



Linfangioma amigdalino

Armada-Vega I

Resumen

Se comunica el caso de una paciente de 37 años de edad, que acudió a la consulta externa por tener sensación de cuerpo extraño en la faringe, de más de dos décadas de evolución, con disfagia progresiva, que se incrementó en años recientes. En la exploración mostró un tumor pediculado dependiente de la amígdala palatina derecha, por lo que se sometió a amigdalectomía, con resultado de estudio patológico de linfangioma. Debido a la rareza del diagnóstico y a los pocos casos comunicados se describe el caso de esta paciente y se revisa la bibliografía.

PALABRAS CLAVE: linfangioma, hamartoma tonsilar, tumores amigdalinos.

An Orl Mex Dec 2015-Feb 2016;61(1):66-69.

Tonsillar lymphangioma.

Armada-Vega I

Abstract

This paper reports the case of a 37-year-old female patient, who presented as external patient because of a foreign body sensation in the throat for over 2 decades with progressive dysphagia, increasing in recent years. Physical examination showed a pedunculated tumor dependent from the right palatine tonsil, which underwent tonsillectomy having as histopathological result a lymphangioma. Given the rarity of the diagnosis and the few cases reported in literature it is described this clinical case.

KEYWORDS: lymphangioma; tonsillar hamartoma; tonsillar tumors

Médico adscrito al servicio de Otorrinolaringología,
Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos.

Recibido: octubre 2015

Aceptado: diciembre 2015

Correspondencia

Dr. Isaac Armada Vega
drisaacarm@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Armada-Vega I. Linfangioma amigdalino. An Orl Mex.
2016;61(1):66-69.



CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 37 años de edad, quien acudió a nuestra institución por tener aumento de volumen de la amígdala derecha de más de 20 años de evolución, que se incrementó en los últimos cuatro años, con sensación de cuerpo extraño con disfagia ocasional y ardor faríngeo. Negó dificultad respiratoria, sangrado u otros síntomas. En la exploración se encontró la amígdala derecha con tumor pediculado en la zona del tercio medio con tumor de superficie lisa, rosado, de aproximadamente un centímetro y medio de tamaño, que basculaba con los movimientos de la lengua; la amígdala izquierda tenía características normales.

Se propuso la resección, con amigdalectomía unilateral, misma que se realizó con electrocauterio, sin complicaciones; se obtuvo amígdala palatina, de 3 x 1.5 x 1 cm, con lesión pediculada sobre su superficie de 2.5 cm de longitud y 1.5 cm de espesor, bien limitada, de consistencia firme a la palpación (Figura 1). Al corte, esta lesión era de color blanco con discreto tinte amarillo, de aspecto homogéneo y el pedículo nacía en el parénquima amigdalino, que mostró zonas de aspecto hemorrágico y congestivo. En la Figura 2 se observa el surgimiento del pólipo de la amígdala con proliferación de los canales linfáticos. En la Figura 3 se aprecia el estroma compuesto de agregados de tejido linfóide con linfocitos, así como tejido fibroso y adiposo; la Figura 4 muestra el epitelio escamoso de la amígdala, extendiéndose en la superficie del tumor. La paciente evolucionó sin complicaciones y se ha mantenido asintomática por varios meses.

DISCUSIÓN

Los linfangiomas son lesiones de tipo congénito que están presentes desde el nacimiento en 50% de los casos; se detectan en las primeras dos a tres décadas de la vida en 90% de los casos,¹ con

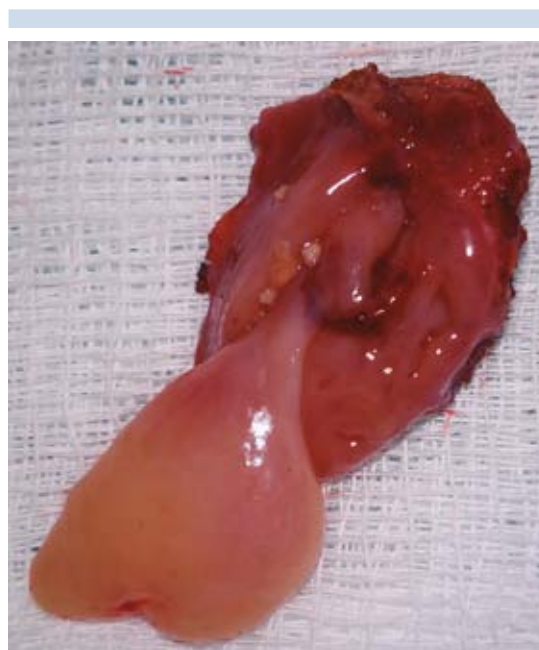


Figura 1. Amígdala derecha con tumor pediculado.

