringea y su contenido es aire, se presenta como una tumoración laterocervical yuxtalaríngea blanda, que aumenta de tamaño con la maniobra de Valsalva, desapareciendo paulatinamente al cesar en ella, requiriendo un diagnóstico diferencial de primera impresión con flebectasias de la yugular (12,13). Cuando el contenido es mucoso, la consistencia es más elástica, no se influye tanto por el Valsalva, y tiene

momentos de máximo volumen, con otros de regresión espontánea por autodrenaje, y por supuesto, si indicamos la PAAF como prueba diagnóstica.

Si el debut es por un problema infeccioso el diagnóstico diferencial con otros abscesos de cuello se agrava por la posibilidad cierta de producir disnea por el compromiso intralaringeo (10,11).

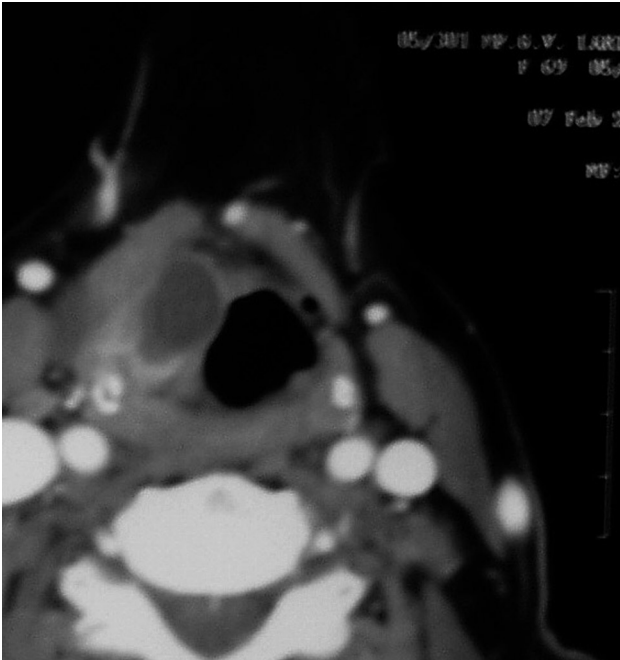


Figura 1: imagen TAC del componente intralaringeo del quiste.



Figura 2: imagen TAC del quiste con sus dos componentes interno y externo. Aspecto bilobulado.

## Caso Clínico

Nuestro caso corresponde a una mujer de 72 años de edad, fumadora e integrante de una coral, que había consultado un año antes a su médico por una tumoración cervical derecha y disfonía desapareciendo con antibióticos y corticoides. Posteriormente, ambos síntomas volvieron a aparecer. Se realizó TAC y PAAF, que orientaron el diagnóstico hacia una tumoración benigna quística (Fig. 1 y 2).

La Fig. 3 corresponde a la imagen laringoscópica de la tumoración. En ella se aprecia el abultamiento de la banda derecha y zona de los tres repliegues, dando una sensación quística benigna.



Figura 2: imagen TAC del quiste con sus dos componentes interno y externo. Aspecto bilobulado.

La estrategia quirúrgica que nos planteamos fue la de realizar un abordaje externo clásico, o bien realizar una marsupialización endoscópica con láser CO<sub>2</sub>. La elección fue ésta segunda, proporcionándonos un postoperatorio muy satisfactorio, similar al de una microcirugía laringea por cualquier otro motivo. Podemos apreciar en las Fig. 4 y 5 la evolución postoperatoria a los 3 días y 20 días respectivamente.

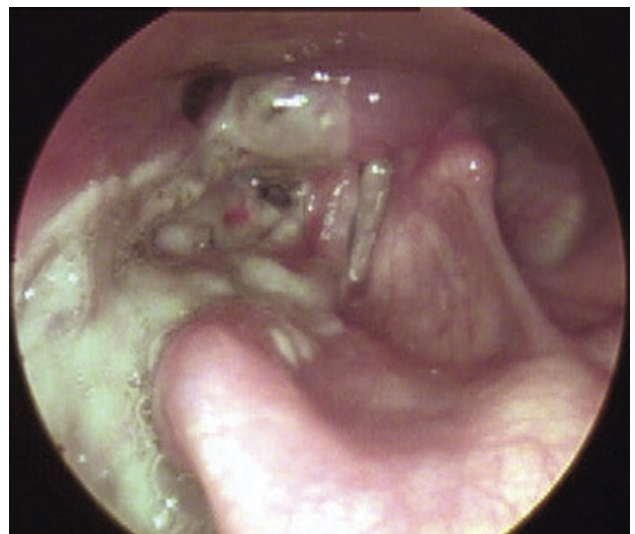


Figura 4: imagen endoscópica del postoperatorio inmediato (3 días) tras la exéresis con láser CO<sub>2</sub>.

