

## “IL LARINGOCELE”

**Trebbi - Presutti**

Il laringocele rappresenta una patologia rara (1-2\anno\2.5 milioni di abitanti) che colpisce preferibilmente i maschi con età media alla diagnosi attorno ai 50 anni, per quanto possano esistere forme congenite già clinicamente manifeste in età pediatrica.

Esso consiste in una estroflessione sacciforme a contenuto aereo generata da un'erniazione dell'appendice o sacculo del ventricolo di Morgagni, in comunicazione con il lume laringeo. Il contenuto è in genere rappresentato d'aria, ma in casi di sovrainfezione si può formare un laringopiocele, contenente del pus (Fig 1) (1)

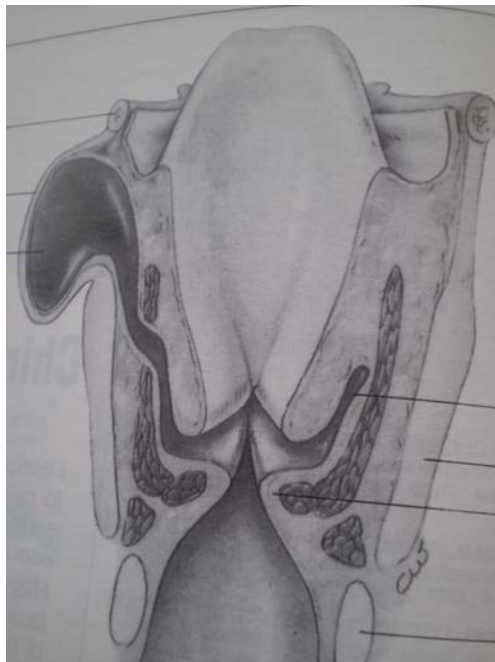


Fig 1:laringocele

La cisti sacculare(2) si distingue dal laringocele in quanto il suo lume non è in connessione con quello della laringe, non contiene aria ed è ricoperta da normale mucosa; tuttavia il trattamento chirurgico non differisce nell'uno o nell'altro caso.

L'eziopatogenesi è ancora assai controversa, tuttavia sono stati ipotizzati due meccanismi: un primo di tipo "congenito", risultato della persistenza di alcuni residui embrionali, ed un secondo "acquisito" legato ad alcune varianti anatomiche come un sacculo largo o una ipotonia dei muscoli tiroepiglottici.

Su tali varianti anatomiche possono sovrapporsi fattori esterni quali le ipertensioni laringee, tipiche dei suonatori di strumenti a fiato, o una possibile ostruzione dell'orifizio sacculare da processo flogistico cronico o da neoplasia, che deve sempre essere esclusa nei pazienti portatori di laringocele.

A tal proposito, l'associazione tra tumore e laringocele varia a seconda delle casistiche dal 4 al 18% e in circa la metà dei casi esso si manifesta bilateralmente. Tale associazione riconosce diverse teorie eziopatogenetiche: ostruzione meccanica dell'orifizio sacculare con intrappolamento di aria nel sacco piuttosto che una ipertensione endolaringea per fenomeni di tosse cronica ed alterazione dei fenomeni endomuscolari; quest'ultima ipotesi spiegherebbe anche la formazione di laringoceli controlaterali.

Dal punto di vista classificativo i laringoceli si suddividono classicamente in 3 gruppi: di tipo interno, esterno e misto. (Fig 2)

Il laringocele interno(2) si presenta esattamente come una cisti sacculare con sede al di sotto della piega vestibolare ed ari-epiglottica con possibilità di debordare nel seno piriforme

Il laringocele esterno, piu' raro del precedente, si estende attraverso la membrana tiroioidea, formando una massa nel collo. Esso è dunque percettibile al davanti del muscolo sternocleidomastoideo e comunica col laringe attraverso un peduncolo.

Il laringocele misto: è il piu' frequente ed unisce le caratteristiche tipiche dei due precedenti casi.

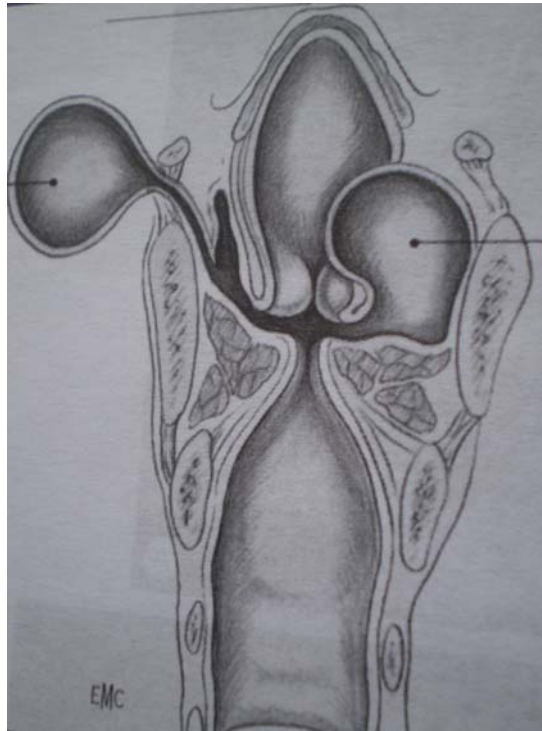


Fig 2: classificazione dei laringoceli

Le manifestazioni cliniche sono legate alle dimensioni del laringocele, pertanto esso tende a rimanere asintomatico fino al raggiungimento di un ingombro volumetrico capace di giustificare la comparsa di disfonia piuttosto che dispnea; fortunatamente solo in rarissimi casi la sintomatologia è improvvisa con dispnea acuta tanto da rendere necessaria una tracheotomia d'urgenza: alla base di tali episodi si riconosce un rapido aumento del volume per importante afflusso di aria durante uno sforzo piuttosto che una sovrainfezione

con sviluppo di un piolaringocele (8-10% dei casi) .Nel bambino il laringocele determina distress respiratorio, stridore, pianto rauco e talora problemi nella alimentazione .

