



RELATO DE CASO

A concealed giant peritonsillolith masquerading as oropharyngeal tumor[☆]



Peritonsilólito gigante oculto mimetizando um tumor orofaríngeo

Boon Chye Gan *, Irfan Mohamad e Norhafiza Mat Lazim

Universiti Sains Malaysia Health Campus, Department of Otorhinolaryngology-Head & Neck Surgery, Kelantan, Malásia

Recebido em 18 de maio de 2017; aceito em 17 de setembro de 2017

Disponível na Internet em 17 de fevereiro de 2018

Introdução

Tonsilólitos, ou cáseos, são definidos como uma concreção de materiais calcificados nas criptas da tonsila palatina. Pequenos tonsilólitos são relativamente comuns e podem ocorrer em até 10% da população, mas, devido à natureza assintomática dessa condição, a maioria dos casos não é relatada.¹ Pacientes sintomáticos podem apresentar sensação de corpo estranho, halitose, dor de garganta, odinofagia e, em certos casos, até mesmo disfagia ou otalgia.² Os tonsilólitos grandes ou gigantes são bastante incomuns.² Os cálculos encontrados no espaço peritonsilar ou também conhecidos como peritonsilólitos são ainda mais raros.³ Peritonsilólitos foram descritos pela primeira vez em 1975 e, desde então, houve apenas alguns relatos que descreveram essa entidade.⁴ Um peritonsilólito gigante devidamente oculto por substância ou mucosa da tonsila pode apresentar-se como massa orofaríngeo que imita um tumor. Relatamos

um caso extremamente raro de peritonsilólito gigante submetido a tonsilectomia diagnóstica e excisão cirúrgica.

Relato de caso

Um homem de 42 anos foi encaminhado de um hospital periférico devido a sangramento oral com hipertrofia tonsilar direita unilateral e suspeita de lesão maligna orofaríngeo. Ele se queixou de episódios múltiplos de sangramento da cavidade oral havia três semanas após escovar os dentes. O sangramento foi descrito como uma quantidade mínima de sangue fresco que parava após bochecho com água fria. Após o autoexame, ele notou um abaulamento sobre a região tonsilar direita com uma úlcera sobre ela. Não havia histórico de ingestão de corpo estranho ou tonsilite recorrente. Ele negou odinofagia, disfagia, edema de pescoço, otalgia ou sintomas constitucionais. Ele era paramédico, sem histórico de contato com tuberculose, sem hábitos de tabagismo, consumo de álcool ou mastigação de noz de betel. No entanto, apresentava um forte histórico familiar de lesões malignas, pois tanto o pai quanto a mãe foram diagnosticados com câncer colorretal e câncer de mama, respectivamente.

No exame orofaríngeo, as tonsilas bilaterais exibiam grau 1 com superfície lisa, sem sinais que sugerissem infecção aguda ou tonsilite crônica. Havia um tumor lobulado entre a tonsila direita e a úvula que causava edema leve e desvio da úvula para o lado contralateral. Havia

DOI se refere ao artigo: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2017.09.002>

☆ Como citar este artigo: Gan BC, Mohamad I, Lazim NM. A concealed giant peritonsillolith masquerading as oropharyngeal tumor. Braz J Otorhinolaryngol. 2020;86:S72–S74.

* Autor para correspondência.

E-mail: gbchye@gmail.com (B.C. Gan).

A revisão por pares é da responsabilidade da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial.

