

Laringología y Neurolaringología

Manejo de la Amiloidosis Laríngea: experiencia en un Hospital Universitario

Management of Laryngeal Amyloidosis: experience in a University Hospital

Manejo da Amiloidose Laríngea: experiência em um Hospital Universitário

Dra. María Emilia Carllinni⁽¹⁾, Dra. Liliana Stefanía Melczer⁽¹⁾,
Dra. María Andrea Susana Hortas⁽²⁾, Dra. Andrea Paes de Lima⁽³⁾

Resumen

Introducción: La amiloidosis pertenece a un grupo de enfermedades que tienen en común la presencia de depósitos extracelulares anormales de proteínas fibrilares. Dentro de la región de cabeza y cuello, la laringe es el órgano más afectado. Clínicamente se manifiesta de diversas formas acorde al sector afectado de la laringe. Para su diagnóstico existen, actualmente, una diversidad de estudios, desde las imágenes hasta la toma de biopsia con análisis anatómopatológico. Asimismo, diversos métodos permiten su seguimiento.

Objetivos: Analizar las características clínicas de la amiloidosis laríngea, al igual que los antecedentes de aquellos pacientes con patología por depósito de amiloide; describir los estudios complementarios disponibles para su diagnóstico y posterior seguimiento.

Material y Método: Estudio retrospectivo, observacional. Se revisaron las historias clínicas de 7 pacientes con diagnóstico de amiloidosis laríngea, del servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Clínicas «José de San Martín». Se incluyeron como variables: sexo, edad, síntomas, ubicación y extensión de las lesiones, laboratorio de la voz, tomografía, histología, tratamiento, resultados y evidencia de recurrencia.

Resultados: 3 pacientes fueron de sexo femenino (43%) y 4 de sexo masculino (57%). La edad media fue de 47 años. Presentaron disfonía el 100% de los casos, 2 (29%) carraspeo, 1 (14%) tos y 1 (14%) sensación de cuerpo extraño. El tratamiento fue quirúrgico en todos los pacientes. Uno de ellos fue intervenido en dos oportunidades, por lo tanto, se realizaron 8 cirugías en total. Siete de ellas se realizaron con técnica fría (88%) y en 1 se utilizó electrobisturí (12%). En cuanto a la anatomía patológica, todos fueron positivos para la tinción con Rojo Congo. En un solo caso (14%) hubo recidiva de la patología. En todos los pacientes se trató de amiloidosis localizada.

Conclusión: La amiloidosis laríngea es una patología rara que, generalmente, se comporta de manera benigna, localizada. Se debe sospechar en lesiones laríngeas submucosas y el tratamiento debe definirse en cada caso particular, con un abordaje multidisciplinario. La cirugía tiene buenos resultados. Es fundamental el seguimiento a largo plazo mediante laringoscopia indirecta.

Palabras clave: amiloidosis, amiloide, laringe, disfonía, cirugía, fibrolaringoscopia, estroboscopia.

Abstract

Introduction: Amyloidosis belongs to a group of diseases that have in common the presence of ab-

⁽¹⁾ Médica Residente.

⁽²⁾ Médica de Planta.

⁽³⁾ Médica de Planta de la división Patología Quirúrgica del Departamento de Patología.

^(1, 2, 3) División de Otorrinolaringología del Hospital de Clínicas «José de San Martín», CABA, Argentina.

Mail de contacto: emiliacarllinni@gmail.com

Fecha de envío: 27 de diciembre de 2022 - Fecha de aceptación: 7 de agosto de 2023.

normal extracellular deposits of fibrillar proteins. Within the head and neck region, the larynx is the most affected organ. Clinically it manifests itself in various ways according to the affected sector of the larynx. There are currently a variety of studies for its diagnosis, from images to biopsy with pathological analysis. Likewise, various methods allow its monitoring.

