

CASO CLÍNICO

METÁSTASIS LARÍNGEA DE ADENOCARCINOMA COLOIDE DE COLON: A PROPÓSITO DE UN CASO

M^a S. BOLEAS AGUIRRE*, G. TOLEDO**, F. J. CERVERA-PAZ*, O. OKAFOR**,
R. GARCÍA-TAPIA URRUTIA**

*DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA. ** DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. CLÍNICA UNIVERSITARIA.
UNIVERSIDAD DE NAVARRA. PAMPLONA.

RESUMEN

La existencia de afectación metastásica de la laringe es rara. Se han descrito unos 150 casos en la literatura. En tan sólo 8 casos, el tumor primario se trataba de un adenocarcinoma de colon. Presentamos el caso de una paciente de 80 años, con antecedente de adenocarcinoma coloide de colon tratado 7 años antes, remitida por disnea crónica y progresiva. En la exploración presentaba una masa esférica subglótica causante de un importante compromiso de espacio de la vía respiratoria. En el estudio radiológico reveló la existencia de una masa ti-

roidea. La paciente fue tratada mediante traqueotomía, resección de masa subglótica, cuya biopsia intraoperatoria fue de "tumor mucrosecretor", y tiroidectomía total. El diagnóstico definitivo de la masa subglótica fue de metástasis de un adenocarcinoma coloide de colon. En la revisión de la literatura realizada, no existe ningún caso previamente descrito de metástasis laríngea de un adenocarcinoma coloide de colon. Discutimos el diagnóstico anatomopatológico, clínico y radiológico, así como las posibles opciones terapéuticas de las neoplasias secundarias de laringe.

PALABRAS CLAVE: Neoplasia. Cabeza y cuello. Subglotis. Adenocarcinomas.

ABSTRACT

LARYNGEAL METASTASIS OF COLLOID ADENOCARCINOMA OF THE COLON: CASE REPORT

Metastatic involvement of the laryngeal is very rare, with around 150 cases reported to the literature. In eight of these cases, the primary tumor was a colon adenocarcinoma. We report the case of a 80 year-old woman treated of a colloid adenocarcinoma of 7 years earlier, referred to us for chronic and progressive dyspnea. Endoscopic examination showed a subglottic spherical mass, which caused an important compromise of the respiratory airway. Tomographic studies revealed also a thyroid mass. The patient

was treated with a tracheostomy, resection of the subglottic mass (with intraoperative diagnosis of "mucin producing tumor"), and total thyroidectomy. The final pathologic diagnosis of the subglottic mass was a metastasis of colloid adenocarcinoma of the colon. In the literature reviewed there are no previous reports of metastatic involvement of the larynx with this type of colon adenocarcinoma. We discuss the clinical and radiological findings, and therapeutic options for metastasis to the larynx, as well as pathological differential diagnosis.

KEY WORDS: Neoplasms. Head and Neck. Subglottis. Adenocarcinomas.

Correspondencia: M^a Soledad Boleas Aguirre. Departamento de Otorrinolaringología. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra. Avda. Pío XII, nº 36. 31008 Pamplona.

Fecha de recepción: 16-12-1999

INTRODUCCIÓN

La afectación metastásica de la laringe es muy rara y representa entre el 0,09 y el 0,4% de los tumores laríngeos. Generalmente, se describe en pacientes que presentan enfermedad neoplásica diseminada¹. El hipernefoma (carcinoma de riñón) y el melanoma son los tumores que más frecuentemente metastatizan en laringe^{3,9} seguidos de los de mama, pulmón, próstata, colon y tracto gastrointestinal por este orden¹⁰. Las metástasis aparecen generalmente por diseminación hematológica o linfática¹. En el caso de los adenocarcinomas, la vía de diseminación metastásica más frecuente es la hematológica³. El área laríngea de más frecuente afectación es la supraglótica⁶. El tumor metastásico puede asentar en los tejidos blandos de la laringe, donde puede generar una masa prominente, o en los cartílagos laríngeos, donde puede cursar de modo asintomático². En este último caso, las metástasis aparecen siempre en el cartílago osificado, ya que el no osificado no recibe aporte sanguíneo directo³.

Presentamos el caso de una paciente que fue diagnosticada de metástasis laríngea subglótica de un adenocarcinoma tipo coloide de colon. En la revisión de la literatura, realizada con la base de datos de Medline, no hemos encontrado referencias de metástasis de este tipo de tumor en laringe. Se discute el diagnóstico diferencial anatomopatológico de los adenomas laríngeos y el manejo terapéutico de los pacientes afectados de metástasis laríngeas.

