

***Infrecuente tumor benigno:
LIPOMA DE LARINGE E
HIPOFARINGE***

*González Guijarro I
Araujo Nores J
Pallas Pallas E
Rodríguez Acevedo N
Fernández-Carrera JM
Santiago Freijanes MP
Fernández Martín R*

Complejo Hospitalario Xeral-Cies Vigo, Pontevedra

RESUMEN

Introducción.- Los lipomas son los tumores benignos de origen mesenquimal más frecuente del organismo, sólo el 15% se localiza en cabeza y cuello. Representan aproximadamente el 0,5% de los tumores benignos de laringe, existiendo menos de 100 casos descritos. La clínica incluye disfonía, disfagia y disnea. El diagnóstico se basa en la clínica, exploración y técnicas de imagen. La laringoscopia directa localiza y detecta la lesión. La CT demuestra un patrón típico de densidad grasa. El tratamiento es quirúrgico debiendo incluir toda la lesión.

Caso clínico.- Aportamos un nuevo caso de lipoma laríngeo, en un paciente varón de 46 años. Desde hacía 10 años sensación de desplazamiento lateral laríngeo con la deglución. En los últimos meses, disfagia a sólidos, disnea y faringolalia. Por fibrolaringoscopia se aprecia una tumoración globulosa depresible en pared posterior de la laringe, debajo del repliegue aritenopiglótico izquierdo, que obstruye la luz laríngeo, móvil con la deglución CT y RNM compatibles con formación benigna grasa. Faringuectomía lateral izquierda, y exéresis de lesión encapsulada de aspecto lipomatoso de 6x4 cm. El resultado anatomopatológico fue de tejido adiposo maduro compatible con LIPOMA.

Conclusión.- El lipoma es un tumor de escasa frecuencia a nivel laríngeo. Dada su lenta y silenciosa evolución clínica, pueden pasar años desde los primeros síntomas hasta el diagnóstico definitivo comprometiendo incluso la permeabilidad de la vía aérea. La endoscopia faringolaríngeo es fundamental en su diagnóstico, complementada con técnicas de imagen como la CT y la RM, de gran utilidad en las tumoraciones con componente grasa.

ABSTRACT

Introduction.- Lipomas are the most common mesenchymal benign tumours of the body, only 15% are localized on head and neck. They represent 0,5% of larynx benign tumours, less than 100 cases are described in literature. Clinic include dysphonia, dysphagia and airway obstruction. The diagnosis is based on the clinical symptoms, physical exploration and image techniques. Direct laryngoscopy localize and detect lesion CT shows a typically fat density pattern. Treatment is based on extirpation and must include all the mass.

Clinic case.- We bring a new case of laryngeal lipoma, in a 46 years old male. Since 10 years ago, he had lateral laryngeal moving with swallowing. In last months, solid dysphagia, airway obstruction and pharyngolalia. In nasofibroscope there was a globulous depressible mass on larynx posterior wall, under left arytenoepiglottic fold, which occupies laryngeal space, and get move with swallowing. CT and MR were compatible with benign fat mass. Left lateral pharyngectomy, and extirpation of a 6x4 cm encapsulated lipomatous mass was performed. The anatomopathological result was mature adipocyte tissue, compatible with lipoma

Conclusion.- Lipoma is a rare tumour at larynx. Due to its slow and silent clinical evolution, many years should go by since first symptoms until definitive diagnostic, it should compromise the upper airway. Pharyngeal and laryngeal endoscopy, give us the initial diagnostic approach, complemented with image techniques as CT and MR, which are very useful in masses with fat components.

INTRODUCCIÓN

Se trata del tumor benigno de origen mesenquimatoso más frecuente de toda la economía. Menos del 15% del total de los tumores de cabeza y cuello son lipomas, localizándose la gran mayoría en el tejido subcutáneo cervical posterior. Pueden presentarse también en otras áreas a este nivel, aunque de manera mucho menos frecuente, como en la región anterior del cuello, fosa infratemporal, dentro o alrededor de la cavidad oral, laringe y glándula parótida (1).