Objetivos: To analyze the clinical characteristics of laryngeal amyloidosis as well as the history of those patients with pathology due to amyloid deposits; describe the complementary studies available for diagnosis and subsequent follow-up.

Material and Method: Retrospective, observational study. The medical records of 7 patients diagnosed with laryngeal amyloidosis, from the Otolaryngology service of the Hospital de Clínicas "José de San Martín", were reviewed. Variables included: sex, age, symptoms, location and extent of lesions, voice laboratory, tomography, histology, treatment, results, and evidence of recurrence.

Results: 3 patients were female (43%) and 4 male (57%). The mean age was 47 years. 100% of the cases presented hoarseness, 2 (29%) throats clearing, 1 (14%) cough and 1 (14%) foreign body sensation. Treatment was surgical in all patients. One of them was operated twice, therefore, 8 surgeries were performed in total. Seven of them were performed with the cold technique (88%) and electrocautery was used in 1 (12%). Regarding the pathology, all were positive for Congo Red staining. In only one case (14%) there was a recurrence of the pathology. In all patients it was localized amyloidosis.

Conclusion: Laryngeal amyloidosis is a rare pathology that generally behaves in a benign, localized manner. It should be suspected in submucosal laryngeal lesions and the treatment should be defined in each case, with a multidisciplinary approach. Surgery has good results. Long-term follow-up using indirect laryngoscopy is essential.

Keywords: amyloidosis, amyloid, larynx, dysphonia, surgery, fibrolaryngoscopy, stroboscopy.

Resumo

Introdução: A amiloidose pertence a um grupo de doenças que têm em comum a presença de depósitos extracelulares anormais de proteínas fibrilares. Na região da cabeça e pescoço, a laringe é o órgão mais acometido. Clinicamente manifesta-se de diversas formas de acordo com o setor da laringe acometido. Atualmente existe uma variedade de estudos para seu diagnóstico, desde imagens até biópsia

com análise patológica. Da mesma forma, vários métodos permitem seu monitoramento.

Objetivos: Analisar as características clínicas da amiloidose laríngea, bem como a história dos pacientes com patologia devido a depósitos amilóides; descrever os estudos complementares disponíveis para diagnóstico e seguimento posterior.

Material e Método: Estudo retrospectivo, observacional. Foram revisados os prontuários de 7 pacientes diagnosticados com amiloidose laríngea, do serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas "José de San Martín". As variáveis incluíram: sexo, idade, sintomas, localização e extensão das lesões, laboratório de voz, tomografia, histologia, tratamento, resultados e evidência de recidiva.

Resultados: 3 pacientes eram do sexo feminino (43%) e 4 do sexo masculino (57%). A idade média foi de 47 anos. 100% dos casos apresentaram rouquidão, 2 (29%) pigarro, 1 (14%) tosse e 1 (14%) sensação de corpo estranho. O tratamento foi cirúrgico em todos os pacientes. Um deles foi operado duas vezes, totalizando 8 cirurgias. Sete deles foram realizados pela técnica a frio (88%) e eletrocautério foi utilizado em 1 (12%). Em relação à patologia, todos foram positivos para a coloração Congo Red. Em apenas um caso (14%) houve recidiva da patologia. Em todos os pacientes foi amiloidose localizada.

Conclusão: A amiloidose laríngea é uma patologia rara que geralmente se comporta de forma benigna e localizada. Deve-se suspeitar em lesões laríngeas submucosas e o tratamento deve ser definido caso a caso, com abordagem multidisciplinar. A cirurgia tem bons resultados. O acompanhamento a longo prazo com laringoscopia indireta é essencial.

Palavras-chave: Amiloidose, Amiloide, laringe, disfonia, cirurgia, fibrolaringoscopia, estroboscopia.

