

Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de  
Castilla y León, Cantabria y La Rioja  
ISSN 2171-9381

Año 2011  
Volumen 2  
Nº 11

Linfangioma amigdalino polipoide



# Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

ISSN 2171-9381

e-mail: [envios@revistaorl.com](mailto:envios@revistaorl.com)  
web: [www.revistaorl.com](http://www.revistaorl.com)

Caso clínico

## LINFANGIOMA AMIGDALINO POLIPOIDE

## TONSILLAR POLYPOID LYMPHANGIOMA

Enrique Coscarón Blanco\* ,Eva Purificación Martín Garrido\*\*, Inmaculada Ursúa Sarmiento\*\*\*

\*Servicio de Otorrinolaringología; \*\*Servicio de Aparato Digestivo; Servicio de Anatomía Patológica. HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA

Contacto: [kikekoska@yahoo.es](mailto:kikekoska@yahoo.es)

Recibido: 27/06/2011

Aceptado: 11/07/2011

Publicado: 13/07/2011

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja  
[revistaorl@revistaorl.com](mailto:revistaorl@revistaorl.com)  
web: [www.revistaorl.com](http://www.revistaorl.com)

Director: José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Santander)  
Darío Morais Pérez (Valladolid)  
Ángel Muñoz Herrera (Salamanca)  
Manuel Tapia Risueño (Ponferrada)  
Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño)  
Jaime Santos Pérez (Valladolid)  
Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid)  
Javier Martínez Subías (Soria)  
Pablo Casas Rodera (León)  
Enrique Coscarón Blanco (Zamora)

Linfangioma amigdalino polipoide

**RESUMEN**

Los tumores vasculares benignos, especialmente aquellos que se originan a partir de los vasos linfáticos, son muy infrecuentes en la amígdala palatina y, por ello, raramente se recogen en la literatura médica. Su aspecto es similar al de otras entidades polipoideas de las amígdalas entre las cuáles se incluyen el fibroma, el lipoma, el papiloma, quistes y otros, aunque su comportamiento clínico puede ser muy diferente. Su patogénesis aún no está esclarecida . Su curso clínico suele ser asintomático en el momento de diagnóstico aunque puede producirse un crecimiento brusco que comprometa la vía aerodigestiva y por ello debe realizarse exéresis completa del mismo. Presentamos un caso de linfangioma pediculado de amígdala y se revisa la literatura disponible.

**Palabras clave:** Linfangioma polipoide, linfangioma amigdalino, linfangioma faríngeo, tumor amigdalino, hamartoma

**Tonsillar polypoid lymphangioma**

**SUMMARY**

Benign vascular tumours , specially those arising from lymphatic vessels, occur so unfrequently on the tonsil that are scarcely reported. Their appearance may be similar to other polypoid lesions of the tonsils which include fibroma, lipoma, papilloma, cysts and others but their clinical behaviour may be very different. Their pathogenesis is not clearly determined yet. An asymptomatic clinical pattern is the most frequently reported behaviour at diagnosis but sudden growth, with airway or deglutory pathway compromise, may occur and so, complete surgical treatment should be performed. A case of symptomatic pedunculated tonsillar lymphangioma is reported and a medical literature review is provided.

**Keywords:** Polypoid lymphangioma, tonsillar lymphangioma, pharyngeal lymphangioma, tonsillar tumour, hamartoma

Linfangioma amigdalino polipoide

## INTRODUCCIÓN

Los linfangiomas son tumores formados por vasos linfáticos que se ubican predominantemente a nivel del cuello y cuyo curso clínico es imprevisible a la par que asintomático hasta que producen síntomas derivados de la compresión de estructuras vecinas y de la ocupación de zonas de baja resistencia , zonas hacia donde tienen tendencia a crecer. Su localización amigdalina es un hecho infrecuente y la adopción de morfología poliposa plantea un diagnóstico diferencial con otras tumoraciones que en dicha región pueden adoptar dicha morfología. Describimos un caso clínico.



