

## Experiencia en el diagnóstico y manejo de quistes de cuerda vocal<sup>1</sup>

### Experience in the diagnosis and handling of cysts in the vocal cord

María Ximena Montero P<sup>2</sup>, Marcela Castillo F<sup>2</sup>, Marcos Bejar P<sup>2</sup>, María Constanza Beltrán M<sup>2</sup>,  
Loreto Bustos P<sup>2</sup>, Norma León M<sup>3</sup>, Francisca Fernández L<sup>4</sup>.

#### RESUMEN

*Los quistes de cuerda vocal son un motivo de consulta frecuente en Otorrinolaringología. Su clínica se caracteriza por disfonía de larga evolución, en un paciente con antecedentes de mala respuesta a tratamientos foniatrícos previos. El diagnóstico se realiza mediante la visualización de la lesión, con exámenes como laringoscopia indirecta, idealmente nasofibroscopia, telelaringoscopia y estroboscopia. El tratamiento es mediante microcirugía. El presente estudio tiene como objetivo mostrar la experiencia de la Unidad Docente Asociada de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile en el diagnóstico y manejo de los quistes de cuerda vocal. Se realizó un análisis retrospectivo y prospectivo de todos los pacientes (N =33) con diagnóstico de quiste de cuerda vocal tratados entre junio de 2000 y julio de 2004. El promedio de edad fue de 34,7 años. En el 59% de los casos, el diagnóstico fue efectuado mediante telelaringoscopia asociada a estroboscopia. En el 20% de los pacientes (N =7) el diagnóstico inicial realizado con nasofibroscopia cambió con el uso de telelaringoscopia asociada a estroboscopia. El 79% de los pacientes operados refirió sentirse mejor con respecto a su condición previa.*

**Palabras claves:** Quiste de cuerda vocal, disfonía, estroboscopia.

#### SUMMARY

*Cysts in the vocal cord are a reason of frequent consultation in Otorhinolaryngology. Its clinic is characterized by dysphonia of long evolution, in a patient with antecedents of bad response to previous phoniatic treatments. Diagnostic is made through the visualization of the injury with exams such as indirect laryngoscopy, nasofibroscope, telelaryngoscopy, and stroboscopy. Treatment is via microsurgery. The present paper's objective is to show the experience of the Associated Educational Unit of*

---

<sup>1</sup> Trabajo presentado en la Reunión de la Sociedad Chilena de Otorrinolaringología, Medicina y Cirugía de Cabeza y Cuello, julio 2004.

<sup>2</sup> Médico UDA Otorrinolaringología, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>3</sup> Fonoaudióloga UDA Otorrinolaringología, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>4</sup> Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

*Otorhinology of the Faculty of Medicine of the Pontifical Catholic University of Chile in the diagnosis and handling of cysts of the vocal cord. A retrospective and prospective analysis was made of all the patients (N=33) with cyst of the vocal cord diagnosis treated between June 2000 and July 2004. The age average was 34.7 years. In 59% of the cases, the diagnosis was made through telaringoscopy associated to stroboscopy. In 20% of the patients (N=7) the initial diagnosis made with nasofibroscope changed with the use of telaringoscopy associated to stroboscopy. 79% of the patients operated referred that they were feeling better in relation to their previous condition.*

**Key words:** Vocal cord cyst, dysphonia, stroboscopy.

## INTRODUCCIÓN

La disfonía es un motivo de consulta frecuente en Otorrinolaringología. Frente a un paciente que lo hace por esta causa, uno de los diagnósticos diferenciales que se plantea con cierta frecuencia son los quistes de cuerda vocal.

En los últimos 30 años, gracias al desarrollo de nuevos métodos de estudio y a los aportes en el conocimiento de la fisiología vocal, se ha logrado grandes avances en este ámbito.

Pontes<sup>1</sup>, describió las alteraciones estructurales mínimas laringeas en pacientes con disfonía sin mayores alteraciones al examen. Dentro de este grupo de alteraciones se incluyen los quistes de cuerda vocal.