Introducción

La amiloidosis es un grupo de enfermedades que tienen en común la presencia de depósitos extracelulares anormales de proteínas fibrilares en forma de material hialino y amorfo, cuya etiología es desconocida⁽¹⁾. En la actualidad, 36 proteínas han sido detectadas como amiloidogénicas. Diferenciar la amiloidosis esporádica de aquella que tiene un componente genético y la forma sistémica de la localizada, es de suma importancia. Riñón, corazón e hígado son los órganos comprometidos con mayor frecuencia.

Dentro del sector de la cabeza y el cuello, la laringe es el órgano más afectado, donde se presenta como un tumor benigno localizado nodular o como

depósitos subepiteliales, formando masas, con una incidencia aproximada del 1% de todos los tumores benignos en dicho órgano. Afecta a personas entre 40 y 60 años, siendo de predominio masculino, con una relación hombre mujer de 3:1. Compromete, principalmente, las bandas ventriculares o ventrículos, seguido por las cuerdas vocales, repliegues aritenopiglóticos y subglotis. Han sido reportados casos con múltiples sitios laríngeos sincrónicos afectados. Clínicamente se puede manifestar, según la ubicación y tamaño, con disfonía, sensación de cuerpo extraño, disnea progresiva, disfagia, carraspeo, tos, hemoptisis, y ocasionalmente causando obstrucción de la vía aérea.

Para su diagnóstico es necesaria la exploración mediante laringoscopia indirecta y directa; esta última permite precisar los límites de la lesión y posibilita la toma de biopsias. Los depósitos de amiloide pueden evidenciarse macroscópicamente como lesiones firmes, no ulceradas, de color amarillento, rojizo o blanquecino. La tomografía computada (TC) es valiosa, no para identificar el origen de la lesión, sino para delimitar su extensión. La misma se evidencia como una masa homogénea e isodensa con el músculo esquelético. En la resonancia magnética (RM) el amiloide se visualiza isointenso y resulta de utilidad en el diagnóstico diferencial entre éste y una lesión maligna, ya que capta gadolinio.

El resultado anatomopatológico dará el diagnóstico de certeza. Microscópicamente se observan depósitos extracelulares de un material hialino, acelular, amorfo y eosinófilo mediante tinción con hematoxilina-eosina, que se localizan en el estroma y rodeando estructuras vasculares, además de evidenciarse a veces en la pared de estas. Mediante la tinción histoquímica de Rojo Congo, el material amiloide muestra birrefringencia verde bajo luz polarizada, el cual es positivo y fluorescente con tioflavina T. Este depósito puede estar rodeado de un infiltrado crónico caracterizado por linfocitos y plasmocitos⁽²⁾.

Una vez confirmado el diagnóstico, dependiendo del compromiso y extensión, las opciones terapéuticas van desde la conducta expectante hasta la resección quirúrgica (microcirugía endoscópica, ablación con láser, laringectomía parcial o total); otras opciones son la colocación de stent, radioterapia externa y, en algunos casos, fármacos como la colchicina, melfalán y prednisona.

Las recidivas son frecuentes, representan, aproximadamente, el 20% y justifican una vigilancia prolongada: anualmente durante al menos 10 años, pudiendo obligar en este transcurso a múltiples in-

tervenciones para lograr un buen control sintomático. Aunque las formas localizadas de amiloidosis en la región cabeza y cuello tienen buen pronóstico debido a su accesibilidad quirúrgica, todo paciente diagnosticado de amiloidosis debe ser valorado por el Servicio de Medicina Interna para realizar estudios que descarten neoplasias de células plasmáticas (por ejemplo, mieloma múltiple) y/o afectación sistémica de la enfermedad. Con dicha finalidad, se realizan hemograma, eritrosedimentación, inmunoelectroforesis sérica y urinaria, y proteinuria de 24 horas.

Objetivos

Analizar las características clínicas de la amiloidosis laríngea, al igual que los antecedentes de aquellos pacientes con patología por depósito de amiloide; describir los estudios complementarios disponibles para su diagnóstico y posterior seguimiento.

