

MIXOMA DE CUERDA VOCAL: REPORTE DE UN CASO

Arias Segovia Hernán^{1,2}, Cabezas Córdoba Laura^{2*}

DOI: 10.48018/rmv.v33.i1.1



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International.

1. Hospital Vozandes Quito. Médico del Servicio de Otorrinolaringología. Quito - Ecuador.
2. Pontificia Universidad Católica del Ecuador - PUCE. Facultad de Medicina. Posgrado de Otorrinolaringología. Quito - Ecuador.

ORCID ID:

Arias Hernán
orcid.org/0000-0002-9730-4670
 Cabezas Laura
orcid.org/0000-0002-6785-3118

*Corresponding author: Cabezas Laura
 E-mail: laura-cabezas@hotmail.com

Received: 06 - Jun - 2021
Accepted: 22 - Nov - 2021
Publish: 01 - Mar - 2022

CARE 2017 Check List statement: The authors have read the CARE 2017 Check List and the manuscript was prepared and revised according to the CARE 2017 Checklist.

Conflict of interest: The authors have full freedom of manuscript preparation, and there were no potential conflicts of interest.

Financial disclosure: The authors have no financial relationships relevant to this article to disclose.

Authors' contribution: The authors equally contributed to this work: study conception and design, acquisition of data, analysis and interpretation of data, drafting of manuscript and critical revision.

Forma de citar este artículo: Arias H, Cabezas L. MIXOMA DE CUERDA VOCAL: REPORTE DE UN CASO. Rev Med Vozandes. 2022; 33 (1): 33 - 37

Resumen

Los mixomas laríngeos son poco comunes. Se localizan más frecuentemente en las cuerdas vocales, siendo diagnosticados erróneamente como pólipos. Se han reportado veinte casos de mixomas de cuerdas vocales en la literatura médica; por lo cual los autores consideramos que con el presente manuscrito se contribuye a la documentación de casos particulares como éste, siendo el primero en nuestro país descrito hasta la fecha de su redacción.

Reporte del caso: Presentamos el caso de un mixoma laríngeo que se muestra clínicamente como un quiste submucoso de cuerda vocal derecha en una mujer de 41 años que acudió por presentar disfonía. La paciente fue sometida a microcirugía de laringe para su resección. El diagnóstico histopatológico reportó que se trataba de un mixoma.

Conclusión: El mixoma debería ser considerado entre los diagnósticos diferenciales de lesiones benignas de cuerdas vocales.

Palabras clave: Mixoma, cuerda vocal, laringe, quiste, reportes de caso

Abstract

VOCAL CORD MYXOMA: A CASE REPORT

Laryngeal myxomas are rare. They are more frequently located in the vocal cords, being misdiagnosed as polyps. Twenty cases of vocal cord myxomas have been reported in the medical literature; therefore, the authors consider that this manuscript contributes to the documentation of particular cases such as this one, being the first one in our country described up to the date of its writing.

Case report: We present the case of a laryngeal myxoma that is clinically shown as a submucosal cyst of the right vocal cord in a 41-year-old woman who presented with dysphonia. The patient underwent laryngeal microsurgery for her resection. Histopathological diagnosis reported that it was a myxoma.

Conclusion: Myxoma should be considered among the differential diagnoses of benign vocal cord lesions.

Keywords: Myxoma, vocal cord, larynx, cyst, case reports

INTRODUCCIÓN

Dentro de las lesiones benignas de cuerdas vocales se incluyen nódulos, pólipos, quistes, masas fibrosas, pseudoquistes y lesiones inespecíficas. Son muy comunes y más del 50% de pacientes que buscan atención médica debido a un cambio de la voz presentan un trastorno mucoso benigno. El quiste subepitelial es una lesión encapsulada dentro de la cara superficial de la lámina propia de las cuerdas vocales y generalmente no tienen respuesta o cambio de manera considerable al reposo vocal o a la terapia de voz por lo que se requiere la escisión quirúrgica mediante la creación de un microflap en la cuerda vocal afectada.^(1,2,3) Experimentamos un caso raro de mixoma laríngeo en una paciente que se presentó como un quiste subepitelial de cuerda vocal ante lo cual se realizó una microcirugía de laringe y el diagnóstico histopatológico determinó que se trataba de un mixoma de cuerda vocal.