Linfangioma amigdalino polipoide

## DESCRIPCIÓN

Paciente varón de 35 años de edad, sin antecedentes clínicos de interés afecto de disfagia y sensación de estorbo faríngeo persistente con ocasional disnea postural sin estridor en relación con cuadros faríngeos, que ceden al carraspear con fuerza y que acude porque se ha observado una neoformación laterofaríngea izquierda, cambiante de tamaño en relación a los mencionados cuadros faríngeos, a la que achaca la clínica. En la exploración clínica se observa una tumoración polipoidea translúcida dependiente de polo inferior amigdalino izquierdo, desde donde cae hacia la luz faríngea y por cara laríngea de epiglotis (Fig.1). Su consistencia es elástica y no se objetivan signos de infiltración. No se observan otros datos de interés en la exploración ORL. Se decidió realizar extirpación preferente de la misma mediante bisturí láser de CO2 a una potencia de 30 W debido al presumible riesgo de estrangulación del fino pedículo de dicha tumoración, con el consiguiente riesgo de precipitación a vía aérea y aspiración, procedimiento que por esos motivos, para asegurar un buen control de la vía aérea y por deseo explícito del paciente, se realizó bajo anestesia general. En la resección se incluyó el fragmento amigdalino de implantación. El estudio histológico de la pieza demostró una tumoración constituida por vasos linfáticos abundantes y dilatados, rellenos de linfocitos, con un estroma más o menos laxo entre ellos, hallazgos compatibles con el diagnóstico de linfangioma con margen de resección amigdalino sin signos de resto tumoral (Fig.2). El postoperatorio transcurrió sin incidencias y hasta la fecha no ha recidivado.

Linfangioma amigdalino polipoide

## DISCUSIÓN

Los linfangiomas son tumoraciones benignas, que aparecen predominantemente en el cuello, principalmente a nivel del triángulo cervical posterior del cuello desde donde se extienden sobrepasando el músculo esternocleidomastoideo hacia regiones anteriores del mismo, donde suponen globalmente un 6% de todos los tumores benignos cervicales y un 1,9% de todos los tumores de la amígdala palatina<sup>5,13,14,16</sup>. También se diagnostican con cierta frecuencia en otras estructuras donde el sistema linfático tiene gran desarrollo, como la axila, el mediastino, tejidos blandos, mejilla, etc..., siendo la localización lingual, la mejilla y la labial las localizaciones intraorales más frecuentes mientras que la amigdalina es muy poco frecuente<sup>1,3,6,7,8,12</sup>. Su origen es todavía incierto. Algunos autores preconizan un origen a partir de células embrionarias secuestradas durante el desarrollo en el interior de otras estructuras, otros autores buscan su origen en vasos capilares linfáticos provenientes de venas cervicales separados de las mismas en su desarrollo, que se tunelizan para cumplir con su función pero que luego no logran reanastomosarse a su vena de origen y crecen desmesuradamente buscando los planos más fáciles y de menor resistencia. Otros autores afirman que su origen se encuentra en una inflamación crónica que deriva en obstrucción linfática irreversible con congestión y prolapso de mucosa que origina una tumoración polipoide. Finalmente, otros autores le confieren un origen metaplásico directamente bien por causa primaria o bien por traumatismo o infecciones de repetición<sup>1,2,3,4,10,11,13</sup>. Clínicamente, cuando surgen en la amígdala

### Linfangioma amigdalino polipoide

palatina, se comportan como una masa translúcida asintomática o paucisintomática (tos, sensación de cuerpo extraño, molestias inespecíficas, carraspeo,..). Evolutivamente pueden permanecer estáticos en cuanto a su tamaño, experimentar aumentos de tamaño progresivos o súbitos (especialmente si sufren fenómenos hemorrágicos o inflamatorios en su interior, o tras procesos infecciosos de vías aéreas superiores) o, en algunos casos, regresar espontáneamente<sup>9,11</sup>. Este comportamiento errático e imprevisible supone si bien en la mayoría de los pacientes la clínica es trivial, en ciertos casos, en localizaciones particulares, pueden provocar síntomas de entidad por efecto obstructivo sobre la vía aerodigestiva, hacia donde crecen habitualmente por ser la zona de menor resistencia a su crecimiento. Pueden incluso entrañar riesgos potencialmente graves, máxime si tenemos en cuenta que las tumoraciones pediculadas pueden sufrir fenómenos de autoestrangulación con posible precipitación de la misma a zonas críticas como la vía aérea, como ocurría en nuestro paciente. Su diagnóstico en la localización amigdalina es de sospecha en base a sus características clínicas y su comportamiento, aunque a menudo se realiza a posteriori tras estudio histológico de la misma. En este estudio se demuestra la proliferación de vasos linfáticos de calibre variable, generalmente dilatados, rellenos de linfocitos y líquido proteináceo, todo ello en el seno de un estroma más o menos laxo<sup>16</sup>. Deben considerarse en el diagnóstico diferencial otras entidades tales como lipomas, hemangiomas, quistes, hamartomas, fibromas, papilomas, etc. que puedan manifestarse como tumoraciones pediculadas con origen en la amígdala

### Linfangioma amigdalino polipoide

palatina<sup>15,16,17</sup>. Debido a su tendencia a crecer hacia las zonas que menos resistencia le oponen, es fácil entender que las formas pediculadas se ven facilitadas a crecer por efecto de gravedad y suponen una menor infiltración en profundidad lo cuál posibilitará un manejo terapéutico más sencillo, como veremos posteriormente<sup>16</sup>.

