

Colesteatoma amigdalino

Por los Dres.:

MALAM MALAMOV, RAFAEL PÉREZ MARTÍNEZ

Con el término de colesteatoma se conocen una serie de lesiones quísticas de origen y localización diferente; que poseen como carácter común, un aspecto perlado de su contenido a la observación microscópica y la presencia de abundantes cristales de colesterol mezclados con queratina al estudio microscópico.

El colesteatoma que con más frecuencia se observa es el del oído medio, encontrándose descrito dicha lesión en todos los tratados de Orí^{14,7,11,12,13,16}. En diferentes obras aparecen descritas formas congénitas y adquiridas de colesteatomas, localizadas en diferentes sitios del cuerpo humano, por ejemplo: en los senos perinasales^{3,4,18*} en la órbita,⁴ en la cavidad craneana (diploe, región supraselar de la base del cráneo, aracnoides, etc.)^{4,19,22} en relación con lesiones granulomatosas de las raíces dentarias¹⁰ en la pelvis renal,^{11*} en el paladar duro¹⁹ y en la hipófisis^{6,18,24}. Willis ha descrito tuinoraciones de tipo colesteatomatoso en los plexos coroides de los caballos viejos.

Según *Bercndes*, el colesteatoma de los senos paranasales puede presentarse especialmente a nivel de los senos frontales. Rara vez se trata de un colesteatoma genuino, considerándose en la mayoría de los pacientes como “seudo- colesteatomas” originados, ya sobre la base de una metaplasia epitelial condicionada por la inflamación crónica o ya como consecuencia de traumatismos, fistulaciones, etc.

Un caso de colesteatoma del antro del maxilar publicado por *Baxter*, que mostraba aspecto clínico de tumoración maligna, sólo planteo al estudio histológico dificultades en la determinación de la génesis de dicho colesteatoma, planteándose las posibilidades de un defecto de desarrollo u otras causas adquiridas.

Sobre el colesteatoma de las amígdalas, en los libros y revistas de *Orí*, revisados, no hemos encontrado ninguna referencia, existiendo sólo en algunos textos de anatomía patológica y en revistas de otras especialidades, unas pocas descripciones de esta entidad^{15,19,21}.

Otto Saphir, en su tratado de patología sistemática, hace mención y descripción somera de la entidad patológica que tratamos y señala su semejanza con las lesiones similares de otra localización. Por su origen él los divide en congénitos o

18 Especialista de Otorrinolaringología del Servicio de Garganta, Nariz y Oído del Hospital Docente “Cmte. Manuel Fajardo”, Zapata y D, Vedado, La Habana.

primarios y secundarios o adquiridos, dependiendo que los miosos se formen a expensas de restos epiteliales congénitos o sean dependientes de las estructuras epiteliales del revestimiento críptico.

Molina Colomer describe que, en un niño de diez meses de edad, con dificultades para la deglución y para la respiración, la exploración de la región de las fauces hizo manifiesta una tumoración lisa, móvil y de consistencia elástica que ocultaba la amígdala derecha a nivel de su polo inferior.

Después de la extirpación del tumor, la pieza quirúrgica fue diagnosticada por los anatomopatólogos como: "quiste epidermoide de la amígdala (colesteatoma amigdalino)".

Tolnay también describe un caso, un hombre de 37 años que había padecido de amigdalitis hipertrófica críptica y disnea solamente. Al examen físico se observó que en el velo del paladar de la amígdala derecha una tumoración que medía aproximadamente 2x2 cm, de color amarillo rosáceo, que ocupaba la valécula epiglótica, presentando el paciente disnea cuando viraba el cuello hacia el lado izquierdo. Se realizó una amigdalectomía bilateral con resección del quiste, informándose la lesión como: "quiste epidermoide no maligno". Ambos autores señalan el posible origen branquial de dichos quistes.

