

Neoplasm de hemilaringe stâng complicat cu laringocel extern

Left hemilaryngeal carcinoma complicated with an external laryngocele

Dr. Anca SIMIONIUC¹, Dr. Alina Georgiana ANGHEL², Dr. Mihai DUMITRU¹,
Dr. Oana Adriana ANGHEL¹, Conf. Dr. Ion ANGHEL³

¹Spitalul Colțea, București

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

³Clinica ORL, Spitalul „Sfânta Maria”, București

REZUMAT

Laringocelul este reprezentat de o evaginare anormală a membranei mucoase a ventriculului laringian Morgagni, fiind umplută cu aer și comunicând cu lumenul laringian. Simptomatologia este frecvent intermitentă, dând episoade recurente de disfonie și dispnee. Excepțional, peretele chistului aerian se poate canceriza. Acest caz a fost raportat datorită asocierii carcinomului laringian cu laringocelul extern.

Cuvinte cheie: laringocel, neoplasm

ABSTRACT

Laryngocele represents an abnormal invagination of the mucous membrane from the Morgagni laryngeal ventricle, being filled with air and communicating with the laryngeal inlet. The symptoms are intermittent, with recurrent episodes of dysphonia and airway insufficiency. Exceptionally, the wall of the cyst could become malignant. This case was reported given the association between laryngeal carcinoma and external laryngocele.

Keywords: laryngocele, carcinoma

INTRODUCERE

Laringocelele sunt evaginări anormale ale membranei mucoase ale ventriculului laringian Morgagni. (1,2) Incidența patologiei este mai mare în decada a 6-a de viață (3), ambele sexe fiind afectate, dar raportul bărbați:femei este de 5-7:1. (4) Laringocelele unilaterale sunt mai frecvent întâlnite decât cele bilaterale. (3) Studiile sugerează că apariția laringocelului este rezultatul interacțiunii dintre susceptibilitatea congenitală și alți factori care duc la creșterea

presiunii intralaringiene, cum ar fi tuse, cântat la instrumente de suflat, suflatul la suflătorii de sticlă. (5)

În funcție de localizare, au fost descrise 3 forme de laringocele: interne (faringo-laringiene), externe (cervicale) sau mixte. Laringocelul intern se limitează la spațiul paraglotic, iar cel extern disecă prin membrana tirohioidă, herniind printre structurile cervicale. (6) Simptomatologia (disfonie, dispnee) este frecvent intermitentă, apărând în momentul în care punga aeriană se complică cu un empiem. (7) Când

Adresă de corespondență:

Conf. Dr. Ion Anghel, Șef Clinică ORL, Spitalul Colțea, Bdul I.C. Brătianu nr. 1-3, sector 3, cod 030171, București

E-mail: ionangheldoc@yahoo.com

conexiunea dintre laringocel și lumenul laringian devine obstructată, ca rezultat al inflamației, al infecției sau al prezenței tumorilor, mucusul se poate acumula și astfel se dezvoltă un mucocel. Un mucocel infectat secundar este numit laringopiocele, frecvența acestuia fiind raportată foarte rar în literatura de specialitate. Un total de 39 de cazuri de laringopiocele a fost raportat în literatura universală. (3,8) Excepțional, perețele chistului aerian se poate canceriza. Laringocelele pot fi asociate cu afecțiuni maligne laringiene, dintre care tumorile laringiene supraglotice sunt cele mai frecvente. (6) Celin et al. au raportat o incidență de 4,9-28,8% a laringocelului concomitent la pacienții cu carcinom laringian cu celule scuamoase. (3)

Managementul terapeutic este reprezentat de excizia pungii laringocelului prin abord endoscopic, extern sau mixt. (2,9) Alegerea tipului de abord depinde de tipul și de mărimea laringocelului. (10) Tratamentul laringocelului mixt este încă controversat, mai mulți autori preferând o abordare externă. (11)

CAZ CLINIC

Pacientul L.V.-S., în vârstă de 61 de ani, de sex masculin, din mediul rural, se prezintă în Clinica ORL a Spitalului Clinic Colțea, București, pentru disfonie, disfagie, odinofagie, astenie în evoluție progresivă spre agravare, cu debut în urmă cu câteva luni.

Nu prezintă antecedente personale patologice și heredocolaterale semnificative; fumează un pachet de țigări pe zi de aproximativ 30 ani.

Sub tratament, simptomatologia persistă, motiv pentru care se prezintă în serviciul nostru.