Dentro de los tumores benignos de la laringe, tan sólo representan alrededor del 0,5% del total. Se han descrito menos de 100 casos en la literatura. Zakrwski y colaboradores realizaron en 1965 un estudio de todos los lipomas laríngeos descritos hasta ese momento. Se recogieron un total de 70 casos, de los cuales tan sólo 16 eran intrínsecos. Desde entonces, pocos más se han añadido a la lista.

Existen casos de lipomas laríngeos asociados a lipomatosis generalizada (2), pese a que la gran mayoría se presentan sin esta asociación. Es frecuente la asociación de componente mesenquimal mixto, como angioliipomas, fibromioliipomas y mixoliipomas (1,3).

Tradicionalmente se dividen en intrínsecos y extrínsecos. Dentro de los intrínsecos, el lugar más frecuente de asentamiento es la falsa cuerda vocal (banda), siguiendo en frecuencia el repliegue aritenopiglótico, apiglotis y aritenoides. Por tanto casi en su mayoría se encuentran en localización supraglótica, aunque se ha descrito un caso de lipoma infraglótico (4).

Macroscópicamente son tumoraciones de color amarillento al corte, normalmente encapsuladas, de superficie homogénea, y suelen presentar un pedículo de inserción (5).

Mientras son de un tamaño reducido, pueden pasar desapercibidos, pero al aumentar de tamaño, el paciente presenta disnea progresiva, a veces intermitente, disfagia progresiva, sensación de cuerpo extraño en la garganta y aumento de las secreciones y ronquido. Si continúan aumentando de tamaño, pueden llegar a comprometer la vía aérea, ya sea de forma progresiva o súbita (6,7).

El diagnóstico se basa en la clínica y la realización de nasofibroscopia flexible. Con estas exploraciones, podemos establecer un diagnóstico erróneo de laringocele o quiste de retención. Por ello necesitamos la ayuda de las técnicas de imagen, como la CT y la RM, que nos confirmarán la localización y extensión de la lesión, e incluso el lugar de inserción del pedículo, gracias a los cortes multiplanares (8, 5, 9, 10, 11, 12, 13).

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 46 años, fumador de entre 20-40 cigarrillos al día y alérgico al ácido clavulámico. En el año 1990, había acudido por primera vez a la consulta de nuestro Servicio, al presentar sensación de desplazamiento lateral de la laringe con la deglución sin otro síntoma relevante. No presentaba disnea, disfagia, disfonía ni atragantamientos. Se realizó CT con contraste iv (figura 1), en la que se objetiva una masa que desplaza la laringe hacia la línea media, a nivel de aritenoides izquierdo, borrando el seno piriforme ipsilateral. Esta masa fue diagnosticada por los radiólogos como laringocele, a pesar de haber realizado medición de su densidad, que correspondía a densidad grasa (-120 unidades Hounsfield), como confirmamos al reevaluar el caso, por lo que es citado para revisiones periódicas de control a las que no acudió.

Acude de nuevo a nuestra consulta 9 años después, al haber aumentado la clínica de forma acusada. En ese momento el paciente refiere, aumento de la sensación de desplazamiento lateral de la laringe con la deglución, disfagia progresiva a sólidos y líquidos, disnea intermitente, faringolalia, dolor irradiado al oído izquierdo, y notable pérdida de peso (déficit del 23% sobre el índice de masa corporal teórico para su altura).

En la exploración ORL, comprobamos que la otoscopia y la orofaringe son normales. En la rinoscopia, objetivamos la presencia de una cresta en la fosa nasal derecha. La palpación cervical no revela la existencia de adenopatías, pero al realizar maniobra de valsalva, se comprueba la existencia de una masa en región cervical anterior izquierda, globulosa y depresible.

Al realizar nasobroscopia flexible, observamos la existencia de una formación quística aglobulosa (figura 2), que se moviliza con la deglución, ocupando el repliegue aritenopiglótico izquierdo, que obstruye a la luz laríngea. Al deglutir la masa desaparece de la glotis (figura 3), pudiendo confirmar cuerdas vocales móviles y libres de lesión. En pocos segundos la masa ocupa de nuevo la luz glótica. Comprobamos que existe retención de saliva a la altura del seno piriforme derecho, y que el esfínter esofágico superior derecho está libre (figura 4). Introduciendo el fibroscopio por detrás de la lesión, hasta el esófago cervical, este se encuentra libre de lesión (figura 5).