Estos constituyen lesiones benignas de la laringe. Generalmente son intracordales y están inclui-

dos en la submucosa de éstas, ya sea en la lámina propia superficial o en el espacio de Reinke. Por definición no comprometen el ligamento vocal y, en un 15% de los casos, se asocian a otras alteraciones estructurales mínimas<sup>2</sup> (Figura 1).

Se dividen en dos tipos: quistes de retención mucosa y quistes de inclusión epitelial. Los primeros nacen bajo el borde libre de la cuerda vocal; su apariencia macroscópica es de una lesión –por lo general– redondeada, transparente o de color amarillento, y de consistencia blanda. Histológicamente están compuestos por una pared de epitelio glandular, con un corion inflamado, y su contenido es mucoso<sup>3</sup>.

Su fisiopatología se relaciona con la obstrucción del conducto excretor de glándulas mucosas de esa zona, habitualmente de origen traumático o inflamatorio.

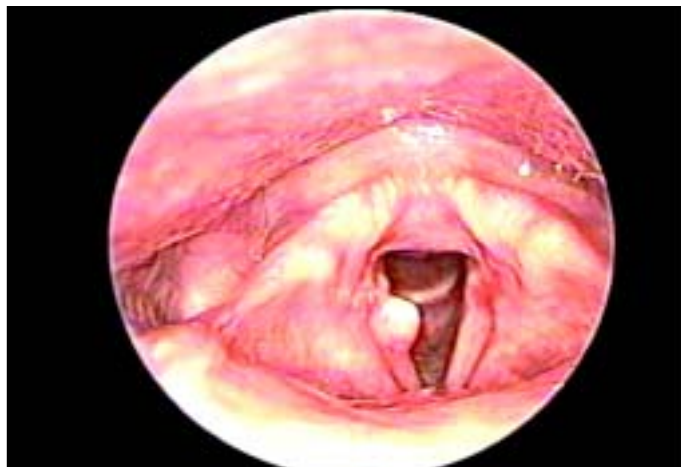


Figura 1. Quiste de cuerda vocal visto bajo telaringoscopia asociado a estroboscopia.

Los quistes de inclusión epitelial se observan macroscópicamente como lesiones fusiformes o redondeadas, más firmes que los quistes de retención mucosa. En etapas iniciales se ven como lesiones grisáceas y, luego, de aspecto blanquecino-nacaradas.

Histológicamente presentan una pared de epitelio pluriestratificado, queratinizado y, en su interior, contienen escamas córneas o de colesterol. El diagnóstico diferencial de este tipo de lesiones es con nódulos fibrosos<sup>4</sup>.

Las nuevas técnicas de imagen disponibles actualmente permiten diferenciar con mayor facilidad estas dos lesiones. Se describe que los quistes, por lo general, producen asimetría y rigidez en el patrón de vibración a la visión estroboscópica, hallazgos muy característicos de estas lesiones.

Por otra parte, la laringoscopia asociada a estroboscopia permite diferenciar lesiones bilaterales, probablemente nódulos, de una lesión unilateral con reacción de cuerda contralateral<sup>5</sup>. Esto posee un valor adicional, ya que permite decidir el manejo de estos pacientes: en el primer caso el tratamiento será sólo foniatrico, mientras que en el segundo será quirúrgico.

El síntoma característico es la disfonía, que puede ser de comienzo reciente, como se observa en los quistes mucosos, o de larga data, en los quistes de inclusión epitelial.

El paciente puede tener antecedentes de lesiones benignas recurrentes y mala respuesta al tratamiento foniatrico.

El tratamiento de los quistes de cuerda vocal es esencialmente quirúrgico, mediante técnicas de microcirugía. En general, se recomienda que la disección sea cuidadosa y la resección completa, debido a que presentan una alta tasa de recidiva.

Se debe plantear reposo vocal postoperatorio y tratamiento foniatrico. Algunos autores otorgan importancia, además, al tratamiento de patologías concomitantes, como el reflujo gastroesofágico, ya que existen estudios que señalan que mediante éste disminuiría el riesgo de recidivas.

