

Quiste epidermoide en vallécua glosopiglótica. Reporte de casos

Epidermoid cyst in the glossoepiglottic vallecula. Case report

Carlos Mena C.^{1,2}, José Ortiz B.^{1,2}, Raúl Tornaco M.^{1,2},
Marcelo Mongelós C.^{1,2}, Ricardo Serrano A.^{1,2}

Resumen

Los quistes laríngeos son muy infrecuentes y en su mayoría de etiología benigna. Se reportan dos casos de pacientes adultos que presentaron lesiones quísticas en vallécua glosopiglótica con diagnóstico histológico de quiste epidermoide. Los quistes epidermoides en vallécua pocas veces han sido reportados en la literatura, pueden ser asintomáticos o por su localización producir síntomas como sensación de ocupación faríngea, tos o incluso dificultad respiratoria.

Palabras clave: Quiste, epidermoide, vallécua, laringe.

Abstract

Laryngeal cysts are very infrequent and mostly benign. Two cases are presented of adult patients who presented cystic lesions in the glossoepiglottic vallecula with histological diagnosis of epidermoid cyst. Epidermoid cysts in vallecula have rarely been reported in the literature, they can be asymptomatic or due to their location produce symptoms such as pharyngeal occupation sensation, cough or even respiratory difficulty.

Keywords: Cyst, epidermoid, vallecula, larynx.

¹Cátedra y Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Clínicas San Lorenzo. Asunción, Paraguay.
²Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. Asunción, Paraguay.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 29 de julio de 2021. Aceptado el 16 de octubre de 2021.

Correspondencia:
Carlos Mena C.
Mariscal López casi Cruzada de la Amistad, San Lorenzo
Asunción, Paraguay.
Email: cmena@med.una.py

Introducción

Los quistes laríngeos son muy infrecuentes y en su mayoría de etiología benigna. Este tipo de entidad en lactantes y niños, generalmente, se presenta con estridor, dificultad para alimentarse y estancamiento ponderal pero, en ocasiones, pueden causar una obstrucción de la vía respiratoria potencialmente mortal. En el adulto, estas lesiones suelen tener un cuadro clínico más insidioso, frecuentemente asintomáticos en su etapa inicial, siendo, muchas veces, su diagnóstico incidental. Por su localización y según su tamaño, pueden provocar sensación de cuerpo extraño, disfagia, aparición de estridor, tos e incluso disnea. Los quistes de vallécua también pueden ser descubiertos durante la laringoscopia en un paciente sometido a anestesia general

pudiendo obstaculizar la vista de la glotis y causar una intubación endotraqueal difícil^{1,2}. Estas características provocan que el quiste en vallécua, en la edad pediátrica, raramente pase inadvertido, y se considere como una entidad diferente a la del adulto³.

La prevalencia en adultos de esta lesión es desconocida, pero se estima que es muy baja, no tiene predominancia por un sexo determinado y puede aparecer en cualquier franja etaria, aunque se observa con mayor frecuencia entre la quinta y sexta décadas de la vida^{4,5}.

Caso Clínico 1

Paciente femenino de 45 años, de ocupación enfermera, acudió al servicio por cuadro clínico de 6 meses de evolución, caracterizado

CASO CLÍNICO

por sensación de ocupación faríngea, episodios de atragantamiento, cambios en la voz y accesos de tos ocasionales. Refirió, además, dos semanas antes de la consulta, que se agregó dificultad respiratoria relacionada con pequeños esfuerzos. Negaba odinofagia, pérdida de peso, sensación febril y otro síntoma acompañante. Fumadora de 10 cigarrillos por día durante los últimos 20 años y negaba etilismo.

Los hallazgos del examen de la cavidad oral eran normales. Se realizó una laringoscopia indirecta, en la cual se reveló una lesión en vallécula glosopiglótica izquierda pediculada, de superficie lisa, regular, sin signos inflamatorios. El resto del examen otorrinolaringológico no mostraba alteraciones. Bajo anestesia general, con laringoscopio de suspensión de Kleinsasser fijado al tórax, se procedió a la resección completa del quiste desde su base de implantación mediante disección fría con tijeras, se logró la hemostasia con algodones embebidos en adrenalina.

El material fue enviado para su evaluación por anatomía patológica, en cuyo informe se destacó no haberse constatado proceso neoplásico maligno y certificaba un quiste epidermoide. El paciente acudió a los 7 días al control posoperatorio sin molestias, disfonía ni otros síntomas. En la laringoscopia de control no se evidenció lesión residual.

Caso Clínico 2

Paciente masculino de 86 años, de profesión militar en situación de retiro, acudió

al consultorio de otorrinolaringología por un cuadro clínico de, aproximadamente, dos meses de evolución de sensación de ocupación faríngea, disfagia a líquidos y sólidos, de intensidad progresiva junto a una pérdida de peso de aproximadamente 7 kg. Semanas antes de la consulta, se agregó cambios en la voz, episodios de ahogo y dificultad respiratoria intermitente. El paciente negaba episodios febriles, algias y otros síntomas acompañantes.