El mixoma es un tumor benigno que surge preferentemente en huesos, tejidos blandos y órganos internos, y de forma clásica en el corazón. Los mixomas de cabeza y cuello son más

comunes en la mandíbula. El mixoma de laringe es extremadamente raro y, por lo general, se lo diagnostica erróneamente como pólipo laríngeo. Las áreas de afectación pueden ser las cuerdas vocales, pliegue aritenoepiglótico y epiglotis; siendo más común a nivel de cuerdas vocales. Hay alrededor de 20 casos de mixomas de cuerdas vocales citados en la literatura médica sin encontrarse casos reportados en nuestro país. Clínicamente el mixoma laríngeo se puede presentar con disfonía y disnea, su tratamiento consiste en la escisión quirúrgica. Se ha observado una propensión variable a recidivar localmente en los primeros 3 años del postoperatorio; por lo tanto, los pacientes con mixoma laríngeo deben mantener controles después de la resección quirúrgica.^(4,5,10) El objetivo de este manuscrito es presentar el caso de un mixoma de cuerda vocal, discutiendo los aspectos característicos de la patología y realizando una revisión sobre el manejo más adecuado según la literatura



Figura 1 . Línea de tiempo: caso clínico de mixoma de cuerda vocal

Fuente: Elaborado por los autores.

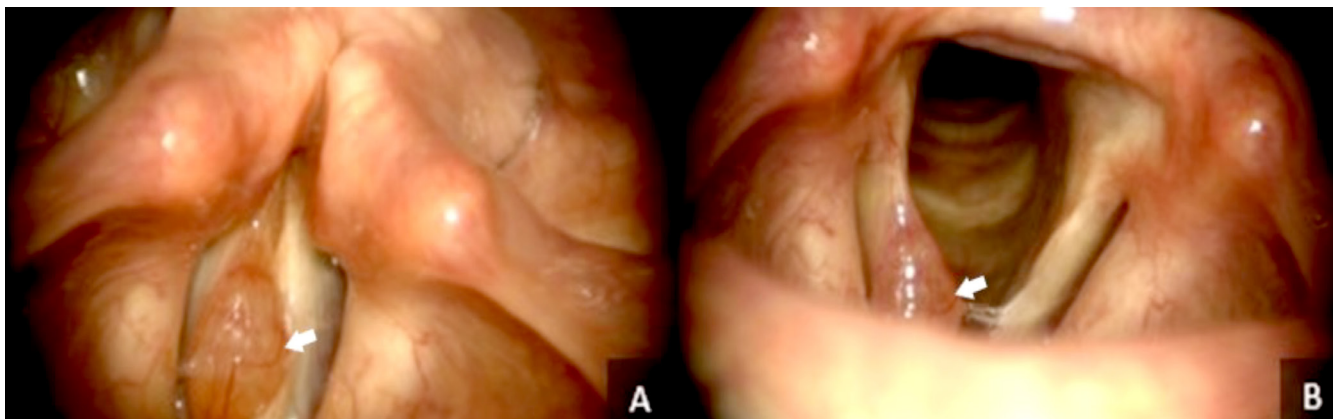


Figura 2 A y B . Laringoscopia rígida: lesión de aspecto quístico en cuerda vocal derecha (flecha blanca), posteriormente reportada como mixoma en su estudio histopatológico.

Fuente: Elaborado por los autores.