CASO

Se trata de una mujer de 80 años remitida en mayo de 1998 a nuestro departamento de ORL por presentar disnea y estridor. Destacaba entre sus antecedentes una hemicolectomía derecha realizada siete años antes en otro centro por adenocarcinoma coloide de ciego (estadio C 2 de la clasificación de Dukes). Tras esta cirugía fue remitida a nuestro centro para recibir tratamiento complementario con radioterapia y quimioterapia y para su seguimiento. Durante éste, en marzo de 1995, se detectó un nódulo pulmonar único de 4 cm de diámetro y se le efectuó una segmentectomía pulmonar derecha (segmento 6). El resultado histopatológico del nódulo pulmonar fue de metástasis de adenocarcinoma coloide de colon. En revisiones sucesivas periódicas no se evidenció recidiva de la enfermedad. En diciembre 1997 presentó un cuadro gripal con disnea, tratado médicamente sin presentar mejoría de su sintomatología. La disnea aumentó hasta hacerse de reposo. El cuadro fue agravándose, hasta presentar ortopnea y estridor laríngeo, momento en que fue remitida a ORL para su valoración.

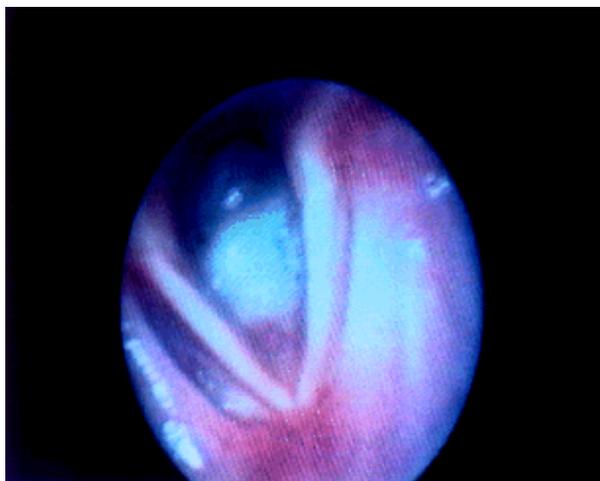


Figura 1. Fibroscoopia nasofaringolaríngea: Se observa la tumoración que ocupa prácticamente toda la luz aérea; en la porción anterior se aprecia moco acumulado

En la exploración fibroendoscópica realizada en mayo 1998, se apreció una masa subglótica de morfología esférica que dejaba expedita una luz de escasos milímetros, con conservación de la movilidad de las cuerdas vocales (fig. 1). Se realizó una TAC cervical donde se detectó la presencia de dos lesiones: la referida masa subgloto-traqueal intraluminal y otra lesión en lóbulo tiroideo (fig. 2). La paciente fue intervenida como urgencia diferida con el diagnóstico de presunción de neoformación tiroidea con infiltración laringo-traqueal. Se le practicó traqueotomía, seguida de abordaje y resección de la masa subglótica, desde la incisión efectuada entre primer anillo traqueal y cricoides, y tiroidectomía total. La tumoración tiroidea fue disecada de la pared traqueal comprobándose que no infiltraba la traquea.

El estudio anatomopatológico intraoperatorio de la masa subgloto-traqueal y de la mucosa subglótica fue de "tumor mucosecretor", mientras que el de la masa tiroidea fue de "tumor tiroideo" sin especificar su naturaleza. En el estudio definitivo de la pieza laríngea se observó una tumoración constituida por lagos de moco intensamente PAS positivos, en el seno de los cuales aparecían cordones y estructuras glandulares formadas por células poligonales o cilíndricas, con citoplasmas basófilos, vacuolas intracitoplasmáticas PAS positivas y núcleos hiper cromáticos con la presencia de nucleolo. Se observaban algunas figuras de mitosis. Los lagos de moco constituían más del 50% del volumen de la tumoración (fig.3). El diagnóstico fue de metástasis de adenocarcinoma coloide de colon y el de la masa tiroidea de hiperplasia nodular de tiroides.

