



Quiste linfoepitelial de epiglotis

Barrón-Soto MA¹, Téllez-García GF², Quintana-Ruiz NA³

Resumen

Se comunica un caso de quiste linfoepitelial de la mucosa de la orofaringe. Se analizan las características clínicas e histológicas observadas en un paciente masculino de un año siete meses de edad, quien cursó con un cuadro clínico posterior a una infección de vías respiratorias superiores.

PALABRAS CLAVE: epiglotis, quiste linfoepitelial, neoformación benigna laríngea.

An Orl Mex 2017 April;62(2):143-146.

Lymphoepithelial cyst of epiglottis.

Barrón-Soto MA¹, Téllez-García GF², Quintana-Ruiz NA³

Abstract

This paper reports a case of a lymphoepithelial cyst of the oropharynx mucous membranes. Its clinical and histologic features in a one-year and 7 month-old male with clinical course after infection of respiratory tract are analyzed.

KEYWORDS: epiglottis; lymphoepithelial cyst; benign laryngeal neoformation

¹ Hospital Ángeles Metropolitano, Ciudad de México.

² Instituto Mexicano del Seguro Social, Pachuca, Hidalgo, México.

³ Hospital General, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, Ciudad de México.

Recibido: 22 de junio 2017

Aceptado: 27 de junio 2017

Correspondencia

Dr. Mario Antonio Barrón Soto
mario.antonio@prodigy.net.mx

Este artículo debe citarse como

Barrón-Soto MA, Téllez-García GF, Quintana-Ruiz NA. Quiste linfoepitelial de epiglotis. An Orl Mex. 2017 abr;62(2):143-146.

ANTECEDENTES

El quiste linfoepitelial de epiglotis es una lesión nodular, submucosa, benigna, asintomática, rara en este sitio. Se origina de tejido epitelial atrapado en los ganglios linfáticos u otro tejido linfoide durante el desarrollo embrionario.¹ Los sitios de localización pueden ser el páncreas, la tiroides y el mediastino y en la cabeza y el cuello los sitios más frecuentes son la parte anterior del piso de la boca y el borde posterolateral de la lengua; no obstante, puede afectar la parótida, la superficie ventral de la lengua, el paladar blando, los pilares amigdalinos y la orofaringe.²

Es una lesión solitaria y aparece como un nódulo blanco-amarillento de superficie lisa, pequeño, de milímetros hasta 2-3 cm de diámetro, móvil, pediculado, de consistencia blanda, de fluctuación variable y bien delimitado. Suele ser asintomático. Puede aparecer desde la adolescencia hasta el séptimo decenio de la vida. La distribución por sexo es similar.³ Se reporta notable incremento de la incidencia de quistes linfoepiteliales de las glándulas salivales mayores en pacientes VIH positivos.⁴ En términos histológicos, está constituido por una pared de tejido conectivo en donde se ubica tejido linfopoyético abundante con la forma típica de nódulos linfáticos, la cavidad central puede estar tapizada por epitelio plano pluriestratificado, cilíndrico pseudoestratificado con células mucosas o por epitelio cuboidal. En el lumen pueden existir células epiteliales, polimorfonucleares, mononucleares y un material amorfo eosinófilo.⁵ Las anomalías del desarrollo, como teratomas o quistes dermoides, pueden incluirse entre los diagnósticos diferenciales. Una vez eliminada la lesión mediante escisión quirúrgica no tiende a recidivar.^{3,5-7}

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de un año siete meses de edad sin antecedentes de importancia. Inició tres semanas previas a la consulta con cuadro agudo

de la vía aérea superior con remisión posterior a tratamiento médico no especificado. Una semana después se agregó roncus nocturno, apneas nocturnas en número de 5 a 6, respiración bucal y anorexia.

La tomografía computada axial de cuello, fase simple y la reconstrucción parasagital mostraron una imagen heterogénea con hipodensidad en su interior, ovalada, bien limitada, pediculada, dependiente de la raíz de la lengua, que afectaba la vía aérea (**Figura 1**).

La nasofibrolaringoscopia flexible evidenció neoformación rosada de aspecto quístico dependiente de la cara lingual de epiglotis, móvil a la deglución, de 3 cm de diámetro, de superficie lisa y bordes bien delimitados (**Figura 2**).

