

Carcinoma Adenoideo quístico de laringe. Presentación de un caso.

HOSPITAL PROVINCIAL UNIVERSITARIO "CDTE. FAUSTINO PÉREZ." MATANZAS.
Carcinoma adenoideo quístico de laringe. Presentación de un caso.
Laryngeal cystic adenoid carcinoma. Presentation of one case.

AUTORES:

Dr. Evians Gómez de la Rosa. (1)
Dr. Dimas Morales Carbot. (2)
Dr. Hipólito A. Campes Cruz. (1)

(1) Especialista 1er Grado Otorrinolaringología. Profesor Instructor
(2) Especialista 2do Grado Otorrinolaringología. Profesor Auxiliar

RESUMEN

Se presenta un caso de carcinoma adenoideo quístico de la laringe de localización subglótica que clínicamente se manifestó por disfonía. Se señala lo poco frecuente de esta variedad histológica a nivel de la laringe. Se destacan aspectos de evolución clínica y terapéutica.

DESCRIPTORES(DeCS):

CARCINOMA QUISTICO ADENOIDE / diagnóstico
CARCINOMA QUISTICO ADENOIDE / epidemiología
CARCINOMA QUISTICO ADENOIDE / patología
CARCINOMA QUISTICO ADENOIDE / cirugía

INTRODUCCIÓN

La gran mayoría de los tumores malignos de la laringe son carcinomas de células escamosas en sus diferentes grados de diferenciación, existe coincidencia en que sobrepasan el 95% del total (1-6). Considerando la localización dentro del órgano, los tumores del área subglótica, como lesión primaria, son raros (1-5%), permaneciendo largo tiempo asintomáticos hasta que fijan la cuerda u ocasiona obstrucción de la vía aérea. (3,4)

El carcinoma adenoideo quístico, considerado una forma especial de carcinoma, es tumor de amplia distribución potencial en cabeza y cuello pudiendo aparecer dondequiera que exista tejido salival (1,6,7). Es considerado de alta malignidad siendo dividido desde el punto de vista de anatomía patológica en tres patrones histológicos: tubular, cribiforme y sólido (sin descartar que pueden estar presentes los tres patrones en un mismo tumor) con orden creciente de recurrencia (59-89-100%) y decreciente de supervivencia media (9-8-5 años) respectivamente. (4)

Caso Clínico

Paciente masculino de 67 años de edad con antecedentes de salud anterior y sin hábitos tóxicos precedentes, que acude a consulta de ORL por presentar ronquera de tres meses de evolución sin otro síntoma acompañante.

Examen físico

Laringoscopia indirecta: tumefacción de color rojizo uniforme y superficie lisa de aproximadamente un centímetro de diámetro y localización subglótica izquierda que compromete la movilidad de la cuerda vocal sin fijarla.

Examen del cuello: no se palpan módulos.

Resto del examen negativo.

Rx de tórax: negativo

Con el diagnóstico presuntivo de tumor maligno de laringe de localización subglótica se realiza laringoscopia directa con toma de muestra para biopsia destacándose en este proceder la firmeza de la masa tumoral. Diagnóstico anatomopatológico: Formación tumoral compuesta de nidos y columnas de células dispuestas concéntricamente de una manera cribiforme alrededor de un espacio pseudoglandular, conservación del epitelio suprayacente: Carcinoma adenoideo quístico de laringe de patrón cribiforme clásico. Se realiza TAC de laringe siendo informada como: masa tumoral que estrecha y distorciorna la luz laringe hasta obliterarla parcialmente.