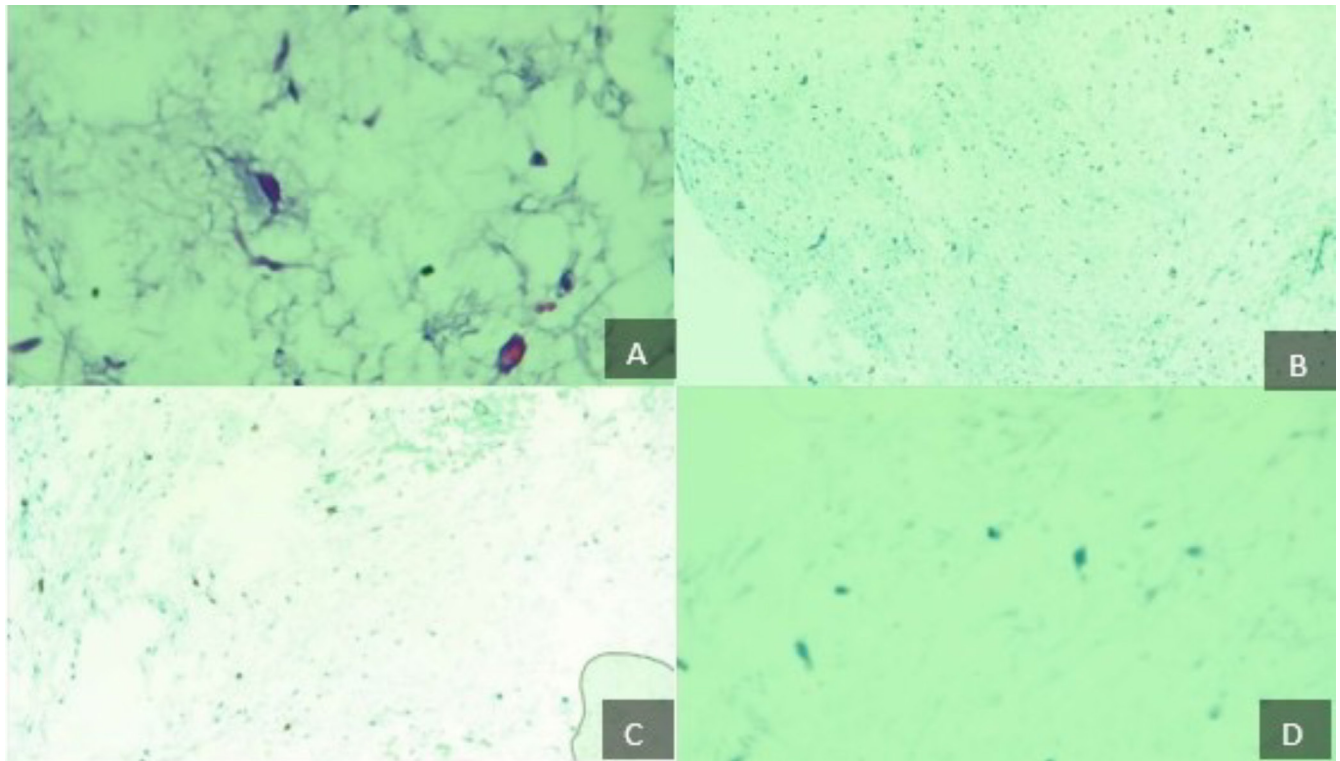


Figura 3 . Inmunohistoquímica: **A:** Hematoxilina y eosina; **B:** Actina; **C:** CD34 10x, **D:** CD34 40X

Fuente: Elaborado por los autores.

médica. El estudio sigue las recomendaciones CARE ⁽¹²⁾, para el reporte de casos clínicos, además, se contó con el consentimiento informado autorizando su publicación.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 41 años con antecedente de hipotiroidismo en tratamiento, no profesional de la voz, sin antecedente de tabaquismo; acude a consulta externa de otorrinolaringología por referir disfonía progresiva y odinofagia recurrente de 10 meses de evolución, síntomas que empeoran en los últimos 3 meses. Se realiza una evaluación con laringoscopia rígida donde se evidencia una lesión de superficie lisa no pediculada de aspecto quístico en cara superior y borde libre de tercio anterior y medio de cuerda vocal derecha, considerándose como diagnóstico un quiste submucoso de cuerda vocal derecha. (figuras 2A y B)

Bajo anestesia general, la paciente fue sometida a microcirugía de laringe, en la cual, mediante exposición completa con laringoscopio de suspensión y visualización microscópica con lente de 400x, se realizó una incisión lateral a la lesión para separar el epitelio supra adyacente del quiste, permitiendo crear un microflap. Se liberó la lesión de sus inserciones con disección, lográndose su remoción total, la misma que se localizaba en el espacio submucoso de la cuerda vocal derecha ocupando toda su superficie

a nivel del tercio anterior y medio. Adicionalmente, se realizó infiltración intracordal de corticoide con 4mg dexametasona. La lesión medía 0.7 cm., era encapsulada, blanquecina, blanda y de aspecto mucoso.