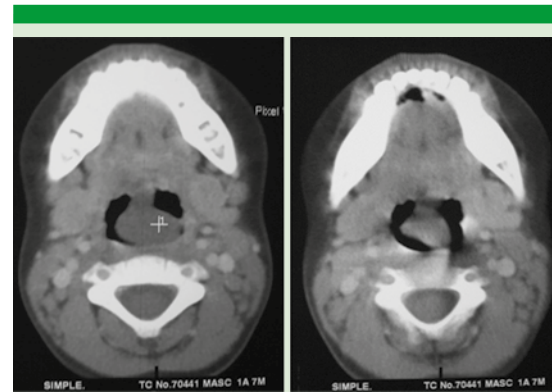


Figura 1. Tomografía en corte axial simple que muestra lesión redondeada en el área orofaríngea.



Figura 2. La fibroscopia muestra lesión sobre el vestíbulo laríngeo (flecha), pediculada, lisa.



Se realizó resección quirúrgica de la neoformación vía microlaringoscopia directa, se obtuvo una lesión redondeada, quística, pediculada, de superficie lisa renitente (**Figura 3**).



Figura 3. Quiste redondeado, de 3x2 cm, obsérvese el pedículo.

El estudio histológico de la pieza describió a la vista macroscópica: neoformación de bordes regulares, lisa, no friable, de coloración blanquecina de 3x2 cm, pediculada, dependiente de la cara lingual de la epiglotis (**Figura 4**).



Figura 4. Imagen macroscópica de la lesión.

Descripción microscópica: nódulos linfáticos tapizados de epitelio plano pseudoestratificado (**Figura 5**) que confirmaron el diagnóstico de quiste linfoepitelial de epiglotis.

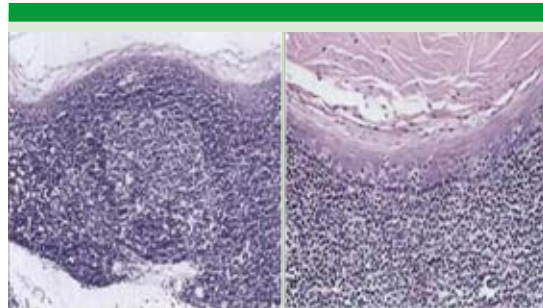


Figura 5. Nódulo linfático tapizado con epitelio plano pseudoestratificado y abundantes linfocitos.

DISCUSIÓN

El quiste linfoepitelial que se origina de tejido linfoide puede proliferar de manera subsecuente, en especial ante la infección, generando una masa clínicamente visible. Se manifiesta con más frecuencia en la cavidad oral, en la laringe y muy raro en epiglotis, como se observó en este caso. El intervalo de edad de manifestación es muy amplio. El diagnóstico es histopatológico. El tratamiento consiste en la resección completa de la lesión sin recidivas.

El caso clínico mostró un inicio súbito de corto tiempo de evolución, secundario a un proceso infeccioso de las vías aéreas; no obstante, el curso clínico puede ser insidioso.

CONCLUSIÓN

El quiste linfoepitelial se considera una lesión embrionaria de naturaleza linfoide, a pesar de ser asintomático, la manifestación laríngea puede ocasionar obstrucción de la vía aérea y requerir tratamiento quirúrgico con resección completa de la lesión, como la observada.

REFERENCIAS

1. Regezi JA, Sciubba JJ. Patología bucal: Correlaciones clínicopatológicas. México: McGraw-Hill Interamericana 2000.
2. Castro LJ, Ferreira MG, Mendonça FE, Castro AL. A rare occurrence of lymphoepithelial cyst in the palatine tonsil: a case report and discussion of the etiopathogenesis. *Int J Clin Exp Pathol* 2015;8(4):4264-4268. Published online 2015 Apr 1.
3. Buchner A, Hansen LS. Lymphoepithelial cyst of the oral mucosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1980;50(5):441-449.
4. D'Agay MF, De Roquancourt A, Peuchamaur M, et al. Cystic benign lymphoepithelial lesion of the salivary glands in the HIV-positive patients. *Virchows Arch* 1990;417:353-356.
5. Chaudhry AP. A clinicopathologic study of intraoral lymphoepithelial cyst. *J Oral Med* 1984;39:79-84.
6. Arreaza IA, Bahamonde M, Osorio A, Jimenez PC. Quiste linfoepitelial benigno. *Acta odontol Venezolana*. 2004; 42(1): adquirido desde: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2004/1/quiste_linfoepitelial_benigno.asp
7. Choi J, Kim K, Kim B. Lymphoepithelial cyst of the palatine tonsil. *Ear Nose Throat J* 2010;89(12):584-5.