

A pedunculated lymphangiomatic polyp of the palatine tonsil. A case report

Pólipo linfangiomatoso pedunculado da amígdala palatina. Relato de caso

Betül Peker Cengiz¹, Mustafa Acar², Ersem Giritli²

Keywords: lymphangioma; palatine tonsil; polyps.

Palavras-chave: amígdala palatina; linfangioma; pólipos.

INTRODUÇÃO

A região da cabeça e pescoço representa o sítio mais comumente envolvido por lesões linfangiomatosas. A maioria delas advém dos tecidos cutâneo e subcutâneo; entretanto, outros sítios de envolvimento incluem: laringe, parótida, boca e língua. Tumores benignos das amígdalas são raros, quando comparados a tumores malignos^{1,2}. Essas lesões já foram descritas por diferentes nomes na literatura, tais como: angiomas^{1,3}, linfangioma polipoide da amígdala⁴, pólipo tonsilar hamartomatoso⁴, pólipo linfoide⁵, ou pólipo tonsilar linfangiomatoso^{1,4}, de tal sorte que fica difícil determinar a verdadeira incidência dessas lesões.

A literatura contém menos de 30 casos relatados de pólipos amigdalianos linfangiomatosos. Os pacientes geralmente apresentam disfagia, dor de garganta ou a sensação de massa na garganta. Massas amigdalianas unilaterais podem ser investigadas a partir de um exame físico por laringoscopia indireta, e essas lesões são frequentemente erroneamente diagnosticadas como lesões malignas^{1,4,5}. O tratamento curativo é feito por ampla excisão.

Aqui apresentamos um caso de um pólipo linfangiomatoso pedunculado em uma amígdala palatina.

RELATO DE CASO

Uma mulher de 36 anos de idade foi encaminhada ao Departamento de Otorrinolaringologia do Hospital Geral de Yunus Emre, em maio de 2009, com dificuldade de deglutição e sensação de corpo estranho na garganta. Ela queixava de espirros por 2 anos e tinha história de alergia. O exame físico de sua cavidade oral revelou massa pálida e pedunculada estendendo a partir sua amígdala palatina esquerda. O restante de sua cavidade oral, nasofaringe e laringe estavam normais. Não havia evidência de linfadenopatia cervical. A massa era suspeita de ser um pólipo benigno, e a excisão intraoral do tumor foi feita sob anestesia local.

A peça possuía diâmetro macroscópico de 1,3 x 0,7 cm. A massa era firme e lisa, com uma pequena base pedunculada. Histologicamente, sua superfície estava coberta por epitélio escamoso paracaratótico e, seu estroma era composto de tecido fibroso frouxo, com numerosos espaços linfáticos dilatados e agrupamentos de tecido linfoide (Figura 1). À luz desses achados patológicos, confirmamos o diagnóstico de pólipo linfangiomatoso. Após excisão cirúrgica, a paciente permaneceu livre de recidiva durante um período de acompanhamento de 12 meses.

DISCUSSÃO

A região da cabeça e pescoço representa o sítio mais comum das lesões linfangiomatosas.

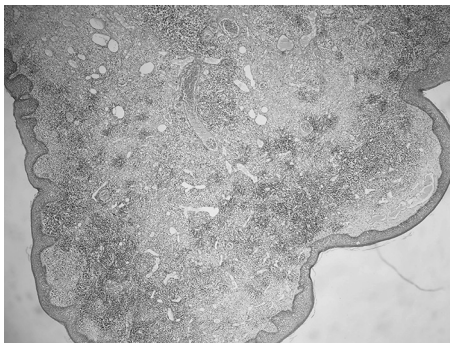


Figura 1. Os três componentes dos pólipos amigdalianos linfangiomatosos são: canais linfáticos dilatados, estroma fibroso e tecido linfoide (100x).

A maioria vem dos tecidos cutâneo e subcutâneo, mas outros sítios incluem a laringe, parótida, cavidade oral e língua¹. Recentemente, Gupta et al.⁶ publicaram na literatura a descrição de um pólipo linfangiomatoso na cavidade oral. Tumores benignos ou lesões tumorais das amígdalas palatinas são menos comuns do que lesões malignas. Além disso, as amígdalas representam sítios menos comuns para o desenvolvimento de lesões linfangiomatosas pedunculadas^{1,2}. Pólipos linfangiomatosos têm sido relatados com diferentes nomes na literatura, tais como: angiomas^{1,3}, linfangioma polipoide da amígdala⁴, pólipo amigdaliano hamartomatoso⁴, pólipo linfoide⁵, ou pólipo tonsilar linfangiomatoso^{1,4}, assim, é difícil determinar a verdadeira incidência dessas lesões. Kardon et al.¹ fizeram uma revisão de 26 casos de pólipos linfangiomatosos amigdalianos e eles acreditam que lesões amigdalianas linfangiomatosas possuem incidência maior do que aquela de casos relatados na literatura.

