

TUMOR MIOFIBROBLASTICO INFLAMATORIO DE LARINGE ABORDAJE TRANSORAL

Trabajo Libre _ Poster 6375

74 Congreso Aniversario F.A.S.O.

Mar del Plata - Prov. de Bs As

Argentina - Nov de 2021

AUTORES

MARIA VITI, CLARA NISTAL COELHO,

RICARDO MARENGO

Sección ORL CEMIC

Contacto

laringologiacementic@gmail.com

INTRODUCCION

Tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI)

neoplasia poco frecuente de tejido mesenquimático que observa en la segunda década de vida.

Localización: pulmón, retroperitoneo y región pélvico-abdominal. Raramente en cabeza y cuello, 14- 18% extrapulmonares⁶.

Histología: proliferación de células fusiformes miofibroblásticas asociado a infiltrado inflamatorio¹

Localmente agresivo, bajo riesgo de metástasis. Clasificación de la OMS de tumores de partes blandas: neoplasia benigna con potencial transformación maligna (8-18%). Metástasis menor a 5% de los casos, recidiva 25%⁶.

Tratamiento de elección: resección quirúrgica.

Casos irresecables o contraindicaciones, tratamientos con glucocorticoides, radioterapia y quimioterapia.

OBJETIVOS: importancia de estudios complementarios en evaluación de disfonías. Posibles terapéuticas y vías de abordaje en este tipo de tumores.

CASO CLINICO

Paciente de sexo masculino, de 58 años, sin antecedentes médicos de relevancia, consulta al servicio de otorrinolaringología por disfonía de años de evolución.

Se realizo Videorinofibrolaringoscopia flexible (VRFL), se observó pliegue vocal izquierdo sin lesión de movilidad reducida más abombamiento en espacio retrocricoideo izquierdo (Fig.1). Se solicitan tomografía computada (Fig. 4) y Resonancia magnética de cuello (RMN) con y sin contraste ev (Fig. 2 Y 3).

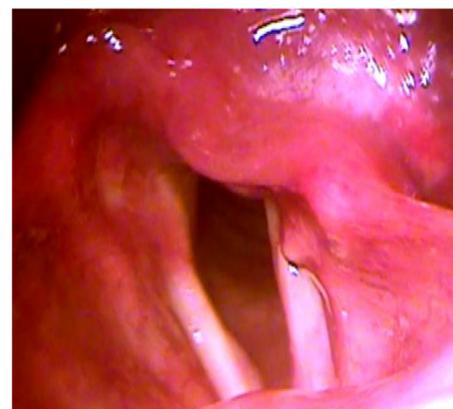


Fig.1: Videorinofibrolaringoscopia. No se observa abducción de pliegue vocal izquierdo y abombamiento de mucosa aritenoidea.

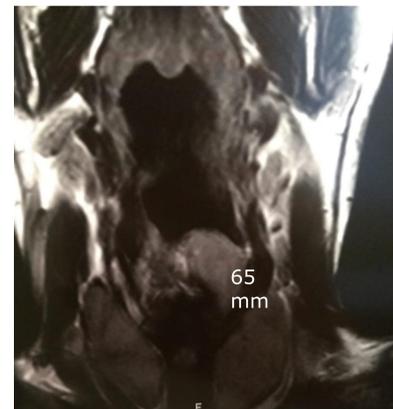


Fig.2: RMN. Se observa lesión ocupante de espacio en hemilaringe izquierda de **65mm longitud**.

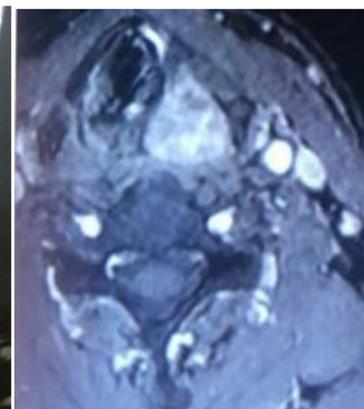


Fig.3: RMN. Lesión de bordes definidos, no infiltra cartilagos laríngeos. Realza tras la inyección de cte ev.