Material y Método

Estudio retrospectivo, observacional. Se revisaron las historias clínicas de 7 pacientes, de entre 19 y 75 años, con diagnóstico de amiloidosis laríngea, del servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Clínicas «José de San Martín», entre agosto de 2011 y octubre de 2019. Todos los pacientes se realizaron un examen físico completo, fibrolaringoscopia (FLC) y/o laringoestroboscopia (LE), tomografía computada (TC) y análisis histopatológico.

Se incluyeron como variables: sexo, edad, síntomas, ubicación y extensión de las lesiones, laboratorio de la voz, TC, histología, tratamiento, resultados y evidencia de recurrencia.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 7 pacientes con diagnóstico de amiloidosis laríngea. A continuación, se describe cada caso y, posteriormente, se analizan en conjunto:

Caso 1: Paciente femenina de 67 años, sin antecedentes médicos de relevancia, quien consultó por disfonía de 6 meses de evolución. En la LE se observaron ambas cuerdas vocales (CV) móviles con abombamiento de banda ventricular izquierda (BVI) (figura 1). La TC evidenció un engrosamiento de ambas CV. Se realizó una microcirugía de laringe con resección de la lesión y 3 años más tarde, a causa de una recidiva de la patología se reintervino quirúrgicamente con el mismo procedimiento. Ambos resultados de anatomía patológica arrojaron un diagnóstico de



Figura 1. Laringoestroboscopia caso 1. Abombamiento de BVI

amiloidosis. Se realizaron interconsultas con servicios de Clínica Médica y Hematología, descartando de esta manera patología sistémica. Último control presencial, en consultorio, en marzo de 2015. Desde entonces y hasta la actualidad se realizó un seguimiento telefónico. La paciente refiere seguir asintomática desde la última cirugía.

Caso 2: Paciente femenina de 61 años, con antecedentes de hipertensión arterial y artritis reumatoidea, que consultó por disfonía de 18 meses de evolución. En la LE se evidenciaron ambas CV móviles, con abombamiento de BVD y CVD (figura 2). TC sin particularidades. Se realizó una microcirugía de laringe y toma de biopsia con resultado de amiloidosis. Se interconsultó con el Servicio de Reumatología descartándose enfermedad sistémica. Último control en consultorio en febrero de 2014. La paciente se ausentó a los controles posteriores.



Figura 2. Laringoestroboscopia caso 2. Abombamiento de BVD y CVD

Caso 3: Paciente masculino de 19 años que consultó por disfonía de 12 meses de evolución y sensación de cuerpo extraño. En la LE ambas CV eran móviles, con abombamiento de BVI (figura 3). TC

sin particularidades. Se realizó una microcirugía de laringe y biopsia con resultado histopatológico de inflamación crónica. Un año después, se llevó a cabo una nueva microcirugía de laringe y biopsia con resultado de amiloidosis. Se interconsultó con Reumatología, confirmando de esta manera la amiloidosis localizada. Último control en consultorio en mayo de 2014. La paciente se ausentó a los controles posteriores.



Figura 3. Laringoestroboscopia caso 3. Abombamiento de BVI

Caso 4: Paciente masculino de 38 años, extabaquista, consultó por disfonía de dos años de evolución asociada a carraspeo. En la LE se observó una lesión submucosa en ambas BV y en VI, dificultando la visualización de las CV (figura 4). Se realizó una biopsia con diagnóstico de pólipo. Un año después, se realizó una nueva microcirugía de laringe; la biopsia informó amiloidosis. La interconsulta con Reumatología descartó una amiloidosis sistémica. Último control en consultorio en octubre del 2014. La paciente se ausentó a los controles posteriores.



