



Malformación vascular venosa en el lecho amigdalino

Venous vascular malformation in the tonsillar bed.

Katia Ham Álvarez,¹ Marco Antonio Rogelio Chavolla Magaña,² Rocío Enríquez García,³ Héctor Rubén Núñez Serrato,¹ Luciana Sofía Pérez Solorio¹

¹ Médico residente de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello.

² Especialista en otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello.

³ Especialista en radiología intervencionista.

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

Resumen

ANTECEDENTES: Las malformaciones venosas en la orofaringe son lesiones muy poco frecuentes, con una prevalencia de aproximadamente 1%. Su patogenia se relaciona con una disrupción de la morfogénesis del endotelio; su manifestación es inusual en la región amigdalina. El diagnóstico se establece mediante estudios de imagen y las opciones terapéuticas incluyen vigilancia, procedimientos de intervencionismo e intervención quirúrgica en casos seleccionados.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 60 años, con sensación de cuerpo extraño en la cavidad oral de dos años de evolución, odinofagia y disfagia. Tenía una lesión de 3 x 1.5 cm en la región amigdalina derecha, violácea. La tomografía computada evidenció una lesión con realce al medio de contraste en fase venosa. Se indicó escleroterapia, con lo que el paciente tuvo alivio clínico.

CONCLUSIONES: En las malformaciones venosas pequeñas, el tratamiento de elección es la escleroterapia; la resección quirúrgica se reserva en casos que no responden a ésta, sin encontrarse un tiempo determinado para su práctica.

PALABRAS CLAVE: Orofaringe; faringe; escleroterapia.

Abstract

BACKGROUND: Venous malformations in the oropharynx are very rare lesions with a prevalence of approximately 1%. Their pathogenesis is related to a disruption in endothelial morphogenesis. Involvement of the tonsillar region is uncommon. Diagnosis is made through imaging studies, and treatment options range from observation to interventional procedures and, in selected cases, surgery.

CLINICAL CASE: A 60-year-old male patient with a two-year history of foreign body sensation in the oral cavity, odynophagia, and dysphagia. A 3 x 1.5 cm violaceous lesion was found in the right tonsillar bed. Computed tomography scan showed a lesion with contrast enhancement in the venous phase. Sclerotherapy was performed with clinical resolution.

Correspondencia

Katia Ham Álvarez
katiaham1905@gmail.com

Recibido: 16 de febrero 2026

Aceptado: 31 de mayo 2026

Este artículo debe citarse como: Ham-Álvarez K, Chavolla-Magaña MAR, Enríquez-García R, Núñez-Serrato HR, Pérez-Solorio LS. Malformación vascular venosa en el lecho amigdalino. An Orl Mex 2026; 71 (3): 275-281.

PARA DESCARGA

<https://doi.org/10.24245/aorl.v71i3.11043>

<https://otorrino.org.mx>
<https://nietoeditores.com.mx>

CONCLUSIONS: In cases of small venous malformations, the treatment of choice is sclerotherapy. Surgical resection is reserved for cases that do not respond to this treatment, with no specific timing established for its performance.

KEYWORDS: Oropharynx; Pharynx; Sclerotherapy.

ANTECEDENTES

Las anomalías vasculares con frecuencia afectan la cabeza y el cuello. De acuerdo con la *International Society for the Study of Vascular Anomalies (ISSVA)*, se dividen en dos grandes grupos: tumores y malformaciones vasculares; estas últimas pueden ser de bajo flujo (capilares, linfáticas y venosas) o de alto flujo (arteriales) e, incluso, combinaciones entre las mismas.^{1,2} Las anomalías vasculares se consideran alteraciones embriológicas durante la vasculogénesis, las más comunes son las de tipo venoso, con una incidencia de 1-2 por cada 10,000 habitantes y prevalencia del 1%; de éstas, el 70% afecta la región de la cabeza y el cuello y en la cavidad oral se observan en un 20-30%. Los sitios frecuentes de manifestación son los dos tercios anteriores de la lengua, el paladar, las encías y la mucosa bucal; es infrecuente en la región amigdalina.^{1,3}

La edad de aparición es durante la infancia y adolescencia, con reportes en edad adulta. Son tumoraciones de crecimiento lento, no pulsátiles, de coloración típicamente violácea.

