

CASO CLÍNICO

Tumor miofibroblástico inflamatorio de amígdala: informe de un caso con revisión de la literatura

Peter Grube-Pagola^{a,b,*}, Daniel Carrasco-Daza^b, Georgia Alderete-Vázquez^b y Juan Gutiérrez-Butanda^c

^a Consultorio de Anatomía Patológica y Patología Pediátrica, Veracruz, Veracruz, México

^b Laboratorio de Anatomía Patológica, Instituto Nacional de Pediatría (INP), México DF, México

^c Departamento de Otorrinolaringología, Instituto Nacional de Pediatría (INP), México DF, México

Recibido el 30 de julio de 2010; aceptado el 28 de noviembre de 2010

PALABRAS CLAVE

Tumor miofibroblástico inflamatorio; Seudotumor inflamatorio; Cabeza y cuello; Amígdala palatina; Pediatría

KEYWORDS

Inflammatory myofibroblastic tumour; Inflammatory pseudotumor; Head and neck; Tonsil; Paediatric

Resumen El tumor miofibroblástico inflamatorio (seudotumor inflamatorio) es una lesión idiopática, poco frecuente en cabeza y cuello, de etiología desconocida, que se presenta más comúnmente en tejidos blandos, pulmón y órbita. En la literatura mundial solo se tiene conocimiento previo de 2 casos con afección amigdalar.

Informamos del caso de una niña de 10 años, que ingresó en nuestro hospital con cuadro clínico de dolor en la región cervical, tos con vómito, disnea y dislexia, la exploración física mostró halitosis y una neoformación dependiente de la amígdala izquierda, se le realizó amigdalectomía bilateral.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Inflammatory myofibroblastic tumour of the tonsil: case report and literature review

Abstract Inflammatory myofibroblastic tumour (inflammatory pseudotumor) is an idiopathic lesion, rare in the head and neck, of unknown aetiology. It is primarily a soft tissue, lung and orbital condition. In the world literature, only two cases with tonsillar disease have been found.

We report a case of a 10-year-old girl admitted to our hospital with clinical complaints of pain in the neck region, cough with vomiting, dyspnoea and dyslexia. Clinical examination revealed halitosis and a neoformation dependent on the left tonsil. Bilateral tonsillectomy was performed.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI) es una lesión poco frecuente que afecta primordialmente a tejidos blandos, pulmón y órbita; fue descrito por primera vez

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: grubejr78@gmail.com (P. Grube-Pagola).

en 1905 por Birch-Hirschfeld en un paciente con proptosis unilateral¹ y designado como pseudotumor inflamatorio en 1954 por Umiker². La localización en cabeza y cuello (extraorbitaria) es excepcional, siendo descritos casos aislados en base del cráneo, espacio parafaríngeo, senos paranasales, fosa pterigopalatina así como cavidad oral^{3,4}. En la amígdala palatina únicamente existen 2 casos informados previamente en la literatura especializada^{1,5}.

Caso clínico

Niña de 10 años 11 meses que inicio súbitamente su enfermedad con dolor cervical y artralgias por lo cual se le dio tratamiento con paracetamol con mejoría parcial de la sintomatología, posteriormente se agregó tos con vómito de contenido gástrico con restos de sangre, sensación de cuerpo extraño en la garganta que limitaba el habla motivo por el que fue enviada a nuestro hospital. A la exploración física se encontró en buen estado general con presencia de una tumoración en región orofaríngea de bordes irregulares dependiente de la amígdala izquierda que desplazaba la úvula y causaba dolor al tacto de la misma, la amígdala contralateral no mostró alteraciones, el resto de la exploración física fue normal. Se le realizó nasofibrolaringoscopia flexible en donde se encontró hiperplasia adenoide grado I; además se observó que la lesión contactaba la pared posterior faríngea. Se realizó amigdalectomía bilateral. Los hallazgos de patología mostraron: amígdala izquierda cilíndrica, amarillo-grisácea revestida por fibrina, midió 5,2 x 2,4 x 1,5 cm, al corte fue de consistencia firme, homogénea y amarillo-grisácea (fig. 1). Histológicamente se observó en la superficie tejido de granulación con ausencia parcial del epitelio de revestimiento. En el seno proliferación desorganizada de bandas de colágeno denso con miofibroblastos ahusados a estelares, además infiltrado inflamatorio

