

## VARIANTE DE LARINGECTOMÍA PARCIAL EN UN CONDROSARCOMA DE BAJO GRADO

JOSÉ FRANCISCO MATA, RAÚL LEÓN, RICHARD NODA, MARIE LAURE GARCÍA, GUILLERMO VELÁZQUEZ

INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. LUIS RAZETTI", CARACAS, VENEZUELA

### RESUMEN

Presentamos una variante de laringectomía parcial (funcional) en un paciente masculino de 42 años, con diagnóstico de condrosarcoma de bajo grado en la laringe, que se originó en el cartílago cricoides. El procedimiento consistió en una hemilaringectomía parcial vertical modificada y hemicricoidectomía con aritenoidectomía preservando la totalidad de la epiglotis. Hacemos un sencillo procedimiento reconstructivo utilizando los músculos pretiroideos del lado del defecto y dejamos una traqueostomía entre el 1° y 2° anillo traqueales. Realizamos una breve descripción de los condrosarcomas de la laringe. La cirugía laringectomía parcial o funcional debe ser ofrecida como una opción quirúrgica en la mayoría de los pacientes con condrosarcoma limitado de la laringe, dejando la laringectomía total para tumores voluminosos o de alto grado.

**PALABRAS CLAVE:** Cáncer, laringe, condrosarcoma, cirugía, parcial, laringectomía

### SUMMARY

We present in this work a variant of partial (functional) laryngectomy in a 42 years old male patient with diagnostic of a low grade chondrosarcoma of the larynx, which originated in the cricoid cartilage. The surgical procedure consisted in a modified partial vertical hemilaryngectomy with hemicricoidectomy and arytenoidectomy and fully preserving the epiglottis. We make a simple reconstructive procedure using the prethyroids muscles on side of the defect and leave a tracheostomy between the 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> tracheal rings. We conducted a brief description of condrosarcoma of the larynx. The partial or functional laryngectomy surgery should be offered as a surgical option in most of the patients with limited laryngeal condrosarcoma, leaving a total laryngectomy to large or high-grade tumors.

**KEY WORDS:** Cancer, larynx, chondrosarcoma, surgery, partial, laryngectomy.

### INTRODUCCIÓN

**L**os condrosarcomas ocupan menos del 1 % de los tumores de la laringe <sup>(1,2)</sup>. Ocurren con mayor frecuencia en hombres de la séptima década de la vida. La mayoría son de bajo grado, clínica y patológicamente.

Se originan con mayor frecuencia en el cartílago cricoides. La cirugía con márgenes libres constituye el tratamiento fundamental, siendo la

Recibido: 31/07/2014 Revisado: 16/08/2014

Aceptado para publicación: 12/10/2014

---

Correspondencia: Dr. José F Mata I. Clínica Atfás  
Unidad de Hematología y Oncología (UMO)  
Av. Roosevelt, El Cortijo, Los Rosales, Caracas.  
Tel: +58212603333. E-mail: jfmata55@gmail.com.

---

laringectomía parcial o funcional la mejor opción cuando el tumor es limitado y de bajo grado <sup>(1-3)</sup>.

Las laringectomías parciales incluyen la resección endoscópica con láser CO<sub>2</sub>, la hemilaringectomía, frontolateral, supraglótica, la hemicricoidectomía, entre otras <sup>(2,3-6)</sup>. Otras modalidades se han utilizado para estenosis subglóticas benignas <sup>(7)</sup>.

En este caso, presentamos una combinación de hemilaringectomía vertical modificada con una hemicricoidectomía con un resultado funcional a corto plazo, bastante aceptable.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 42 años de edad, que consulta por disfonía de 4 años de evolución. Estridor laríngeo y dificultad respiratoria progresiva en últimos tres meses. Sin historia de hábitos tabáquicos. Traqueostomía, laringoscopia directa y biopsia en abril 2014. Nasolaringoscopia flexible: tumor submucoso a predominio subglótico con parálisis de la cuerda vocal izquierda. Espacio glótico suficiente. TAC: tumor expansivo en hemilaringe izquierda, de aspecto cartilaginoso, que se origina en el cricoides, con importante extensión subglótica.

## BIOPSIA

Condrosarcoma de bajo grado

Se realizó una hemilaringectomía parcial vertical modificada y hemicricoidectomía con aritenoidectomía preservando la totalidad de la epiglotis.

## DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Anestesia general inhalatoria, a través de traqueotomía previa. Incisión cervical transversa. Confeción de colgajos subplatismales, superior e inferior. Separación medial de los músculos pretiroideos (esternohioideo y esternotiroideo). Elevación y separación del pericondrio del cartílago tiroides desde la línea media hasta el

borde lateral de cada ala. Exposición de los cartílagos tiroides y cricoides en su aspecto anterior y de los primeros anillos traqueales. Tirotomía mediana (laringofisura) y exposición de la endolaringe para evaluar la extensión intraluminal del tumor. Sección horizontal del 1/3 inferior del ala izquierda del cartílago tiroides. Disección subpericondrial interna de dicha ala hasta el aritenoides ipsilateral. Sección vertical a la derecha de la línea media del cuerpo del cricoides y luego del anillo, avanzando en el lado izquierdo del borde inferior del mismo.

