



Cínica cotidiana

Asimetría amigdalar

Patricia Martínez Arias*, Blanca Sanz Pozo, José Antonio López Freire

Centro de Salud Las Américas. Parla (Madrid).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 1 de agosto de 2018

Aceptado el 23 de noviembre de 2018

On-line el 5 de febrero de 2019

Palabras clave:

Amígdala palatina

Adenoma pleomorfo

R E S U M E N

Se presenta el caso clínico de un paciente de 44 años de edad, que acude a consulta por un cuadro gripal consistente en malestar general con mialgias generalizadas, fiebre y sudoración nocturna, en época epidémica. Durante la exploración se aprecia una asimetría amigdalar no constatada previamente.

Tras valoración por Otorrinolaringología se llega al diagnóstico de tumor mixto (adenoma pleomorfo) de gran tamaño y se plantea extirpación quirúrgica.

En este artículo se describe, por tanto, un hallazgo casual del médico de familia que conllevó un diagnóstico importante para el paciente.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Tonsillar asymmetry

A B S T R A C T

We report a case of a 44-year-old patient who attend for a flu-like episode consisting of malaise with generalized myalgias, fever and night sweats, during an epidemic period. On examination, however, tonsillar asymmetry not previously verified is appreciated.

After assessment by otorhinolaryngology, a diagnosis of mixed tumor (pleomorphic adenoma) of large size is reached and surgical extirpation is considered.

This article describes, therefore, a casual finding of the family doctor that led to an important diagnosis for the patient.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Keywords

Palatine tonsil

Pleomorphic adenoma

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: patriciamarias@hotmail.com (P. Martínez Arias).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.065>

2254-5506 / © 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Varón de 44 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a la consulta de atención primaria porque desde hace 5 días presenta malestar general, mialgias generalizadas, sensación distérmica y sudoración nocturna. No presenta clínica respiratoria ni otra sintomatología acompañante. En contexto de epidemia de gripe, la principal sospecha diagnóstica es la de un cuadro gripal o pseudogripal.

Se procede a la exploración física: el paciente está afebril en el momento actual, tiene una tensión arterial de 114/62 mmHg y una saturación de oxígeno del 98 %. Presenta buen estado general, auscultación cardiopulmonar normal y exploración neurológica sin focalidad ni signos meníngeos. Durante la exploración de la orofaringe destaca una asimetría amigdalal con abombamiento del pilar amigdalino izquierdo, que origina una importante desviación de la úvula, sin llegar a comprometer vía aérea; la mucosa superficial es normal, sin ulceraciones ni otras lesiones, y tampoco se aprecian exudados amigdalinos. Con la palpación la amígdala se encuentra indurada. Dicho hallazgo no estaba constatado previamente en su historial ni el paciente refiere haber tenido molestias previas en la zona. Tampoco se palpan masas ni adenopatías cervicales.

Ante dicho hallazgo, y con la sospecha de malignidad, se decide realizar analítica urgente y valoración por otorrinolaringología.

En la analítica (bioquímica y hemograma) solo se aprecia leucocitopenia (3.040 leucocitos/ μ L), a expensas de linfocitopenia (730 linfocitos/ μ L) y trombocitopenia (106.000 plaquetas/ μ L), con PCR de 44 mg/L; coagulación normal.

En atención hospitalaria le realizan en primer lugar una fibroscopia, mediante la cual se visualiza una fosa nasal permeable, con cavum libre, faringe de aspecto normal e impronta de la amígdala izquierda en la faringe, sin lesiones sobreañadidas; hipofaringe y laringe de aspecto normal.

Solicitan a continuación estudio TAC de cuello-tórax urgente, que evidencia una tumoración que abomba amígdala izquierda (muy importante) con zonas de necrosis intratumoral, que alcanza la rama ascendente de la mandíbula y ocupa espacio preestíleo hasta la zona de la rinofaringe (Figs. 1 y 2).