La consultul ORL, laringoscopia indirectă dezvăluie prezența unei formațiuni tumorale la nivelul hemilaringelui stâng. Examenul CT cu substanță de contrast arată:

- Proces înlocuitor de spațiu ce se dezvoltă la nivelul hemilaringelui stâng, infiltrază coarda vocală de aceeași parte, spațiul paralingian stâng și determină îngustarea importantă a regiunii supraglotice, întinzându-se pe o distanță de aproximativ 3,5 cm de la un plan axial ce trece prin plica glosopiglotică până la planul caudal situat imediat caudal de cartilajele aritenoidiene.
- Proces înlocuitor de spațiu cu densități parafluide, omogen, necaptant, cu contururi nete regulat, cu punct de plecare posibil la nivelul membranei pătrate

laringiene și se extinde posterior de cornul mare stâng al osului hioid pe care îl lasă indemn și se extinde cranial până la un plan transversal ce trece prin unghiul mandibular stâng. Formațiunea are raporturi cu cornul mare stâng hioidian, cu mușchiul SCM și platisma și glanda submandibulară stângă față de care păstrează interfață de demarcație.

- Adenopatii laterocervicale bilaterale, jugulocarotidiene și sublinguale profunde cu dimensiuni maxime de 1,1 cm.

Îngustarea semnificativă a spațiului respirator a determinat practicarea sub anestezie locală a traheostomiei, urmată de intubație endotraheală și anestezie generală, laringoscopie suspendată directă cu biopsie formațiune tumorală hemilaringe stâng.

Examenul histopatologic al formațiunii tumorale hemilaringe stâng stabilește diagnosticul de carcinom scuamos bine diferențiat, cheratotic, invaziv.

Tratamentul a fost chirurgical, din cauza mărimii și localizării tumorii, s-a optat pentru intubație endotraheală și anestezie generală, laringectomie totală subcricoidiană suprahioidiană și evidare ganglionară. Incizia tegumentelor Gluck-Soerensen a fost urmată de disecție și evidare ganglionară bilateral (Fig. 1).



FIGURA 1. Aspectul laringocelului după ridicarea lamboului musculo-cutanat

DISCUȚII

Pe partea stângă se evidențiază o formațiune tumorală voluminoasă, cu aspect chistic ce se extinde de la nivelul membranei pătrate laringiene, posterior de cornul mare stâng al osului hioid, având raport cranial cu glanda submandibulară stângă (Fig. 2).

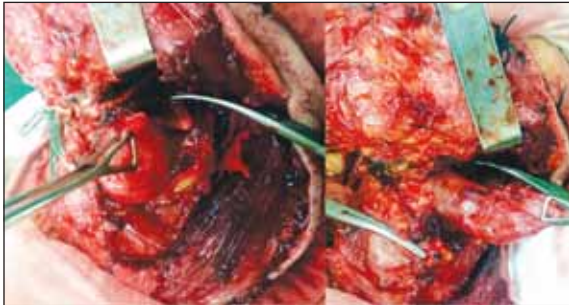


FIGURA 2. Disecția laringocelului în vederea efectuării ligaturii pediculului laringeu superior

S-a ligaturat și s-a secționat mănunchiul vasculo-nervos laringeu cranial bilateral și apoi s-au secționat și îndepărtat mușchii prelaringieni. După secționarea peretelui traheal, laringele este prins cu o pensă uterină Pratt și ridicat în direcție cranială decolându-se de esofag, eliberându-se de inserțiile mușchiului constrictor inferior al faringelui de la nivelul cricoidului și liniei oblice tiroidiene (Fig. 3).



FIGURA 3. Aspect extern și intern al piesei de rezecție laringiene

Închiderea ferestrei faringiene s-a efectuat în dublu strat, cu fire separate neperforate. Sutura planurilor cutanate s-a efectuat în două planuri, lăsându-se tuburi de dren bilateral. S-a montat sonda de alimentație nazogastrică.

Evoluția post-operatorie a fost favorabilă, fără complicații.