Pólipos linfangiomatosos geralmente ocorrem em adultos jovens e crianças¹. Kardon et al.¹ relataram idade média de 25,2 anos ao acometimento. De forma semelhante, Barreto et al.^{1,2} também relataram idade média de 29 anos entre seus pacientes. Os pacientes geralmente apresentavam dor de garganta, disfagia, dispnéia, e uma sensação de massa faríngea - dependendo do tamanho do tumor. Por outro lado, os pacientes podem permanecer assintomáticos e, nesses casos, a detecção da lesão pode ser incidental. Nossa paciente apresentou dor à deglutição e sensação de corpo estranho na garganta, compatível com relatos na literatura.

A história e o exame clínico são importantes para o diagnóstico, mas a avaliação histológica é necessária para se estabelecer o diagnóstico definitivo. Alguns autores defendem a opinião de que essas lesões são mais provavelmente hamartomatosas, por causa de proliferação prejudicial de elementos estromais normalmente encontrados

na amígdala⁴. Kardon et al.¹ também defenderam a idéia da origem hamartomatosas dessas lesões. Heffner et al.² também revisaram a patologia de pólipos linfangiomatosos que exibiam um amplo espectro de características histológicas, incluindo variadas quantidades de tecidos fibrosos e linfoide. Kardon et al.¹ relataram a presença de colágeno e tecido adiposo no estroma. Nosso caso de pólipo linfangiomatoso continha tecido conjuntivo fibroso frouxo e rica infiltração de linfócitos com variadas quantidades de proliferação linfo-vascular.

O pólipo linfangiomatoso deve ser incluído no diagnóstico diferencial de lesão tumoral na amígdala^{1,4,5}. O diagnóstico diferencial deve incluir papiloma, pólipo fibroepitelial e linfangioma^{1,4}.

Pólipos linfangiomatosos das amígdalas são lesões hamartomatosas, benignas e raras, e devem ser tratadas de forma curativa por simples excisão cirúrgica^{1,4}. Não há casos relatados de recidiva da doença ou transformação maligna após a excisão.

COMENTÁRIOS FINAIS

Acreditamos serem os pólipos linfangiomatosos mais comuns do que relatado na literatura. Entretanto, sua verdadeira incidência não é conhecida por causa dos diferentes nomes usados para descrevê-los. Acreditamos que nosso caso tenha valor para auxiliar na estimativa de sua verdadeira incidência no futuro.

REFERÊNCIAS

1. Kardon DE, Wenig BM, Heffner DK, Thompson LD. Tonsillar lymphangiomatic polyps: A clinicopathologic Series of 26 cases. *Mod Pathol.* 2000 Oct;13(10):1128-33. <http://dx.doi.org/10.1038/modpathol.3880208> PMID:11048808
2. Barreto I, Costa AF, Martins MT, Furuse C, Araujo VM, Altemani A. Immunohistochemical study of stromal and vascular components of tonsillar polyps: High endothelial venules as participants of the polyp's lymphoid tissue. *Virchows Arch.* 2011;459(1):65-71. <http://dx.doi.org/10.1007/s00428-011-1088-8> PMID:21562903
3. Ormerod F. Angioma of the tonsil. *J Laryngol Otol.* 1926;41:797-800. <http://dx.doi.org/10.1017/S0022215100029728>
4. Ryu HS, Jung SY, Koh JS, Le SS. Tonsillar lymphangiomatic polyp: Report Two Cases. *Korean J Pathol.* 2006;40:381-4.
5. Barreto I, Juliano P, Chagas C, Altemani A. Lymphoid polyps of the palatine tonsil. *Int J Surg Pathol.* 2007;15(2):155-9. <http://dx.doi.org/10.1177/1066896906299121> PMID:17478769
6. Gupta SC, Jain S, Singh HP, Sachan A, Dey S. Lymphangiomatic polyp of the nasal cavity: a rare presentation. *Ear Nose Throat J.* 2012 May;91(5):E10-2. PMID:22614560

¹ Médico. Patologista.

² Médico. Otorrinolaringologista.

Endereço para correspondência: Betül Peker Cengiz. Sümer mah. Yusufeli sok. Akman, apto. nº 35/2. Eskişehir, Turquia. E-mail: betip76@yahoo.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) do BJORL em 24 de março de 2012. cod. 9120.

Artigo aceito em 06 de janeiro de 2013.