

Casos Clínicos

Laringopiocele como causa inusual de odinofagia

Laryngopyocele as an unusual cause of odynophagia

Laringopiocele como causa incomum de odinofagia

Dra. Celia Carrasco Noguero⁽¹⁾, Dra. Blanca Sancho Sanroma⁽²⁾,
Dra. Esther Úbeda Fernández⁽³⁾

Resumen

El laringocele es una dilatación anormal del ventrículo de Morgagni que puede sobreinfectarse, entonces se denomina laringopiocele. Aunque son generalmente asintomáticos y se diagnostican de forma incidental, los laringoceles infectados pueden obstruir severamente la vía aérea. Su etiología está relacionada con un aumento de la presión intralaringea. Se presenta el caso de un hombre de 47 años con odinofagia y edema submandibular. La tomografía computarizada (TC) reveló una colección parafaríngea que reducía la vía aérea en un 30%. Se realizó un drenaje quirúrgico con evolución favorable. Los laringopioceles, aunque raros, deben considerarse ante obstrucciones de la vía aérea y debe descartarse la presencia de carcinoma laríngeo tras el tratamiento. El manejo puede ser conservador o quirúrgico, dependiendo del caso.

Palabras clave: laringocele, laringopiocele, cáncer, laringe.

Abstract

Laryngopyocele is an abnormal dilatation of the ventricle of Morgagni that can become superinfected, called laryngopyocele. Although they are generally asymptomatic and diagnosed incidentally, infected laryngopyoceles can severely obstruct the airway. Their etiology is related to increased intralaryngeal pressure. We present the case of a 47-year-old man with odynophagia and submandibular edema. Computed tomography (CT) revealed a parapharyngeal

collection that reduced the airway by 30%. Surgical drainage was performed with favorable evolution. Laryngopyoceles, although rare, should be considered in cases of airway obstruction and the presence of laryngeal carcinoma should be ruled out after treatment. Management may be conservative or surgical, depending on the case.

Keywords: laryngopyocele, laryngopyocele, cancer, larynx.

Resumo

A laringocele é uma dilatação anormal do ventrículo de Morgagni que pode ficar sobre-infectado, sendo designada por laringopiocele. Embora geralmente assintomáticas e diagnosticadas incidentalmente, as laringoceles infetadas podem obstruir gravemente as vias aéreas. A sua etiologia está relacionada com o aumento da pressão intralaringea. Apresentamos o caso de um homem de 47 anos com odinofagia e edema submandibular. A tomografia computadorizada (TC) revelou uma coleção parafaríngea estreitando a via aérea em 30%. Foi realizada drenagem cirúrgica com evolução favorável. As laringopioceles, embora raras, devem ser consideradas na presença de obstruções das vias aéreas e a presença de carcinoma laríngeo deve ser excluída após o tratamento. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, dependendo do caso.

Palavras-chave: laringocele, laringopiocele, cancro, laringe.

^(1,2,3) Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España.

Mail de contacto: celiacarrascon@gmail.com

Fecha de envío: 8 de enero de 2025 - Fecha de aceptación: 24 de abril de 2025.

Introducción

El laringoceles es una dilatación sacular anormal del ventrículo de Morgagni, comunicado con el vestíbulo laríngeo. Una vez que se sobreinfecta, pasa a denominarse laringopiocele. Generalmente, los laringoceles son asintomáticos, diagnosticándose en la mayoría de los casos de forma accidental en pruebas de imagen. Sin embargo, cuando se complican con una infección, pueden llegar a provocar una obstrucción severa de la vía aérea, llegando a precisar incluso una traqueotomía. Pueden presentarse como una emergencia, afectando a la vía respiratoria u ocasionando disfagia junto con otros síntomas como disfonía, edema doloroso en la región cervical y odinofagia^(1, 2).

Su etiología no es clara, pero se relaciona habitualmente con un aumento de la presión intralaringea, favorecida por actividades que requieran soplar a altas presiones de forma prolongada, tos crónica, alteraciones anatómicas y carcinoma laríngeo⁽²⁾.

