



Amiloidosis con afectación nasofaríngea y cervical

Calvo-Gómez J, Gómez-Gómez MJ, Agulles-Fornes MJ, Viel-Martínez JM

Resumen

La amiloidosis puede manifestarse como una enfermedad sistémica o localizada. Las formas localizadas son poco frecuentes, tienen buen pronóstico y con frecuencia afectan áreas de la cabeza y el cuello, en especial la laringe, la faringe o la lengua. La nasofaringe y los ganglios linfáticos cervicales son localizaciones poco frecuentes de éstos. Se comunica el caso de un paciente de 65 años de edad con síntomas persistentes de hipoacusia subjetiva y sensación de taponamiento o plenitud ótica.

PALABRAS CLAVE: amiloidosis, afectación nasofaríngea, afectación cervical.

An Orl Mex 2016 March;61(2):154-156.

Amyloidosis of the nasopharynx and neck.

Calvo-Gómez J, Gómez-Gómez MJ, Agulles-Fornes MJ, Viel-Martínez JM

Abstract

Amyloidosis may appear as a systemic or localized disease. Localized forms are little frequent, have a good prognosis and frequently affect areas of head and neck, specially larynx, pharynx or tongue. Nasopharynx and cervical lymphatic ganglions are little frequent localizations of these. This paper reports the case of 65-year-old male patients who assisted to consultation due to persistent symptoms of subjective hearing loss and otic fullness.

KEYWORDS: amyloidosis; nasopharyngeal illness; cervical illness

Hospital Francesc de Borja, Gandía, España.

Recibido: noviembre 2015

Aceptado: enero 2016

Correspondencia

Dr. Jordi Calvo Gómez
Av. Alfahuir 39, bloque 4, puerta 31
46019, Valencia, España
jordi.calgom@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Calvo-Gómez J, Gómez-Gómez MJ, Agulles-Fornes MJ, Viel-Martínez JM. Amiloidosis con afectación nasofaríngea y cervical. An Orl Mex. 2016 mar;61(2):154-156.



CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 65 años de edad, que acudió a nuestro servicio por síntomas persistentes de hipoacusia subjetiva y sensación de taponamiento o plenitud ótica.

La otoscopia reportó una imagen de otitis media serosa bilateral y en la nasofibroscofia se observó aumento del tejido linfoide en la rinofaringe. Además, se palparon múltiples adenopatías cervicales bilaterales. Se decidió realizar biopsia de la nasofaringe, con resultado de tejido linfoide negativo para células malignas, y la colocación de drenajes trastimpánicos en ambos oídos. El estudio se completó con tomografía computada cervical (Figura 1), en la que se observaron múltiples imágenes nodulares de distribución difusa y bilateral en diferentes espacios cervicales y en el mediastino superior.

Ante estos hallazgos se procedió a realizarle al paciente un legrado de la nasofaringe y una exéresis de un nódulo submandibular, que establecieron el diagnóstico definitivo de amiloidosis.

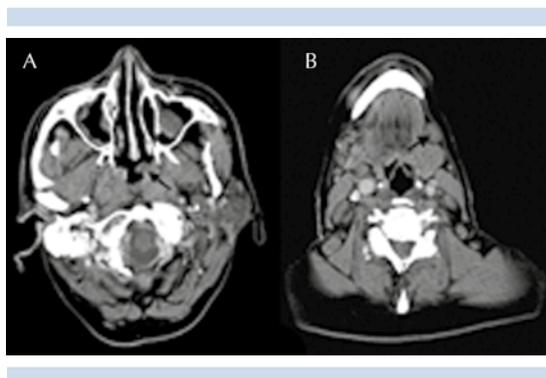


Figura 1. Tomografía computada que muestra aumento del tejido de las partes blandas en la nasofaringe (A) y múltiples adenopatías cervicales (B); la mayor de ellas se encuentra en la área submandibular izquierda (flecha).

Por tratarse de una forma sistémica, se remitió al paciente al servicio de Hematología para su estudio y tratamiento oportunos. Luego de cinco años y un trasplante de médula ósea, el paciente se remitió de nuevo por reaparición del tumor nasofaríngeo y por crecimiento de varios nódulos cervicales, detectados en su seguimiento de control; se le practicó una nueva biopsia de la nasofaringe, que confirmó la recidiva de la enfermedad. En la actualidad, el paciente sigue en tratamiento a cargo del servicio de Hematología.