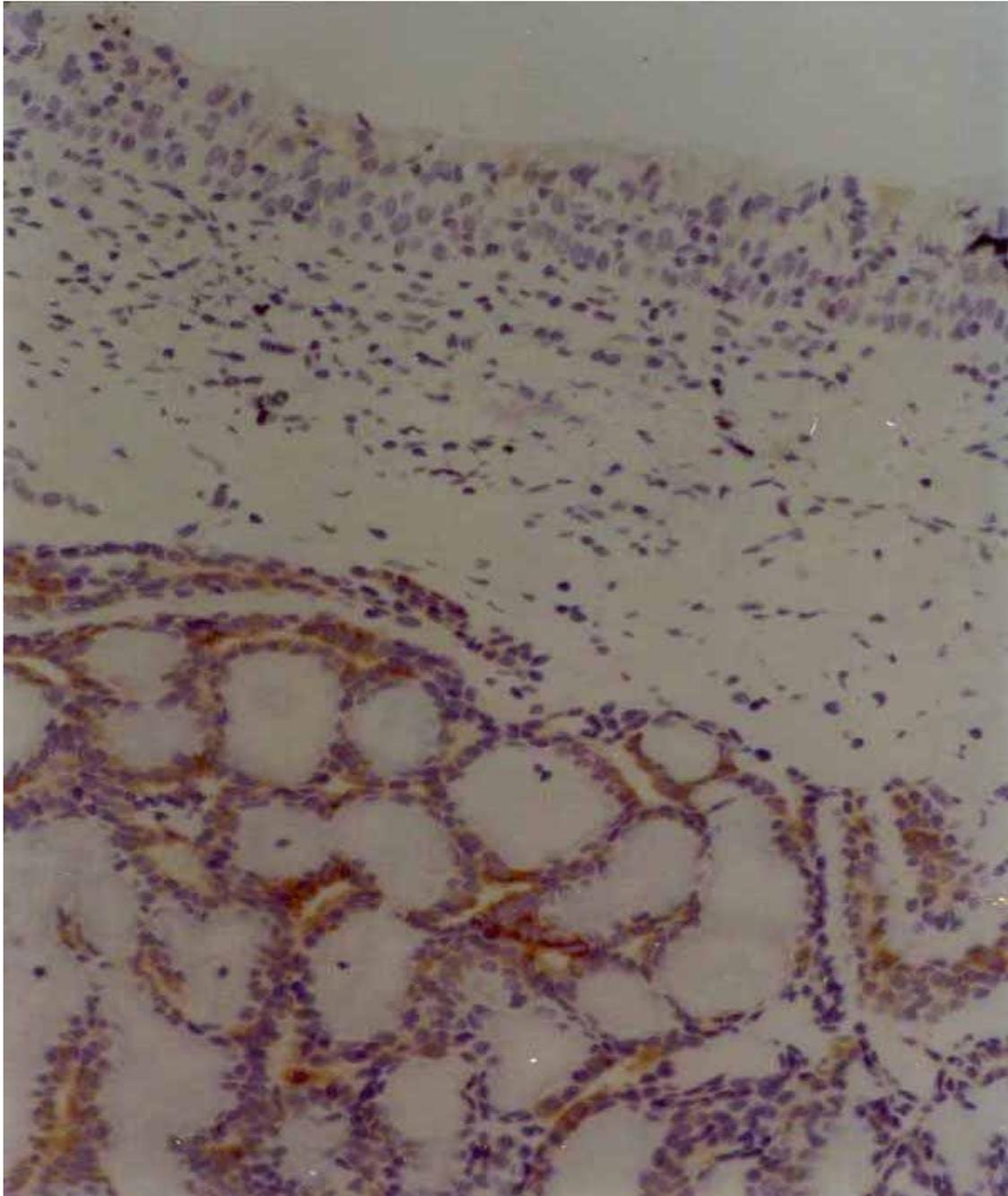
Características clínica y tratamiento .

