

Colisión tumoral en laringe: A propósito de un caso

Tumor collision in larynx: Report of a case.

RESUMEN

El concepto de colisión tumoral se define como una masa tumoral que engloba dos estirpes celulares distintas que pueden pertenecer o no a un mismo órgano. Dicha situación ocurre raramente en los tumores de cabeza y cuello.

Presentamos un caso de colisión tumoral entre carcinoma epidermoide de laringe y adenocarcinoma folicular de la glándula tiroides.

PALABRAS CLAVE:

Colisión tumoral en laringe.

SUMMARY

The concept of tumor collision is defined as a tumor mass that includes two different cell lines which belong or not to the same organ. This situation rarely occurs in the head and neck tumors.

We report a case of squamous cell carcinoma tumor collision between larynx and follicular adenocarcinoma of the thyroid gland.

KEY WORDS:

Larynx tumor collision.

Introducción

Las segundas neoplasias de cabeza cuello son frecuentes, relatando en la literatura una incidencia de 30%¹.

El concepto de colisión tumoral se define como una masa tumoral maligna que contiene más de una estirpe celular distinta y están en íntimo contacto, aunque este concepto difiere según diferentes autores que mencionaremos posteriormete³.

Presentamos un caso de colisión tumoral con estirpes celulares de carcinoma epidermoide de laringe y carcinoma foliculares de células de Hürtle de glándula tiroides

Caso Clínico

Varón de 80 años, ex fumador desde hace 30 años, que acudió a urgencias por episodio de disnea y estridor laríngeo.

En la exploración, se observó una parálisis laríngea bilateral con superposición de las bandas ventriculares sobre las cuerdas vocales, las cuales no se pudieron visualizar, y una luz glótica prácticamente nula.

Se procedió a realizar una traqueotomía de urgencia. Durante dicha intervención, se localizó el istmo tiroideo de características patológicas siendo friable y con mayor sangrado de lo habitual, por lo que se decidió tomar una biopsia durante dicho proceso.

Durante el ingreso del paciente, se realizaron distintas pruebas complementarias para estudiar la causa de la parálisis laríngea bilateral y concretar las lesiones de la glándula tiroides. Ni la biopsia realizada durante la traqueotomía, ni la PAAF ni BAG posteriores proporcionaron datos celulares útiles para establecer un diagnóstico. La TC Cráneo-Cervico-Torácico objetivó una laringe irregular a nivel gloto-subglótico con escasa luz aérea y un tiroi-des aumentado de tamaño a expensas de lóbulo tiroideo izquierdo, con crecimiento intratorácico y realce heterogé-neo de unos 4 cm.

Ante estos hallazgos, se decidió realizar una laringosco-pia directa y un PET-TC para comprobar el comportamiento metabólico de la glándula tiroides.

En la microcirugía laríngea, tras exponer las cuerdas vocales con dificultad, se tomaron biopsias de ambas cuer-das vocales y subglotis, donde se observaron lesiones friables y sangrantes. El estudio histopatológico reveló focos de carcinoma epidermoide.

En cuanto al PET-TC, se evidenciaron dos focos meta-bólicos importantes. El primero a nivel de la región glótica con un SUVmáx5.6 localizado en cuerda vocal izquierda, de carácter indeterminado y el otro a nivel de la glándula tiroides con captación metabólica homogénea SUVmáx 42.4, sugestivo de malignidad (Fig. 1).

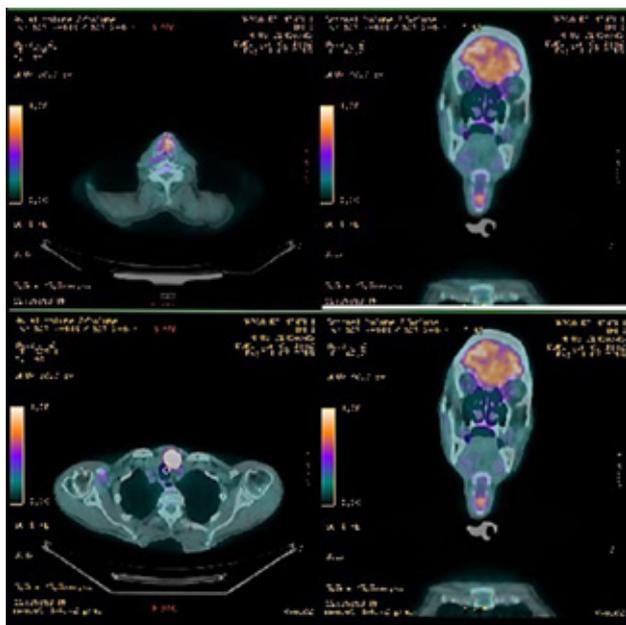


Figura 1: Arriba: imagen de PET-TAC con hipercaptación a nivel glótico izquierdo. Abajo: imagen de PET-TAC con hipercaptación a nivel de lóbulo tiroideo izquierdo.