DISCUSIÓN

La amiloidosis puede manifestarse como una enfermedad sistémica o localizada. Las formas localizadas son poco frecuentes (19%), tienen buen pronóstico y con frecuencia afectan áreas de la cabeza y el cuello, en especial la laringe (61%), la faringe o la lengua.¹ Los depósitos amiloides suponen 0.2 a 1.5% de los tumores benignos laríngeos;² sin embargo, la nasofaringe (3%) y los ganglios linfáticos cervicales son localizaciones poco frecuentes de éstos.

Las formas sistémicas (81%) pueden ser primarias o secundarias a otras enfermedades inflamatorias crónicas, tienen peor pronóstico y afectan a múltiples órganos, como el hígado, el riñón, el corazón o el bazo; de manera muy poco frecuente se localizan en la cabeza y el cuello, como ocurrió en nuestro caso. Los dos sexos pueden verse afectados de manera indistinta, con un amplio intervalo de edad de aparición (de 8 a 86 años).

Los síntomas clínicos en la nasofaringe pueden causar obstrucción nasal, epistaxis o ambas, de manera recurrente, junto con síntomas otológicos por obstrucción de las trompas de Eustaquio (sensación de taponamiento ótico u otitis media serosa).³ De manera ocasional pueden aparecer masas cervicales por afectación de los ganglios linfáticos cervicales, lo que obliga a descartar

enfermedad tumoral, especialmente carcinoma nasofaríngeo,⁴ debido a la similitud de su manifestación clínica.

El diagnóstico definitivo es histológico, por lo que debe realizarse una biopsia del órgano afectado y observar los depósitos amiloides en el mesénquima del tejido con distribución perivascular, junto con birrefringencia verde característica con tinción rojo Congo (Figura 2); además, debido al tratamiento y pronóstico diferentes de sus formas clínicas, debe realizarse punción-aspiración con aguja fina de la grasa abdominal o del recto,⁵ junto con estudios de laboratorio para confirmar el carácter localizado o sistémico de la enfermedad. Mediante la tomografía computada puede apreciarse una masa de tejido blando bien definida, submucosa, homogénea e hiperdensa, que apenas se realiza



Figura 2. Corte histológico de adenopatía cervical, en la que se muestra el depósito difuso de material amorfo que capta la tinción rojo Congo, que produce pérdida de la estructura ganglionar.

con la administración de contraste. En ocasiones pueden tener calcificaciones⁶ o reacciones osteoblásticas en el hueso circundante; mediante la tomografía computada por emisión de positrones pueden evidenciarse las lesiones de amiloide como zonas captantes hipermetabólicas.⁷

El tratamiento de las formas localizadas consiste en exéresis quirúrgica convencional o con láser CO₂, aunque es posible que exista recidiva si no se extirpa todo el tejido afectado. Una actitud expectante es igualmente válida según la morbilidad, las características generales del paciente y las posibles secuelas funcionales de la cirugía. Las formas sistémicas requieren estudio y tratamiento específicos a cargo del servicio de Hematología.

REFERENCIAS

1. Karimi K, Chheda NN. Nasopharyngeal amyloidosis: a case report. *Laryngoscope* 2010;120:197.
2. Chen YS, Li WY, Ho CY. Localized nasopharyngeal amyloidosis. *J Chin Med Assoc* 2010;73:549-552.
3. McCluney N, Shakeel M, Dallas A, Hussain A, Chapman A. Amyloidosis of the nasopharynx: an unexpected cause of unilateral middle ear effusion. *J Coll Physicians Surg Pak* 2011;21:706-707.
4. Panda NK, Saravanan K, Purushotaman GP, Gurunathan RK, Mahesha V. Localized amyloidosis masquerading as nasopharyngeal tumor: a review. *Am J Otolaryngol* 2007;28:208-211.
5. Sánchez Legaza E, Cervera Oliver C, Guerrero Cauqui R. Amiloidosis localizada en nasofaringe. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2013;64:377-378.
6. Razek AA, Castillo M. Imaging appearance of granulomatous lesions of head and neck. *Eur J Radiol* 2010;76:52-60.
7. Kaltoft B, Løvgren P, Frølund U, Welinder J. Primary localized amyloidosis in nasopharynx and oropharynx. *Ugeskr Laeger* 2013;175:1966-1968.