Respecto a su tratamiento, aunque algunos autores consideran la actitud expectante en casos en que no se aprecie crecimiento significativo que interesen zonas quirúrgicamente comprometidas, la mayoría de los autores recomiendan adoptar una actitud quirúrgica por su tendencia a crecer y sus potenciales complicaciones por afectación o extensión a zonas de riesgo. El tratamiento debe ser resección quirúrgica completa para evitar recurrencias, aunque deben minimizarse las secuelas estéticas y quirúrgicas como segundo principio<sup>4,3,10,16</sup>. En los casos de localización amigdalina, debe incluirse en la resección la base de implantación amigdalina con suficiente fragmento de tejido para evitar recidivas y debe realizarse cuidadosa hemostasia del límite de resección por la propia naturaleza vascular del tumor. El láser de CO2 ha sido usado con éxito en lesiones superficiales o intraorales y para la realización de amigdalectomías parciales<sup>17,18</sup>. Creemos que en este caso constituye una excelente opción, aunque la resección simple con pinza bipolar o bisturí harmónico, con cuidadosa hemostasia del lecho cruento amigdalino puede ser suficiente. Al igual que otros autores, no creemos necesaria la realización de amigdalectomía completa de primera intención, salvo indicación por otro motivo, en las formas poliposas pediculadas de linfangiomas, que sólo aumentará la morbilidad en el paciente debido

Linfangioma amigdalino polipoide

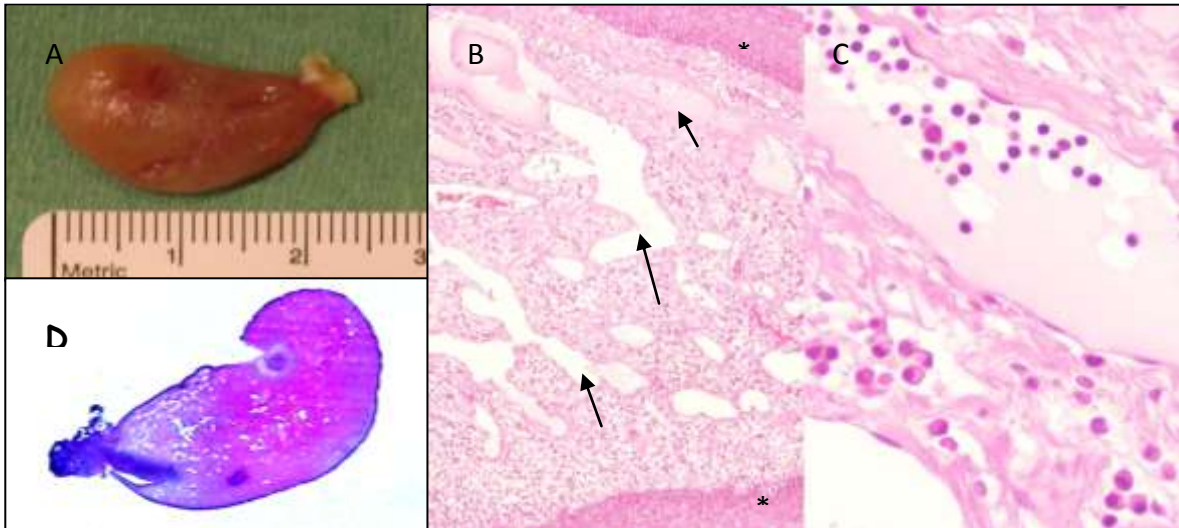
a su carácter poco infiltrante aunque debemos considerarla en caso de recidiva<sup>15</sup>.



**Fig.1-Imagen intraoperatoria de la tumoración.** Tumoración pediculada dependiente de polo inferior de amígdala palatina izquierda que sobrepasa la línea media en esta posición (Rosen) y que cae en bipedestación hacia vía aerodigestiva.