Con estos resultados, se presentó el caso en Comité Oncológico donde se decidió llevar a cabo una laringectomía total con vaciamiento cervical funcional bilateral y tiroidectomía total (por la extensión del carcinoma a subglotis y con objeto de obtener el diagnóstico de la masa tiroidea).

La pieza laríngea fue informada como carcinoma epidermoide localizado en ambas cuerdas vocales y subglotis, con ruptura completa del cartílago tiroides. En cuanto a la glándula tiroides, se objetivó un carcinoma folicular variante Oncocítica (Células de Hürtle) localizado en istmo y lóbulo izquierdo, dicho tumor estaba parcialmente encapsulado pero sobrepasaba ampliamente la cápsula invadiendo el cartílago tiroides y contactando con la neoplasia laríngea conformando una única masa con ésta (Fig. 2).

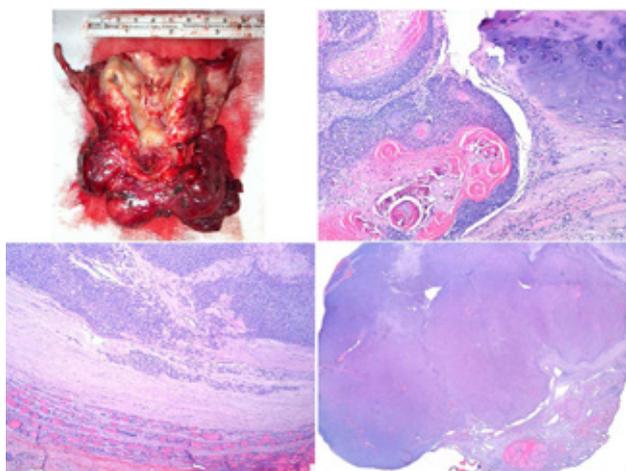


Figura 2: Arriba: Pieza quirúrgica de laringectomía en bloque con la glándula tiroides. Se observa una lesión infiltrante en ambas cuerdas, subglotis y comisura anterior. Imagen histológica donde se aprecia la ruptura del cartílago tiroides. Abajo: corte histológico de la glándula tiroides donde se aprecia el tejido sano en la zona inferior. Corte a más aumento con ruptura de la cápsula por el carcinoma folicular (variante de Hürtle).

En los vaciamentos ganglionares se aislaron 16 adenopatías en el lado derecho y 14 en el izquierdo, ninguno de ellos con patología.

Así pues, nos encontrábamos frente a dos tumores sincrónicos, de distintas estirpes celulares, que contactaban íntimamente, ambos fueron catalogados de pT4N0M0.

Tras presentar el caso de nuevo en el Comité Oncológico, se decidió completar tratamiento con radioterapia adyuvante y yodo radiactivo.

Discusión

Es frecuente la aparición de segundos primarios en los carcinomas escamosos de cabeza y cuello, reportándose en la literatura una incidencia del 30%, siendo el 11% en la serie de Álvarez Marcos, et al. realizada en el Hospital Valle del Nalón (Asturias)¹.

En cuanto al momento de aparición de la segunda neoplasia, suele ser en los 3 primeros años tras el tratamiento¹: metacrónicos (78.02%), sincrónicos (en los 6 primeros meses, 16.48%) y simultáneos (5.49%)⁶.

La localización más habitual de los segundos primarios suele ser en cabeza y cuello y a continuación en pulmón, siendo los carcinomas de supraglotis y orofaringe los que más segundos primarios presentan¹.

En cuanto al concepto de colisión tumoral, existen controversias en su definición. Algunos autores lo describen como la coexistencia de dos lesiones malignas, histológicamente distintas, en íntima continuidad dentro de la misma masa neoplásica^{3,7,9}. Sin embargo, otros estudios utilizan este concepto para referirse a dos neoplasias de carácter maligno, de distinta extirpe histológica, que se encuentra en la misma localización anatómica (órgano)².

Esta situación es muy inusual en cabeza y cuello, siendo su expresión casi anecdótica, con escasas referencias en la literatura^{2,3,7}.

En nuestro caso, la dificultad en la exploración glótica retrasó el diagnóstico puesto que pensábamos que la parálisis laríngea estaba producida por la neoplasia tiroidea.