Al estudio histopatológico, microscópicamente el tumor muestra revestimiento epitelial escamoso delgado que cubre al estroma con marcada degeneración mixoide, presencia de capilares dispersos dispuestos en intersticio y aisladas células fusiformes inmersas. Con técnicas de inmunohistoquímica no se observó reactividad para CD34 ni actina. (figura 3A-D).

La paciente presentó una mejoría clínica de la disfonía en un 80% a los 8 días, indicándose continuar con protector gástrico e iniciar terapia de voz. A las 6 semanas, su recuperación fue del 100% sin evidenciar recidiva o lesión residual en cuerda vocal derecha. (figura 4A y B).

DISCUSIÓN

La microanatomía de las cuerdas vocales consta de las siguientes capas, de superficial a profunda: el epitelio, la lámina propia la cual se divide en superficial, intermedia y profunda, y el músculo

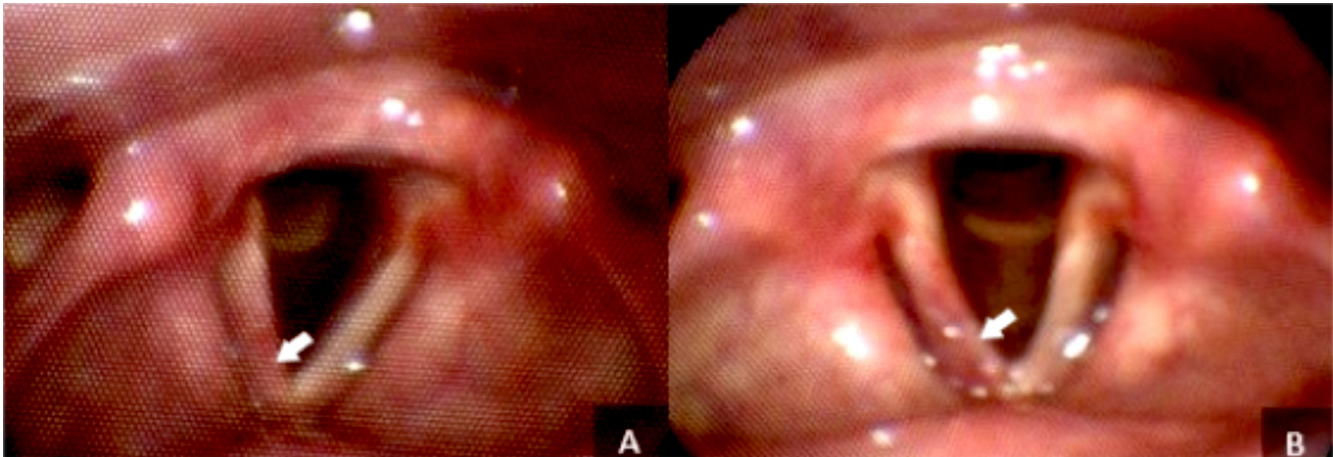


Figura 4 . Laringoscopia flexible: control postquirúrgico sin lesión residual en cuerda vocal derecha (flecha blanca) **A:** a los 8 días; **B:** a las 6 semanas

Fuente: Elaborado por los autores.

vocal. El espacio de Reinke es un espacio potencial entre las capas superficial e intermedia de la lámina propia. Las capas intermedia y profunda de la lámina propia juntas se denominan ligamento vocal.³