Linfangioma amigdalino polipoide



**Fig.2:Estudio histológico de la pieza quirúrgica. A:** Imagen de la pieza quirúrgica en la que se aprecia el margen de resección amigdalino de seguridad. **B: Estudio microscópico con tinción de Hematoxilina-eosina a 4X.** Se objetiva epitelio de revestimiento escamoso poliestratificado de la amígdala (asterisco) , vasos linfáticos dilatados con linfocitos intraluminales ( con flecha se señalan algunos). El estroma es levemente fibrótico, con presencia de células inflamatorias. **C:** Detalle a 20X de vaso linfático con linfocitos intraluminales. Nótese el revestimiento endotelial. **D:** Imagen macroscópica de la pieza tras tinción. Se evidencia la profusión de vasos linfáticos que caracterizan la tumoración y se aprecia el margen de resección libre amigdalino.

Linfangioma amigdalino polipoide

## BIBLIOGRAFÍA

- 1-Van Cauwelaert PH, Gruwez JA. Experience with lymphangioma. *Lymphology*;11:43-8.1978.
- 2-Roth M. Lymphangiomatous polyp of the palatine tonsil. *Otolaryngol Head Neck Surg*;115: 172-3. 1996.
- 3-Lupovitch A, Salama D, Batmanghelichi O. Benign hamartomatous polyp of the palatine tonsil. *J Laryngol Otol*;107:1073-5. 1993.
- 4-Kardon DE, Wenig BM, Heffner DK, Thompson LDR. Tonsillar lymphangiomatous polyps: A clinicopathologic series of 26 cases. *Mod Pathol*; 13:1128-33. 2000.
- 5-Sobol SM, Bailey SB. Evaluation and surgical management of tumors of the neck: Benign tumors. In:Thawley SE, Panje WR, Batsakis JG, Lindberg RD. *Comprehensive management of Head and Neck tumors 2<sup>nd</sup> Ed*,WB Saunders Company, Philadelphia , Pennsylvania, USA, 1416-49, 1999.
- 6-Kyriakos M, El-Mofty S. Pathology of selected soft-tissue tumors of the head and neck. In:Thawley SE, Panje WR, Batsakis JG, Lindberg RD. *Comprehensive management of Head and Neck tumors 2<sup>nd</sup> Ed*,WB Saunders Company, Philadelphia , Pennsylvania, USA, 1322-94, 1999.
- 7-Harkins GA, Sabiston DC.Lymphangioma in infancy and childhood. *Surgery*; 47:811-822.1960.
- 8-Litzow TJ, Lash H. Lymphangiomas of the tongue. *Mayo Clin Proc*; 36:229-34. 1961.
- 9-Dinerman WS, Myers EN. Lymphangiomatous macroglossia. *Laryngoscope*; 86:291-6.1976.
- 10-Al Samarrae SM, Amr SS, Hyams VJ. Polypoid lymphangioma of the tonsil: Report of two cases and review of the literature. *J Laryngol Otol*; 99:819-23. 1985.
- 11-Saijo M, Munro IR, Mancer K. Lymphangioma: A long-term follow-up study. *Plast Reconstr Surg*; 56:642-651.1975.
- 12-Visvanathan PG. A pedunculated tonsillar lymphangioma. *J Laryngol Otol*;85:93-6. 1971.

Linfangioma amigdalino polipoide

13-Stal S, Hamilton S, Spira M. Hemangiomas, lymphangiomas and vascular malformations of the head and neck. *Otolaryngol Clin North Am*; 19:769-96. 1986.

14-Ninh TN, Ninh TX. Cystic hygroma in children : A report of 126 cases. *J Pediatr Surg* ;9:191-5.1974.

15-Araujo F. Lymphangiome de l'amygdale palatine. *Ann Oto-Laryng (Paris)*; 94:111-6. 1977-

16-Pérez Liedo M<sup>ª</sup>C, Coscarón Blanco E, De Prado Sanjosé M<sup>ª</sup>M, González Sánchez E, Suárez Ortega M<sup>ª</sup>S, Blanco García JL, Zamora MartínezT. Lipoma de amígdala palatina. *Anales ORL Iber-Amer*; 33: 377-8.2006.

17-Steiner W, Werner JA. *Lasers in otorhinolaryngology head and neck surgery* .Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York,20-3,2000.

18-Steiner W, Ambrosch P. Endoscopic microsurgical laser treatment of benign diseases of the upper aerodigestive tract. In:Steiner W, Ambrosch P. *Endoscopic laser surgery of the upper aerodigestive tract*. Georg Thieme Verlag, Stutgart, New York, 11-17,2000.