Completan el estudio posteriormente con RMN (Figs. 3 y 4). En todas estas secuencias se aprecia una lesión sólida heterogénea, bien delimitada, de morfología ovoide, de aproximadamente 6 cm de eje mayor, localizada en el espacio parafaríngeo del lado izquierdo, que desplaza medialmente al espacio mucoso faríngeo, ejerce discreto efecto de masa sobre el espacio masticador y componente prevertebral del espacio perivertebral, desplaza discretamente en dirección póstero-lateral las estructuras vasculares del espacio carotídeo y contacta con el margen medial del lóbulo profundo de la parótida izquierda.

Para la caracterización y diagnóstico definitivo, se realiza punción-aspiración con aguja fina de la amígdala izquierda. Se identifica un adenoma pleomorfo o tumor mixto, originado en la glándula parótida ipsilateral.

En este caso, como el tumor es tan grande (6 cm) y alcanza a la base del cráneo, se comenta en sesión clínica de atención hospitalaria la actitud a seguir, especialmente sobre la posibilidad de ser resecado. Tras la valoración médica con el paciente, se realiza la extracción del tumor de forma íntegra sin rotura capsular.

El postoperatorio fue favorable y transcurrió sin incidencias.

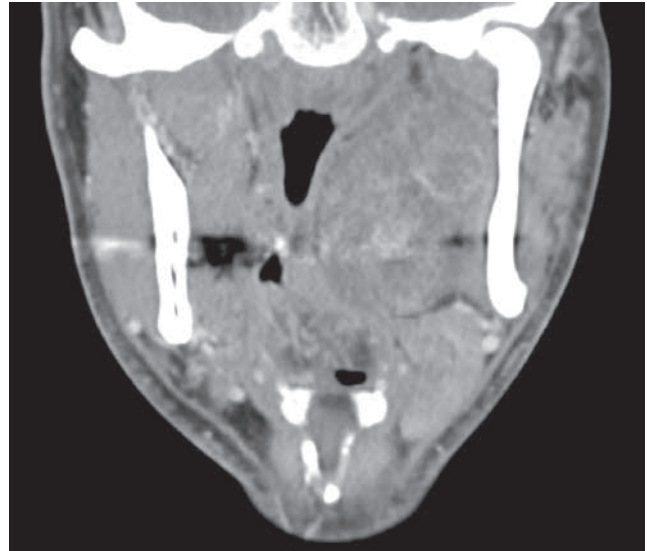


Figura 1 - TC: corte coronal.

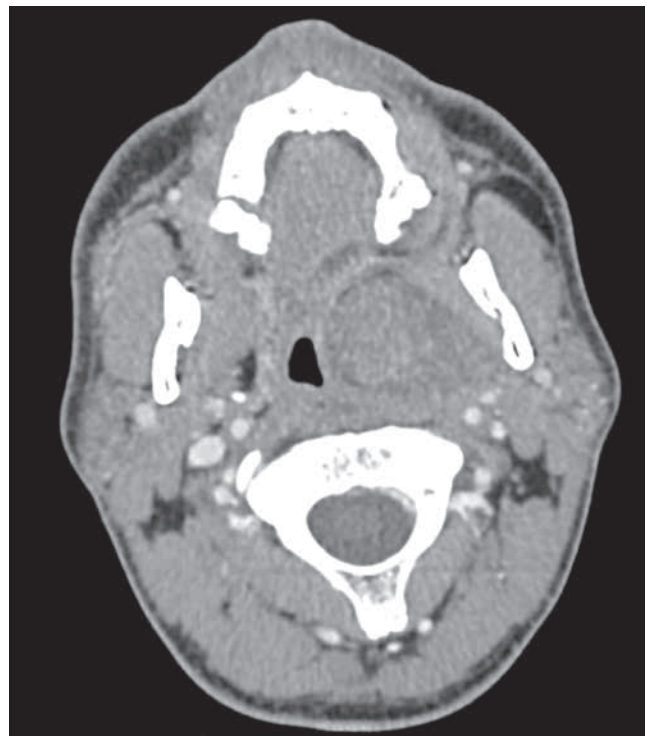


Figura 2 - TC: corte axial.

Comentario

La asimetría amigdalina puede estar causada por una infección, un proceso inflamatorio crónico o una neoplasia. Hay que tener en cuenta que puede haber una falsa asimetría de las amígdalas debido a diferencias en la profundidad de la fosa tonsilar o al borramiento asimétrico de las mismas por los pilares amigdalinos¹⁻⁵.