Figura 4. Laringoestroboscopia caso 4. Lesión submucosa en ambas BV y en VI

Caso 5: Paciente masculino de 30 años sin antecedentes médicos de relevancia, acudió por disfonía de 6 meses de evolución. A la LE ambas CV estaban móviles, con abombamiento de BVI (figura 5). Laboratorio de la voz: en el análisis de la vocal /a/ sostenida, se observó forma de onda muy irregular, con presencia de ruido entre ciclos vibratorios. F0 muy elevada para la edad y sexo del paciente. Índices de perturbación alterados. En el espectro de banda angosta, se observó escaso número de armónicos en frecuencias graves, componente de ruido en medias y agudas. Evaluación perceptual: R2 A3 S1 A0 T0 I1. El resultado de la anatomía patológica arrojó inflamación subaguda. Un año después, se realizó una nueva cirugía y toma de biopsia la cual informó amiloidosis. El último control en consultorio fue en abril de 2017; actualmente se realizan controles telefónicos. El paciente refiere estar asintomático.



Figura 5. Laringostroboscopia caso 5. Abombamiento BVI

Caso 6: Paciente femenina de 75 años con antecedentes de HTA, dislipemia y bocio tiroideo. Consultó por disfonía de 9 años de evolución, carraspeo y tos. En la FLC se observó una lesión amarillenta en la cara laríngea de la epiglotis y en ambos aritenoides (figura 6). Se realizó una microcirugía de laringe y toma de biopsia, cuyo resultado histopatológico fue amiloidosis. Se interconsultó al servicio de Clínica Médica para descartar enfermedad sistémica. El último control en consultorio fue en julio de 2019; actualmente se realizan controles telefónicos. La paciente refiere estar asintomática, sin cambios en su voz desde la cirugía.

Caso 7: Paciente masculino de 39 años sin antecedentes de importancia, que consultó por disfonía de 1 mes de evolución. En la LE ambas CV aparentaban móviles; se evidenció una lesión en el tercio medio de la CVI y una lesión submucosa bilateral y simé-

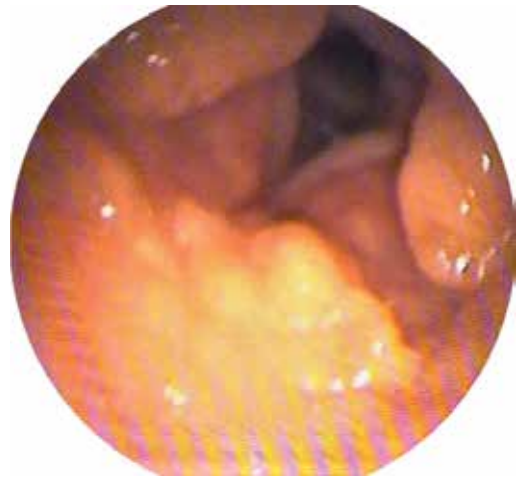


Figura 6. Fibrolaringoscopia caso 6. Lesión amarillenta en epiglotis, ambos RAE y BV

trica, ubicada a nivel subglótico, por debajo de la comisura anterior (figura 7). Se realizó una microcirugía de laringe con resección de la lesión subglótica derecha cuyo resultado histopatológico por diferido fue amiloidosis. Laboratorio de la voz: en el análisis de la vocal /a/ sostenida, se observó amplitud de onda irregular con presencia de ruido entre ciclos vibratorios. Valor promedio de F0 ascendida para edad y sexo del paciente. Espectrograma de banda angosta con presencia de ruido entre armónicos, lo que se relacionó con un índice H/R disminuido, a nivel cuantitativo. Rango vocal acortado y desplazado hacia frecuencias altas, relacionado con una falta de flexibilidad laríngea. Evaluación perceptual: R2 A1 S1 A0 T0 I0. Se realizó una interconsulta con el servicio de Clínica Médica para descartar enfermedad sistémica. Último control en consultorio: octubre de 2020. Paciente con disfonía. En la FLC se evidenció una lesión en tercio medio de la CVI y lesión subglótica anterior bilateral a predominio izquierdo (figura 8). Actualmente se encuentra en plan quirúrgico para resección de lesión remanente.