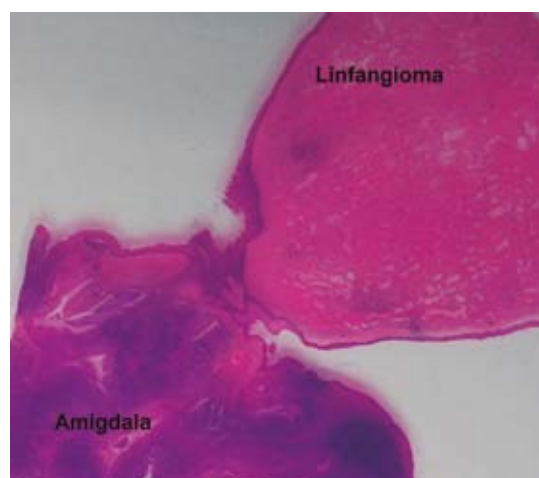


Figura 2. Surgimiento del pólipo de la amígdala con proliferación de los canales linfáticos.

edad media de aparición de 25.9 años.² Suelen predominar en sitios con drenaje linfático abundante, por lo que 90% de los casos aparecen en

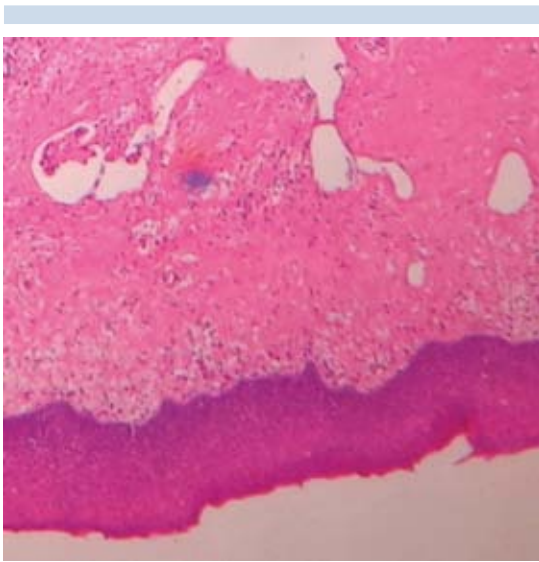


Figura 3. Estroma compuesto de agregados de tejido linfoide con linfocitos, así como tejido fibroso y adiposo.

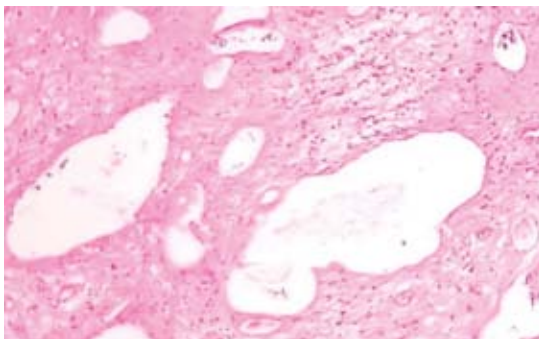


Figura 4. Epitelio escamoso de la amígdala que se extiende en la superficie del tumor.

la cabeza y el cuello, más comúnmente en la piel y el tejido subcutáneo, aunque también se han descrito en la laringe, la parótida, las amígdalas, la cavidad oral y la lengua.^{3,4} Al inicio suelen cursar asintomáticos, con malestar, crecimiento importante, disfagia, ardor faríngeo y tos seca; en casos muy raros, con crecimiento importante, puede

condicionar disnea y compresión de estructuras vecinas, con mayor sensación de cuerpo extraño, así como salivación. En la exploración se observa una masa proveniente de la superficie amigdalina, pediculada, de superficie lisa, unilateral, sin predilección del lado afectado; a la palpación es de consistencia firme, con mucosa intacta y crepitación ocasional por la salida de líquido dentro del tumor en los canales linfáticos debido a la presión.⁴

Desde el punto de vista etiológico, los linfangiomas son lesiones típicamente benignas, sin potencial de malignización, cuyo origen está en amplia discusión, con múltiples teorías de su formación. En éstas se considera que la falta de drenaje de los sacos linfáticos primordiales hacia las venas produce la dilatación característica de estas lesiones; otra teoría consiste en la conjunción de múltiples factores, como inflamación crónica secundaria a estímulos como traumatismos e infecciones, con alteraciones durante el crecimiento, con focos hamartomatosos con el potencial para crecimiento consistente en la proliferación de los canales linfáticos.⁵

Aunque existe controversia en cuanto a su naturaleza como neoplasias verdaderas, malformaciones o hamartomas, desde el punto de vista histológico pueden distinguirse tres tipos de linfangiomas: 1) capilares o simples, 2) linfangiomas cavernosos y 3) higromas quísticos.⁶ Las diferencias radican básicamente en las características de los componentes de los espacios linfáticos y la frecuencia de localización, por lo que los capilares o simples son comunes en la piel y están formados por vasos linfáticos de paredes delgadas; los cavernosos suelen ser subcutáneos, con espacios amplios y dilatados, y el higroma quístico suele ser más común en el cuello, con espacios linfáticos quísticos; sin embargo, en algunas ocasiones pueden encontrarse los tres patrones en una misma lesión y estas características histológicas no tienen implicaciones clínicas.



