

Descripción de pacientes que, por sus características clínicas, de diagnóstico, forma de presentación infrecuente, imágenes radiológicas o estudios histopatológicos demostrativos puedan resultar de interés para nuestros lectores. www.siicsalud.com/tit/casiic.php

Adenocarcinoma laríngeo no especificado a nivel glótico en un paciente fumador y bebedor

Not specified laryngeal adenocarcinoma at glottic level in a drinking and smoker patient

Elena Sánchez Legaza

Doctora, Facultativa experta de área, Otorrinolaringología, Hospital Punta de Europa, Algeciras, España

Rosario Guerrero Cauqui, Doctora, Facultativa experta de área, Anatomía patológica, Hospital Punta de Europa, Algeciras, España

Regla Gallego Gallegos, Doctora, Facultativa experta de área, Aparato digestivo, Hospital Punta de Europa, Algeciras, España

Acceda a este artículo en siicsalud



Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)

+ Especialidades médicas relacionadas,
producción bibliográfica y referencias
profesionales de las autoras

www.siicsalud.com/dato/casiic.php/154614



www.dx.doi.org/10.21840/siic/154614

■ Caso clínico

Paciente varón de 57 años con cardiopatía isquémica y dos stents, ex fumador y bebedor importante, que acude a consultas externas por disfonía de un año de evolución, agravada por un cuadro sincopal en una semana.

En la exploración se aprecia una lesión ulcerovegetante en cuerda vocal izquierda (CVI) inmóvil y edema de Reinke en cuerda vocal derecha; no se palpan adenopatías.

Se pide una tomografía computarizada cérvico-torácica, que muestra engrosamiento de la CVI con afectación del espacio paraglótico, y esclerosis de la mitad izquierda del cartílago cricoides, el aritenoides subyacente y la comisura anterior, así como múltiples adenopatías laterocervicales bilaterales < 15 mm (Figura 1).

Se realiza una microcirugía laríngea con toma de biopsia y traqueotomía, con diagnóstico de adenocarcinoma no especificado laríngeo (Figuras 2 y 3), y estadije de T₄N₂M_x.

Se comenta el caso en el Comité de Cáncer de Cabeza y Cuello de la institución y se desestima el tratamiento quirúrgico por tratarse de un paciente, según sistema de clasificación, ASA III. Se resuelve aplicar radioterapia (RT) radical de 70 Gy, distribuida en 35 sesiones sobre el lecho tumoral y los niveles ganglionares bilaterales II al IV, con tolerancia parcial (tuvo radiodermatitis, disfagia y odinofagia de grado I), de forma concomitante con siete ciclos de quimioterapia (QT) con cetuximab semanal.

Tuvo una respuesta parcial al tratamiento, pues a los tres meses de terminar la RT/QT presentó odinofagia sin disfagia, y en la rinofibrolaringoscopia aparece un edema submentoniano duro con edema intenso de aritenoides y obstrucción parcial de ambos senos piriformes, sin lesión glótica. La resonancia magnética (RM) presentaba desestructuración de la laringe

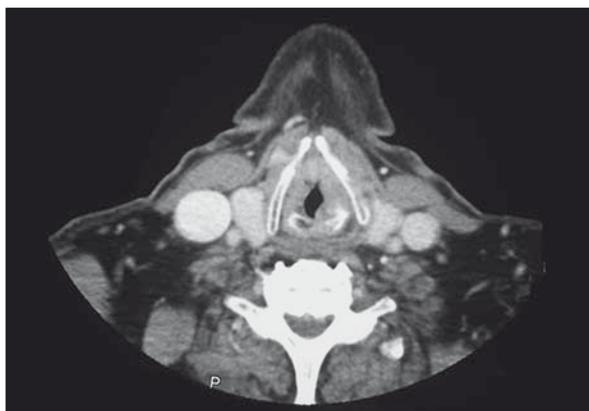
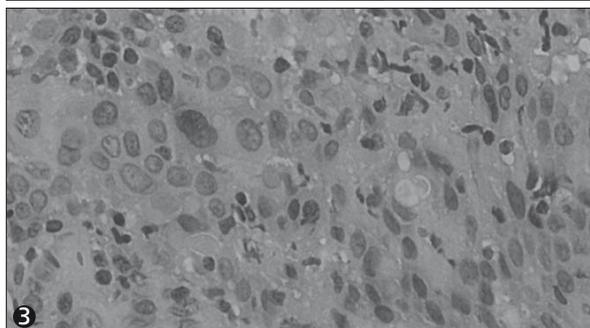
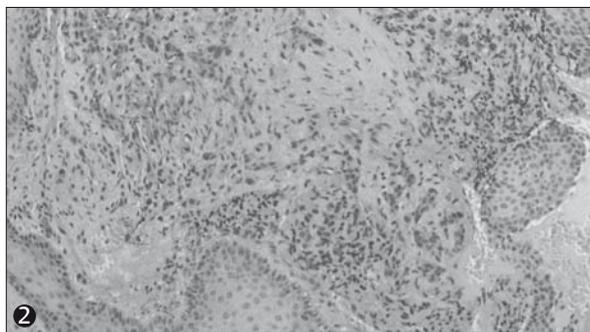


Figura 1. Tomografía computarizada cervical: afectación de CVI, aritenoides subyacente y comisura anterior hasta espacio paraglótico, con esclerosis de la mitad izquierda del cartílago cricoides y múltiples adenopatías laterocervicales bilaterales.