Figura 7. Laringostroboscopia caso 7. Lesión submucosa en subglotis bilateral



Figura 8. Fibrolaringoscopia caso 7. Lesión en tercio medio de CVI y en subglotis bilateral

La muestra descrita se conformó por 7 pacientes, 3 (43%) de sexo femenino y 4 (57%) de sexo masculino. En cuanto a la edad, el rango etario fue de 19-75 años, con una edad media de 47 años (tabla 1).

En orden decreciente, los síntomas al momento de la consulta fueron: disfonía en todos los pacientes (100%), 2 casos (29%) presentaron adicionalmente carraspeo, uno de ellos tos (14%) y 1 caso sensación de cuerpo extraño (14%). Las lesiones se ubicaron en la banda ventricular izquierda en 4 casos (57%), banda ventricular derecha, cuerda vocal derecha, epiglotis y aritenoides, ventrículo izquierdo y subglotis, 1 caso en cada uno (14%) (tabla 1).

Se llevaron a cabo 8 procedimientos quirúrgicos en total. El tratamiento fue la resección quirúrgica

por microcirugía laríngea de la lesión en 7 pacientes (87,5%) y en 1 caso, que requirió una segunda intervención, se realizó una microcirugía de laringe y toma de biopsia incisional (12,5%). De las 8 cirugías, 7 fueron realizadas con técnica fría y en 1 se utilizó electrobisturí. De las cirugías con técnica fría, en 3 (43%) se tomó muestra mediante incisión mucosa y biopsia escisional, y en las 4 restantes (57%) se realizó la resección directa de la lesión (tabla 1).

En cuanto a la anatomía patológica, con hematoxilina eosina se observaron depósitos extracelulares de material hialino, acelular, amorfo y eosinófilo que se localizó en el estroma y rodeando estructuras vasculares, además de evidenciarse a veces en la pared de estas (figura 9). Todas evidenciaron material amiloide birrefringente verde con luz polarizada aplicada a la tinción de Rojo Congo (figura 10), además de fluorescencia con técnica de tioflavina T (figura 11). Esto puede visualizarse en las figuras adjuntas las cuales fueron tomadas por parte del servicio de anatomía patológica del Hospital de Clínicas «José de San Martín».

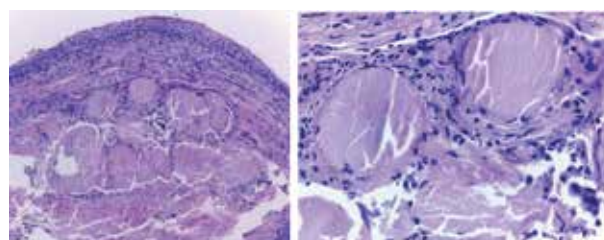


Figura 9. Vista microscópica de corte histopatológico con tinción de hematoxilina-eosina

Tabla 1. Serie de casos

	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4	CASO 5	CASO 6	CASO 7
Edad	67	61	19	38	30	75	39
Sexo	F	F	M	M	M	F	M
Ubicación	BVI	BVD/CVD	BVI	ABV/VI	BVI	Epiglotis	Subglotis
Síntomas	Disfonía	Disfonía	Disfonía, sensación de CE	Disfonía, carraspeo	Disfonía	Disfonía, carraspeo, tos	Disfonía
FLC/Estrobo	Abombamiento BVI	Abombamiento BVD y CVD	Abombamiento BVI	Lesión submucosa en ambas BV y VI	Abombamiento BVI	Lesión amarillenta en epiglotis y en ambos aritenoides	Lesión submucosa bilateral y simétrica en subglotis, debajo de CA
¿Enfermedad sistémica?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Hallazgos TC	Engrosamiento CV	s/p	-	-	IDPB supraglotis y glotis izquierda	s/p	-
Labo voz	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	SÍ
Rojo Congo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo
Interconsultas	CM/Hemato	Reumato	Reumato	Reumato	Reumato	CM	CM
Resultados	Recidiva, ahora estable	Estable	Estable	Estable	Estable	Estable	Estable
ATC	NO	HTA, AR	NO	ExtTBQ	NO	HTA, Dislipemia, bocio	NO