polimórfico compuesto por linfocitos, células plasmáticas, mastocitos, neutrófilos y eosinófilos (fig. 2A y B). Las tinciones de inmunohistoquímica mostraron positividad en las células estromales para vimentina, cd34 y actina músculo-específica que demostraron la diferenciación miofibroblástica, además de CD3, CD20, CD68 y CD21 que confirmaron la naturaleza policlonal del infiltrado inflamatorio (fig. 2C y D); por lo que con estos hallazgos se informó el diagnóstico de tumor miofibroblástico inflamatorio. Se realizó además ALK1 que fue negativo.

Discusión

El TMI es una lesión clasificada recientemente como un proceso neoplásico con diferenciación miofibroblástica, acompañado por infiltrado inflamatorio denso y polimórfico⁶. La imagen histológica del tumor miofibroblástico inflamatorio es variable, y debido a esto en la historia ha tenido varios nombres como son: pseudotumor inflamatorio, granuloma de células plasmáticas, entre otros; afecta principalmente a tejidos blandos y pulmón⁷; en cabeza y cuello (extraorbitario) es una lesión poco frecuente; se han descrito casos en base del cráneo, espacio parafaríngeo, senos paranasales, fosa pterigopalatina, cavidad oral y parótida^{3,4,8}.

El tratamiento del TMI hasta ahora es controvertido, diversos autores a lo largo de la historia han propuesto terapia basada en esteroides, biopsia escisional con resección amplia, radioterapia así como incluso quimioterapia, aunque estos modelos de tratamiento han sido descritos en diversas localizaciones⁶.

En la literatura médica únicamente se han comunicado 2 casos de TMI en amígdala palatina. En 1984 Weilbaecher publicó el caso de un hombre de 63 años, asintomático, que presentaba amígdala palatina derecha grande y de

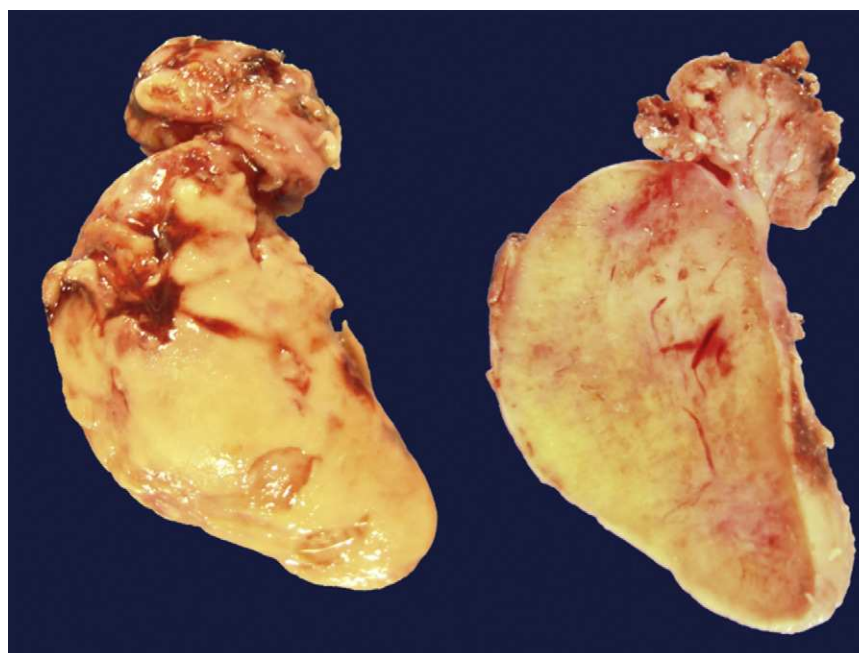


Figura 1 Aspecto macroscópico de la superficie externa (izquierda) y al corte (derecha).