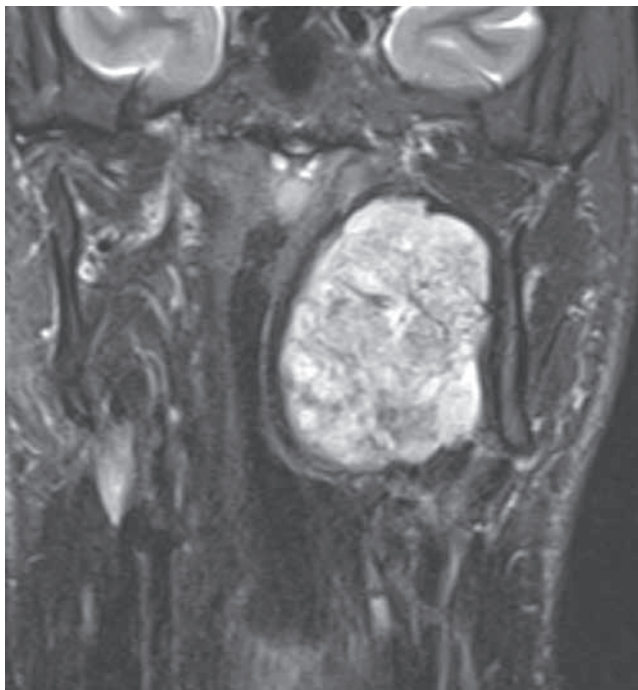


Figura 3 – RMN, secuencias T2: corte coronal.

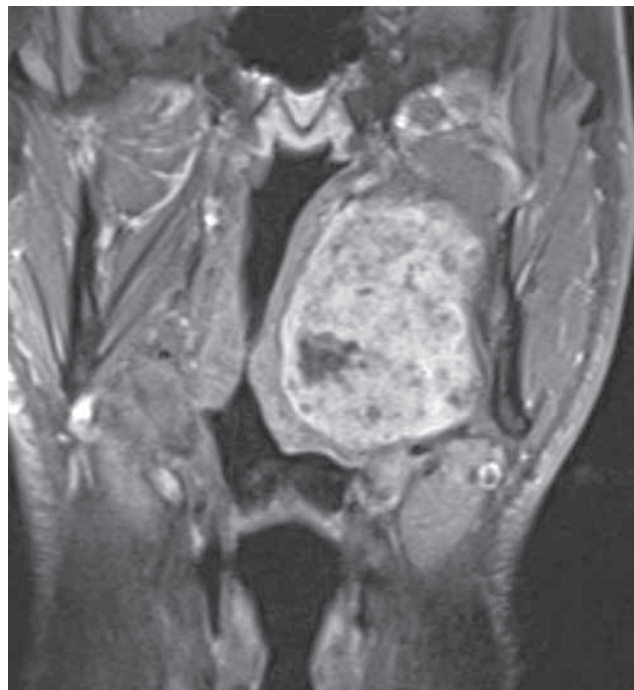


Figura 4 – RMN, secuencia T1: corte coronal.

Entre las causas infecciosas destaca el absceso amigdalario o celulitis periamigdalina, pero en estos casos el paciente suele presentar clínica como odinofagia, fiebre, voz gangosa, trismo o dolor cervical.

Cuando la asimetría no va acompañada de clínica de infección aguda, hay que descartar un proceso neoplásico, en particular un linfoma⁶⁻⁸, si bien en estos casos es importante indagar también sobre otros signos o **síntomas** sistémicos asociados, como pérdida de peso, sudores nocturnos, fiebre, adenopatías o hepatoesplenomegalia^{1,3,8,9}.

En este caso, el tumor se originaba en el lóbulo profundo parotídeo izquierdo y fue caracterizado como un adenoma pleomorfo. En su extensión, llegaba hasta la amígdala ipsilateral y fue detectado por la asimetría que ocasionaba en ese punto.