Los laringoceles son muy infrecuentes, pero se presentan con más asiduidad en varones, especialmente entre la cuarta y la sexta década de la vida. Según su relación con la membrana tirohioidea, se pueden clasificar en interno, externo o mixto. El tipo más frecuente es el mixto (44%), lo sigue el interno (30%) y, por último, el externo (26%). En el caso de poseer el componente externo, este protruye a través de la zona más débil de la membrana tirohioidea^(3, 4).

Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 47 años que consultó por odinofagia y edema submandibular con días de evolución, sin fiebre ni otra sintomatología acompañante. Entre sus antecedentes destacaban un ingreso hospitalario reciente por gripe A, complicado con neumonía con múltiples accesos de tos.

En la exploración física del paciente, se objetivó edema en área II cervical derecha, no claramente fluctuante y doloroso. En la endoscopia flexible, se observó abombamiento faríngeo derecho desde el repliegue aritenopiglótico, con desplazamiento de la epiglotis hacia el lado contralateral, pero con conservación del plano glótico. Se realizó una TC cervical urgente que reveló la presencia de una colección parafaríngea derecha de 31 x 43 x 42 mm, lo que reducía la vía aérea en un 30% de su calibre, asociando cambios inflamatorios locorregionales y adenopatías laterocervicales de apariencia reactiva (Figura 1).

Se realizó el drenaje del laringopiocele mediante una cervicotomía lateral derecha con una marsupialización. La evolución fue favorable y se repitió la exploración con endoscopio flexible tras el proceso agudo para descartar la presencia de lesiones sugestivas de neoplasias de laringe.

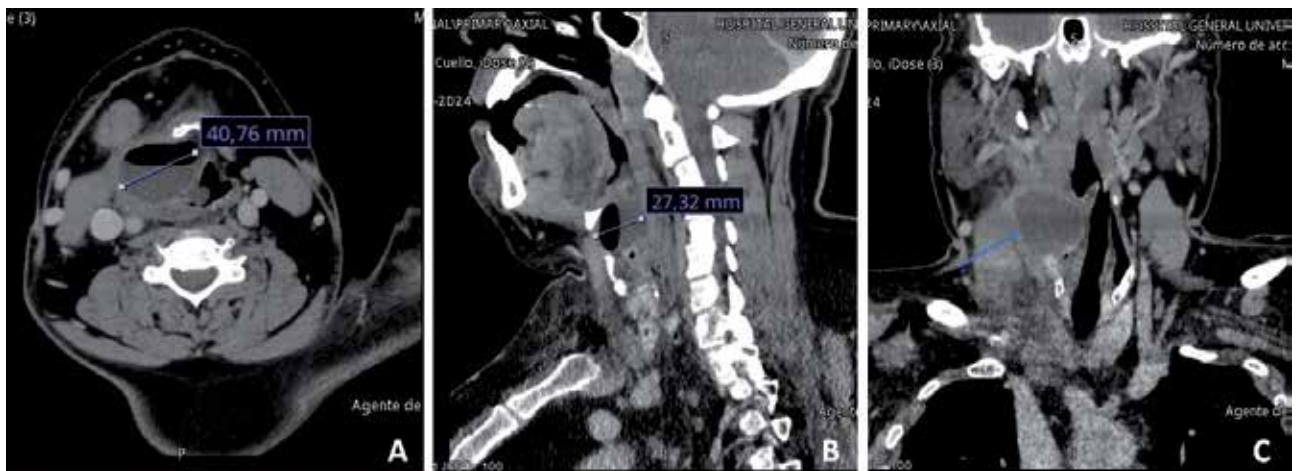


Figura 1. Corte axial (A), sagital (B) y coronal (C) donde se observa una colección en el espacio parafaríngeo derecho con paredes hiper-captantes y contenido hidroaéreo que condiciona el desplazamiento de la vía aérea hacia el lado contralateral, reduciendo su calibre.

Discusión

Los laringopioceles son entidades poco frecuentes que se suelen presentar como una masa cervical. En ocasiones, la fibroscopia no revela lesiones, por lo que una tomografía computarizada (TC) ayuda al diagnóstico. Debe considerarse su diagnóstico dentro de las posibles opciones de causas de obstrucción de la vía aérea. Dada su relación con el cáncer de laringe y la posibilidad de tratarse de una complicación de éste, se recomienda la realización de una exploración otorrinolaringológica completa con endoscopio para descartar un carcinoma laríngeo subyacente una vez resuelto el episodio agudo⁽²⁾.

