

## Laringocele como diagnóstico diferencial de quiste tiroideo\*

Drs. PATRICIO CABANÉ T.<sup>1</sup>, PATRICIO GAC E.<sup>1</sup>, Int. ANDRÉS ALVO V.<sup>2</sup>, DANIEL ROIZBLATT K.<sup>1</sup>, LAURA CARREÑO T.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile.

<sup>2</sup> Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

<sup>3</sup> Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile.

### Abstract

---

#### Laryngocele as a differential diagnosis of a thyroid cyst

A cervical mass is a usual complaint within the clinical practice. Among possible causes, thyroid cysts and nodules are frequent findings. However, there are differential diagnoses that arise from neighboring structures, which can be difficult to assess. We report an 18 years old male presenting with a cervical mass, clinically and ecographically suggestive of a right thyroid cyst. Fine needle aspiration was negative for neoplastic cells. Within surgery a paratracheal lesion was identified and resected. The histological findings were compatible with a laryngocele. A laryngocele is an abnormal dilatation of the laryngeal sacule that can simulate a thyroid cyst. Computerized tomography and magnetic resonance are of great importance in its diagnosis, but sometimes is found within surgery or in the anatomopathologic study.

**Key words:** Laryngocele, thyroid cyst, differential diagnosis.

### Resumen

---

Las masas cervicales son un motivo de consulta usual dentro de la práctica clínica. Dentro de estas, los nódulos y quistes de origen tiroideo son hallazgos frecuentes. Aún así, existen diagnósticos diferenciales originados de estructuras vecinas a la glándula tiroides, cuyo diagnóstico inicial es difícil. Presentamos el caso de un varón de 18 años con una masa cervical derecha, clínica y ecográficamente sugerente de un quiste tiroideo. La punción-aspiración con aguja fina fue negativa para células neoplásicas. En el intraoperatorio se identificó una lesión paratraqueal derecha que fue reseçada. El diagnóstico histológico fue compatible con un laringocele. El laringocele es una dilatación anormal del sáculo laríngeo que puede simular un quiste tiroideo. La tomografía computarizada y la resonancia magnética son de gran utilidad en su diagnóstico, pero en ocasiones éste se realiza en el intraoperatorio o mediante el estudio anatomopatológico.

**Palabras clave:** Laringocele, quiste tiroideo, diagnóstico diferencial.

---

\*Recibido el 14 de septiembre de 2010 y aceptado para publicación el 14 de enero de 2011.

Correspondencia: Dr. Patricio Cabané T.  
Santos Dumont 999, Santiago, Chile.  
patriciocabane@gmail.com

## Introducción

Las masas cervicales son un motivo de consulta usual dentro de la práctica clínica. Dentro de estas, los nódulos y quistes de origen tiroideo son hallazgos frecuentes que pueden ser sospechados con el examen clínico y ecotomográfico. Aún así, existen diagnósticos diferenciales originados de estructuras vecinas a la glándula tiroides, cuyo diagnóstico inicial es difícil. Debido a lo anterior, el cirujano debe conocer y estar preparado para manejar estas patologías.

## Caso clínico

Paciente de 18 años con antecedente de amigdalitis a repetición, consulta por historia de un año de evolución de aumento de volumen cervical derecho, en su tercio inferior, sin otros síntomas. El examen físico demostró un aumento de volumen tiroideo derecho renitente, móvil con la deglución, sugerente de lesión quística tiroidea. Además se diagnosticó hiperplasia amigdalina grado 3, con 50-60% de obstrucción. Fue evaluado con ecotomografía tiroidea, que mostró una imagen sugerente de quiste tiroideo derecho de 2 cm de diámetro, y punción aspirativa con aguja fina cuya citología fue insuficiente.