En el Hospital Docente "Cmte. M. Fajardo" se operaron desde el 1° de enero de 1970 hasta el 15 de mayo del mismo año, 530 casos de amigdalectomía, entre los cuales hemos encontrado catorce casos de colesteatoma amigdalino, variando éstos desde pequeños quistes perlados blanquecinos, visibles al estudio anatómico, hasta el hallazgo de colesteatomas microscópicos al estudio histológico de las amígdalas.

Analizando los antecedentes patológicos y la sintomatología de nuestros pacientes

hemos constatado la ausencia de diferencias entre los casos poseedores de esta patología y los que no la poseían. Los síntomas fueron los habituales de cualquier amigdalitis: crisis inflamatorias a repetición, disfagia, fiebre, etc. No hemos encontrado alguno lo suficientemente característico que permita hacer el diagnóstico antes de realizar el estudio anatomopatológico.

En los casos publicados por *Molina Colomer* y por *Tolnay*, estas formaciones quísticas alcanzaron un tamaño tal que hizo posible un cuadro sintomático apreciable clínicamente, aunque fue solamente el análisis histológico el que precisó el diagnóstico definitivo. La rareza de dicha lesión, su localización y la naturaleza de dichos quistes motivó las publicaciones.

El curso evolutivo inesperado de una de nuestras pacientes amigdalectomizadas nos hizo de inicio, considerar la posible relación de estos quistes colesteatomatosos con el cuadro presentado por esta paciente; y que referiremos más adelante.

Como ya habíamos señalado con anterioridad, nos fue posible recoger 14 casos incluyendo el que acabamos de citar, de un total de 530 amigdalectomías. (Cuadro I).

Nuestros casos pueden considerarse hallazgos anatomopatológicos, ya que los mismos no pudieron ser diagnosticados clínicamente, pues las lesiones pasan desapercibidas a la exploración más minuciosa. La explicación la encontramos en el tamaño casi siempre pequeño de estos quistes, y la localización, profunda de la mayoría de los mismos.

El tamaño de los colesteatomas amigdalinos varió entre 0.1 cm. y 1.2 cm. Existían en algunos especímenes, estructuras muy semejantes a perlas córneas (Fig. 1) en las que se observaban caracteres semejantes a los de los quistes

CUADRO I

Casos amigdalectomizados	Colesteatoma Con Sin	%	Sexo F M	Artigias	Complicaciones Adeno-Pielonepatías iritis
530	14 516	2.8	9 5	4	4 3

La edad de nuestros casos osciló entre 8 y 40 años.

colesteatomatosos, y que pudieran estar en relación con la génesis de los mismos. Como podemos darnos cuenta los de mayor volumen pueden ser visibles al examen macroscópico, en el momento que se toman cortes de estas amígdalas. La localización de los mismos puede encontrarse en cualquier sitio de la amígdala,

aunque hay cierto predominio hacia la zona central y basal de las mismas. La forma es en un gran porcentaje de los casos redondeada, aunque existen algunos de contornos irregulares, en los que nos ha parecido encontrar huellas de criptas, al estudio histomorfológico. (Cuadro II).

CUADRO II

Casos con colesteatoma amigdalino	Situación Unil. Bil.	Localización Cent. Bas. Per.			Forma Red. Irr.	Amigdalitis Crónica Atrófica
14	9 5	8	9		11 3	7

El tamaño de los colesteatomas amigdalinos fluctuó entre, 0.1 y 1.2 cms.

Iniciales. Unil: unilateral, Bil: bilateral, Cent: central, Bas: basal, Per: periférico, Red: redondeado, Irr: irregular.