El presente trabajo tiene como objetivo describir las principales características de los quistes submucosos de cuerda vocal, así como evaluar el

aporte de las nuevas técnicas disponibles para el diagnóstico, y los resultados del tratamiento quirúrgico y foniatrico.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se efectuó un análisis retrospectivo de todos los pacientes con diagnóstico de quiste de cuerda vocal, realizado mediante nasofibrosocopia o telelaringoscopia asociada a estroboscopia, entre noviembre de 2000 y julio de 2004. Es importante señalar que nuestro centro cuenta con estroboscopia sólo desde el año 2003.

Para el diagnóstico de quiste de cuerda vocal mediante telelaringoscopia asociada a estroboscopia se utilizaron criterios previamente definidos, según lo revisado en publicaciones precedentes<sup>6</sup> (Tabla 1).

El análisis se efectuó mediante la revisión de fichas y protocolos operatorios de los pacientes incluidos dentro del estudio. El seguimiento de éstos se hizo por medio de controles con otorrinolaringólogo y encuesta telefónica.

## RESULTADOS

Se analizaron los resultados obtenidos en 33 pacientes con diagnóstico de quiste de cuerda vocal. La edad promedio de los pacientes fue de 37,5 años (rango: 5-71 años). La distribución etaria de

**Tabla 1. Criterios utilizados para el diagnóstico de quiste de cuerda vocal mediante telelaringoscopia asociado a estroboscopia**

|                |  |
|----------------|--|
| Apariencia     | Masa redondeada, fusiforme, traslúcida |
| Ubicación      | Borde libre, tercio medio              |
| Cierre glótico | Completo, hiato posterior              |
| Borde libre    | Liso, irregular                        |
| Onda mucosa    | Disminuida o ausente                   |
| Amplitud       | Disminución moderada a severa          |
| Vibración      | Ausencia parcial, asimétrica           |

éstos se puede observar en la Figura 2. El 65% de los pacientes era de sexo femenino y el 35%, de sexo masculino.

El motivo de consulta más frecuente fue disfonía (100%), con un tiempo promedio del síntoma de 19,1 meses (rango: 1-60 meses). Otros síntomas asociados fueron odinofagia y carraspera.

El 41% de los pacientes refería haber recibido previamente tratamiento foniatrico. En 16 casos los pacientes tenían un diagnóstico vocal previo, de nódulos de cuerda vocal en el 56% de éstos y pólipos en el 12,5%. En promedio, habían recibido 10,5 sesiones de foniatría.

Con respecto al uso vocal, el 82% de los pacientes refería uso habitual de la voz, un 12% refería uso laboral de la voz y, en el 6% de los casos, de elite (Figura 3).

El diagnóstico de quiste de cuerda vocal se hizo con telaringscopia asociada a estroboscopia en el 59% de los casos, y con nasofibrosocopia en el 41% restante (Figura 4). Todos los pacientes fueron estudiados inicialmente con nasofibrosocopia. Es importante señalar que en siete casos, esto es 20% de los pacientes estudiados, el diagnóstico inicial hecho mediante nasofibrosocopia cambió al realizar evaluación por telaringscopia asociada a estroboscopia.

Con respecto a la ubicación de los quistes, en el 72% de los casos éstos se encontraban en el tercio medio de la cuerda vocal, en el 14% en el tercio anterior, y en el 14% en el tercio posterior (Figura 5). En el 52% de los pacientes el quiste se hallaba en la cuerda vocal izquierda y en el 48%, en la derecha.

Otras lesiones asociadas descritas en el intraoperatorio fueron: reacción inflamatoria de la cuerda contralateral (47%), comisuritis posterior (36%), edema de Reinke, disgenesias vasculares, sulcus y pólipos de cuerda vocal.

Al momento del análisis, el 66% de los pacientes habían sido sometidos a cirugía de resección de quiste de cuerda vocal mediante técnicas de microcirugía, con cordotomía y microcolgajo.

El tratamiento médico postoperatorio incluyó omeprazol 40 mg diarios (54%), corticoides orales y/o tópicos (20%) y sesiones de foniatría, con un promedio de 6,9 sesiones por paciente (83% de los casos).