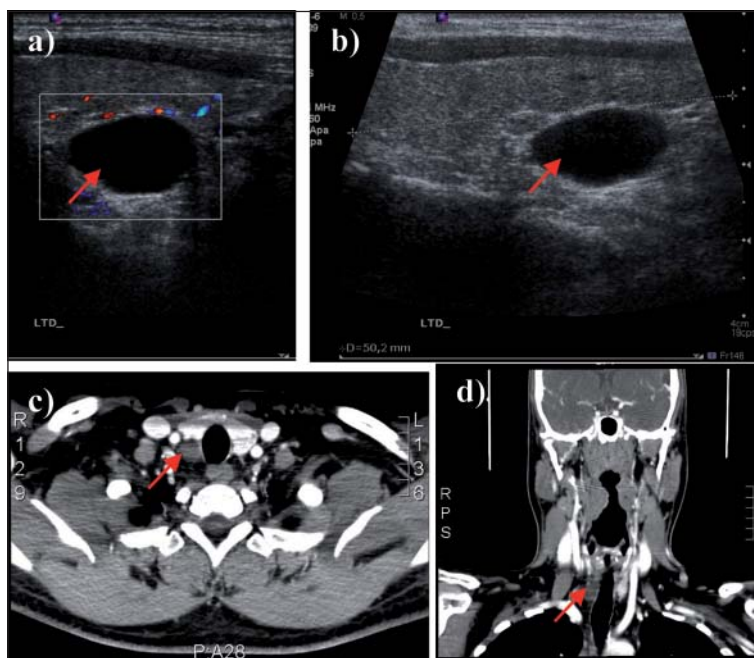
Acude a control 6 meses después, donde se constata reaparición del quiste, refiriendo además

disfagia. Se solicita una nueva ecotomografía, que fue informada como formación quística tiroidea derecha de 18 mm de diámetro, y pequeños quistes coloideos tiroideos bilaterales de 2 a 3 mm de diámetro (Figuras 1a y 1b).

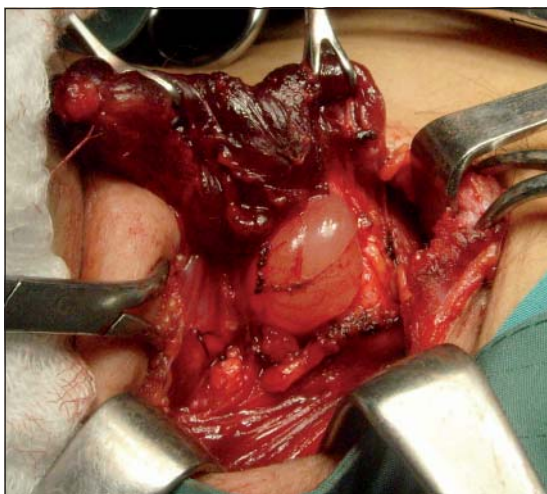
Posteriormente se solicitó una tomografía computarizada de cuello, informada como formación quística paratraqueal derecha (Figuras 1c y 1d). Además se apreció aumento de volumen del lóbulo tiroideo izquierdo, de la amígdala palatina derecha y del timo. Fue evaluado por otorrino quien descartó compromiso endoluminal con nasofibrolaringoscopia. Ingresó a pabellón con diagnóstico preoperatorio de quiste tiroideo derecho/laringocele, hiperplasia amigdalina e hiperplasia tímica.

En el intraoperatorio se identifica el quiste paratraqueal íntimamente adherido a la tiroides, pero no dependiente de ella (Figura 2). Se realiza hemitiroidectomía derecha, resección del quiste paratraqueal, timectomía y tonsilectomía bilateral. La biopsia definitiva del quiste mostró una pared quística revestida por epitelio cilíndrico pseudoestratificado ciliado, concordante con un laringocele (Figura 3). El resto de las muestras fueron informadas como tejido tímico hiperplásico sin malignidad, tiroides con hiperplasia nodular y tiroiditis linfocitaria leve, y amigdalitis crónica hiperplásica focalmente activa.

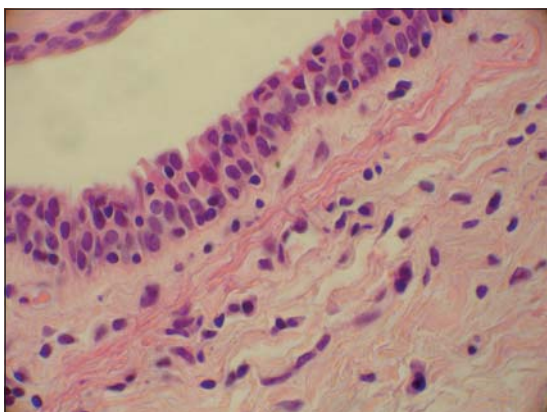
El paciente evolucionó de manera favorable y fue dado de alta al día siguiente en buenas condiciones generales.