La filiación de la masa tiroidea fue complicada, ya que todas las pruebas histológicas realizadas durante el ingreso (biopsia, PAAF y BAG) mostraron células foliculares, compatibles tanto con adenomas como carcinomas foliculares, no pudiéndose demostrar la agresividad de la neoplasia.

En las neoplasias foliculares de tiroides, que supone el 10% de las neoplasias de esta glándula, la citología pierde mucho valor diagnóstico respecto a otros subtipos histológicos, oscilando su valor predictivo positivo entre 4 y 67% según las series⁴. Las características histológicas de malignidad son la invasión capsular y/o vascular, a menudo demostrables únicamente mediante el análisis histológico de una tiroidectomía. Por ello, cuando nos encontramos ante neoplasias de tiroides con citología folicular, debemos apoyarnos en criterios clínicos de riesgo para la indicación de tiroidectomía, como son el tamaño mayor de 4 cm, el sexo masculino o la edad mayor de 40 años.

De esta manera, la imposibilidad de una adecuada exploración laríngea, junto con las limitaciones de la PAAF, condicionaron la complejidad y el retraso en el diagnóstico de esta situación de 2 tumores sincrónicos en colisión; esta dificultad de alcanzar un diagnóstico previo a la resección quirúrgica es común en los casos registrados en la bibliografía al respecto.

Debido a la rareza de estas situaciones de colisión tumoral, es difícil determinar su etiología. En nuestro paciente no encontramos otros antecedentes, salvo el tabaquismo, que orientasen en este sentido. En cuanto al tratamiento, será una combinación de los habituales en cada uno de los tumores y por lo tanto, así procedimos en la decisión de la actitud terapéutica posoperatoria.

Bibliografía

1. Álvarez Marcos C.A, Llorente Pendás J.L, Franco Gutiérrez V, Hermsen M.A, Cuesta Albalad M.P, Fernández Espina H, Suárez Nieto C. Segundos tumores primarios en el cáncer escamoso de cabeza y cuello. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2006; 57: 462-466
2. Basil I, Ru K, Pu C, Silverman J, Jasnosz K. A Collision Tumor: Primary Central Nervous System B-Cell Lymphoma and Anaplastic Astrocytoma. *LABMEDICINE*. 2011; 42: 324-8.
3. Brandwein-Gensler M, Urken M, Wang B. Collision tumor of the thyroid: a case report of metastatic liposarcoma plus papillary thyroid carcinoma. *Head Neck*. 2004; 26: 637-41.
4. Cortés Flores A, Granados García M, Cano Valdés A, Flores Hernandez L y González Ramírez I. El Diagnóstico de Neoplasia Folicular. *Cancerología*. 2009; 4: 85-91.
5. Cheng-Ping Wang, Yi-Chia Lee, Tsung-Lin Yang, Pei-Jen Lou, Jenq-Yuh Ko. Application of unsedated transnasal esophagogastroduodenoscopy in the diagnosis of hypopharyngeal cancer. *HEAD & NECK*. 2009; 153-7.
6. López Molláa C, Estellés Ferriola E, Carrasco Llatasa M, Seijas Rosalesa T, Morales Suárez-Varelab M y Dalmau Galofrea J. Neoplasias malignas múltiples en el cáncer escamoso de cabeza y cuello. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2008; 59(9):427-32.
7. Sirikanjanapong S, Lanson B, Amin M, Martiniuk F, Kamino H, Wang W. Collision Tumor of Primary Laryngeal Mucosal Melanoma and Invasive Squamous Cell Carcinoma with IL-17A and CD70 Gene Over-Expression. *Head and Neck Pathol* 2010; 4:295-9.
8. Wang CP, Lee YC, Lou PJ, Yang TL, Chen TC, Huang CC and Ko JY: Unsedated transnasal esophagogastroduodenoscopy for the evaluation of dysphagia following treatment for previous primary head neck cancer. *Oral Oncol*. 2009; 45: 615620.
9. Xin Wang, XiangYan Cui, Ning Fang, WeiLun Chen, Hong Yu, Wei Zhu. Papillary thyroid carcinoma and laryngeal squamous cell carcinoma manifesting as a collision tumor of the neck: A case report. *Oncology letters*.2013; 6: 1616-18.
10. Z-M Lin, Y-L Chang, C-Y Lee, C-P Wang, T-Y Hsiao. Simultaneous typical carcinoid tumour of larynx and occult papillary thyroid carcinoma. *The Journal of Laryngology & Otology*. 2008; 122: 93-96.