Entre sus antecedentes destacaban leucemia linfocítica crónica en seguimiento por hematología, hipertenso, no conocido diabético. En cuanto a sus hábitos, refería ser bebedor social y haber fumado por alrededor de 30 años, habiendo dejado este hábito 6 años atrás.

Al examen físico otorrinolaringológico se podía constatar una cavidad oral y orofaringe sin lesiones. La laringoscopia indirecta (Figura 1A) demostró una tumoración de aspecto quístico, de aproximadamente 4 cm de diámetro mayor que abarcaba ambos lados de la vallécula, y desplazaba la epiglótis hacia la región posterior, dificultando la visualización de la glotis; sin otras alteraciones al examen físico otorrinolaringológico.

Se le solicitó una tomografía de cuello y tórax, en la cual se observó una imagen con densidad de partes blandas isodensa, ubicada en base de lengua, que ocupaba la mayor parte del diámetro anteroposterior de la hipofaringe. Ante tales hallazgos, se decidió tratamiento quirúrgico con el propósito de efectuar resección de la tumoración por vía endolaríngea por laringoscopia de suspensión. Bajo anestesia

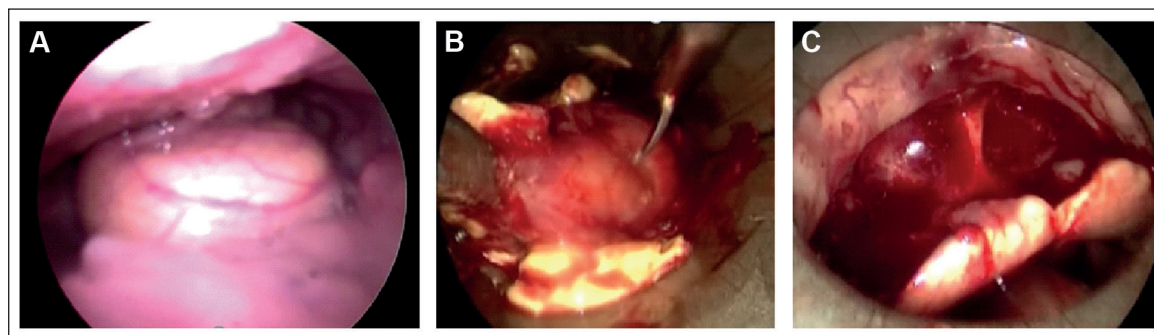


Figura 1. A. Lesión de aspecto quístico en vallécula glosopiglótica. B. Escisión de la lesión desde su base de implantación mediante disección fría con instrumental microquirúrgico. C. Lecho quirúrgico luego de la resección.



Figura 2. Control posoperatorio, se constata epiglotis en posición normal y buena visualización glótica.

general, utilizando el laringoscopio de suspensión de Kleinsausser con fijador torácico, se observó la lesión con las características detalladas y se procedió a realizar su apertura con bisturí observándose la salida de un contenido grumoso amarillento. Posteriormente, se realizó una disección amplia con tijeras de las paredes dejando libre la vallécula y hemostasia con algodones embebidos con adrenalina diluida (Figura 1B y C).

El material fue enviado para su evaluación histológica informando el diagnóstico confirmatorio de quiste epidermoide. El paciente acudió al control posoperatorio a los 21 días de su cirugía, asintomático, sin dificultad para el habla, disfagia, dificultad respiratoria ni otros síntomas. Se le realizó una laringoscopia de control en la cual se observaba las valléculas libres de lesión (Figura 2).

Discusión

En este artículo se presentaron dos casos de quiste epidermoide en vallécula glosopiglótica, entidad poco habitual y con escasos reportes en la literatura⁶. El quiste de vallécula en sí mismo es una patología poco común, localizada entre la base de la lengua y la epiglotis, representando el quiste epidermoide menos del 0,01%. Éstos pueden ser adquiridos

o postraumáticos^{7,8}. El ochenta por ciento de los quistes epidermoides se observan en ovarios y testículos, mientras que en la región de la cabeza y el cuello representan solo el 1,6% a 7% según distintas series⁹.

En cuanto a su etiología, se requiere de varios factores como son traumatismos, proliferación epitelial e inflamación. Esta cadena de eventos que ocurren simultáneamente, es infrecuente, y probablemente explica la rareza de estos casos. El 65% de los quistes son denominados amigdalares y tienen como característica un epitelio cúbico a columnar con glándulas mucosas y tejido linfóide folicular. El 20% tiene un componente epitelial prominente y agregados linfoides foliculares focales, otro 10% son quistes oncócitos¹⁰.

