



Imagen en medicina

Carcinoma adenoescamoso de laringe

Laryngeal adenosquamous carcinoma

Miguel Saro-Buendía^{a,b,*}, Cecilia López Valdivia^c, Joan Carreres-Polo^d, Diego Collado Martín^a, Carlos de Paula Vernetta^{a,b} y Miguel Armengot Carceller^{a,b}

^a Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

^b Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Valencia, Valencia, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

^d Servicio de Radiología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España



Un varón de 64 años presentó en la tomografía computarizada una neoplasia glótica estadio cT4aN0M0 (TNM 8^a; [fig. 1](#)). La biopsia de ambas cuerdas vocales fue informada como carcinoma escamoso moderadamente diferenciado. Se realizó una laringectomía total con vaciamiento cervical funcional bilateral, el resultado histopatológico fue carcinoma adenoescamoso de laringe (LASC) en la glotis, con estadio pT4a N3b Mx (TNM 8^a; [figs. 2 y 3](#)). En el comité se decidió la adyuvancia con radioterapia externa y quimioterapia. Actualmente el paciente ha finalizado la adyuvancia y permanece libre de enfermedad tras casi 2 años de seguimiento estrecho.

El carcinoma adenoescamoso es muy raro, hay menos de 100 casos descritos en el área de cabeza y cuello. La localización laríngea (LASC) es la más habitual y se caracteriza por un curso agresivo con tendencia a la diseminación locorregional (40%) y a distancia (10%) con supervivencia menor a 36 meses. La biopsia inicial tiende a proporcionar un diagnóstico erróneo dada la distribución diferencial de los componentes escamoso (superficial y predominante) y adenocarcinomatoso (profundo) del LASC. No hay estudios que justifiquen la necesidad de cirugía o adyuvancia de mayor agresividad que la precisa para carcinomas escamosos de similar estadio. Dadas las incógnitas sobre la historia natural y la agresividad de esta entidad, parece justificable un seguimiento multidisciplinar particularmente estrecho.

Consentimiento informado

Los autores declaran que se ha obtenido el consentimiento del paciente para la publicación de su caso.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: misabuen@alumni.uv.es (M. Saro-Buendía).