En el estudio de extensión realizado posteriormente mediante tomografía por emisión de positrones, se detectó un foco de actividad media, de 1 cm de diámetro, localizado en metástasis humeral izquierda, cuyas caracte-

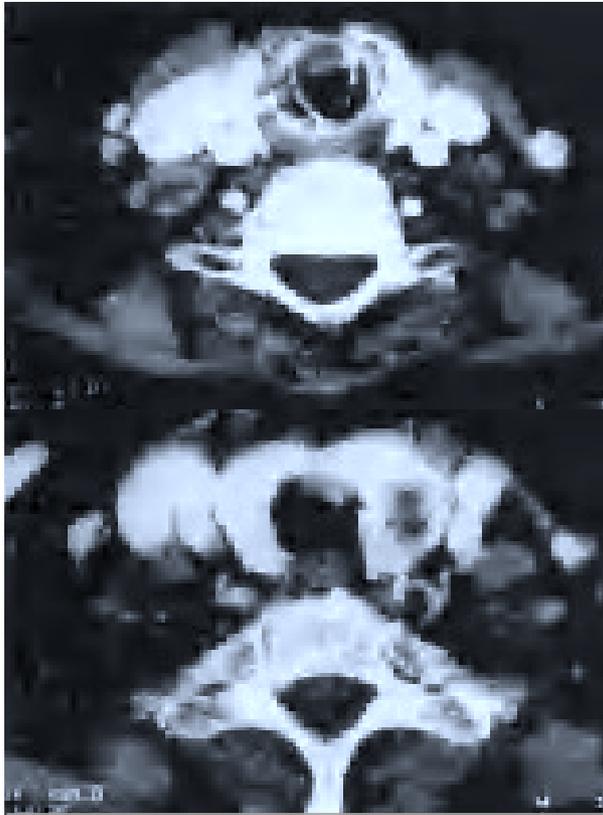


Figura 2. TAC cervical: (A) Se observa tumoración subglótica intraluminal a nivel del cartilago cricoides. (B) Se aprecia la masa subglótica y la tumoración en lóbulo tiroideo izquierdo.

rísticas lo hacían compatible con enfermedad ósea metastásica.

Al mes de la cirugía, se inició un tratamiento complementario con radioterapia cervical hiperfraccionada, potenciada con quimioterapia simultánea al principio y final de la irradiación (carboplatino y 5-fluoracilo), hasta alcanzar una dosis total 45,8 Gy sobre un volumen de irradiación que cubría la laringe y tráquea cervical. Coincidiendo con el fin de la radioterapia, la paciente desarrolló una fístula traqueo-esofágica, que fue tratada de modo conservador mediante la realización de una gastrostomía percutánea esperando el cierre por segunda intención. La paciente una vez cerrada la fístula fue decanulada a los 6 meses de la cirugía. En noviembre de 1998, se le diagnosticó una carcinomatosis peritoneal. La paciente falleció en enero de 1999, sin signos de recidiva cervical de la metástasis.

DISCUSIÓN

Hemos presentado un caso insólito de una metástasis subglótica de un adenocarcinoma coloide de colon,



Figura 3. La tumoración está formada por lagos de moco, revestidos por células tumorales y estructuras glandulares atípicas. Infiltran la pared traqueal, introduciéndose entre los anillos de cartilago.

en el que la enfermedad primaria se diseminó progresivamente a distintos órganos de la economía. Como se ha comentado en la descripción de caso, los signos y síntomas de los tumores laríngeos secundarios (disfonía, disnea, estridor...) no difieren sustancialmente de los tumores laríngeos primarios. Tampoco sus características endoscópicas permiten distinguir los tumores primarios de las metástasis. Por estos motivos, la detección de una tumoración laríngea en un paciente diagnosticado o tratado de un tumor primario de otra localización, debe hacer sospechar que se trate de una metástasis⁷.

Entre los posibles mecanismos de afectación metastásica laríngea, a parte de los expuestos anteriormente, se ha sugerido la implantación subglótica de células tumorales como resultado de una expectoración de células neoplásicas desde el pulmón, aunque no existen datos concluyentes al respecto¹.

La afectación metastásica de la laringe es rara debido a la localización terminal del órgano en la circulación sanguínea y linfática y/o por la gran angulación de la arteria tiroidea superior en su salida de la arteria carótida externa⁷.

Histopatológicamente las metástasis laríngneas de adenocarcinomas, presentan generalmente la misma morfología que el tumor primario y el antecedente tumoral orienta a la localización y característica secundaria de la lesión. Los casos descritos en la literatura proceden de pulmón, ovario, estómago y colon^{7,11-15}. El adenocarcinoma coloide de colon presenta unas características macroscópicas y microscópicas propias que permiten su diagnóstico. En la superficie de corte se pueden observar quistes que rezuman moco, y microscópicamente la evidencia de lagos de moco que deben suponer al menos el 50% del volumen total del tumor, es el rasgo que permite clasificarlo como adenocarcinoma mucinoso o coloide. Este subtipo de tumores suele presentarse en estadios avanzados, y se asocian con un

relativo peor pronóstico respecto al adenocarcinoma convencional⁶.

