



Quistes de la laringe y laringoceles

F. Richard, M. Mondain, R. Garrel

Los quistes de la laringe y los laringoceles constituyen una entidad nosológica heterogénea. El componente principal de estas afecciones se desarrolla a expensas del ventrículo laríngeo (o ventrículo de Morgagni) y de su apéndice anterior, el sáculo. Se trata de los quistes saculares, los laringoceles, los laringomucoceles y los laringopiocelos. El segundo marco nosológico está constituido por los quistes de inclusión o de retención glandular, que pueden afectar a cualquier compartimento laríngeo. Por último, algunos quistes muy infrecuentes pueden aparecer por anomalías del desarrollo embrionario que dan lugar a malformaciones del cartílago tiroides, quiste foraminal y duplicación quística de la laringe. La sintomatología depende de la edad de aparición, de la localización y del volumen del quiste, así como de una posible sobreinfección. Muchos quistes son asintomáticos. Por el contrario, algunos casos se manifiestan por una disnea aguda potencialmente mortal en un contexto en ocasiones infeccioso. El tratamiento, fuera de la fase urgente, consiste en la resección endoscópica con láser o, en su defecto, en la marsupialización. Cuando existe un componente extralaríngeo predominante, éste se trata por vía externa. El tratamiento quirúrgico adecuado ofrece buenas posibilidades de curación, pero las recidivas siempre son posibles, lo que obliga a realizar intervenciones repetidas.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Laringocele; Ventrículo de Morgagni; Laringe; Anomalía congénita; Disnea; Quiste sacular

Plan

■ Introducción	1
Definiciones	1
■ Reseñas	1
Datos embriológicos	1
Datos anatómicos	2
■ Nosología	3
Diferentes clasificaciones	3
Quistes saculares y laringoceles	4
Quistes ductales o glandulares	7
Quistes foraminales	10
Duplicación quística de la laringe	10
■ Diagnóstico diferencial	11
Otras anomalías embrionarias	11
Anomalías vasculares	12
■ Pruebas de imagen	12
■ Tratamiento	12

ciones mucosas, tanto si comunican como si no con la luz laríngea. Existen tres grandes marcos nosológicos.

El componente principal de estas afecciones se desarrolla a expensas del ventrículo laríngeo (o ventrículo de Morgagni) y de su apéndice anterior, el sáculo. Se trata de los quistes saculares, los laringoceles, los laringomucoceles y los laringopiocelos. Estas patologías son típicas, pero su prevalencia es escasa y corresponden al 18% de las enfermedades quísticas de la laringe [1].

El segundo marco nosológico está representado por los quistes formados por inclusión o por retención glandular, que pueden encontrarse en cualquier localización laríngea y provocar una sintomatología vocal en el caso de los situados en el plano glótico, respiratoria en los de las valéculas, del vestíbulo laríngeo y subglóticos, o ser totalmente asintomáticos, como sucede en la mayoría de los casos [2].

Por último, de forma excepcional, algunos quistes pueden deberse a una anomalía del desarrollo embrionario de la laringe que dé lugar a un quiste foraminal a través del ala tiroidea o bien a anomalías estructurales del cartílago tiroides, como una duplicación quística de la laringe [3].

■ Introducción

Definiciones

Los quistes de la laringe y los laringoceles constituyen una entidad nosológica heterogénea. Un quiste laríngeo se define por la presencia de una o de varias estructuras delimitadas por un epitelio y que contienen aire o secre-

■ Reseñas

Datos embriológicos

La formación de la laringe depende de la parte caudal del aparato branquial y de la porción más craneal del intestino primitivo.

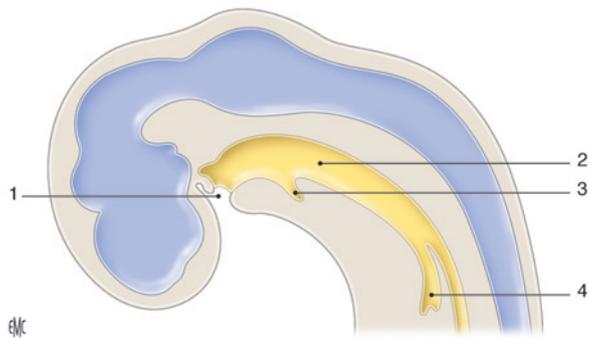


Figura 1. Corte sagital del embrión en la 4.ª semana del desarrollo embrionario. 1. Estomodeo; 2. intestino faríngeo; 3. conducto tirogloso; 4. divertículo traqueobronquial.

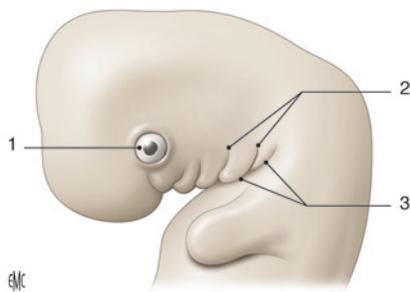


Figura 2. Vista lateral del embrión en la 4.ª semana del desarrollo embrionario. 1. Placoda óptica; 2. hendiduras branquiales; 3. arcos branquiales.

