

Disfagia secundaria a angiomiolipoma faríngeo

Dysphagia secondary to pharyngeal angiomyolipoma.

Paciente de 75 años que acude a nuestras consultas por presentar tos, disfagia, ronquido y voz gangosa, que ha ido progresando en los últimos 6 meses.

A la exploración por orofaringoscopia apreciamos un pequeño papiloma de úvula y por nasofibrofaringoscopia se observa una lesión pediculada, rosada, redondeada, de bordes lisos y de gran tamaño, que asienta en hipofaringe ocluyendo la luz glótica en un 90%. Presenta un pedículo dependiente de la base lingual izquierda, lo que permite oscilaciones y balanceo de la lesión. Las cuerdas vocales se encuentran libres y móviles, apreciando buen espacio glótico, cuando la lesión se moviliza y no se apoya en supraglotis.

Se solicita Tac cervical donde se visualiza una tumoración pediculada, sólida de unos 29x20x37mm (transversal, anteroposterior y craneocaudal), dependiente de la base de la lengua izquierda a través de un pedículo, que le aporta la vasculatura. Fig. 1.

La lesión se extirpa con bisturí eléctrico, resecaando a nivel de la base de implantación lingual. Fig. 2 y Fig. 3.

El informe anatomopatológico nos describe un fragmento ovoide revestido por epitelio plano poliestratificado que asienta sobre una tumoración benigna de haces de músculo liso y tejido graso maduro, constituido por adipocitos sin atipia, separado por tabiques fibrosos y presencia de vasos, algunos de los cuales presentan una pared gruesa a modo de fina retícula asociada. Todo ello, compatible con un angiomiolipoma.

Tras seis meses de seguimiento, la paciente se encuentra asintomática y sin recidiva.

El angiomiolipoma es un tumor benigno e infrecuente compuesto por una mezcla de músculo liso, vasos sanguíneos y tejido adiposo. La localización más frecuente es el riñón, siendo a nivel de hipofaringe extremadamente raro. En muchos casos se asocia a esclerosis tuberosa. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica completa.

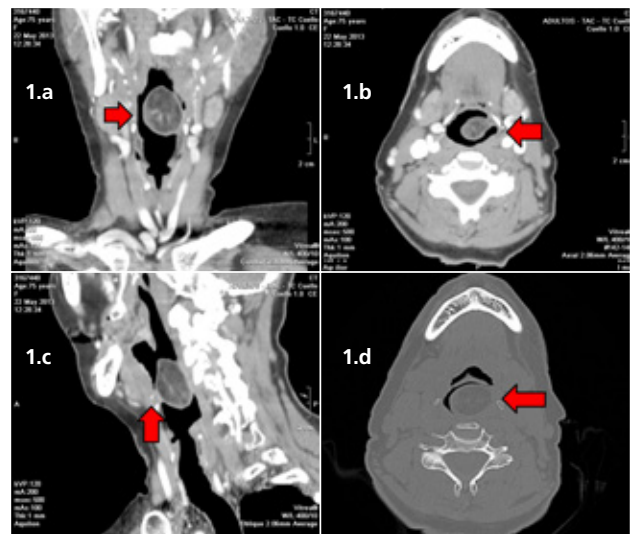


Figura 1: Imágenes de TCMD en reconstrucciones coronal (a), sagital (b) y axial (c y d), donde se aprecia la presencia de una tumoración a nivel de hipofaringe (a), dependiente de base de lengua a través de un pedículo (b) que ocluye la vía aérea hasta en un 90% (c y d).



Figura 2: Imagen quirúrgica donde se aprecia la tumoración a nivel de orofaringe



Figura 3: Pieza macroscópica resecaada.

Correspondencia

Dra. Raquel Artal Sánchez
Gondoleros, 8 - Esc 1ª. 3º Izqda.
50021 Zaragoza
E-mail: raquelartal@hotmail.com