El sistema de clasificación de lesiones benignas de cuerdas vocales incluye nódulos, pólipos, quistes, masas fibrosas, pseudoquistes y lesiones inespecíficas. A menudo, los pacientes acuden por presentar disfonía, aumento del esfuerzo vocal, fatiga, tensión y, si las lesiones son lo suficientemente grandes, sensación de disnea con la fonación.¹ La guía de práctica clínica de disfonía de la Academia Americana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello menciona que es necesario realizar una laringoscopia en casos de disfonía que no se resuelve o mejora en 4 semanas o independientemente de la duración si se sospecha una causa subyacente grave, tal como se realizó en este caso.¹³

El término "mixoma" fue introducido por Virchow en 1871 para describir un tumor con apariencia histológica semejante a la sustancia mucinosa del cordón umbilical. En 1948, Stout informó sobre una serie de pacientes con mixomas y los detalló como neoplasias mesenquimales no metastatizantes compuestas de células estrelladas en un estroma mucoide laxo.⁶

Se ha observado que el mixoma laríngeo tiende a ocurrir en la sexta y octava décadas de vida, aunque pueden verse afectados individuos de todas las edades. Los mixomas laríngeos generalmente se presentan como una gran masa polipoidea de predilección por el sexo masculino, a diferencia de otras partes de la cabeza y cuello donde los mixomas predominan en las mujeres. Su localización más común es la cuerda vocal, seguida por el pliegue ariepiglótico. Las presentaciones clínicas más comunes del mixoma laríngeo son disfonía y disnea. Dado que los pacientes con mixoma glótico pueden notar estos síntomas antes que los pacientes con mixoma supraglótico, estas lesiones tienden a crecer de manera exagerada. Según reportes, el tamaño de los mixomas laríngeos varía de aproximadamente 0,5 a 7 cm. Los mixomas

se presentan con mayor frecuencia como masas de crecimiento lento y bien circunscritas, a veces de varios años de evolución.⁷

En una revisión de la literatura se informan 20 casos de mixoma de cuerda vocal notificados previamente. La edad media de los pacientes fue de 55,05 años (rango 25-77 años). El tumor fue más frecuente en hombres (90%) y el síntoma principal variaba desde disfonía hasta disnea. El diámetro máximo medio del tumor fue de 1,03 cm (DE 0,62; rango de 0,4-2,5 cm). La mayoría de las lesiones se localizaron en la cuerda vocal derecha (2:1).¹⁰

Los mixomas laríngeos suelen ser polipoides, friables y pediculados. Por lo general, tienen un pedículo corto y amplio; por otro lado, los mixomas sésiles son raros. Macroscópicamente, el mixoma es un tumor gris, blanco u opalescente y suele tener una textura gomosa, pero puede variar desde muy suave a moderadamente firme, según su estructura celular. Histológicamente es benigno, carece de cápsula y tiende a infiltrarse en los tejidos circundantes. Contiene células tipo estrelladas o fusiformes, con procesos citoplasmáticos largos y delgados en un fondo de abundante material mucoide basófilo. Su estroma es rico en mucopolisacáridos con una red variable de reticulina y colágeno. Carecen de vasos sanguíneos y se pueden encontrar pocas células inflamatorias, en especial linfocitos.⁷⁻¹¹

En el estudio inmunohistoquímico, las células son negativas para la proteína S-100 y se ha observado que más de la mitad de los mixomas muestran inmunorreactividad para actina del músculo liso y CD34.^{7,8}

Las células de un mixoma se originan a partir de células fibroblásticas que no tienen capacidad de polimerizar el colágeno, produciendo una cantidad excesiva de glicosaminoglicanos, dando un aspecto gelatinoso de la lesión.⁵

Clínicamente, el diagnóstico diferencial incluye nódulos, pólipos o quistes vocales. De ellos, es indistinguible del pólipo laríngeo. Esto hace que la presentación clínica de la lesión del caso descrito en este manuscrito fuera muy sugestiva de un quiste submucoso, siendo el diagnóstico de mixoma dado sólo por la histopatología, con reacción negativa para actina y CD34.⁷

En los tumores laríngeos de tipo no epitelial como los mixomas, los estudios de imágenes se pueden utilizar para complementar el diagnóstico de estos tumores atípicos y delinear la extensión de la enfermedad. Tomográficamente se presentan con mayor frecuencia en cuerdas vocales como una masa hipodensa, bien definida y homogénea que simula un laringocele lleno de líquido.⁹

El tratamiento de un mixoma está determinado por su tamaño y ubicación. La escisión simple parece ser curativa, pero debido a su tendencia a infiltrar el tejido circundante, si está mal delimitado, se debe realizar una escisión quirúrgica con un borde de tejido normal circundante para reducir el riesgo de recurrencia. Por lo general, la lesión se puede extirpar endoscópica o microscópicamente, aunque en ocasiones puede ser necesaria una incisión externa.