ABV: ambas bandas ventriculares. AR: artritis reumatoidea. BVD: banda ventricular derecha. BVI: banda ventricular izquierda. CA: comisura anterior. CE: cuerpo extraño. CM: clínica médica. CV: cuerda vocal. CVD: cuerda vocal derecha. F: femenino. HTA: hipertensión arterial. IDPB: imagen de densidad de partes blandas. M: masculino. TBQ: tabaquista. VI: ventrículo izquierdo.

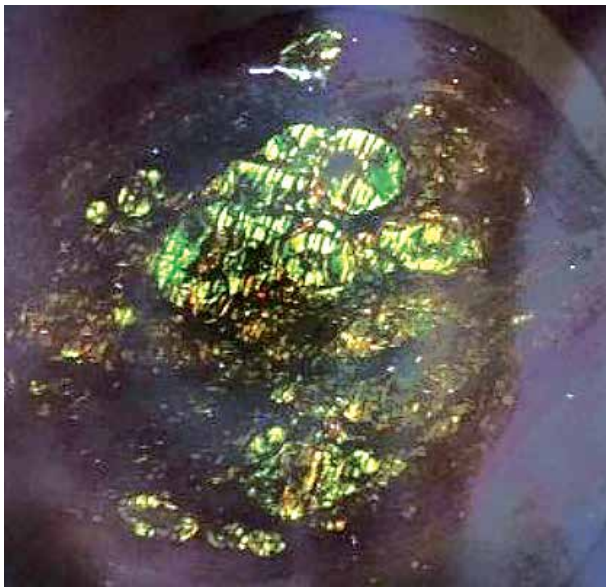


Figura 10. Vista de material amiloide con tinción de Rojo Congo con luz polarizada

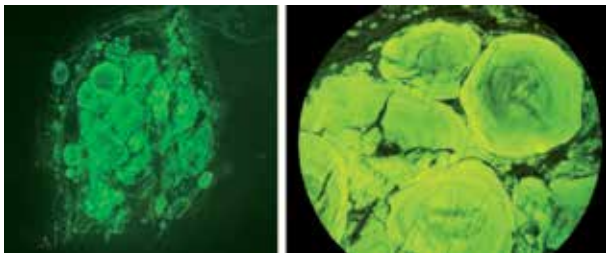


Figura 11. Fluorescencia con técnica de tioflavina T

En un solo caso (14%), hubo recidiva de la patología, por lo cual se realizó una nueva resección quirúrgica. Su resultado anatomopatológico confirmó una amiloidosis laríngea (tabla 1).

Discusión

En 1842 Von Rokitsansky fue el primero en identificar la sustancia amiloide en el hígado y bazo de un paciente. Sin embargo, el primer reporte de amiloidosis en el área otorrinolaringológica fue realizado por Burow y Neumann en el año 1875, al describir un caso de afectación laríngea.

La amiloidosis es una enfermedad que puede ser localizada o sistémica y afectar diversos órganos y sistemas; su pronóstico es peor en este último caso⁽³⁾.

Las lesiones se presentan predominantemente en hombres, con una relación hombre/mujer de 3:1. El presente trabajo arrojó una relación de 1,3:1.

La laringe es el sitio de preferencia dentro de las lesiones en la región de cabeza y cuello, representando el 20% de los casos⁽⁴⁾. El examen laringoscó-

pico permite identificar lesiones variables, desde nódulos hasta quistes inflamatorios. Concordante con la literatura, la actual serie reportó una afectación predominantemente laríngea, específicamente la región supraglótica⁽¹⁾.