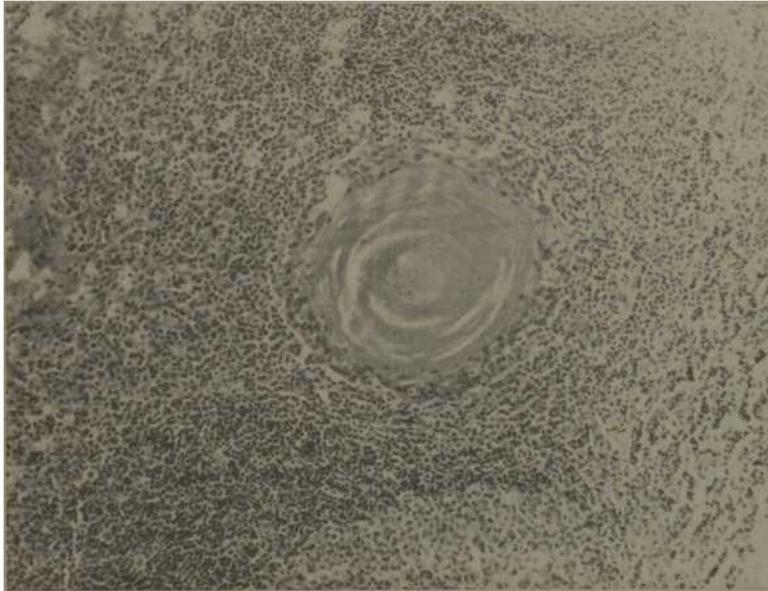


Fig. 1.—Estructura semejante a una perla cárnica, rodeada de tejido linfático amigdalino, apreciándose en éste un centro germinativo.

Las características histológicas observadas al estudio microscópico de nuestros casos, se corresponde con la descripción clásica, que de los mismos hace *Otto Saphir* en su texto de patología sistémica.

Los quistes colesteatomatosos amigdalinos de nuestros casos estaban constituidos por espacios revestidos por un epitelio pavimentoso estratificado, que recordaba el que reviste las criptas, y en el que es posible reconocer, por lo menos, tres estratos: (Fig 2) un estrato basal, uno de tipo malpighiano y uno córneo que se pierde insensiblemente en el contenido del quiste; en ninguno de estos epitelios se reconoció un verdadero estrato granuloso, aunque en el interior de los quistes se observan ocasionales células cargadas de gránulos de querato-hialino. La cavidad delimitada por este epitelio se encuentra ocupada por un material amorfo, a veces laminado, en cuyo seno se encuentran, en la casi totalidad de los casos, abundantes cristales

aciculares de colesterol y células epiteliales descamadas. Esta descripción se corresponde con exactitud con los colesteatomas de otra localización^{2,5,6,8,9,14,17,19,20,23}

El número de estas formaciones quísticas observados en nuestros casos fue variable, pues en dos casos encontramos tres pequeños colesteatomas en un solo espécimen y en 5 casos la lesión fue bilateral, predominando, por lo tanto, la existencia de la lesión única.

La mitad de nuestros casos⁷ coincidieron con amigdalitis crónicas atróficas, haciéndonos pensar que dicha patología se origina en procesos inetaplásticos que sufre el epitelio de revestimiento de las criptas en estas lesiones inflamatorias, en las que podrían producirse secuestros epiteliales en el curso de los procesos de cicatrización tisular; lo que abogaría a favor de la tesis de una patología adquirida y no congénita en el origen de estos quistes.