Puede observarse una recidiva local durante los primeros 3 años del postoperatorio; por lo cual, se ha sugerido que los pacientes con mixomas laríngeos sean controlados cuidadosamente después de la enucleación.⁴

En pacientes jóvenes con múltiples mixomas, se debería descartar el complejo de Carney, enfermedad autosómica dominante que se presenta con mixomas cardíacos y en piel, hiperpigmentación de la piel e hiperactividad endocrina, incluido el síndrome de Cushing, y posibilidad de desarrollar tumores de hipófisis, tiroides, testículos u ovario. Aunque no se han descrito casos de mixomas laríngeos en el complejo de Carney, la distribución generalizada de los mixomas en este complejo sugiere que esta asociación no debe ser excluida por completo.⁷

CONCLUSIÓN

Consideramos que, aunque es muy raro, el mixoma laríngeo debe contemplarse en el diagnóstico diferencial de lesiones de cuerdas vocales y de esta manera proporcionar un tratamiento adecuado. La resección quirúrgica ha demostrado ser curativa; y teniendo en cuenta su probabilidad de recidiva, se debe vigilar la evolución postquirúrgica de estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Naunheim MR, Carroll TL. Benign vocal fold lesions: update on nomenclature, cause, diagnosis, and treatment. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*. 2017; 25: 453-458.
2. Bastian RW, Wingo ML. Benign Vocal Fold Mucosal Disorders. In: *Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, Philadelphia, Elsevier Inc.; 2021: 868-896
3. Rosen CA, Simpson CB. Vocal Fold Cyst and Vocal Fold Fibrous Mass. In: *Operative Techniques in Laryngology*, Berlin, Springer; 2008: 109-112
4. Nakamura A, Iguchi H, Kusuki M, Yamane H, Matsuda M, Osako S. Laryngeal myxoma. *Acta Otolaryngol*. 2008; (128): 110-112
5. Val-Bernal JF, Martino M, Longarela MY. Cerebral Myxoma of the Vocal Cord: A Case Report and Review of the Literature. *Turk Patoloji Derg*. 2020; (36): 77-81
6. Tang CG, Monin DL, Puligandla B, Cruz RM. Glottic myxoma presenting as chronic dysphonia: a case report and review of the literature. *Ear Nose Throat J*. 2015; (94): 30-33
7. Ritchie A, Youngerman J, Fantasia JE, Kahn LB, Cocker RS. Laryngeal myxoma: a case report and review of the literature. *Head Neck Pathol*. 2014; (8): 204-208
8. Goldblum JR. Soft Tissues. In: *Rosai and Ackerman's Surgical Pathology*, Philadelphia, Elsevier Inc, 2018: 1810-1914
9. Ng C, Mentias Y, Abdelgalil A. Imaging features of non-epithelial tumours of the larynx. *Clinical Radiology*, 2020; (75): 711.e5-711.e12
10. Yu TT, Yu H, Cui Y, Liu W, Cui XY, Wang X. Laryngeal myxoma: A case report. *World J Clin Cases*. 2021; (9): 2823-2829
11. Kanlıada D, Basaran B, Mete Ö, Deger K. Laryngeal myxoma mimicking intracardial cyst. *Turk Arch Otolaryngol*, 2012; (50): 26-27
12. Riley D, Barber M, Kienle G, Aronson J, et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *JClinEpi*, 2017; (89): 218-235
13. Stachler R, Francis D, Schwartz S, et al. Clinical Practice Guideline: Hoarseness (Dysphonia) (Update) *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2018; (158): 1-42