El desarrollo del sistema respiratorio, del que forma parte la laringe, comienza en la 4.ª semana del desarrollo embrionario, por una expansión ventral de la pared anterior del intestino primitivo. Se trata del divertículo respiratorio (Fig. 1). Su hoja endodérmica da origen al epitelio de la laringe y al del árbol traqueobronquioloalveolar. El divertículo se alarga en sentido caudal y se separa así del intestino primitivo por el tabique esofagotraqueal. La porción ventral da origen al aparato broncopulmonar y la porción dorsal, al esófago.

Los arcos branquiales, que aparecen también en la 4.ª semana del desarrollo embrionario, originan la laringe primitiva a partir de los arcos cuarto y sexto (Fig. 2).

En la parte medial y anterior, existe al principio una comunicación amplia entre el divertículo respiratorio y el intestino primitivo, que se transformará en una hendidura estrecha, el surco laringotraqueal, que evoluciona como una invaginación en forma de « T » con tres yemas, una superior (yema epiglótica), que deriva de la eminencia hipobranquial, y dos laterales (yemas aritenoides) (Fig. 3). Los cartílagos laríngeos (tiroides, cricoides y aritenoides), así como la musculatura intrínseca, derivan de estas yemas y, por tanto, del mesodermo del cuarto y sexto arcos branquiales (Fig. 4). El desarrollo del epitelio laríngeo produce una obturación temporal de la luz laríngea. Durante la repermeabilización de dicha luz, a la 10.ª semana, se forma un par de recesos laterales, los ventrículos laríngeos, y su apéndice anterosuperior, el sáculo.

Al nivel lateral, los arcos branquiales cuarto y sexto dan lugar a los nervios vagos con los nervios laríngeos superiores e inferiores.

Datos anatómicos

El ventrículo laríngeo, denominado « de Morgagni » o seno laríngeo, es una región par y simétrica, comprendida entre la banda ventricular o pliegue ventricular en la parte alta y el pliegue vocal o cuerda vocal en la baja (Fig. 5). Se

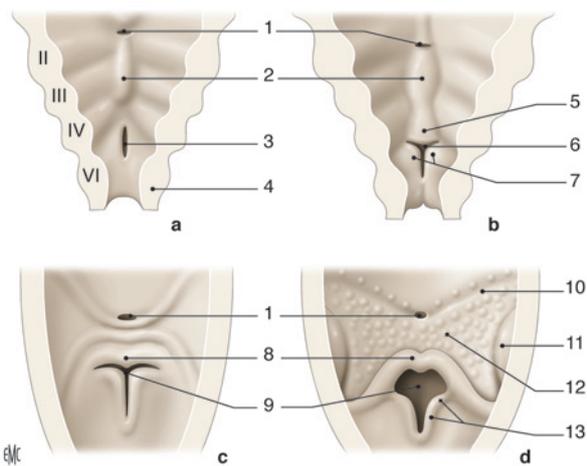


Figura 3. Corte frontal de los arcos branquiales, vista posterior.

A. Cuarta semana.

B. Quinta semana.

C. Sexta semana.

D. Séptima semana.

1. Agujero ciego; 2. eminencia hipobranquial; 3. surco laringotraqueal; 4. arco branquial; 5. yema epiglótica; 6. glotis primitiva; 7. yemas aritenoides; 8. epiglotis; 9. vestíbulo laríngeo; 10. surco terminal; 11. amígdala palatina; 12. raíz de la lengua; 13. cartílagos laríngeos.

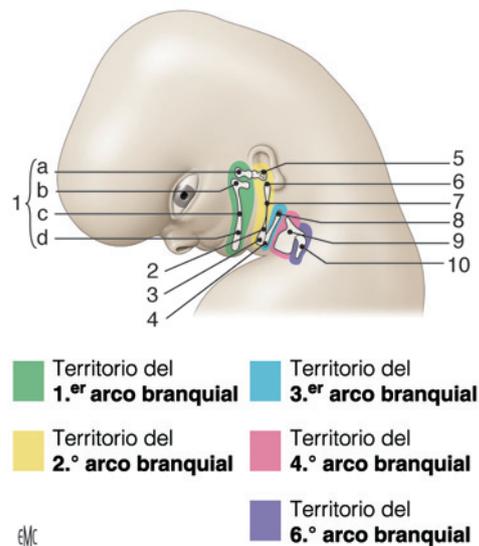


Figura 4. Vista sagital del embrión de 7-8 semanas. 1. Cartílago de Meckel: a. yunque; b. martillo; c. futuro ligamento esfenomandibular; d. porción medular que se desarrolla alrededor; 2. asta menor del cartílago hioides; 3. mitad superior del cuerpo del hueso hioides; 4. mitad inferior del hueso hioides; 5. estribo; 6. apófisis estiloideas; 7. ligamento estilohioides; 8. asta mayor del cartílago hioides; 9. cartílagos tiroides y epiglótico; 10. cartílagos cricoides, aritenoides y corniculados.

trata de una invaginación de la luz laríngea que está delimitada en la parte baja, lateral y superior por la mucosa laríngea y que se abre a la luz laríngea al nivel medial. El piso del ventrículo está bordeado por el músculo tiroaritenoides medial o músculo vocal. El fondo del ventrículo se relaciona con el músculo tiroaritenoides lateral. La parte anterior y superior del ventrículo da lugar a una expansión en forma de bolsa, el sáculo laríngeo o apéndice ventricular, que comunica con el ventrículo por el conducto del sáculo (Fig. 6). Esta invaginación se desarrolla entre la banda ventricular al nivel medial y el ala tiroidea al

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8798001>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8798001>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)