No existen reglas establecidas sobre el tratamiento de las metástasis laríngeas. El manejo del paciente debe individualizarse en función del comportamiento biológico del tumor primario, las características de la lesión laríngea (invasión superficial o profunda) y el estado general del paciente. Se recomienda que los estudios de extensión tumoral sean una TAC de cuerpo entero y una gammagrafía ósea aunque, como hemos ilustrado en este caso clínico, la PET puede tener también un valor. Las metástasis con crecimiento predominantemente superficial deben tratarse mediante resección endoscópica,

mientras que las que invaden más en profundidad, requerirían de una laringectomía parcial o total. Algunos autores establecen que la resección endoscópica con láser es efectiva y no plantea una morbilidad significativa para solucionar la obstrucción de vía respiratoria ocasionada por la metástasis. Las lesiones pequeñas y radiosensibles pueden tratarse con radioterapia con o sin quimioterapia⁷. El tratamiento agresivo con intención curativa se efectúa sólo si no se detectan metástasis en otras localizaciones¹. En la mayor parte de los pacientes con metástasis laríngeas no está indicado este tipo de tratamientos ya que presentan con frecuencia extensión sistémica.

REFERENCIAS

- 1.- Puxeddu R, Pelagatti CL, Ambu R. Colon adenocarcinoma metastatic to the larynx: a case report. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1997; 254:355-357.
- 2.- Ogura JH, Stanley E, Thawley E. Cysts and tumors of the larynx. En: Paparella MM, Shumrick DA (dirs.). Philadelphia: W.B. Saunders Company 1980. pp. 2505-2527.
- 3.- Michaels L. Pathology of the larynx. New York: Springer Verlag 1984. pp 277-284.
- 4.- Hyams VJ, Heffner CK. Laryngeal pathology. En: Tucker H. *The larynx* (2 ed.). New York: Thieme Medical Publishers, Inc. pp 33-80.
- 5.- Sasaki CT, Carlson RD. Malignant Neoplasms of the larynx. Cummings CW. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*. St. Louis, Missouri. Mosby Year Book, Inc. pp.1925-1954
- 6.- Stringer SP, Neoplasms and cysts of larynx and cervical esophagus. Mitchel LJ, *Otolaryngology Head and Neck Surgery*. Philadelphia, Pennsylvania. WB Saunders Company. Harcourt Brace Jovanovich, Inc. pp 739-760.
- 7.- Nicolai P, Puxeddu R. Metastatic neoplasms to the larynx: report of three cases. *Laryngoscope* 1996; 106:851-855.
- 8.- Rosai J. Larynx and Trachea. In: Rosai J (de.) *Ackerman's Surgical Pathology*. 8^a edition. st. Louis, Missouri: Mosby Year Book, 314-337.
- 9.- Rosai J. Large Bowell. In: Rosai J (de.) *Ackerman's Surgical Pathology*. 8^a edition. st. Louis, Missouri: Mosby Year Book, 729-799.
- 10.- Whicker JH, Carder GA, Devine KD. Metastasis to the Larynx. Report of a case and review of the literature. *Arch Otolaryngol* 1972;96: 180-184.
- 11.- Giacomini PG, Santeusano G, Alessandrini M, Bruno E. Laryngeal metastasis from a signet ring cell carcinoma of the colon. A case report and review of the literature. *An Otorrinolaringol Ibero Am* 1998; 15: 463-470.
- 12.- Oeken J, Meister E, Behrendt W. Metastasis of adenocarcinoma of the ovary to the subglottis. A laryngologic rarity. *HNO* 1996; 44 (11): 27-31 [Abstract].
- 13.- Pardal-Refoyo JL, de Prada-Vicente I, Fonseca E. Laryngeal metastasis of a gastric adenocarcinoma. *An Otorrinolaringol Ibero Am* 1995; 22: 281-287.
- 14.- Ogata H, Ebihara S, Mukai K, Mashima K, Saikawa M, Asai M, Noguchi M, Matsuno Y. Laryngeal metastasis from a pulmonary papillary adenocarcinoma: a case report. *Jpn J Clin Oncol* 1993; 23: 199-203.
- 15.- Cavicchi O, Farneti G, Occhiuzzi L, Sorrenti G. Laryngeal metastasis from colonic adenocarcinoma. *J Laryngol Otol* 1990; 104: 730-32.