Los síntomas incluyen: dolor durante la deglución, inflamación y sangrado. Su crecimiento puede deberse a cambios hormonales, traumatismo, infección o datos de trombosis.^{4,5} El diagnóstico se establece mediante anamnesis y exploración física con apoyo de tomografía contrastada y resonancia magnética con medio de contraste, fundamentales para el diagnóstico y decisión terapéutica. Las opciones terapéuticas son diversas: vigilancia, procedimientos de intervencionismo mínimamente invasivos y resección quirúrgica.⁶

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 60 años, sin comorbilidades, con antecedente de adenoamigdalectomía en la infancia sin complicaciones, quien durante los últimos dos años manifestó sensación de cuerpo extraño en la cavidad oral, acompañada de odinofagia y disfagia leve a sólidos; sin cambios en la voz, aumento de volumen cervical ni otalgia.

A la exploración física de la cavidad oral se evidenció una lesión de aproximadamente 3 x 1.5 cm en el lecho amigdalino derecho, de coloración violácea, de superficie lisa, levemente dolorosa a la palpación, sin datos de sangrado. **Figura 1**

Sin adenopatías ni lesiones cervicales.

La tomografía computada contrastada de cuello mostró una lesión de aproximadamente 3 x 2 cm con refuerzo al medio de contraste en fase venosa, que sugirió una lesión de tipo vascular. **Figura 2**

El radiólogo intervencionista realizó flebografía que identificó paso del medio de contraste con opacificación del nido vascular venoso de bajo flujo que drenaba a las venas del espacio parafaríngeo y plexo pterigoideo (**Figura 3**), por lo que se practicó escleroterapia con laurromacrogol al 0.75%, procedimiento repetido en tres ocasiones en un periodo de tres meses, sin complicaciones posteriores a su práctica, con lo que se evidenció remisión de la anomalía vascular en su totalidad.



Figura 1

Lesión de aproximadamente 3 x 1.5 cm en lecho amigdalino derecho, de coloración violácea.



Figura 2

Tomografía de cuello en corte axial contrastada en fase venosa que muestra una lesión de 3 x 2 cm en la región amigdalina derecha con realce al medio de contraste y flebolitos.



Figura 3

Flebografía que muestra paso de medio de contraste con opacificación de nido vascular venoso de bajo flujo que drena a las venas del espacio parafaríngeo y el plexo pterigoideo.

Una semana después de la primera escleroterapia se observó disminución de la lesión y persistencia de coloración violácea de característica rugosa (**Figura 4**). Una semana después de la segunda escleroterapia se observó disminución de la coloración y cambio a superficie lisa (**Figura 5**) y una semana posterior a la última escleroterapia en la región amigdalina se observó reducción importante del tamaño de la lesión con persistencia de superficie lisa y pérdida en su totalidad de la coloración violácea (**Figura 6**). En el seguimiento a tres meses se observó alivio clínico.

La tomografía de cuello contrastada de control tres meses después de la última escleroterapia evidenció reducción del volumen de la región amigdalina derecha, menor a la tomografía inicial sin vascularidad tras la aplicación de medio de contraste. **Figura 7**

DISCUSIÓN

Las malformaciones venosas son el tipo más común de las malformaciones vasculares; suelen ser de crecimiento lento y esporádico. En ocasiones alcanzan gran tamaño y son palpables, con cambios en la coloración a violácea o rojiza; causan trombosis y congestión venosa, y pueden manifestarse con tromboflebitis dolorosa. Se han relacionado con patrón de herencia autosómico dominante, específicamente alteraciones en el cromosoma 9p.⁷

El diagnóstico y tratamiento de las malformaciones vasculares es complejo, por lo que es importante sospecharlas mediante el interrogatorio, la exploración física y estudios de imagen; la selección del estudio de imagen es de acuerdo con su indicación y disponibilidad de recursos.⁸



Figura 4

Hallazgos clínicos una semana después de la primera sesión de escleroterapia.