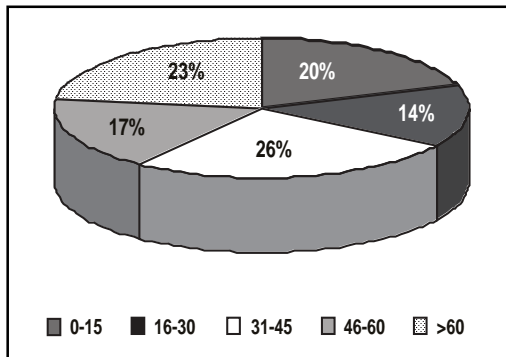


Figura 2. Distribución según grupos etarios.

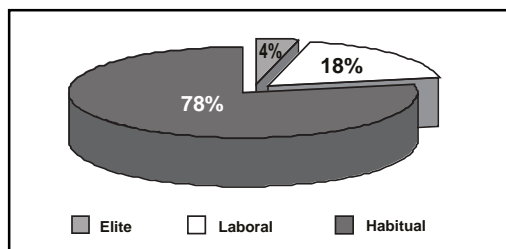


Figura 3. Uso vocal de la población estudiada.

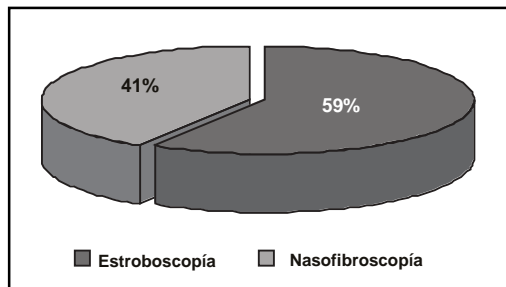


Figura 4. Técnica utilizada para el diagnóstico de quiste de cuerda vocal.

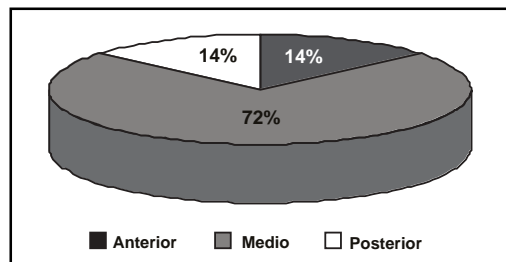


Figura 5. Ubicación anatómica de los quistes de cuerda vocal en el grupo estudiado.

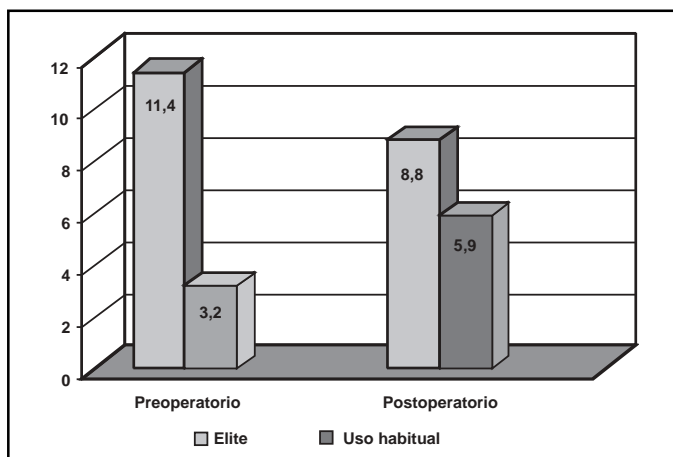


Figura 6. Adherencia de los pacientes al tratamiento foniatrico.

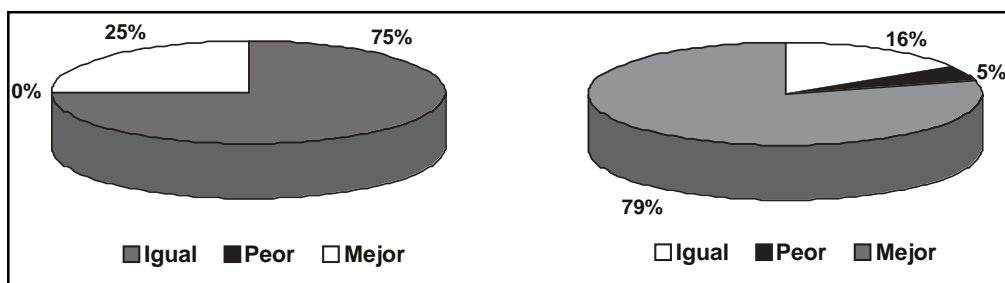


Figura 7. Percepción respecto a la respuesta al tratamiento.