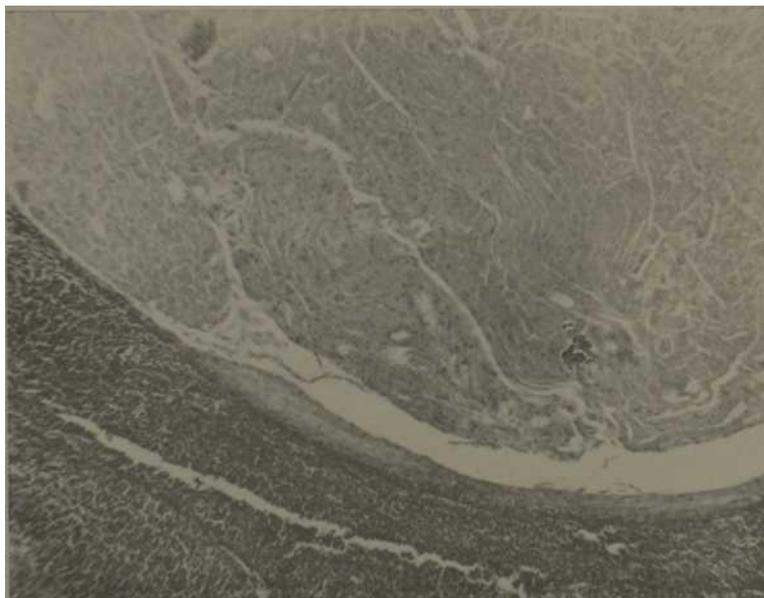


Fig. 2.—Detalle de la pared de un colesteatoma, en la que se aprecia un epitelio de tipo epidérmico y un contenido quístico en el que la queratina se dispone en forma lamelar o amorfa, y en cuyo seno se identifican células epiteliales descamadas y cristales de colesterol.

PRESENTACION DE UN CASO

Paciente D. S. P. 37 años, de la raza blanca, femenina y con H.C. 513 125; cuyo motivo de ingreso fue crisis frecuentes de amigdalitis, que refería desde pequeña, más frecuentemente localizadas al lado derecho, acompañadas de fiebre alta y dolores articulares. Como antecedente patológico de interés, la enferma señaló una limitación relativa de la apertura bucal, desde niña.

Se le realiza una amigdalectomía bilateral. Días más tarde presenta mayor dolor que el que suelen aquejar estos amigdalectomizados. El estudio histopatológico de las amígdalas fue el siguiente: "Amigdalitis crónica atrófica bilateral. Colesteatoma amigdalino". (Biopsia B-69-1933, Fig. 3.)

Un mes después de la operación sufrió una reacción alérgica a la penicilina, coincidiendo con la aparición de dos manchas blanquecinas, simétricas, situadas en la unión de la fosa amigdalina con la base de la lengua. Las mismas tenían un diámetro aproximado de 0.5 cm y fueron tratadas mediante la aplicación de pinceladas de nitrato de plata al 10 y al 20%, notándose que sangraban fácilmente al roce del algodón y que no mejoraron nada.

El dolor que la enferma refirió antes de la operación, en el lado derecho y semejante a una espina, aumentó en intensidad, apareciendo una adenopatía cervical

dolorosa del mismo lado.

Se realizó una extirpación de las áreas blanquecinas, encontrándose endurecimiento de dichas zonas y tractos fibrosos que se extendían entre éstas y otras zonas vecinas situadas en la parte superior de las fosas y en la base de la lengua. Estas formaciones en el lado derecho descansaban directamente en el tejido periadventicial de la arteria carótida primitiva, no alcanzando ese nivel en el lado izquierdo. El estudio histopatológico de las piezas obtenidas mostró un proceso de cicatrización fibrosa notable que englobaba un gran número de fibras musculares atroficas, filetes nerviosos y glándulas salivales pequeñas; en algunas zonas se añadía a esto un infiltrado inflamatorio de tipo crónico. (Biopsia B-70-76, Figs. 4, 5 y 6.)

Para evitar nuevas formaciones adherencia- les se administraron corticoides (hidrocorti- zona) con ACTH durante diez días, en dosis decreciente. En estos momentos parte del líquido ingerido era expulsado por la nariz, presentando cierta dificultad a la ingestión de los sólidos. Un examen mostró una movilidad bastante buena del paladar blando. Por último se instituyó radioterapia de 2000 r, mejorando sus dificultades a la deglución, encontrándose bien un mes después.