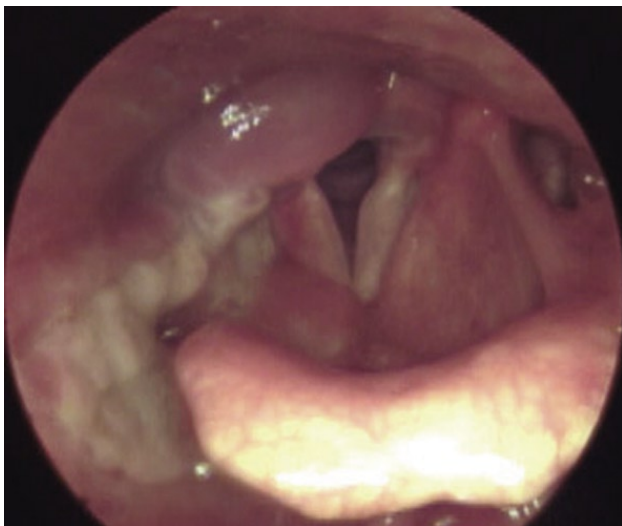


Figura 5: imagen endoscópica a los 20 días de la intervención.

## Discusión

Nuestro caso es un laringomucocele, lo que supone una variante de laringocele, emparentada con los quistes branquiogénicos, o quistes de retención faríngeos y laríngeos. No parece probable que comenzase siendo aéreo (laringocele típico) y se rellenase de moco, puesto que no se aprecian niveles hidroaéreos, más bien parece una glándula que ha dado lugar a un quiste laríngeo, que ha seguido el camino de salida de los laringoceles típicos a través del pedículo laríngeo.

En cuanto al tratamiento, la indicación de la cirugía endoscópica con láser CO<sub>2</sub>, es más evidente en los laringoceles internos, siendo más dudosa en los mixtos como este caso. Como parece lógico, algunos eligen el láser CO<sub>2</sub> para los internos y el abordaje externo para los externos o mixtos grandes (2).

No obstante, hay numerosos autores que han tenido buenos resultados con la marsupialización (14), e incluso otros son capaces de remover la parte extralaringea por vía endoscópica (9). Ni unos, ni otros han referido la necesidad de una segunda intervención por recidiva; sí que se enumera algún caso en el que han necesitado traqueotomía durante algunos días, decanulando posteriormente sin problemas.

Otros autores usan una combinación de abordaje endoscópico y externo, lo cual personalmente, nos parece escasamente ventajoso, respecto al puramente externo (15).

Nosotros optamos, por la marsupialización amplia mediante láser CO<sub>2</sub>. Intuímos que la posibilidad de completar la exéresis de todo el quiste por vía endoscópica es cierta, pero tal vez, sea asumir un riesgo de lesión vascular, que en este caso no nos pareció oportuno, ni necesario. El tiempo de seguimiento es demasiado corto (meses) para que se haya producido recidiva, encontrándose la paciente asintomática hasta la fecha.

## Bibliografía

1. Ceballo Pedraja JM, Tirado Zarnora A, Ortiz Ponce A, García Monge E. Tumoraciones quísticas del ventrículo laríngeo. *Acta ORL Esp* 1988; 39 (5): 353-6.
2. Matino Soler E, Martínez Vecina V, Leon Vintro X, Quer Agustí M, Burgues Vila J, de Juan M. Laringocele: clinical and therapeutic study of 60 cases. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1995, Jul-Aug;46(4):279-86.
3. Dray TG, Waugh PF, Hillel AD. The association of laryngoceles with ventricular phonation. *J Voice* 2000, Jun;14(2):278-81.
4. Kirn R, Cescon G, Piccione G, Ronfini S, Marchiori C. Laringocele. The experience with 14 cases. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1989;106(6):324-6.
5. Celin SE, Johnson J, Curtin H, Barnes L. The association of laryngoceles with squamous cell carcinoma of the larynx. *Laryngoscope* 1991, May;101(5):529-36.
6. Aydin O, Ustundag E, Iseri M, Ozkarakas H, Oguz A. Laryngeal amyloidosis with laryngocele. *J Laryngol Otol* 1999, Apr;113(4):361-3.
7. Li L, Liang ZJ, Zhang DL, Liu XH. Diagnosis and treatment of neonatal inspiratory dyspnea. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi* 2005, Sep;40(9):657-9.
8. Harvey RT, Ibrahim H, Yousem DM, Weinstein GS. Radiologic findings in a carcinoma-associated laryngocele. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1996, May;105(5): 405-8.
9. Martínez Devesa P, Ghufloor K, Lloyd S, Howard D. Endoscopic CO<sub>2</sub> laser management of laryngocele. *Laryngoscope* 2002, Aug;112(8 Pt 1):1426-30.
10. Righini C, Mouret P, Reyt E. Pyolaryngocele: case report of an uncommon laryngeal disease. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2001, Sep;118(4):261-4.
11. Cassano L, Lombardo P, Marchese-Ragona R, Pastore A. Laryngopyocele: three new clinical cases and review of the literature. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2001, Jul;258(5):265.
12. Collins WO, Zalzal GH. Internal jugular vein phlebectasia masquerading as an external laryngocele. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2005, Feb;131(2):163-5.
13. Uzun C, Taskinalp O, Koten M, Adali MK, Karasalioglu AR, Pekindil G. Phlebectasia of left anterior jugular vein. *J Laryngol Otol* 1999, Sep;113(9):858-60.
14. Piquet JJ, Darras JA, Burny A, Ton Van J, Verplanken M. Laser endoscopic treatment of cysts of the larynx and laryngoceles. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1984;101(4):283-5.
15. Ettema SL, Carothers DG, Hoffman HT. Laryngocele resection by combined external and endoscopic laser approach. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2003, Apr;112(4): 361-4.