Se realiza CT con contraste iv (figura 6) (de 5 mm cada 5 mm de espesor), en la que observamos una masa de densidad grasa (-120 unidades Hounsfield), que mide aproximadamente 6 cm de diámetro máximo. Dicha masa se extiende desde el borde superior de la epiglotis por esófago, hasta sobrepasar el cartílago cricoides. Su morfología es redondeada, irregular, adaptándose a las estructuras adyacentes sin infiltrarlas. Presenta finos tabiques en su interior, y se observa un área de densidad partes blandas en la porción latero superior izquierda, adyacente al cuerno superior del hioides, que no realza significativamente tras la inyección de contraste iv. Esto debe hacer incluir en el diagnóstico diferencial: fibrolipoma, liposarcoma, este como posibilidad remota, por la ausencia de captación de

contraste. La masa colapsa prácticamente el seno piriforme izquierdo, desplaza el repliegue aritenopiglótico hacia línea media y estrecha el vestíbulo laríngeo en su porción inferior.

Se complementa el estudio mediante la realización de una RM (figura 7), que nos informa de una masa de 7 cm por 3,5 por 2,8 cm, con señal compatible con componente graso en todas las secuencias, confirmándose su naturaleza grasa en las secuencias con supresión y saturación grasa. Confirma la existencia de septos en el interior de la masa, y la lesión en región superior izquierda de comportamiento distinto con señal isointensa al músculo en T1 y T2, realzando significativamente tras la administración de gadolinio. Distorsión de la vía aérea en la encrucijada entre oro-hipofaríngeo y laríngeo. Ni en el CT ni en la RM se identificaron adenopatías.

Es interesante señalar que en el corte coronal en T2 de la RM, se comprueba la ausencia de afectación del ventrículo laríngeo, lugar donde asientan la mayoría de los laringoceles (figura 8).

Se decide realizar exéresis de la masa mediante la realización de una Faringuectomía lateral izquierda: incisión cervical por delante del músculo esternocleidomastoideo, de aproximadamente 10 cm, desde el asta del hioides hasta el nivel inferior del cartílago tiroideos. Disección por planos hasta faríngeo, Faringuectomía lateral izquierda. Exéresis de tumoración encapsulada de aspecto lipomatoso de aproximadamente 8x4 cm, con pedículo en pared posterior interaritenoidea, con protrusión hacia la luz glótica, con preservación de la mucosa de ambos aritenoides. Se identifica y preserva el nervio hipogloso, recurrente y pedículo laríngeo izquierdo (figura 9). Colocación de sonda nasogástrica, cierre por planos y vendaje compresivo. La pieza quirúrgica presentaba una región de aspecto ulcerado, discretamente indurada (figura 10). En el informe anatomopatológico, se descarta malignidad de la región, confirmando que se trataba de un úlcera de decúbito por el roce al deglutir de la masa contra el asta superior izquierda del cartílago tiroideos.

La primera revisión postquirúrgica se realiza estando el paciente ingresado a los 5 días de la intervención. El paciente no presentó disnea, pero sí una discreta disfonía. Se confirmó una discreta paresia de cuerda vocal izquierda (figura 11). Previo a la reintroducción de la alimentación oral, a los 11 días post intervención, se realiza esofagograma (figura 12), sin evidencia de fístula. Se retira sonda nasogástrica, iniciando dieta oral sin ningún tipo de complicación. Se le da el alta a los 12 días post intervención. A los cuatro meses de la intervención, se objetiva una recuperación total de la disminución de la movilidad de la cuerda vocal izquierda, presentando buena luz glótica, y buena deglución (figura 13).

El informe anatomopatológico, informa de tejido adiposo maduro, compatible con LIPOMA. Se descarta malignidad en la región ulcero-indurada, tejido compatible con úlcera de decúbito.

DISCUSIÓN

Las tumoraciones lipomatosas presentan muy poca incidencia en la laringe e hipofaringe.

Su sintomatología dependerá del tamaño de la lesión, afectando estructuras vecinas por compresión (1, 5, 8).