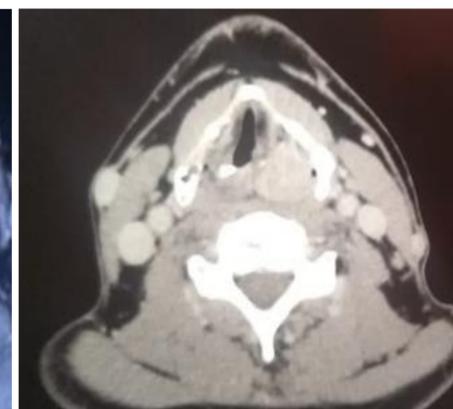


Fig.4: TC cuello: lesión de bordes definidos en hemilaringe izquierda que medializa aritenoides ipsilateral.

Se realizo biopsia transoral con Microcirugia de Laringe (Fig.5).

Anatomía patológica: células fusiformes miofibroblásticas acompañadas por infiltrado inflamatorio de células plasmáticas, linfocitos y eosinófilos. Inmunohistoquímica: vimentina: positiva, desmina: positiva (focal), actina muscular lisa: positivo, **ALK: positiva**. Estos hallazgos corresponden a **TMI** (Fig.6)



Fig.5: Biopsia quirúrgica de lesión. Se realizo incisión en mucosa retroaritenoidea izquierda con radiofrecuencia. Se diseco lesión duroelastica, sangrante al contacto. Se evaluó muestra por congelación.

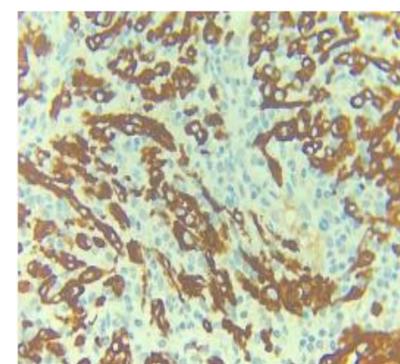


Fig.6: Evaluación histopatológica de tumor.

RESULTADO

Ante la disminución significativa del tamaño en RMN. Se procedió a la resección de lesión persistente vía transoral a través de una Microcirugía de Laringe. Se utilizó equipo de radiofrecuencia. Se evaluó indemnidad de límites de resección a través del estudio anatomopatológico por congelación. Alta sin complicaciones, internación menor a 24hs.

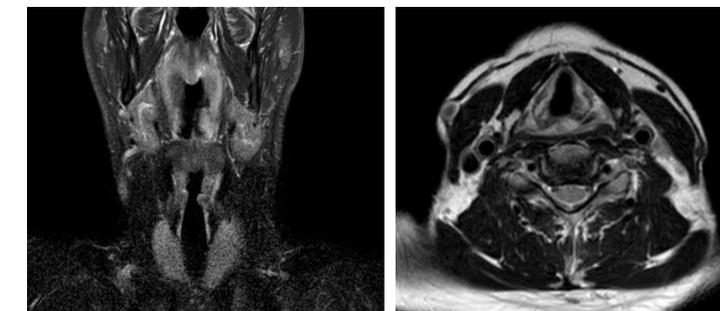


Fig.7: RMN posterior a tratamiento quimioterápico Neoadyuvante con Alectinib más remoción quirúrgica transoral de remanente

Seguimiento a un año postoperatorio sin complicaciones y sin recaída por estudio con imágenes (Fig. 7), VRFL: pliegue vocal izquierdo de movilidad conservada con mejoría de la voz (Fig. 8).

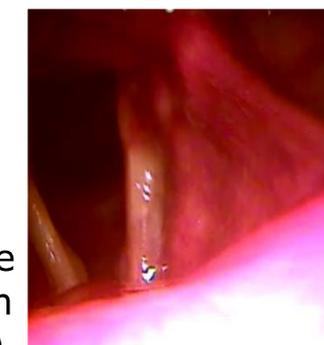


Fig. 8: VRFL postoperatoria en la cual se observa abducción de pliegue vocal izquierdo.

CONCLUSION

Resultó fundamental para arribar al diagnóstico del tumor, completar el estudio de Videorinofibrolaringoscopia con el pedido de imágenes. El abordaje multidisciplinario permitió un tratamiento conservador con inhibidores de kinasa y cirugía mínimamente invasiva a través de un abordaje transoral, con conservación de la laringe.

En el comité de tumores por su localización y tamaño se decide realizar tratamiento neoadyuvante con inhibidor de kinasa: Alectinib (600mg cada 12hs) y reevaluar.