

Laguía M
Lahoz T
Martínez J
Lázaro J*

Servicio de O.R.L. Hospital
"Obispo Polanco". Teruel.

*Servicio de Anatomía Patológica.
Hospital "Obispo Polanco". Teruel.

Oncocitoma gigante de laringe

Giant oncocytoma of the larynx

RESUMEN

Los quistes oncocíticos forman un subgrupo poco frecuente dentro de las lesiones quísticas de laringe.

Clínicamente son indistinguibles de otras formaciones quísticas y su diagnóstico se realiza mediante el estudio anatomopatológico.

Presentamos un caso de quiste oncocítico laríngeo, inusual por el gran tamaño de la lesión y por la presentación aguda de la clínica.

PALABRAS CLAVE:

Quiste oncocítico, ventrículo laríngeo, disnea aguda.

SUMMARY

Oncocytic cysts of larynx are considered a rare subgroup of larynx cysts.

Clinically similar to simple laryngeal cysts, the diagnosis occurs as a casual finding of pathology studies.

We report a case of oncocytic cyst of larynx unusual both the big size of lesion and the clinical presentation as acute airway obstruction.

KEY WORDS:

Oncocytic cyst, ventricular fold, airway obstruction

Introducción

Los quistes oncocíticos de laringe constituyen el 7 % de las lesiones quísticas de laringe, y aproximadamente entre 0.5-1 por 100 del total de biopsias de lesiones laríngeas (1).

Son lesiones benignas de aspecto quístico caracterizadas por la presencia en el epitelio que las recubre de oncocitos (2,3): células columnares de citoplasma amplio, eosinófilo y granujiento por hiperplasia mitocondrial y núcleos redondos uniformes con pequeños nucleolos. Se encuentran con frecuencia en tejido glandular salivar y en menor cuantía en las glándulas seromucosas del tracto respiratorio superior.

Fundamentalmente asientan en la región glótica, con excepción del borde libre de las cuerdas vocales y en ventrículo laríngeo; más raramente asientan en región subglótica y supraglótica y excepcionalmente en la mucosa faríngea.

La denominación de este proceso es variada: oncocitoma, quiste oncocítico, cistoadenoma papilar oncocítico, hiperplasia adenomatosa oncocítica, adenolinfoma, etc (4).

Clínicamente se manifiesta por disfonía, tos seca, odinofagia, y más raramente por disnea; la presentación de la clínica suele ser progresiva (3).

El diagnóstico diferencial se establece fundamentalmente con otros quistes laríngeos, así como con hemangiomas, lipomas, tumores de glándulas salivares menores y carcinomas (5).

Caso Clínico

Varón de 70 años que acudió a urgencias por presentar desde unos días antes tos seca y molestias orofaríngeas, seguidos de odinofagia y disfagia progresivas, con disfonía, no acompañada de disnea, pero con un empeoramiento progresivo en las últimas horas.

Entre los antecedentes personales destacaba haber presentado un absceso cervical en línea media hace treinta años, así como brucelosis.

En la exploración apreciamos orofaringe normal y por laringoscopia indirecta importante protusión en la pared faringolaríngea y vallécula izquierdas, con desplazamiento de la epiglotis hacia la derecha. En la palpación cervical se apreciaba dicha tumoración laterocervical izquierda con empastamiento de la zona prelaríngea, dolorosa a la palpación, sin signos inflamatorios locales.

Interpretado inicialmente como un proceso infeccioso agudo laríngeo, iniciamos tratamiento con corticoides y antibióticos por vía intravenosa. La clínica no mejoró y ante el empeoramiento de la sintomatología realizamos TAC cervical urgente observando colección líquida en región supraglótica izquierda, de 4 por 3 cm de diámetro, bien delimitada y de forma bilobulada por exteriorización hacia tejidos blandos de cuello a través de la membrana tirohioidea desplazando la epiglotis, comprimiendo la vía aérea al nivel de bandas y colapsando el seno piriforme izquierdo (Fig. 1).

Con la sospecha de un absceso laríngeo o un laringocele complicado, realizamos una traqueotomía bajo anestesia local, extirpando a continuación la neoformación quística de contenido líquido mediante un abordaje laterocervical.