El tratamiento definitivo de la lesión, así como la necesidad de una traqueotomía, se realizan según el tipo de laringopiocele, su presentación y las comorbilidades del paciente⁽³⁾. No existe un consenso sobre su tratamiento, pudiendo optarse por el tratamiento médico conservador con antibioterapia intravenosa en el momento agudo de infección o por el quirúrgico, que varía desde la marsupialización, como se realizó en el caso presentado, a la exéresis del laringopiocele mediante una cervicotomía⁽⁵⁾.

El tratamiento del laringocele ha avanzado desde su descripción inicial, desde la cirugía abierta hasta el abordaje endoscópico transoral (TOUSS), indicado principalmente para los laringoceles internos, y, más recientemente, hasta el abordaje quirúrgico asistido por robot (TORS), en auge en la última década⁽²⁾. Los abordajes robóticos o transorales muestran mayores tasas de escisión completa y menos riesgo de recurrencia en comparación con la marsupialización, que se asocia con una tasa significativamente más alta. Por otro lado, los abordajes robóticos se asocian con una mayor estancia hospitalaria y con la necesidad de utilización de sonda nasogástrica (SNG) durante mayores períodos de tiempo^(6,7).

Conclusión

1. Dentro del diagnóstico diferencial de una tumoración cervical de nueva aparición, debe plantearse un laringocele/laringopiocele como posibilidad diagnóstica.

2. Un laringopiocele puede comprometer la vía aérea y presentarse como un episodio de disnea aguda, por lo que es importante el diagnóstico y tratamiento precoz.
3. Las opciones terapéuticas varían desde el manejo conservador con tratamiento médico al quirúrgico, que puede realizarse mediante cervicotomía, hasta la endoscopia o cirugía robótica.
4. Es importante realizar una exploración otorrinolaringológica completa para descartar la presencia de un carcinoma subyacente.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

1. Saravanam PK, Manimaran V, Ramadhan M, Prakash GK. *Laryngopyocele in a case of bilateral mixed laryngocele: an impending airway emergency.* *BMJ Case Rep.* 2019 Aug 30;12(8):e229450. doi: 10.1136/bcr-2019-229450. PMID: 31473632; PMCID: PMC6721084.
2. Singh R, Karantanis W, Fadhil M, Kumar SA, Crawford J, Jacobson I. *Systematic review of laryngocele and pyolaryngocele management in the age of robotic surgery.* *J Int Med Res.* 2020 Oct;48(10):300060520940441. doi: 10.1177/0300060520940441. PMID: 33100073; PMCID: PMC7604991.
3. Al-Yahya SN, Baki MM, Saad SM, Azman M, Mohamad AS. *Laryngopyocele: report of a rare case and systematic review.* *Ann Saudi Med.* 2016 Jul-Aug;36(4):292-7. doi: 10.5144/0256-4947.2016.292. PMID: 27478916; PMCID: PMC6074403.
4. Slonimsky G, Hawng G, Goldenberg D, Gagnon E, Slonimsky E. *Terminology, Definitions, and Classification in the Imaging of Laryngoceles.* *Curr Probl Diagn Radiol.* 2021 May-Jun;50(3):384-388. doi: 10.1067/j.cpradiol.2020.06.002. Epub 2020 Jun 26. PMID: 32680631.
5. Zelenik K, Stanikova L, Smatanova K, Cerny M, Kominek P. *Treatment of Laryngoceles: what is the progress over the last two decades?* *Biomed Res Int.* 2014; 2014:819453. doi: 10.1155/2014/819453. Epub 2014 Mar 6. PMID: 24729979; PMCID: PMC3963371.
6. Purnell PR, Haught E, Turner MT. *Minimally invasive treatment of laryngoceles: a systematic review and pooled analysis.* *J Robot Surg.* 2022 Feb;16(1):1-14. doi: 10.1007/s11701-021-01210-x. Epub 2021 Mar 1. PMID: 33646512.
7. Patel KB, Lin C, Kramer S, Fada C, Ozer E. *Transoral robotic excision of laryngocele: Surgical considerations.* *Head Neck.* 2019 Apr;41(4):1140-1143. doi: 10.1002/hed.25612. Epub 2019 Jan 16. PMID: 30652374.