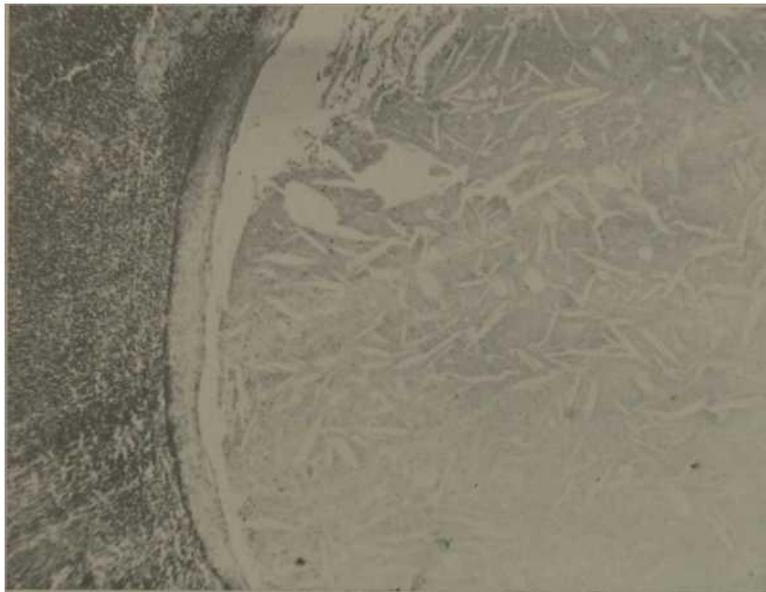


Fig. 3.—Colesteatoma del caso informado en el que llama la atención la abundancia de cristales de colesterol en el material amorfo.

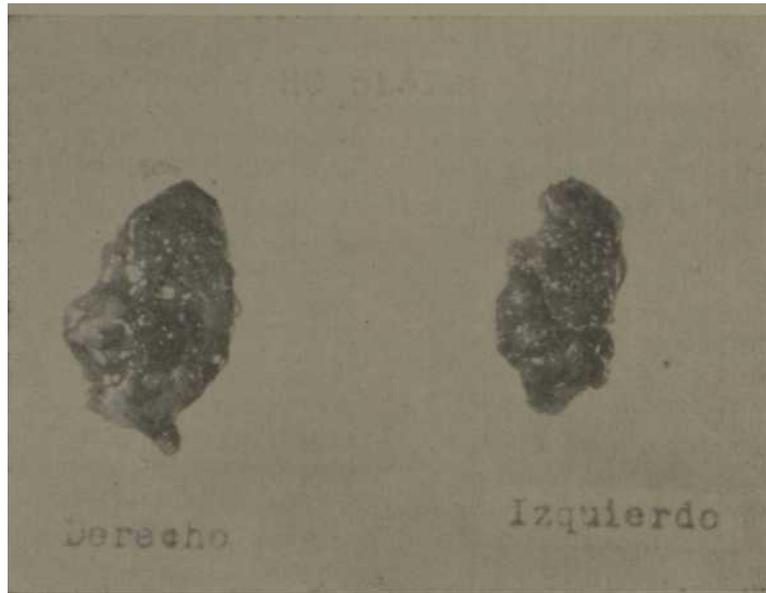


Fig. 4.—Imagen macroscópica del material tisular resecaado en la segunda operación.