Figura 5

Hallazgos una semana después de la segunda escleroterapia.



Figura 6

Hallazgos clínicos una semana después de la última escleroterapia (tres meses de seguimiento).

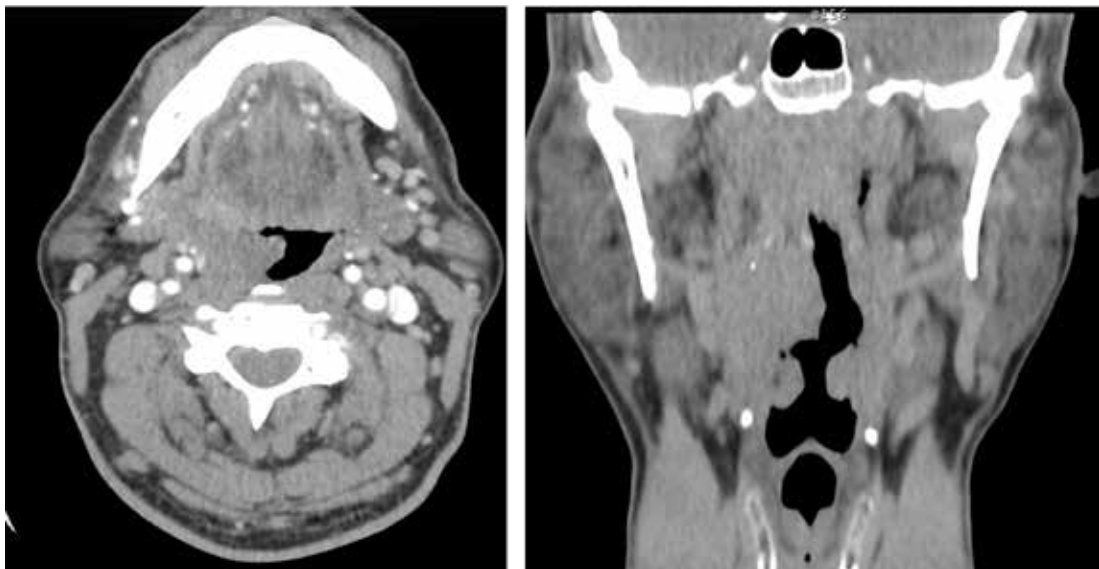


Figura 7

Tomografía de cuello contrastada en cortes axial y coronal tres meses después de la última escleroterapia que muestra aumento del volumen de la región amigdalina derecha sin vascularidad tras la aplicación de medio de contraste.

El ultrasonido es el estudio menos invasivo y está indicado en lesiones vasculares superficiales de la cabeza y el cuello, mientras que la tomografía contrastada es útil en lesiones en espacios profundos, al demostrar realce al medio de contraste en fase venosa o arterial, así como identificar flebolitos; además, es un estudio de menor costo comparado con la resonancia magnética.⁹

La resonancia magnética es el estudio de elección para el diagnóstico y seguimiento en lesiones vasculares de cabeza y cuello superficiales y profundas; muestra imágenes hiperintensas con supresión grasa en T2.¹⁰ La angiografía se practica previo a los procedimientos endovasculares.