Los carcinomas adenoideo quísticos de la laringe son extremadamente raros, (1,3,-5,6,8) señalándose la tendencia por la localización traqueal en la parte alta del aparato respiratorio. (1,2,9,10)

En un amplio estudio realizado por Batzakis y Cohen, acerca de 13,142 tumores malignos de laringe, se refleja que en 100 casos ocurrió en glándulas salivales menores de los cuales el 47% eran adenocarcinomas y solo el 29% carcinomas adenoideo quísticos(5).Se considera de manera general que muestra tendencia a mantenerse asintomático con curso prolongado sin manifestaciones después del tratamiento, pudiendo producir recurrencias locales o metástasis a distancia posterior a los 5 años a pesar de lo cual la sobrevida suele ser prolongada. (2-5,10) Otras características específicas de este tipo de tumor son la invasión local, perivascular y especialmente perineural pudiendo llegar por esta vía al endocráneo (1,5,6). La presencia de nódulos cervicales clínicamente manifiestos u ocultos, en las estadísticas más pesimistas no muestran cifras superiores al 15% de posibilidad real de metástasis a ganglios regionales(4-6). La opinión más generalizada tiene tendencia manifiesta al tratamiento quirúrgico radical ante la presencia de un tumor de alto grado de malignidad con escasa respuesta positiva al tratamiento radiante o quimioterapéutico(4,8-11). Discutido el caso y considerando los aspectos analizados anteriormente, se realiza laringectomía total clásica. En el acto quirúrgico se exploran áreas de cadenas ganglionares no existiendo evidencia o sospecha de invasión a ese nivel.

En el transcurso de la intervención, se aprecia nódulo de aproximadamente 0,5 cm . De diámetro en el espesor del parénquima del lóbulo izquierdo de la glándula

tiroides el cual se extirpa. Diagnóstico anatomopatológico: carcinoma papilar de tiroides.
Evolución postoperatoria satisfactoria.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ellis GL, Auclair PL. Atlas of tumours pathology. Tumours of salivary glands. Washington: Armed Forces Institute ; 1996.p.228-49.
2. Seifert G, Sobin LH. Histological classification of salivary gland tumours. world Health Organization. International histological classification of tumours. 2 ed. Berlin : Springer-Verlag; 1991.p. 29-30

3. Schuller DE, Schleuning AJ. De Weese and Sanders. Otorrinolaringology, head and neck surgery. 8 ed. New York: Mosby Year book ; 1994.p. 243.
4. Dueñas Parilla JM, Álvarez Bautista A, Sánchez Gómez S, Tirado Zamora I. Carcinoma adenoideo quístico de la laringe. Otorrinolaringología Básica. España: Ed Argón SA; 1988.p. 287
5. Bignardi L, Aimoni C, Franceschetti E, Galcerán M. Carcinoma adenoideo quístico de la laringe. An Otorrinolaringol Esp 1993; 44(2): 141-5.
6. Bitiutski PG, Kozhanov LG, Volchenko NN, Pavliuk DI. Adenoid cystic carcinoma of the tráquea. Sov Med 1991; (10): 90-1
7. Garner S L, Robinson RA, Maves MD, Barnas CH. Salivar Gland. Carcinosarcoma: True malignant mixto tumor. Ann Otol Rhinol Laryngol 1989; 98(3):611-704.
8. Tognton JC, Wilkins MJ, Cook HT, Stafford ND. True malignant mixed tumour of a minor salivary. Laryngol Otol 1994;108:76-9.
9. Grepp DR, Malignant mixed tumours of the salivary gland: a review. Pathol Annu 1993; 28(pt1): 279-328
10. Dardick I, Hardie J, Thomas MJ, Von Nostrand AW. Ultra structural contributions to the study of morphological differentiation in malignant mixed(pleomorphic) tumours of salivary gland. Head neck 1989; 11(3):5-21.
11. Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause C, Schuller D. Otorrinolaringology, head and neck surgery. 2 ed . Washington: EEUU: Springer-Verlag; 1993. p. 1043,1925,1935,1942-44.

SUMMARY

A case of larynx adenoid carcinoma of localization subglottic is presented which was shown dysphonia. The infrequency of this histologic variety to larynx level is pointed out. Clinical evolution and therapeutic aspects are demonstrated