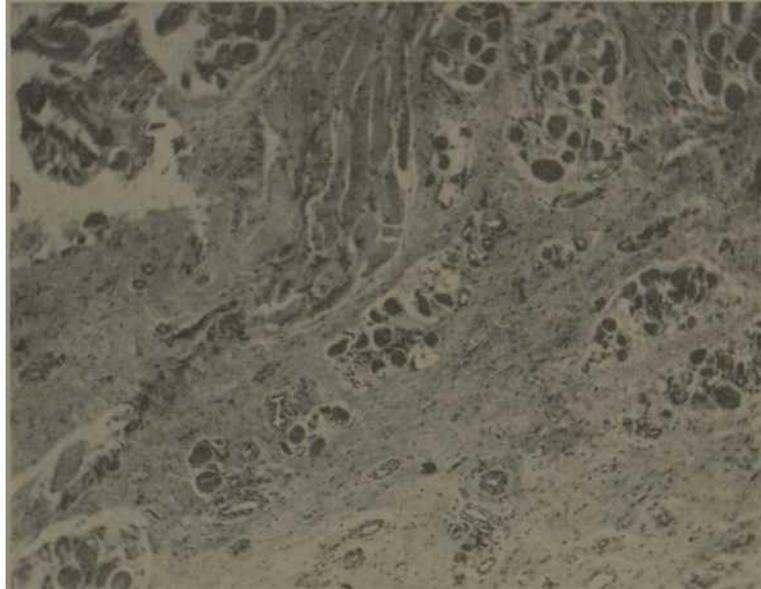


Fig. 5.—Tejido conjuntivo cicatricial englobando fibras musculares en vías de atrofia.

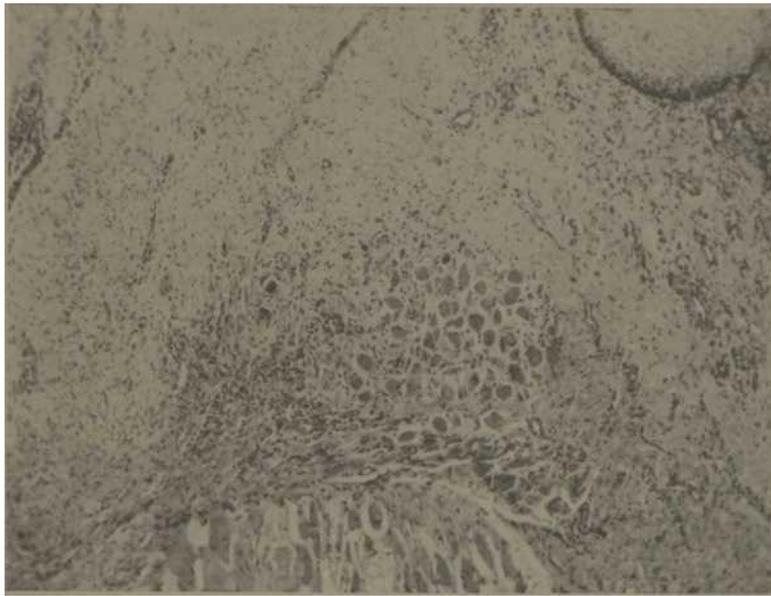


Fig. 6.—Infiltrado inflamatorio crónico y tejido conjuntivo cicatricial englobando fibras musculares atróficas.

Como al principio señalamos, se valoró la posibilidad de una relación entre la existencia de estos colesteatomas y la cicatrización anómala de esta paciente, sin poder negarla de modo categórico concluimos, por el estudio de los restantes 13 casos y por la evolución normal de los mismos, que, si ella existe, ocurre en un porcentaje muy limitado de casos.

CONCLUSIONES

El colesteatoma amigdalino, como podemos inferir de nuestras observaciones previas, no es una lesión rara, ya que de un total de 530 amigdalectomías fue posible obtener 14 casos (2.85%). Se puede concluir que un estudio anatomopatológico acucioso revelará la existencia de los mismos, pues la clínica aun cuidadosa no permite un diagnóstico preciso.

El hallazgo de esta patología no debe preocupar al otorrinolaringólogo, pues la ocurrencia de estos colesteatomas no

parece modificar el curso evolutivo de estos casos. Si aparecieran las complicaciones cicatriciales señaladas en nuestro caso, una extirpación de estas bridas fibrosas de cicatrización, realizada en la forma más minuciosa posible y un tratamiento coadyuvante a base de corticoides y radioterapia, podría evitar la formación de futuras lesiones de este tipo.

SUMMARY

The tonsillar cholesteatoma, as can be noted from previous observations, is not a rare lesion, since from a total of 530 amygdalotomies it was possible to obtain 14 cases (2.85%). It can be concluded that a careful anatomopathological study could reveal their existence, since the clinical study, even careful, does not permit a correct diagnosis. The finding of this pathology should not preoccupy the otorrhinolaryngologist, since the occurrence of these cholesteatomas does not seem to modify the evo-

lutive course of such cases. If the cicatricial complications reported in our case should occur, an extirpation of these fibrous ridges of cicatrization, performed in the most meticulous possible form and a coadjuvant treatment with corticoids and radiotherapy, could avoid the formation of future lesions of this type.