CVI, cuerda vocal izquierda.



Figuras 2 y 3. Se aprecian células neoplásicas formando glándulas (tinción con hematoxilina y eosina). La figura 2 a 10x y la figura 3 a 40x.

con engrosamiento de ambas cuerdas vocales, extendiéndose a supraglotis, seno piriforme izquierdo, grasa paraglótica, prelaríngea y cervical.

Al año ingresa por asstena, pérdida de peso, cefalea, y salida de alimento por cánula secundaria a una fístula traqueoesofágica por progresión de la enfermedad confirmada con RM craneocervical: asimetría de pared posterior de la hemilaringe izquierda, desde supraglotis hasta subglotis, y atrofia cerebral. Se coloca una sonda nasogástrica y se propone dar cetuximab tras resolución de fístula, pero luego de aplicar dos ciclos fallece por paro cardiorrespiratorio.

■ Discusión

Los adenocarcinomas laríngeos constituyen un grupo histológicamente diverso muy raro, que representa menos del 1% de los carcinomas no escamosos laríngeos. Debido a su rareza, no se han incluido en la clasificación de la OMS de 2005.³ New y Erich fueron los primeros autores que describieron este tumor. La mayoría de los adenocarcinomas laríngeos surgen del epitelio de superficie, y algunos, de las glándulas seromucosas; de ahí que sean más frecuentes a nivel supraglótico (52%) y subglótico, aunque no se puede descartar que surjan de una transformación neoplásica de células indiferenciadas del epitelio de superficie, por su analogía con otros tumores epiteliales malignos.⁴ En la glotis (5%) se localizan en el suelo del seno de Morgagni y la cara subglótica de la comisura anterior. Su etiopatogenia es desconocida.⁵ Etiológicamente, no suelen asociarse con factores de riesgo del carcinoma escamoso del tracto aerodigestivo, a diferencia del caso descrito: varón fumador y bebedor importante.

Suele predominar en los varones entre la sexta y séptima décadas de la vida. Pueden tener un grado de malignidad alto o intermedio, y presentan un comportamiento agresivo,⁶ de ahí que se diagnostiquen en estadios III y IV, en comparación con los carcinomas escamosos en el mismo estadio; con in-

vasión perineural y perivascular, que infiltra tejidos blandos y produce múltiples recurrencias y metástasis a nivel ganglionar y a distancia (pulmón e hígado).⁷

Histológicamente, las células son PAS+, que con técnicas inmunohistoquímicas presentan positividad a CEA y CK7.⁸ El diagnóstico diferencial se realiza por exclusión, pues no presenta histología característica. Primero, se haría con tumores metastásicos en laringe (adenocarcinoma de colon, pulmón y mama, carcinoma de células renales), mediante anticuerpos específicos; seguido del carcinoma adenoescamoso, el carcinoma mucoepidermoide y el carcinoma adenocístico.⁹ Los tumores metastásicos en laringe son raros, representan menos del 0.4%, y los más frecuentes son los melanomas cutáneos, seguidos del carcinoma renal, de mama y de pulmón.¹⁰ El pronóstico depende del estadio clínico en el momento del diagnóstico, con una supervivencia media de dos años.

No existe consenso en cuanto a su tratamiento, pero el de elección es la resección quirúrgica intensiva con márgenes libres. En estadios loco-avanzados, tumores con bordes quirúrgicos afectados, metástasis regionales y afección perineural es más eficaz la combinación de cirugía y RT.¹¹ Suele ser útil la QT con cirugía para evitar metástasis a distancia, o en combinación con RT en pacientes con metástasis a distancia en presentaciones iniciales.¹²

■ Conclusiones

El adenocarcinoma laríngeo es un cáncer de laringe no escamoso, infrecuente, de estirpe glandular, localizado preferentemente en la supraglotis, de etiopatogenia desconocida y sin factores de riesgo asociados. A diferencia del cáncer escamoso, tiene un comportamiento más agresivo y peor pronóstico. Su diagnóstico es histológico, se realiza por exclusión de otros tumores metastásicos y su tratamiento es la exéresis quirúrgica, sola o asociada con RT.