Desde el punto de vista histopatológico, estas lesiones pueden mostrar un epitelio escamoso estratificado con hiperplasia variable sin displasia. Como ya se describió, estos tumores se caracterizan por espacios linfáticos dilatados, encontrándose por debajo del epitelio, muestran muy poco tejido conectivo, con contenido proteináceo, así como escasos linfocitos y eritrocitos. El estroma está formado por tejido adiposo y fibroso en proporciones variables, así como colágeno, que suele ser más abundante;⁷ un dato importante es la ausencia total de atipias celulares, así como de invasión hacia el estroma de las amígdalas.

El tratamiento de estas lesiones consiste en la resección amplia; en el caso de la amígdala está indicada la amigdalectomía unilateral con un pronóstico muy bueno y debido a que la resección es completa no tienen recidivas.^{4,8} Entre los diagnósticos diferenciales se deben considerar: papiloma escamoso, quiste de inclusión, hemangiomas, fibromas, fibroxantomas, lipomas, adenomas y condromas, según sea la localización.^{8,9}

CONCLUSIÓN

Los linfangiomas son lesiones poco comunes, especialmente localizados en las amígdalas. El registro más amplio descrito que se tiene en la bibliografía de habla inglesa es de 32 pacientes, desde 1939 hasta 2013.⁴ Sin embargo, la incidencia puede ser más elevada debido a que se han descrito con nombres diferentes, como fibroangiomas o lipomas, se acuerdo con el componente histológico predominante; no obstante, por lo general la incidencia es de 2% de todos los tumores de amígdalas. No tienen predominio de sexo ni del lado afectado y son más comunes en la edad adulta, con muy pocos casos reportados en niños, con sólo dos reportes en la bibliografía

de habla inglesa.^{10,11} El diagnóstico definitivo es posterior a la amigdalectomía y de manera histológica, porque debido a su rareza estas neoplasias no suelen sospecharse de manera preoperatoria. Asimismo, el tratamiento mínimo debe ser la amigdalectomía unilateral y no sólo la resección del pedículo para no tener recidivas. El pronóstico es excelente; sin embargo, debido a su incidencia tan baja puede representar un reto diagnóstico para el clínico y de incertidumbre para el paciente, hasta su resección quirúrgica, por lo que es importante tener en mente este tipo de tumores.

REFERENCIAS

1. Zadvinskis DP, Benson MT, Kerr HH, et al. Congenital malformations of the cervicothoracic lymphatic system: embryology and pathogenesis. *Radiographics* 1992;12:1175-1189.
2. Kardon DE, Wenig BM, Heffner DK, Thompson LD. Tonsillar lymphangiomatous polyps: a clinicopathologic series of 26 cases. *Mod Pathol* 2000;13:1128-1133.
3. Cardesa A, Slootweg PJ. Lymphangiomatous tonsillar polyp. En: *Pathology of the Head and Neck*. New York: Springer, 2006;187.
4. Mardekian S, Karp JK. Lymphangioma of the palatine tonsil. *Arch Pathol Lab Med* 2013;137:1837-1842.
5. Balatsouras DG, Fassolis A, Koukoutsis G, Ganelis P, Kaberos A. Primary lymphangioma of the tonsil: a case report. *Case Rep Med* 2011;183182.
6. Bloom DC, Perkins JA, Manning SC. Management of lymphatic malformations. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;12:500-504.
7. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RC. Connective tissue lesions. In: *Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations*. 4th ed. St. Louis: Saunders, 2002:169-170.
8. Coscarón-Blanco E, Martín-Garrido EP, Ursúa-Sarmiento I. Linfangioma amigdalino polipoide. *Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja* 2011;2:1-11.
9. Steiner W, Werner JA. *Lasers in Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery*, 2000;20.
10. Kasznica J, Kasznica A. Tonsillar polypoid lymphangioma in a small child. *N J Med* 1991;88:729-731.
11. Chen HH, Lovell MA, Chan KH. Bilateral lymphangiomatous polyps of the palatine tonsils. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2010;74:87-88.