No es raro establecer el diagnóstico erróneo de laringocele o quiste laríngeo en una primera aproximación diagnóstica (5).

En la literatura hemos encontrado casos descritos de muerte súbita por asfixia, cosa que no nos debe sorprender en tumores pedunculados, de tamaño suficiente como para obstruir la luz glótica por completo, quedándose enclavados en esta situación, impidiendo la ventilación del paciente (6, 7).

El tratamiento de elección es siempre la resección tumoral, ya sea por vía endoscópica si el tamaño del lipoma lo permite, o mediante vía quirúrgica externa, a través de una Faringuectomía lateral como en nuestro caso, o a través de la membrana tirohioidea, con o sin tirotomía lateral (técnica empleada en la extirpación de laringoceles internos) (11).

Debe incluir toda la lesión, porque pese a la degeneración maligna es extremadamente infrecuente (9), si existen casos de recidiva local causada por una resección incompleta (mala visualización tumoral que deja un resto de pedículo o exéresis fraccionada, que deja restos tumorales) (8, 12).

El seguimiento postquirúrgico debe ser a largo plazo, puesto que estos casos de recidiva, se han descrito entre 10 y 15 años tras la exéresis tumoral inicial (8,12).

BIBLIOGRAFIA

1. Som and al. Rare presentation of ordinary lipomas of the head and neck: a review. *AJNR-m-J-Neurorradial*. 1986 Jul-Aug; 74(4):657-64
2. Trizna and al. Laryngeal lipomata. *Ear, Nose, Throat Journal*, Jun 1991 70 (6):387-8
3. Thorton and al. Neural fibrolipoma: an unusual case. *J Laryngol Otol* 2000 Mar; 114(3):231-2
4. Zarkwesi. Subglottic lipoma of larynx: case report and literature review. *J Laryngol Otol*. 1965:79: 1039-48.

5. Jugenhulsing and al. Rare benign tumors: laryngeal and hypolaryngeal lipomata. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2000 Mar;109(3):301-5
6. Allen and al. Sudden death due to regurgitation of a pedunculated esophageal lipoma. *J Thoracic Cardiovasc Surg* 1967;54:765-8
7. Cochet and al. Asphyxia caused by laryngeal impaction of an esophageal polyp. *Arch Otoralngol* 1980;106:176-8
8. Jesberg. Fibrolipoma of the pyriform sinuses: 37 years follow up. *Laryngoscope* 1982 Oct; 92(10 Pt 1): 1157-.
9. Laurent and al. Benign pedunculated tumours of the hypopharynx: 3 case reports, 1 with late malignant transformation. *ORL J Otorhinolaryngol relat Spec* 1985;47(1):17-21
10. Murty and al. Lipoma of the larynx. *Am J otolaryngol* 1994 Mar-Apr;15(2):149-51
11. Sakamoto and al. Surgical approach to a giant fibrolipoma of the supraglottic larynx. *J-Laryngol-Otol* Jan;114(1):58-60
12. Wenig. Lipomas of the larynx and hypopharynx: a review of the literature with the addition of 3 new cases. *J Laryngol Otol* 1995 Apr;109(4):353-7
13. Yoskovitch and al. Giant lipoma of the larynx: a case report and literature review. *Ear Nose Throat J.* 1999 Feb;78(2):122-5; quiz 126-8