Laringocelul a fost descris pentru prima dată în 1829 de către un chirurg din armata lui Napoleon, ce a observat un anumit tip de gușă la trompetiștii din templu. Suflatul determina apariția unor umflături la nivelul gâtului acestora. (12)

Laringocelul este destul de rar întâlnit, în literatură fiind descrise aproximativ 300 de cazuri în ultimii 30 de ani. (9) Etiologia nu este încă clar elucidată. Suflatul crește presiunea intralaringiană, putând astfel determina hernierea mucoasei ventriculului lui Morgagni pe căi preformate congenital. (2) Alte studii sugerează că leziunile locale laringiene cum ar fi amiloidoza, papilomatoza sau antecedentele de traheostomie sunt factori în patogeniza laringocelului. (10) Asocierea carcinomului laringian cu laringocel a fost raportată încă din 1940 și se crede că efortul crescut al fonației, obstrucția parțială a căii aeriene, efortul depus de tuse cu creșterea presiunii din interiorul laringelui datorat apariției formațiunii tumorale intralaringiene sunt factori favorizanți. (6,13)

Diagnosticul de laringocel se pune pe baza examenului clinic (disfonie, disfagie, insuficiență respiratorie, masă laterocervicală bine delimitată ce apare frecvent la manevra Vasalva), cât și paraclinic – imagistica fiind foarte utilă punând în evidență conținutul, cât și raportul cu membrana tirohoidiană sau structurile învecinate. (10,14)

Managementul terapeutic al laringocelului extern se face prin excizia acestuia prin abord extern transcervical. Evoluția tehnicilor endoscopice și ale utilizărilor LASER-ului au generat noi căi de tratament al laringocelului intern sau al celui mixt. (15)

CONCLUZII

Laringocelul este o patologie rar întâlnită, iar diagnosticarea este destul de dificilă, necesitând investigații multiple. Asocierea cancerului laringian cu laringocel nu este frecventă. Din această cauză, medicul ORL-ist trebuie să excludă în managementul diagnostic orice posibilă asociere a laringocelului cu o leziune malignă.

BIBLIOGRAFIE

1. **Beers M.H., Porter R.S.** Manualul Merck. 18th Edition. București: Editura ALL, 2009. p. 835.
2. **Garbea S., Milosescu P., Stefaniu A., Olariu B.** Patologie ORL. București: Editura Didactica și Pedagogică, 1980. pg. 345-347.
3. **Celin S.E., Johnson J., Curtin H., Barnes L.** The association of laryngoceles with squamous cell carcinoma of the larynx. *Laryngoscope*. 1991, 101, pg. 529-36.
4. **Harvey R.T., Ibrahim H., Yousem D.M., Weinstein G.S.** Radiologic findings in a carcinoma-associated laryngocele. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1996, 105, pg. 405-8.
5. **Babb M.J., Rasgon B.M., Calif O.** Quiz case 2: Bilateral laryngocele. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000, 126, pg. 551-4.
6. **Close L.G.** Asymptomatic laryngocele, incidence and association with laryngeal cancer. *Annals of Otolaryngology and Laryngology*. 96, 1987, pg. 393-399.
7. **Vasileiadis I., Kapetanakis S., Petousis A., Stavrianaki A., Fiska A., Karakostas E.** Internal laryngopyocele as a cause of acute airway obstruction: an extremely rare case and review of the literature. *Acta Otorhinolaryngol Italica*. 2012, vol. 32, pg. 58-62.
8. **DeSanto L.W.** Laryngocele, laryngeal mucocele, large saccules, and laryngeal saccular cysts: A developmental spectrum. *Laryngoscope*. 1974, 84, pg. 1291-6.
9. **Snow J.B., Ballenger J.J.** Ballenger's Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery. Ontario: BC Decker, 2003. p. 1057.
10. **Chandra Prasad K., Vijayalakshmi S., Chandra Prasad S.** Laryngoceles – presentations and management. *Indian J. Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2008, Vol. 60, pg. 303-308.
11. **Lancella A., Abbate G., Dosdegani R.** Mixed laryngocele: A case report and review of the literature. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2007, 27, pg. 255-7.
12. **Vishnu Vardhan Reddy M., et al.** Laryngocele – A Case Report and Review of Literature. *Indian J. Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2008, 60, pg. 281-283.
13. **Mitroi M., Capitanescu A., Popescu F.C., Popescu C., Mogoanta C.A., Mitroi G., Șurlin C.** Laryngocele associated with laryngeal carcinoma. *Rom J Morphol Embryol*. 2011, Vol. 52, pg. 183-185.
14. **Hubbard C.** Laryngocele – A study of five cases with reference to the radiologic features. *Clin Radiol*. 38, 1987, pg. 639-643.
15. **Zelenik K, Stanikova L, Smatanova K.** Treatment of Laryngoceles: What Is the Progress over the Last Two Decades? *BioMed Research International*. 2014.

Vizitați site-ul revistei

PRACTICA MEDICALĂ

pm.medica.ro