I laringoceli esterni si possono manifestare come una massa la davanti dello sternocleidomastoideo, che si espande con la manovra di Valsalva: il segno di Bryce, a tal proposito, consiste nella comparsa di un gorgoglio durante la compressione della massa cervicale.

Clinicamente il tumore si presenta come una massa ventricolare, a superficie liscia, rosata, comprimibile alla palpazione, a sviluppo anteriore o laterale verso la plica ariepiglottica. La conferma è garantita dallo studio TC che mostra una struttura ben delineata , piena di aria, che può contenere un livello liquido, oltre a definire il tipo di laringocele (interno vs esterno).

Il trattamento (3) richiede una tracheotomia d'urgenza solo nei rari casi di dispnea acuta, associata ad antibioticoterapia in caso di piolaringocele; nella maggior parte dei casi invece il trattamento chirurgico è programmabile con tecnica endoscopica piuttosto che un approccio esterno cervicotomico.

La possibilità di eseguire una marsupializzazione con laser-Co2 si pone in occasione di laringoceli interni di piccole dimensioni mentre in caso di voluminosi laringoceli esterni, è consigliato un approccio cervicotomico paralaterolaringeo sottoioideo in quanto un approccio meramente endoscopico non permetterebbe di seguirne il decorso verso l'alto e verso l'esterno con rischio di exeresi incompleta e conseguente persistenza di cavità residua.

Nell'approccio esterno , spesso anticipato da una tracheotomia, il punto di repere è rappresentato dal bordo superiore della cartilagine tiroidea e dalla membrana tiroioidea che verrà incisa, previa individuazione del peduncolo laringeo superiore, fino ad isolare il sacco erniario che verrà così seguito nella dissezione verso il basso fino a cadere nella banda ventricolare (Fig 3).

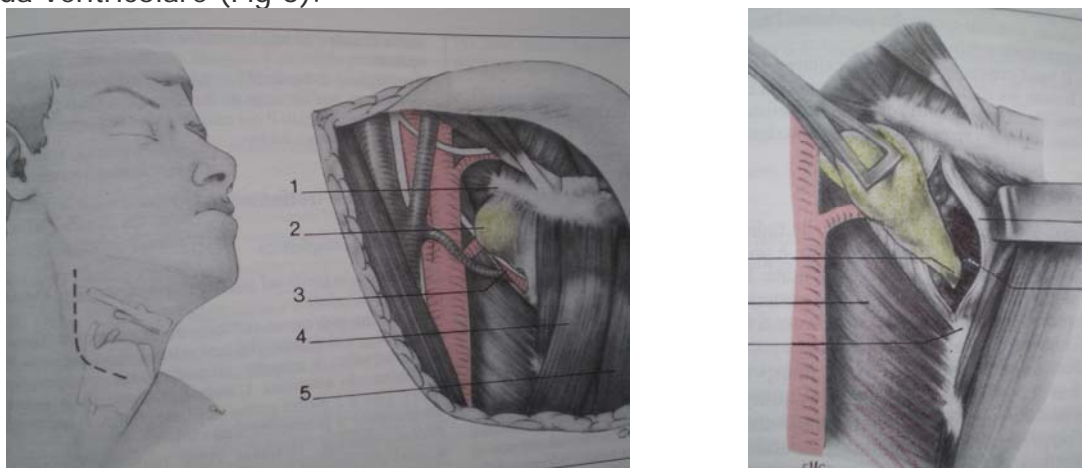


Fig 3:note di tecnica chirurgica nell'approccio cervicotomico al laringocele esterno

Dal 2003 all'oggi, presso la nostra Unità Operativa, sono stati trattati chirurgicamente 5 laringoceli esterni e 3 interni (dei quali 2 piolaringoceli):i primi sono stati trattati con tecnica cervicotomica accompagnati da tracheotomia, quelli interni con tecnica endoscopica;essi sono sottoposti periodicamente a follow-up endoscopico, che al momento pare escludere nella totalità dei casi segni di iniziale recidiva. In nessun caso il laringocele si è associato a carcinoma laringeo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Thomassin JM et A. cisti della laringe e laringoceli. *Encycl Med Chir, otorinolaringoiatria*, 20-695-A-10, 2002, 6p.
2. De Santo LW. Laryngocele, laryngeal mucocele, large saccules and laryngeal saccular cysts: a development spectrum. *Laryngoscope* 1974;84:1291-96
3. Ward RF et A. Surgical management of congenital saccular cysts of the larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1995;104:707-710