RESUME

La cholesteatome tonsillaire, crâne nous pouvons inférer par nos observations préalables, n'est pas une lésion rare, puisque d'un total de 530 amygdalotomies, il a été possible d'obtenir 14 cas (2.85%). On peut conclure qu'une étude anatomopathologique diligente peut

révéler leur existence, puisque l'étude clinique, quoiqu'il soit soignée, ne permet pas un diagnostic précis.

La découverte de cette pathologie ne doit préoccuper pas l'otorrhinolaryngologiste puisque l'occurrence de ces cholesteatomes ne paraît modifier pas le cours évolutif de ces cas. Dans les cas avec les complications cicatricielles signalées dans notre cas, une extirpation de ces brides fibreuses de cicatrization, réalisée dans la forme la plus minime possible et un traitement adjuvant de corticoïdes et radiothérapie, pourrait éviter la formation de futures lésions de ce type.

BIBLIOGRAFIA

1. —Alonso, J. A.: Tratado de Otorrinolaringología y Broncoesofagología, I Parte, 1964.
2. —Antier son, W. A. D.: Patología, V ed., p. 1828. Intermédica, 1968.
3. —Baxter, J. S.: Colesteatoma del Antro del Maxilar, J. Laryng. 80: 1059-61, 1966.
4. —Ballenger, H. G. y Ballenger, J. J.: Diseases of the Nose, Throat and Ear, p. 267, 1957.
5. —Berendes, J.; Link, R. y Zöllner, F.: Tratado de Otorrinolaringología, I Tomo, p. 220, 1969.
6. —Ewing, Neoplastic Diseases, III ed., Philadelphia W. B. Saunders Company, 1940.
7. —Hernández, Anselmo: Clínica y Cirugía Otológica, p. 374. Editorial Bibliográfica Argentina, Buenos Aires, 1958.
8. —Hollender, A. R.: The Pharynx, p. 56, 1953.
9. —Karsner, H. T.: Human Pathology, VIII ed., pp 361 y 893. J. B. Lippincott Company, 1955.
10. —Kurt, H. T.: Patología Oral. p. 541, 1950.
11. —Laurence, R. B.: Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades de la Garganta, Nariz y Oídos, p. 70.
12. —Lederer, F. L.: Enfermedad de ORL, I ed., española de la V ed. inglesa, p. 265, 1953.
13. —Lemarley, A.: Oto-Rhinolaringologie Infantile, p. 725, 1956.
14. —Maduro, R. y Bouche, J.: Le Maladies du Pharynx, p. 179, 1961.
15. —Molina Colomer: Quiste Epidermoide Congénito (Colesteatoma Amigdalino), Acta Pediat. Esp. 77, 1964.
16. —Portmann, G.: Oto-Rhino-Laryngologia, I Tomo, p. 289, 1960.
17. —Richard W. Tiecke: Oral Pathology, p. 195, 1965.
18. —Samuel Pendleton Hicks y Shields barren: Introduction to Neuropathology, p. 390, 1950.
19. —Saphir Otto: A Text on Systemic Pathology, I ed., Grune & Stratton, pp. 1041, 1159, 1164, 1166; 1958.
20. —Stanley, L. Robbins: Textbook of Pathology, II ed., p. 1003, 1963.
21. —Tolnay, S.: Tonsillar Cyst of Unusual Size, Órvoci Hetilap, pp. 108-122-3, 1967.
22. —Willis, R. A.: Pathology of Tumors, p. 826, Butterworth & Company, 1948.
23. —Wiley, D. Forbus: Reaction to Injury, p. 188, 1943.
24. —William Boyd: Tratado de Patología General y Anatomía Patológica, p. 935, 1964.