Figura 1

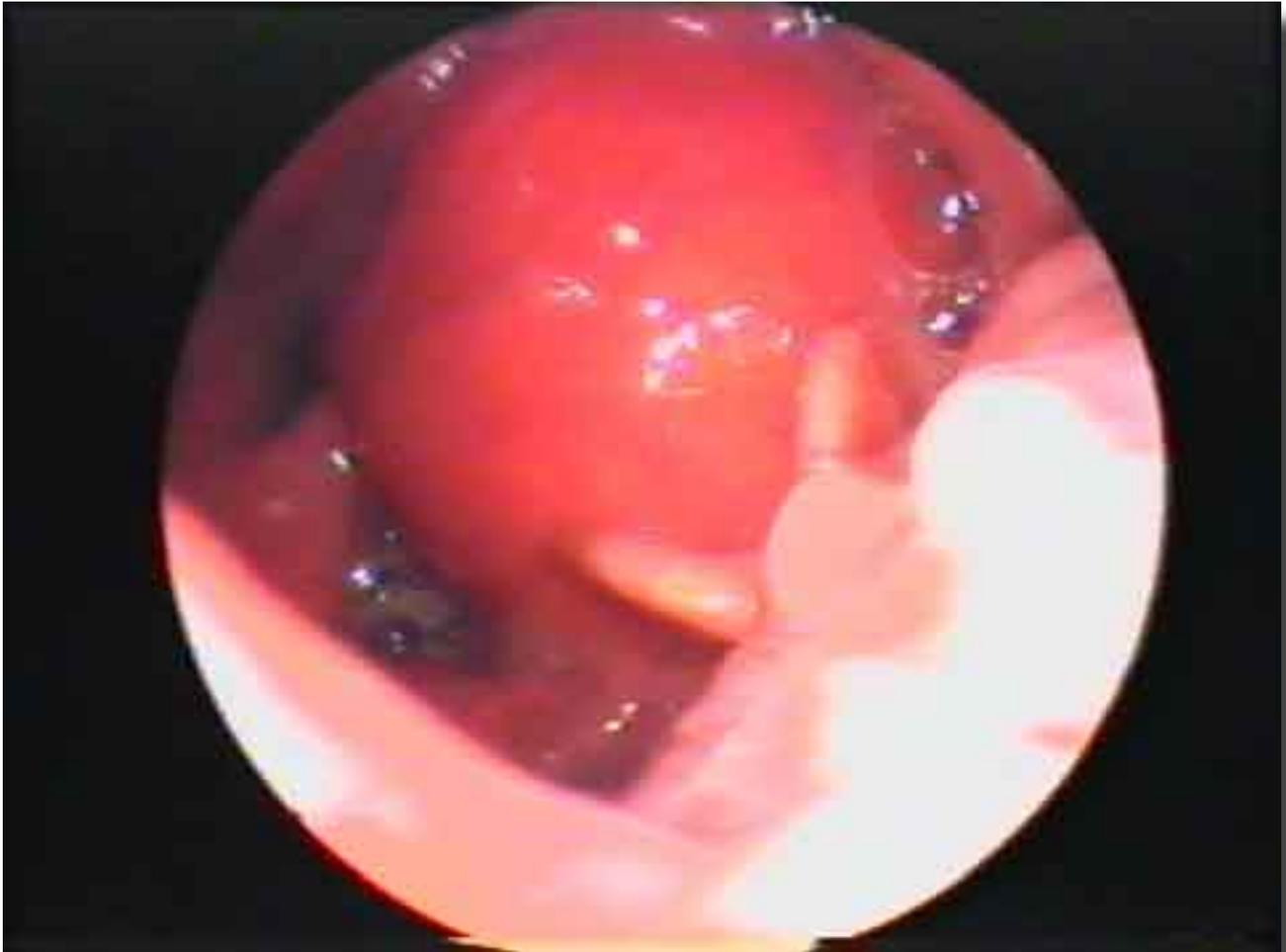


Figura 2

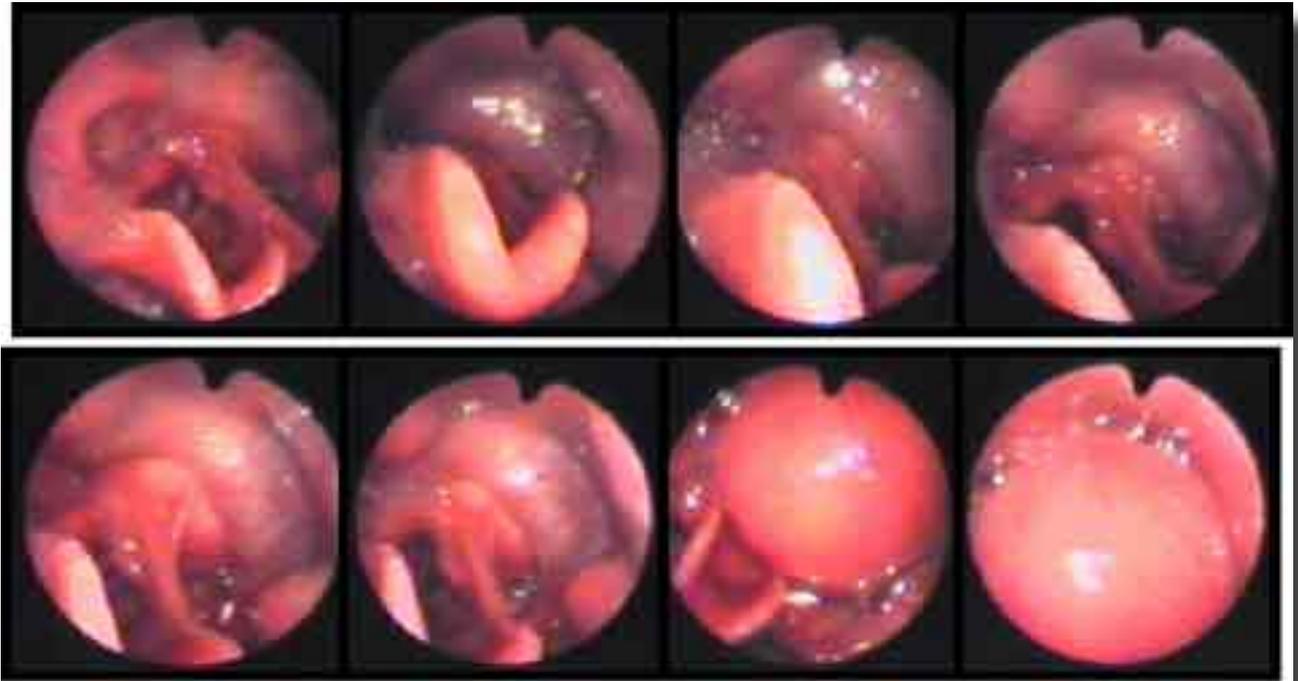