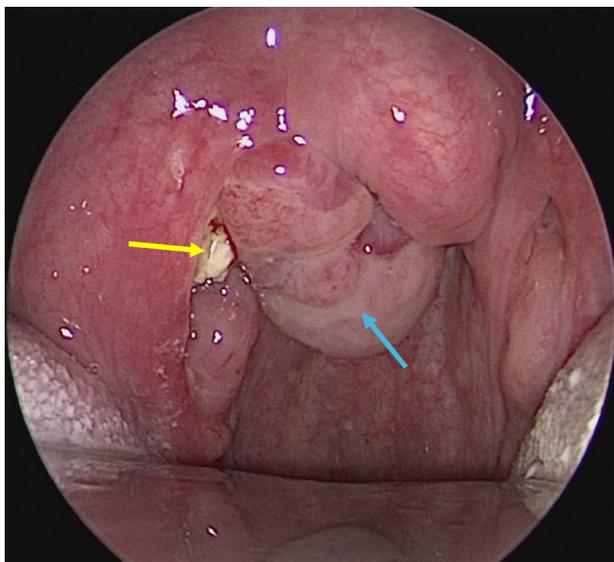


Figura 1 Um tumor lobulado era, na verdade, um enorme peritonsilólito direito encapsulado (seta azul) que se estendia para o espaço peritonsilar direito e um pequeno tonsilólito amarelado (seta amarela) no polo superior da tonsila palatina direita.

também uma área pequena, amarelada, que apresentava descamação no polo superior da amígdala direita (fig. 1). Na palpação, o tumor tinha consistência firme e endurecida e a área amarelada era dura, com rebordos afiados. Não havia linfonodos cervicais palpáveis. Outros exames clínicos não mostraram resultados dignos de nota. Uma biópsia com *punch* da massa orofaríngea foi feita sob anestesia local e o resultado do exame histopatológico (EHP) foi tecido de granulação inflamado. Os resultados do hemograma completo, perfil renal e teste de função hepática estavam dentro do intervalo de normalidade. O paciente foi então agendado para exame sob anestesia, excisão cirúrgica e tonsilectomia diagnóstica.

No intraoperatório, ao dissecarmos o tumor orofaríngeo, encontramos tonsilólito que mede $2,5 \times 2,3$ cm, bem oculta por uma fina camada de tecido mole (fig. 2). O tonsilólito se estendia para cima até o espaço peritonsilar direito. Uma pedra menor que mede $1,0 \times 0,4$ cm foi removida da cripta intratonsilar da tonsila direita. A tonsilectomia foi então feita com a técnica de dissecação a frio, enquanto a hemostasia foi feita com diatermia bipolar. As fossas tonsilares eram normais bilateralmente. O resultado do EHP das tonsilas bilaterais foi hiperplasia linfoide reativa sem evidência de malignidade. O paciente recebeu alta e recuperou-se bem, sem sinais de recorrência.

Discussão

Em comparação com peritonsilólitos, que eram quase desconhecidos até poucas décadas atrás, o tonsilólito já tinha sido relatado em 1560.^{1,3,4} A maioria dos tonsilólitos foi encontrada no tecido tonsilar (69,7%), seguida da fossa tonsilar (21,2%) e, por fim, do palato (9%).² Um dos maiores tonsilólitos já relatados na literatura mede $4,1 \times 2,1$ cm, enquanto o mais pesado tinha 42 g.² No entanto, não há muitos dados



Figura 2 O tonsilólito arredondado maior originou-se no espaço peritonsilar direito, enquanto o oval menor foi encontrado no polo superior da tonsila palatina direita.

para a avaliação do tamanho de peritonsilólitos. O maior peritonsilólito relatado na literatura mede $2,8 \times 2,0$ cm em 2003. Portanto, faz com que este caso seja um dos maiores relatados até o momento.⁴

Cálculos tonsilares contêm, em sua maior parte, sal de cálcio com minerais ocasionais, como fósforo, amônia e magnésio.¹ Essa substância concentrada não é apenas um cálculo, mas um biofilme vivo, pois contém agentes infecciosos, como fungos e bactérias, o que não é surpreendente, pois alguns autores acreditam que o tonsilólito pode ser uma sequele de infecção recorrente ou crônica.^{5,6} Uma pedra grande, no entanto, pode originar-se da calcificação de um abscesso peritonsilar anterior, que pode ser a etiopatogenia do nosso caso, já que esse paciente se lembrou de um episódio de dor de garganta grave anteriormente, sem história de procedimentos como aspiração ou incisão e drenagem.⁷ Outras teorias menos viáveis incluem a estagnação do fluxo de glândulas salivares menores e o possível envolvimento de tecido de tonsilar ectópico, que levaria à formação do cálculo.⁶