En lo que respecta a la presentación clínica se demostró una predominancia de disfonía. Se realizó en primera instancia fibrolaringoscopia directa y estroboscopia con posterior intervención para toma de biopsia. En cuanto al análisis vocal, en ambos pacientes con laboratorio de la voz se observó F0 ascendida para edad y sexo. Componente de ruido en espectrograma. Rango vocal acortado y desplazado hacia frecuencias altas.

Al igual que lo reportado por Herrera Tolosana et al. y Picken^(1,5), en la presente muestra el método diagnóstico de elección fue la toma de biopsia con posterior análisis histopatológico, visualizándose a la microscopía óptica la presencia de material hialino eosinófilo y confirmando su naturaleza amiloide mediante técnicas de Rojo Congo con birrefringencia verde a la luz polarizada y con fluorescencia con tioflavina T.

Es esencial descartar masas malignas como el carcinoma escamoso y carcinoma medular de tiroides que haya invadido la laringe, siendo característico de este último la presencia de material amiloide acompañando al tumor neuroendocrino, tanto en sus formas esporádicas como familiares. Otros diagnósticos diferenciales para descartar son la sarcoidosis, condrosarcomas y pólipos que puedan asemejarse clínicamente a una amiloidosis laríngea. Existen otras condiciones que involucran depósitos de sustancia amiloide y requieren ser descartadas: la amiloidosis secundaria a procesos inflamatorios crónicos y neoplasias de células plasmáticas (plasmocitoma extramedular, mieloma múltiple) en el contexto de una amiloidosis primaria, además de patología endocrina, tal como la diabetes y el carcinoma neuroendocrino⁽³⁾.

En cuanto al tratamiento definitivo, para varios autores resultó efectiva la sección de la lesión con láser de dióxido de carbono, realizando la menor cantidad de procedimientos posibles^(4,6). La actual serie realizó resección quirúrgica por microcirugía laríngea, bisturí frío y electrobisturí.

Dada la insidiosa forma de aparición de la enfermedad, es necesaria la sospecha clínica de la misma, siendo el Gold Standard para su diagnóstico la identificación de amiloide mediante la birrefringencia verde a la luz polarizada con tinción de Rojo Congo y la presencia de fluorescencia con técnica tioflavina T.

Conclusión

La amiloidosis laríngea es una patología infrecuente que suele ser benigna y localizada. Su ubicación más frecuente dentro de la laringe son las bandas ventriculares. Debe sospecharse en lesiones laríngeas submucosas. Su tratamiento se define en cada caso particular e incluye un abordaje multidisciplinario junto a los servicios de Clínica Médica y/o Reumatología, para descartar mieloma múltiple o amiloidosis sistémica. El tratamiento quirúrgico presenta buenos resultados. Es fundamental el seguimiento mediante fibrolaringoscopia anual por, al menos, 10 años para el diagnóstico precoz de una recurrencia.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

1. Herrera Tolosana, Sota Ochoa. Amiloidosis laríngea. Caso clínico. *ORL ARAGON*. 2009; 12(2): 24-5.
2. Picken MM. *The Pathology of Amyloidosis in Classification: A Review*. *Acta Haematol*. 2020; 143(4): 322-334.
3. Stavrakas M, Psillas G, Rachovitsas D, Triaridis S. *Laryngeal Amyloidosis: An Interesting Presentation of Voice Quality Deterioration*. *Ear, Nose & Throat Journal*. 2020; 99(2): 128-9.
4. Phillips NM, Matthews E, Altmann C, Agnew J, Burns H. *Laryngeal amyloidosis: diagnosis, pathophysiology, and management*. *The Journal of Laryngology & Otology*. 2017; 131(2): 41-7.
5. Mitrani M, Biller HF. *Laryngeal amyloidosis*. *Laryngoscope*. 1985; 95(11): 1346-7.
6. Vázquez de la Iglesia F, Sánchez Ferrándis N, Rey Martínez J, Ruba San Miguel D, Rama López J, Fernández González S. *La amiloidosis en el área otorrinolaringológica*. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2006; 57: 145-8.