Los quistes dermoides y epidermoides se forman a partir de restos de células epiteliales que quedan atrapados congénitamente en la capa subepitelial por los elementos ectodérmicos en los sitios de fusión de los arcos branquiales¹¹. Existe también otra teoría, la de la diferenciación ectodérmica de células multipotenciales, que podría explicar el origen de este tipo de quistes.

La implantación traumática de células del epitelio superficial conduce a su implantación en las capas más profundas, generalmente son asintomáticos, o sintomáticos, en el caso de sobreinfección¹¹. En pacientes pediátricos pueden producir verdaderos casos de urgencia con dificultad respiratoria, estridor, dificultad para la alimentación y retraso del crecimiento. Generalmente no se produce una invasión a cartílago ni ulceración de la mucosa adyacente. Cuando se cronicizan pueden aumentar su tamaño produciendo sintomatología por ocupación de la región, pero no se ha evidenciado progresión hacia la malignidad.

El método diagnóstico principal para este tipo de patologías es la laringoscopia directa. La tomografía computarizada del cuello nos puede mostrar una ocupación quística bien definida. Una señal T2 homogénea en la resonancia magnética favorece su diagnóstico. El tratamiento de estos quistes se realiza mediante la extirpación quirúrgica por laringoscopia de suspensión bajo visión endoscópica, y posterior marsupialización, utilizando instrumental frío o diatermia como láser de CO₂ o electrocauterización¹⁰.

Conclusión

El quiste epidermoide en vallécula glosopiglótica es una entidad poco reportada en la literatura. En el adulto puede pasar inadvertido por años y descubrirse como hallazgo casual, o producir síntomas por su ubicación y tamaño, siendo esencial, en estos casos, el tratamiento quirúrgico en su manejo.

Bibliografía

- Romak JJ, Olsen SM, Koch CA, Ekblom DC. Bilateral vallecular cysts as a cause of Dysphagia: case report and literature review. *Int J Otolaryngol.* 2010;2010:697583. doi:10.1155/2010/697583.
- Sonny A, Nagaraj G, Ramachandran R. Asymptomatic epiglottic cyst: a rare cause of unanticipated difficult intubation. *Middle East J Anaesthesiol.* 2011;21(1):119-120.
- DeSanto LW, Devine KD, Weiland LH. Cysts of the larynx--classification. *Laryngoscope.* 1970;80(1):145-176. doi:10.1288/00005537-197001000-00013.
- Yuce Y, Uzun S, Aypar U. Cisto Assintomático em Região da Valécua: Relato de Caso. *Rev Bras Anesthesiol.* 2013;63:419-21. doi: 10.1016/j.bjan.2013.03.018.
- Remón García C, Delgado Pecellín I, Castillo Reguera YM, Hurtado Mingo AM, Obando Santaella I, González Valencia JP. Quiste de vallécua como causa infrecuente de episodio aparentemente letal [Vallecular cyst as an uncommon cause of a potentially lethal event]. *An Pediatr (Barc).* 2011;74(4):278-280. doi:10.1016/j.anpedi.2010.11.006.
- Hoang TM, Kim BB. A Case Report of a Vallecular Cyst and Literature Review. *J Oral Maxillofac Surg.* 2015;73(9):1766.e1-4. doi: 10.1016/j.joms.2015.05.002.
- Osorio J, Cancino M, Arregui R, Suazo A. Quiste de vallécua como causa de estridor congénito: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello.* 2016;76(2):236-41. doi: 10.4067/S0718-48162016000200016.
- Lahiri AK, Somashekar KK, Wittkop B, Ayshford C. Large Vallecular Masses; Differential Diagnosis and Imaging Features. *J Clin Imaging Sci.* 2018;8:26. doi: 10.4103/jcis.JCIS_15_18.
- Mahalakshmi S, Reddy S, Ramamurthy TK, Shilpa B. Rare Locations of Epidermoid Cyst: Case Reports and Review. *Ethiop J Health Sci.* 2016;26(6):595-601. doi: 10.4314/ejhs.v26i6.14.
- Anjel J. Epidermoid cyst of vallecula. University Journal of Surgery and Surgical Specialities [Internet]. Disponible en: <http://ejournal-tnmgrmu.ac.in/index.php/surgery/article/view/11587>. Consultado el 22 de julio de 2021.
- Puranik SR, Puranik RS, Prakash S, Bimba M. Epidermoid cyst: Report of two cases. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2016;20(3):546. doi: 10.4103/0973-029X.190965.
- Mason DG, Wark KJ. Unexpected difficult intubation. Asymptomatic epiglottic cysts as a cause of upper airway obstruction during anaesthesia. *Anaesthesia.* 1987;42(4):407-10. doi: 10.1111/j.1365-2044.1987.tb03983.x.