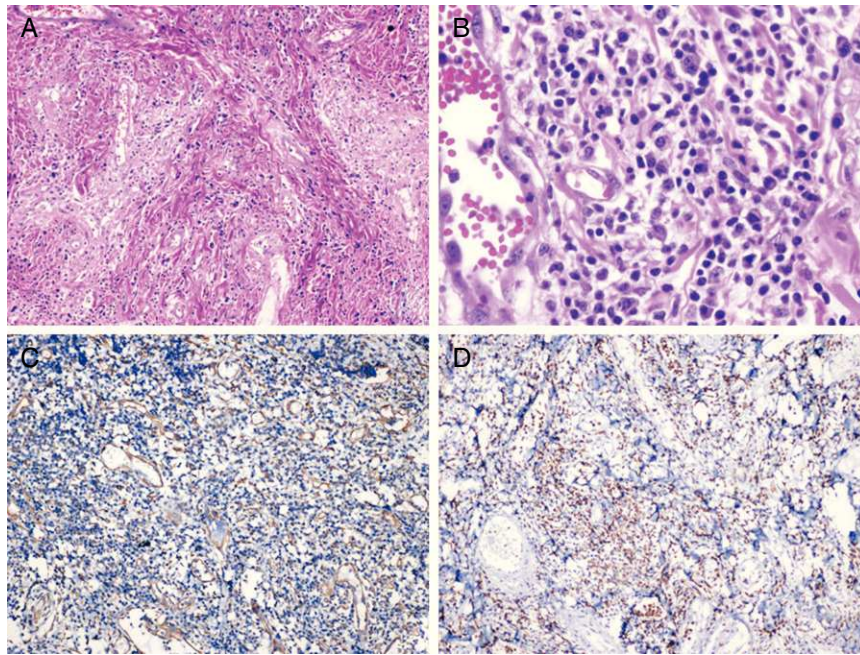


Figura 2 Estroma con proliferación de haces densos de colágeno (A), infiltrado inflamatorio polimórfico con células plasmáticas (B). Reacciones de inmunohistoquímica: vimentina (C) y cd20 (D).

consistencia firme, que midió 3 x 2,5 x 2 cm, siendo informado como granuloma de células plasmáticas⁵. Una década después, en 1995, Newman reportó el caso de una mujer de 62 años que presentó como síntoma principal odinofagia y amígdala palatina izquierda grande de consistencia firme y aspecto eritematoso que midió 3,5 x 2,5 x 2 cm, siendo informada como seudotumor inflamatorio¹.

En conclusión, describimos un caso de TMI primario de amígdala palatina, que representa el tercer caso descrito en la literatura médica y el primer caso descrito en un paciente pediátrico. En comparación con los anteriores casos descritos el nuestro presentó sintomatología acentuada, esto debido a que en comparación con los otros es el de mayor tamaño. Es importante desde el punto de vista clínico reconocer que el TMI puede afectar a la amígdala palatina por lo que debe ser incluido en los diagnósticos diferenciales de lesiones primarias que se presentan con hipertrofia amigdalар unilateral en tales casos la amigdalectomía unilateral es controvertida, pero creemos que este debe ser el tratamiento de elección.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Newman JP, Shinn JB. Inflammatory pseudotumor of the tonsil. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995;113:798–801.
2. Narla LD, Newman B, Spottswood SS, Narla S, Kolli R. Inflammatory pseudotumor. *Radiographics.* 2003;23:719–29.
3. Garg V, Temin N, Hildenbrand P, Silverman M, Catalano PJ. Inflammatory pseudotumor of the skull base. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010;142:129–31.
4. Maruya SI, Miura K, Tada YI, Masabuchi T, Nakamura N, Fushimi C, et al. Inflammatory pseudotumor of the parapharyngeal space: A case report. *Auris Nasus Larynx.* 2010;37:397–400.
5. Weilbaecher TG, Sarma DP. Plasma cell granuloma of the tonsil. *J Surg Oncol.* 1984;27:228–31.
6. Pankaj C, Uma C. How to manage oral inflammatory myofibroblastic tumor (inflammatory pseudotumor)? *Oral Dis.* 2001;7:315–6.
7. Wenig BM. Inflammatory myofibroblastic tumor. En: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, editors. *Pathology and genetics of head and neck tumors.* Lyon: IARC; 2005. p. 150–1.
8. Mielcarek MW, Bates C, Uppal S, Nadig S, Coatesworth AP. Bening inflammatory pseudotumor of the parotid gland: a case report and literature review. *Int J Clin Pract.* 2004;58: 527–9.