Figura 3

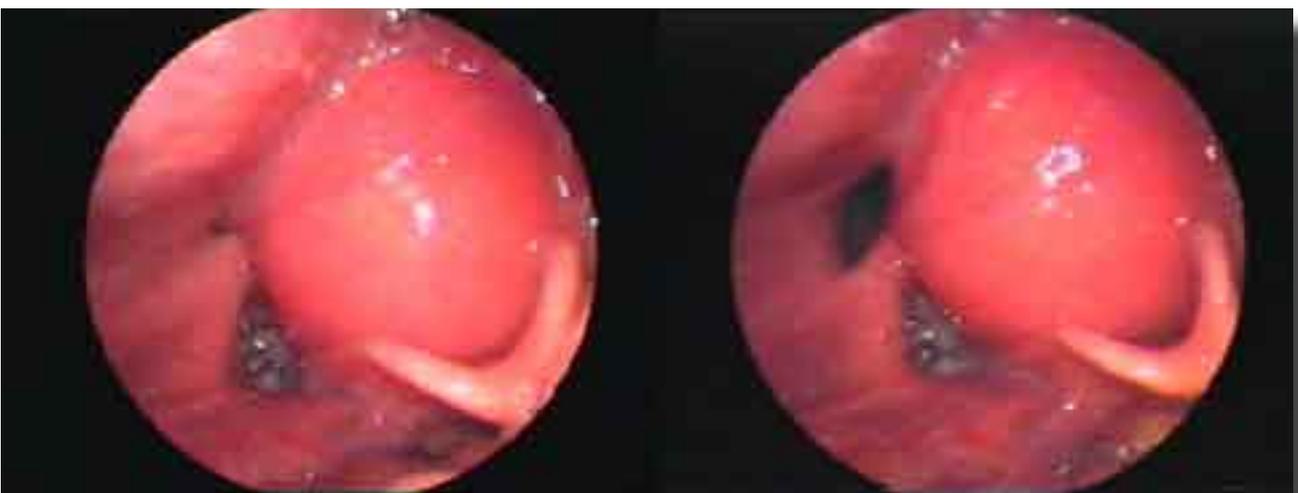


Figura 4