Pacientes com tonsilólitos podem apresentar uma miríade de sintomas e, portanto, podem representar uma dificuldade diagnóstica, especialmente nos casos em que os cálculos não são visíveis. Alguns pacientes podem apresentar apenas hipertrofia tonsilar unilateral como principal queixa. Um estudo feito em população pediátrica descobriu que a hipertrofia tonsilar unilateral pode ser apenas uma ilusão devido à diferença de profundidade da fossa tonsilar e pode não indicar malignidade, especialmente na ausência de queixa ou achado de risco, como sintomas constitucionais e linfadenopatia cervical.⁸ No entanto, no grupo de adultos, a lista de diagnósticos diferenciais sempre devem incluir linfomas, carcinomas de células escamosas e doença metastática.⁹

Esse paciente apresentava como queixa principal a hemorragia oral, que é atípica em caso de tonsilólitos. Suspeitamos que o sangramento provavelmente ocorria por

erosão de microvasos sobre a tonsila direita pela pequena pedra e era provavelmente agravada por uma escovação desatenta e traumática dos dentes. O exame de orofaringe, inclusive a palpação intraoral, deve ser cuidadosamente feito, uma vez que os tonsilólitos geralmente são diagnosticados clinicamente, devido à sua consistência rígida. A maioria dos autores concorda que a avaliação radiológica, como a radiografia simples ou a tomografia computadorizada do pescoço, pode não ser necessária, especialmente quando o tonsilólito pode ser facilmente palpável.¹⁰ Às vezes, um tonsilólito pode ser diagnosticado incidentalmente através de uma radiografia lateral do pescoço feita para excluir a impaction de corpo estranho após a ingestão de osso de peixe.¹¹ Em casos com suspeita de tumor, a biópsia de tecido deve ser sempre feita para confirmação e, no nosso caso, foi revelado como tecido de granulação inflamado. Se os resultados revelarem uma lesão maligna tonsilar, uma abordagem terapêutica diferente será considerada. No entanto, devido a uma forte história familiar de lesões malignas, com achado clínico de tumor orofaríngeo unilateral e história de sangramento, o diagnóstico de câncer orofaríngeo deve ser descartado. Portanto, há necessidade de exame sob anestesia, excisão cirúrgica e amigdalectomia diagnóstica.⁹

Conclusão

O manejo de casos de peritonsilólito e tonsilólito é semelhante. Em casos assintomáticos, o paciente pode optar por uma política de espera com observação cuidadosa ou remoção sob anestesia local no ambulatório feita por um otorrinolaringologista. No entanto, um grande tonsilólito pode ser às vezes difícil de diagnosticar, especialmente quando está oculto atrás de tecido tonsilar saudável.

Portanto, sempre que surgir a suspeita de lesão maligna, a excisão cirúrgica e a tonsilectomia diagnóstica devem ser sempre realizadas.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Pruet CW, Duplan DA. Tonsil concretions and tonsilloliths. *Otolaryngol Clin North Am.* 1987;20:305-9.
2. Mesolella M, Cimmino M, Di Martino M, Criscuoli G, Albanese L, Galli V. Tonsillolith. Case report and review of the literature. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2004;24:302-7.
3. Samant HC, Gupta OP. Peritonsillolith. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1975;40:56-60.
4. Jain Anil. Peritonsillolith. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003;55:263-4.
5. Stoodley P, Debeer D, Longwell M, Nistico L, Hall-Stoodley L, Wenig B, et al. Tonsillolith: not just a stone but a living biofilm. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;14:316-21.
6. Jones JW. A tonsillolith. *Br Dent J.* 1996;180:128.
7. Kimura H, Ohashi N, Nakagawa H, Asai M, Koizumi F. Large tonsillolith mimicking peritonsillar abscess: a case report. *Auris Nasus Larynx.* 1993;20:73-8.
8. Harley EH. Asymmetric tonsil size in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002;128:767-9.
9. Cortez EA, Mattox DE, Holt GR, Gates GA. Unilateral tonsillar enlargement. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1979;87:707-16.
10. Kanotra SP, Kanotra S, Paul J. A giant tonsillolith. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008;60:277-80.
11. Chan J, Rashid M, Karagama Y. An unusual case of a tonsillolith. *Case Rep Med.* 2012;2012:587503.