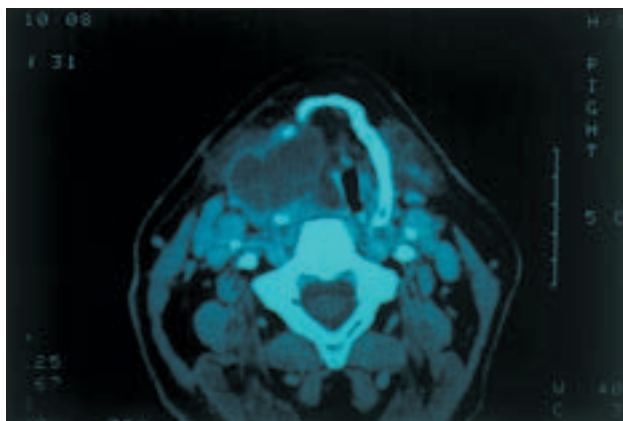


Figura 1

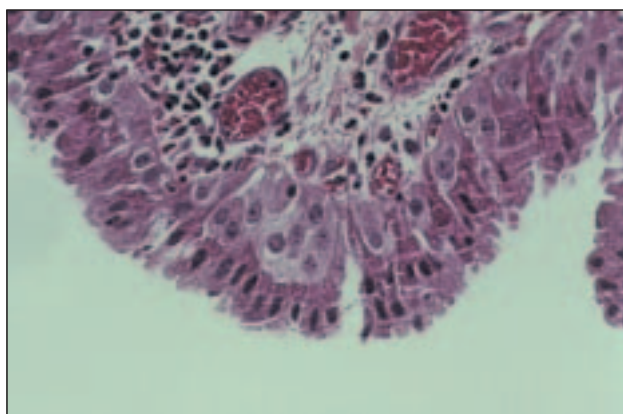


Figura 2

Informe anatomopatológico: formación quística de 4 por 3 cm, de coloración parduzca, revestida por una o varias capas de células grandes de citoplasma granular eosinófilo, amplio. Periféricamente se objetivan glándulas seromucosas y cambios inflamatorios crónicos inespecíficos (Fig. 2).

Diagnóstico: Quiste oncocítico laríngeo.

La evolución fue favorable realizando a los 10 días TAC de control observando la normalización de las estructuras laríngeas, lo que permitió la decanulación del paciente.

En la actualidad y transcurridos 8 años desde la intervención, el paciente está asintomático y sin recidiva.

Discusión

Los quistes oncocíticos de laringe, pese a ser lesiones raras, presentan ciertas características comunes: suelen ser lesiones únicas que asientan fundamentalmente en la región glótica y ventrículos laríngeos, y más raramente en subglotis (6).

Su frecuencia se incrementa con la edad, predominando entre la sexta y la octava décadas de la vida, con una proporción femenina de dos a uno (3).

La patogenia de este tipo de lesiones permanece desconocida, así como la función de las células oncocíticas.

La mayoría de los autores (7, 8) coinciden en considerarlas una degeneración del epitelio ductal con metaplasia de las glándulas salivares menores laríngeas, aunque algunos otros establecen su origen en la lámina propia de las glándulas seromucosas.

No se ha demostrado la influencia de factores irritantes como tabaco o radiación en su desarrollo.

La manifestación clínica fundamental es una disfonía de carácter progresivo, y con menor frecuencia disnea y disfagia. Suelen manifestarse como lesiones quísticas únicas de pequeño tamaño abordables quirúrgicamente mediante microcirugía con exéresis convencional o mediante LASER de CO2 (9). En el caso que describimos el abordaje fue externo debido al gran tamaño de la lesión, y a su exteriorización a través de la lámina tirohioidea.

El pronóstico de la lesión es excelente(10) con curación si la exéresis es completa.

No se han descrito casos de malignización.

Bibliografía

1. Arens C., Glanz H., Kleinsasser O. Clinical and morphological aspects of laryngeal cysts. *Eur Arch Otol* 1997; 254: 430-436.
2. Ophir D., Lifchitz-Mercer B. Oncocytic cystic lesions of the upper respiratory tract. *Ear Nose and Throat J*. 1989; 237-244
3. Newman B., Taxy J., Laker H. Laryngeal cysts in adults. A clinicopathological study of 20 cases. *AJCP*. 1984 ; 715-722
4. Johns M., Regezi J., Batsakis J. Oncocytic neoplasms of salivary glands: An ultrastructural study. *Laryngoscope* 1976: 862-871
5. Stanley R., DeSanto S., Weiland LH. Oncocytic and oncocytoid tumors of the larynx. *Arch otolaryngol Head Neck Surg* 1986; 112: 529-35
6. Oliveira C., Roth J., Adans GL. Oncocytic lesions of the larynx. *Laryngoscope* 1977; 87:1718-1725
7. Brandwein M., Huvos A. Laryngeal oncocytic cystadenomas: eight cases and a literature review. *Arch Otolaryngol, Head Neck Surg* 1991; 121:1302-05
8. Jones S., Myers E., Barnes SL. Benign neoplasms of the larynx. *Otol Clin N Am* 1984; 17 (1):154-155
9. Busuttil A., Oncocytic lesion of the upper respiratory tract. *J Laryngol Otol* 1976; 90:277-288
10. Werkhaven J. Ossof RH. Laryngeal cysts. Surgery for benign lesions of the glottis, voice disorders. *Otolaryngol Clin N A* 24:1195-1197

Correspondencia

Dr. Lagua Pérez
Joaquín Arnau, 10 - 4.º B
44001 TERUEL