El adenoma pleomórfico o tumor mixto benigno es el tumor de la glándula salivar más común. Puede tener su origen en cualquiera de las glándulas salivares, pero aparece con mayor frecuencia en el lóbulo superficial de la glándula parótida. Su importancia radica en su propensión a la recidiva local y su potencial de transformación maligna al llamado «carcinoma exadenoma pleomórfico».

La parotidectomía superficial es el tratamiento de elección para los adenomas originados en la glándula parótida, con tasas de recurrencia menores del 5 %^{10,11} (con enucleación simple ronda el 20-45 %). Los más complicados de extirpar son los localizados en el lóbulo profundo de la parótida; en estos casos el objetivo es preservar el nervio facial. Deben evitarse en la medida de lo posible los márgenes positivos, la ruptura de la cápsula y el derrame tumoral, puesto que estos factores están relacionados con altas tasas de recurrencia. Sin embargo, los márgenes positivos son comunes debido a la tendencia del tumor a formar pseudópodos perforantes, por una cápsula tumoral incompleta o por la proximidad del tumor al nervio facial^{10,12}.

En raras ocasiones puede metastatizar en pulmón, hueso y otros lugares.

Los adenomas pleomorfos recurrentes se tratan con resección, pero con cada intervención aumenta la morbilidad y disminuye la probabilidad de control del tumor. En este sentido, la radioterapia postoperatoria parece lograr un mejor control local, y es el tratamiento de elección también en las recurrencias de tumores irsecables^{13,14}.

Con este artículo se pretende poner de manifiesto la importancia de la exploración física de forma sistemática, puesto que, aunque en ocasiones no sea relevante para el motivo de consulta en concreto que plantea el paciente, en muchas otras ocasiones podemos encontrar hallazgos casuales que llegan a ser importantes para la evolución del paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Harley EH. Asymmetric tonsil size in children. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2002; 128: 767-9.
2. Spinou E, Kubba H, Konstantinidis I, Johnston A. Tonsillectomy for biopsy in children with unilateral tonsillar enlargement. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2002; 63: 15-7.
3. Cinar F. Significance of asymptomatic tonsil asymmetry. Otolaryngol Head Neck Surg. 2004; 131: 101-3.
4. Van Lierop AC, Prescott CA, Fagan JJ, Sinclair-Smith CC. Is diagnostic tonsillectomy indicated in all children with asymmetrically enlarged tonsils? S Afr Med J 2007; 97: 367-70.

5. Darrow DH, Siemens C. Indications for tonsillectomy and adenoidectomy. *Laryngoscope* 2002; 112: 6-10.
6. Cortez EA, Mattox DE, Holt GR, Gates GA. Unilateral tonsillar enlargement. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1979; 87: 707-16.
7. Dolev Y, Daniel SJ. The presence of unilateral tonsillar enlargement in patients diagnosed with palatine tonsil lymphoma: experience at a tertiary care pediatric hospital. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2008; 72: 9-12.
8. Ridgway D, Wolff LJ, Neerhout RC, Tilford DL. Unsuspected non-Hodgkin's lymphoma of the tonsils and adenoids in children. *Pediatrics.* 1987; 79: 399-402.
9. Berkowitz RG, Mahadevan M. Unilateral tonsillar enlargement and tonsillar lymphoma in children. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1999; 108: 876-9.
10. Witt RL. The significance of the margin in parotid surgery for pleomorphic adenoma. *Laryngoscope.* 2002; 112: 2141-54.
11. Harney M, Walsh P, Conlon B, Hone S, Timon C. Parotid gland surgery: a retrospective review of 108 cases. *J Laryngol Otol.* 2002; 116: 285-7.
12. Liu FF, Rotstein L, Davison AJ, Pintilie M, O'Sullivan B, Payne DG, et al. Benign parotid adenomas: a review of the Princess Margaret Hospital experience. *Head Neck.* 1995; 17: 177-83.
13. Myssiorek D, Ruah CB, Hybels RL. Recurrent pleomorphic adenomas of the parotid gland. *Head Neck.* 1990; 12: 332-6.
14. Ravasz LA, Terhaard CH, Hordijk GJ. Radiotherapy in epithelial tumors of the parotid gland: case presentation and literature review. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1990; 19: 55-9.