**Figura 1.** Imágenes pre-operatorias a) Ecotomografía Doppler tiroidea, corte transversal. b) Ecotomografía tiroidea, corte longitudinal. c) Tomografía computarizada de cuello, corte axial. d) Tomografía computarizada de cuello, corte coronal. \*Las flechas rojas indican la imagen quística de localización paratraqueal derecha.



**Figura 2.** Hallazgos intraoperatorios. Se observa el quiste cervical en relación, pero no dependiente de la tiroides. El diagnóstico definitivo fue laringocele.



**Figura 3.** Microscopía (400x, Hematoxilina-Eosina). Se observa la pared quística revestida por epitelio pseudoestratificado ciliado (respiratorio), y tejido fibroso adyacente.

## Discusión

El laringocele es una dilatación anormal del sáculo laríngeo que puede estar lleno de aire, mucus o pus<sup>1</sup>. Su etiología no es clara, pero pareciera deberse a un aumento de la presión intralaríngea, favorecida por actividades que requieran soplar a altas presiones en forma prolongada, tos crónica, alteraciones anatómicas y carcinoma laríngeo<sup>2</sup>. Es posible que la hiperplasia amigdalina haya jugado un rol como factor fisiopatológico en el origen del laringocele.

Se clasifican en internos, externos o mixtos, según su relación con la membrana tirohioidea<sup>3</sup>. Los

síntomas incluyen tos, disnea, disfagia, sensación de cuerpo extraño y masa cervical, y dependerán del tamaño y tipo de laringocele, aunque muchos son asintomáticos<sup>3,4</sup>. Por otra parte, se han descrito casos de obstrucción aérea superior, incluso con riesgo vital<sup>5</sup>.

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico, la laringoscopia y el estudio imagenológico, con tomografía computarizada o resonancia magnética<sup>4</sup>. Esta última es de elección en caso de sospecha de etiología neoplásica<sup>1,6</sup>. El laringocele externo puede sospecharse cuando la imagen está posterior a la glándula tiroides, sin embargo, se deben considerar también otros diagnósticos diferenciales como quiste de paratiroides, linfangioma, quistes de remanentes branquiales y otros (teratoma, quiste dermoide, remanente tímico, etc.)<sup>7</sup>.

El manejo de laringoceles sintomáticos es eminentemente quirúrgico, por vía externa o bien endoscópica, con uso de láser de CO<sub>2</sub>. En general se sugiere la vía externa para laringoceles grandes o externos, mientras que la vía endoscópica se ha favorecido en los internos<sup>1,4</sup>.

El laringocele debe ser considerado dentro del diagnóstico diferencial de quistes cervicales, y puede presentarse simulando una masa tiroidea. En ocasiones, serán los hallazgos intraoperatorios y anatomopatológicos los que darán el diagnóstico definitivo, por lo que el cirujano de cabeza y cuello debe conocer esta patología y estar preparado para enfrentarla.

## Referencias

1. Dursun G, Ozgursoy OB, Beton S, Batikhan H. Current diagnosis and treatment of laryngocele in adults. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007;136:211-5.
2. Felix JA, Felix F, Mello LF. Laryngocele: a cause of upper airway obstruction. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2008;74:143-6.
3. Noguera JJ, Fernández S, Panizo A, Villanueva A. Quiste del cuarto arco branquial en la membrana tirohioidea: un difícil diagnóstico diferencial con el laringocele mixto. *Rev Med Univ Navarra* 2007;51:34-7.
4. Keles E, Alpay HC, Orhan I, Yildirim H. Combined laryngocele: a cause of stridor and cervical swelling. *Auris Nasus Larynx.* 2010;37:117-20.
5. Töro K, Kardos M, Dunay G. Fatal asphyxia due to laryngomucocele. *Forensic Sci Int.* 2009;190:e1-4.
6. Lancella A, Abbate G, Dosdegani R. Mixed laryngocele: a case report and review of the literature. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2007;27:255-7.
7. Majlis S, Horvath E, Castro L, Martínez V. Quiste broncogénico cervical anterior, simulando lesión tiroidea. Caso clínico. *Rev Med Chile* 1999; 127:977-81.