Es interesante destacar que aquellos pacientes que tenían uso vocal de tipo elite o laboral presentaron una mejor adherencia a las sesiones de foniatría, tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio (Figura 6).

Los pacientes realizaron reposo vocal absoluto durante un promedio de 8,3 días.

Para evaluar la percepción del paciente sobre la respuesta al tratamiento indicado, se efectuó una encuesta telefónica.

Del total de pacientes operados (N =19), el 79% (N =15) refirió sentirse mejor con respecto a su condición previa, el 16% (N =3) señaló no percibir cambios significativos con respecto a su condición previa, y en un caso, lo que corresponde a 5% de los operados, el paciente declaró sentirse peor.

Por otra parte, de los pacientes no operados (N =6) y que sólo recibieron tratamiento foniatrico, el 25% (N =2) refiere notar mejoría desde el punto de vista vocal, y un 75% declara no notar cambios (N =4). Ningún paciente de este grupo señaló sentirse peor (Figura 7).

No se encontró correlación entre tiempo de evolución de la disfonía, edad, uso vocal y patologías asociadas y el resultado quirúrgico.

## CONCLUSIONES

La disfonía es un motivo de consulta frecuente, y los quistes de cuerda vocal constituyen una alternativa diagnóstica, independiente de la edad de los pacientes.

Nuestros resultados muestran que la mayoría de los quistes de cuerda vocal se observan en pacientes que se encuentran en la edad media de la vida. Sin embargo, creemos que deben ser considerados en pacientes disfónicos a cualquier edad, dado el alto porcentaje de niños en nuestro grupo de estudio.

También podemos señalar que, en algunos casos, no es posible establecer un diagnóstico correcto sólo por nasofibroscofia, por lo que la telelaringoscopia asociada a estroboscopia se presenta como una alternativa eficaz de ayuda en el diagnóstico de estas lesiones.

En algunos casos, la reacción de la cuerda vocal contralateral puede inducir a un error diagnóstico y de tratamiento. La telelaringoscopia asociada a estroboscopia permite una mejor imagen y un análisis de las características de la onda mucosa, ya que en ciertos casos observamos que la reacción contralateral a la cuerda afectada puede inducir a un error diagnóstico a la nasofibroscofia.

La importancia de establecer un diagnóstico oportuno permite establecer un tratamiento adecuado y evitar el alto número de sesiones fonaudiológicas preoperatorias innecesarias. Basados en lo anterior, planteamos que es muy importante

una adecuada coordinación entre el equipo médico y el fonaudiólogo en el manejo de estos pacientes, intentando obtener los mejores resultados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. PONTES P. Examen laringológico. En: Behlau M, Pontes P, eds. *Availação e tratamento das disfonias*. Sao Paulo: Lovise, 1995; 143-6.
2. MOSES RL, HAWSHAW M. Complications of vocal fold varicosities and their treatment. *Ear Nose Throat J* 1998; 77: 450.
3. SEVERO J, KOREN R, HADAR T ET AL. Clinicopathologic study and classification of vocal cord cysts. *Pathol Res Pract* 2000; 196: 95-8.
4. SATALOFF RT, HAWSHAW M, HOOVER CA, SPIEGEL JR. Vocal fold nodule and cyst. *Ear Nose Throat J* 1998; 77: 728.
5. SATALOFF RT, MC CARTER AA, HAWSHAW M. Bilateral vocal fold masses: cysts versus reactive nodules. *Ear Nose Throat J* 1998; 77: 86.
6. ROSEN CA, LOMBARD LE, MURRY T. Acoustic, aerodynamic, and videostroboscopic features of bilateral vocal fold lesions. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2000; 109: 823-8.