El tratamiento va desde vigilancia, escleroterapia mediante intervencionismo y terapia láser (YAG, KTP, diodo y argón), que son procedimientos seguros y efectivos.¹¹ En una revisión sistemática y metanálisis de escleroterapia percutánea guiada por imagen se demostró que la eficacia para el tratamiento de las malformaciones vasculares de cabeza y cuello es de más del 90%. Asimismo, más del 90% de los pacientes reportaron satisfacción y un 70% mejoría en la calidad de vida.^{10,11}

La resección quirúrgica se reserva como opción de tratamiento cuando la lesión es bien circunscrita y relativamente pequeña o cuando no hay respuesta al tratamiento con agentes esclerosantes, sin encontrarse en la bibliografía un tiempo determinado para su práctica. Las vías de acceso dependerán de la ubicación y características y pueden ser traspalatinas, trasparotídeas, trasfaríngeas, trasmandibulares, endonasales o transorales, de acuerdo con la localización.¹¹ Las complicaciones que pueden sobrevenir son: sangrado, ulceración e infecciones; su frecuencia es relativamente baja.

CONCLUSIONES

Las malformaciones vasculares son infrecuentes, pueden ser hemangiomas, linfangiomas y malformaciones venosas o tumoraciones de amígdalas. Los estudios de imagen son decisivos en la ruta diagnóstica y su indicación depende del tamaño y localización de la lesión. Debe hacerse una adecuada selección del tratamiento mediante procedimientos de intervención (escleroterapia), resección quirúrgica o ambos en casos seleccionados.

REFERENCIAS

1. Behraves S, Yakes W, Gupta N, et al. Venous malformations: clinical diagnosis and treatment. *Cardiovasc Diagn Ther* 2016; 6 (6): 557-69. <https://doi.org/10.21037/cdt.2016.11.10>
2. Tekes A, Koshy J, Kalayci TO, Mitchell SE. Vascular anomalies flow chart (SEMVAFC): a visual pathway combining clinical and imaging findings for classification of soft-tissue vascular anomalies. *Clin Radiol* 2014; 69 (5): 443-57. <https://doi.org/10.1016/j.crad.2013.11.016>
3. Zúñiga-Castillo M, Teng CL, Teng JMC. Genetics of vascular malformation and therapeutic implications. *Curr Opin Pediatr* 2019; 31 (4): 498-508. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000794>
4. Rikihisa N, Akita S, Osuga K, et al. Evaluation of pain incidence due to venous malformation based on data from 85 institutions in Japan. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord* 2020; 8 (2): 244-50. <https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2019.03.008>
5. Schmidt VF, Masthoff M, Czihal M, et al. Imaging of peripheral vascular malformations—Current concepts and future perspectives. *Mol Cell Pediatr* 2021; 8: 19. <https://doi.org/10.1186/s40348-021-00132-w>
6. Richter GT, Friedman AB. Hemangiomas and vascular malformations: current theory and management. *Int J Pediatr* 2012; 2012: 645678. <https://doi.org/10.1155/2012/645678>
7. Nair S, Shroff SS. Vascular anomalies of the oro-maxillofacial region. In: Bonanthaya K, Panneerselvam E, Manuel S, Kumar VV, Rai A, editors. *Oral and maxillofacial surgery for the clinician*. Singapore: Springer; 2021; cap. 31.
8. Lee BB, Baumgartner I, Berlien P, et al. Diagnosis and treatment of venous malformations. Consensus Document of the International Union of Phlebology (IUP): updated 2013. *Int Angiol* 2015; 34: 97-149.
9. Marler JJ, Mulliken JB. Current management of hemangiomas and vascular malformations. *Clin Plast Surg* 2005; 32 (1): 99-116. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2004.10.001>
10. De Maria L, De Sanctis P, Balakrishnan K, et al. Sclerotherapy for venous malformations of head and neck: systematic review and meta-analysis. *Neurointervention* 2020; 15 (1): 4-17. <https://doi.org/10.5469/neuroint.2019.00213>
11. Martin EC, Vu WN, Kuan EC, Haidar YM. Resection of an oropharyngeal venous malformation. *Am J Otolaryngol* 2023; 44 (2): 102877. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2022.103784>