Las autoras no manifiestan conflictos de interés.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2017
www.siic.salud.com

Bibliografía

1. Batsakis JG, Luna MA, El-Naggar AK. Non-squamous carcinomas of the larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 101:1024-1026, 1992.
2. Nielsen TK, Bjørndal K, Krogdahl A, Primdahl H, Kristensen CA, Andersen E. Salivary gland carcinomas of the larynx: a national study in Denmark. *Auris Nasus Larynx* 39(6):611-614, 2012. doi:10.1016/j.anl.2012.02.003. Epub 2012 Mar 15.
3. Ereño Zárate C. La nueva clasificación de la OMS 2005: Lesiones precursoras y los tumores de la laringe, hipofaringe y tráquea. *Rev Esp Patol* 40(1):3-10, 2007.
4. Puñal Vidal LP, Suárez Peñaranda JP, Izquierdo MR, Loureiro CD, Caballero TL, Vila JF. Adenocarcinoma de laringe: presentación de un caso. *Acta Otorrinolaringológica Española* 59(10):500-502, 2008.
5. Ebru T, Ömer Y, Fulya P, Ufulk U, Kemal K. Primary mucinous adenocarcinoma of the larynx in female patient: a rare entity. *Annals of Diagnostic Pathology* 16:402-406, 2012. doi:org/10.1016/j.anndiagpath.2011.03.006.
6. Alavi S, Namazie A, Calcaterra TC, Blackwell KE. Glandular carcinoma of the larynx: the UCLA experience. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 108:485-489, 1999.
7. Bayram I, Ugras S, Kiris M, Reçber D. Adenocarcinoma of the

larynx: a case report with histochemical and immunohistochemical studies. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg* 13(1-2):41-45, 2004.

8. Loochtan MJ, Shaar M, Pambuccian S, Borrowdale R. Subglottic basal cell adenocarcinoma. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 125(2):169-172, 2016.

9. Mokhtari S, Mohsenifar Z, Mokhtari S. Diagnostic histological features of metastatic lymph nodes in adenosquamous carcinoma. *Pathol Res Pract* 208(6):360-362, 2012. doi: 10.1016/j.prp.2012.04.002. Epub 2012 May 7.

10. Haberman PJ, Haberman RS. Laryngeal adenocarcinoma, not otherwise specified, treated with carbon dioxide laser excision and postoperative radiotherapy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 101(11):920-924, 1992.

11. Spinazzi EF, Abboud MT, Dubal PM, Verma SP, Park RC, Baredes S. Laryngeal adenocarcinoma not otherwise specified: A population-based perspective. *Laryngoscope* 2016. doi: 10.1002/lary.26055. [Epub ahead of print].

12. Lucioni M, Marioni G, Libera DD, Bittesini L, Mangialaio M, Giacomelli L. Treatment of unusual or rare laryngeal nonsquamous primary malignancies: radical (total/extended total laryngectomy) or conservative surgery? *Am J Otolaryngol* 29(2):106-112, 2008. doi: 10.1016/j.amjoto.2007.02.007.

Información relevante

Adenocarcinoma laríngeo no especificado a nivel glótico en un paciente fumador y bebedor

Respecto a la autora

Elena Sánchez Legaza. Doctora *Cum Laude* en Otorrinolaringología por la Universidad de Málaga, Málaga, España; vocal del Comité de Cáncer de Cabeza y Cuello; revisora de la revista Acta Otorrinolaringológica Española y autora de numerosas publicaciones en varias revistas.



Respecto al artículo

El cáncer laríngeo representa el segundo tumor maligno más frecuente de los cánceres de cabeza y cuello. Se clasifican en carcinomas escamosos y no escamosos, los de tipo escamoso constituyen más del 90% de los casos, y en los que el tabaco es el principal factor etiológico y el alcohol, un agente sinérgico.

La autora pregunta

Los adenocarcinomas laríngeos constituyen un grupo histológicamente diverso muy raro, que representa menos del 1% de los carcinomas no escamosos laríngeos. No se han incluido en la clasificación de la OMS de 2005. La mayoría surgen del epitelio de superficie, aunque no se puede descartar que surjan de una transformación neoplásica de células indiferenciadas del epitelio de superficie, por su analogía con otros tumores epiteliales malignos.

Indique la afirmación correcta acerca de los adenocarcinomas laríngeos:

- A) Son más frecuentes después de los 60 años de edad.
- B) No se suelen asociar con factores de riesgo.
- C) Tienen un comportamiento agresivo.
- D) No tienen una histología característica.
- E) Todas con correctas.

Corrobore su respuesta: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/154614

Palabras clave

neoplasia laríngea, cigarrillo, adenocarcinoma, laringe, alcohol

Key words

laryngeal neoplasms, adenocarcinoma, larynx, alcohol, cigarette

Lista de abreviaturas y siglas

CVI, cuerda vocal izquierda; RT, radioterapia; QT, quimioterapia; RM, resonancia magnética.

Cómo citar

Sánchez Legaza E, Guerrero Cauqui R, Gallego Gallego R. Adenocarcinoma laríngeo no especificado a nivel glótico en un paciente fumador y bebedor. *Salud i Ciencia* 22(5):447-449, May-Jun 2017.

How to cite

Sánchez Legaza E, Guerrero Cauqui R, Gallego Gallego R. Not specified laryngeal adenocarcinoma at glottic level in a drinking and smoker patient. Salud i Ciencia 22(5):447-449, May-Jun 2017.

Orientación

Diagnóstico

Conexiones temáticas

Oncología, Otorrinolaringología