Se completa la resección en bloque con márgenes macroscópicos negativos, que incluye: mitad izquierda del cricoides, aritenoides, 1/3 inferior del ala del cartílago tiroides y estructuras blandas de la hemilaringe izquierda, esto es, banda ventricular, ventrículo, cuerda vocal y región subglótica, preservando la totalidad de la epiglotis. Se enviaron muestras de los márgenes a biopsia por congelación, los cuales fueron reportados libres de tumor.

Para el cierre, se realizaron avances de mucosa del seno piriforme, aproximación del cartílago tiroides con puntos separados y reconstrucción del defecto con los músculos pretiroideos del lado izquierdo. Síntesis por planos por la técnica habitual. Se dejó una traqueotomía entre el 1° y 2° anillo traqueales.

## RESULTADOS

Egreso posoperatorio al 4° día sin complicaciones. Retiro del tubo de alimentación al 8° día. Deglución normal. Fonación satisfactoria y ventilación suficiente al ocluir el traqueostomo al 15° día.

Informe de anatomía patológica: condrosarcoma de bajo grado. Márgenes libres de tumor.

## DISCUSIÓN

Los condrosarcomas ocupan menos del 1 % de los tumores de la laringe <sup>(1-2)</sup>. La mayoría son de bajo grado, clínica y patológicamente. La disfonía es el síntoma más frecuente. La dificultad respiratoria progresiva, se presenta en la medida que se ocupa la luz de la laringe. Su crecimiento suele ser lento y limitado, a diferencia de variantes de alto grado. Ocurren con mayor frecuencia en hombres con edad promedio de 64 años. En el 75 % se originan en el cricoides, 17 % en el tiroides y 5 % en el aritenoides. Cuando se originan en el cartílago tiroides suelen dar una masa en el cuello. Entre 70 % y 80 % son grado 1, 15 %-20 % grado 2 y 5 %-10 % grado 3. La variante mixoide confiere un peor pronóstico <sup>(1-3)</sup>. La tomografía axial computada es el estudio de imagen de primera elección. Se puede apreciar la localización del tumor con osificación en forma de punteado o grosera (*popcorn*) pero no diferencia condroma de condrosarcoma de bajo grado. La RMN es útil para evaluar extensión extralaringea en tumores de alto grado. La biopsia suele hacerse a través de laringoscopia directa pero en tumores originados en el tiroides puede ser necesaria la biopsia incisional <sup>(1,3)</sup>. Microscópicamente se encuentran condrocitos atípicos en una matriz cartilaginosa entre basofílica a metacromática y los tumores se originan generalmente en el cartílago hialino y suele demostrarse la presencia concomitante de condroma con o sin isquemia. Pueden observarse distintos grados de diferenciación en un mismo tumor <sup>(1-4)</sup>.

El tratamiento fundamental de los condrosarcomas de la laringe es la cirugía con márgenes libres. Aun cuando la laringectomía total se hace necesaria en casos avanzados o de alto grado, la cirugía preservadora de la función con o sin decanulación definitiva, es factible en la mayoría de los casos con, al menos, una cuerda móvil <sup>(1-4)</sup>.

Las laringectomías parciales incluyen la resección endoscópica con láser CO<sub>2</sub>, y las laringectomías abiertas, tales como, la hemilaringectomía, la frontolateral, la supraglótica, y la supracricoidea <sup>(1,2,5,6)</sup>. La cricoidectomía total con laringo-traqueo anastomosis se ha utilizado para las estenosis sub-glóticas benignas <sup>(7)</sup>.

La recurrencias locales luego de cirugías parciales se reportan de 18 %-40 %, quedando la laringectomía total de rescate como una opción terapéutica. La radioterapia puede ser considerada en enfermedad residual o márgenes positivos y está indicada en recurrencias locorregionales. La quimioterapia tiene indicación en enfermedad metastásica <sup>(1,2,4)</sup>.

La técnica descrita es una variante o combinación de una hemilaringectomía con una hemicricoidectomía y un procedimiento reconstructivo sencillo, con buen resultado funcional a corto plazo. Faltaría esperar si finalmente es posible la decanulación definitiva y el seguimiento.

La cirugía laringectomía parcial o funcional debe ser ofrecida como una opción quirúrgica en la mayoría de los pacientes con condrosarcoma limitado de la laringe. Es necesario un detallado conocimiento de la anatomía y funciones de la laringe, así como las distintas modalidades de cirugías parciales o funcionales.

## REFERENCIAS

1. Thompson I, Gannon F. Chondrosarcoma of the larynx. A clinic pathologic study of 111 cases. Am J Surg Path. 2002;26(7):836-885.
2. Inon B, Hod R, Feinmesser R, Shvero J. Chondrosarcoma of the larynx. Isr Med Assoc J. 2012;(14):681-684.
3. Landaeta JG, Muñoz JG, Cardozo V, Ramones E. Condrosarcoma de la laringe. Revisión de la literatura y presentación de un caso. Rev Venez Oncol. 2005;17(1):51-55.
4. Rinaldo A, Howard D, Ferlito A. Laryngeal

chondrosarcoma: A 24-year experience at the Royal National Throat, Nose and Ear Hospital. *Acta Otolaringol.* 2000;(6):680-688.

5. Sakai O, Curtin H, Faquin W, Fabian R. Dedifferentiated chondrosarcomas of the larynx. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2000;21(3):584-586.
6. Policarpo M, Taranto F, Aina E, Valletti P, Pia F. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2008; 28(1): 38-41.
7. Yamamoto K, Tomiyama K, Mitsuoka M. Total cricoideotomy and laryngotracheal reconstruction for subglottic stenosis. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2011;13(3):351-353.