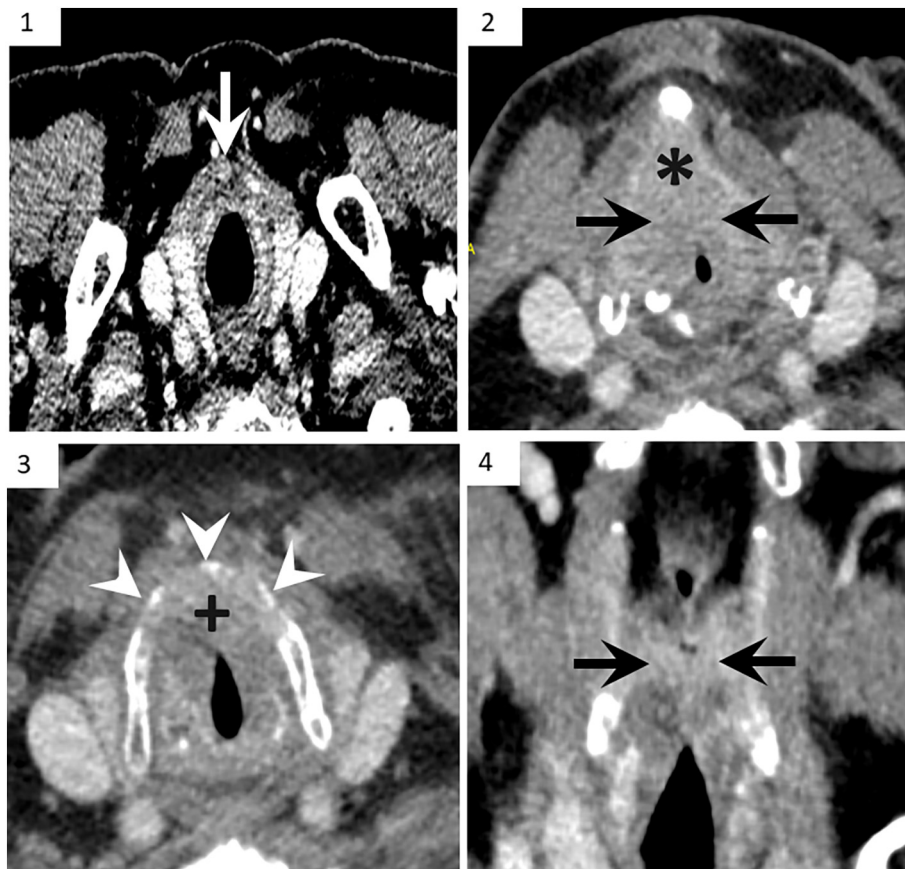


Figura 1. Tomografía computarizada con contraste. Cortes transversales (1,2,3) y coronal (4). Masa afectando a las 2 cuerdas vocales con extensión a través de comisura anterior (+). Infiltración de grasa preepiglótica (*), grasa paraglótica bilateral (flechas negras) y cartilago tiroides (puntas de flecha blancas). En la imagen 1 se observa una adenopatía delfiana en estación VI (flecha blanca).

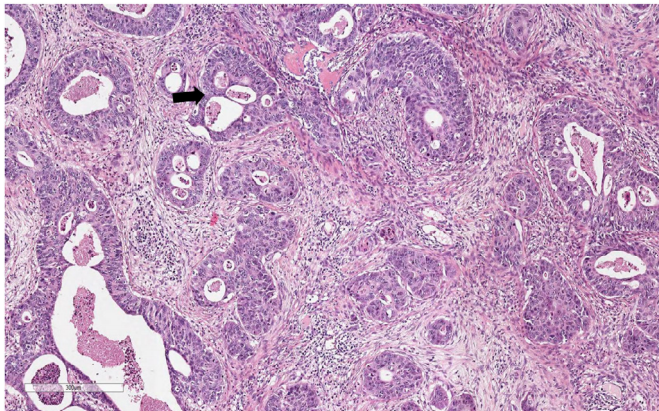


Figura 2. Componente adenocarcinomatoso del LASC, tinción hematoxilina-eosina. Se aprecian proliferación de luces glandulares con necrosis central (flecha negra) y estructuras cribiformes. Este componente predominaba en la parte profunda de la tumoración.

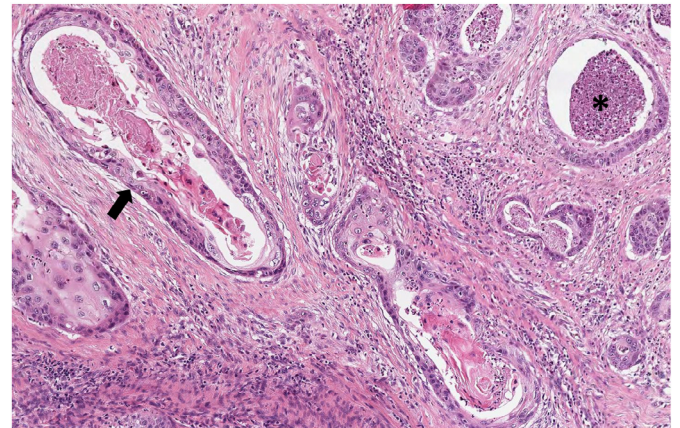


Figura 3. Componente escamoso del LASC, tinción hematoxilina-eosina. Se aprecian nidos de carcinoma escamoso con queratinización central (flecha negra). En la parte superior derecha se identifican algunas glándulas con necrosis central (*). Las áreas de carcinoma escamoso predominaban en la parte superficial de la tumoración.

Financiación

Ninguna

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses con la publicación de este artículo.