

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

GRAN TONSILOLITO EN AMÍGDALA PALATINA

Por:

Dra. María Elena Castillo Corzo¹, Dra. Juana Lidia Herrera Prieto² y Dr. Ariel Cabrera Pérez³

1. Especialista de II Grado en Otorrinolaringología. Hospital Universitario "Araldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Profesora Auxiliar. ISCM-VC. e-mail: mariaelena1609@yahoo.es
2. Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Hospital Universitario "Araldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. e-mail: juana_lidia@medscape.com
3. Residente de primer año de Otorrinolaringología. Hospital Universitario "Araldo Milián Castro". e-mail: arielcabrera@medscape.com

Descriptor DeCS:
TONSILA/patología

Subject headings:
TONSIL/pathology

Aunque es frecuente encontrar concreciones amigdalinas en la práctica clínica, la aparición de cálculos en la amígdala palatina (tonsilolitos) es un suceso poco habitual; estos se forman a partir del material retenido y del crecimiento de bacterias y hongos en las criptas. En su composición, se encuentran principalmente sales de calcio (hidroxiapatita y apatita de carbonato de calcio); también sales de magnesio, oxalatos y radicales de amonio. Se ha sugerido su origen a partir del caseum de las criptas cuando este contiene hifas del hongo saprofito *Leptothrix buccalis*, o por la saliva retenida en los conductos eferentes de las glándulas salivales accesorias¹. La aparición de cálculos grandes en las amígdalas o en las zonas periamigdalinas son muy poco frecuentes y resultan difíciles de diagnosticar si no dan síntomas evidentes; a veces son descubiertos de forma fortuita en un examen radiológico del área donde están alojados^{2,3}.

Presentación del paciente

Se trata de un paciente de 18 años de edad, quien refería haber tenido amigdalitis a repetición en los últimos años y desde hacía dos meses aproximadamente padecía de una ligera odinofagia y sensación de cuerpo extraño. Desde hacía aproximadamente 15 días presentaba un empeoramiento de esas molestias. Al realizar el examen físico, se palpó una tumoración pétreo bien limitada y levemente dolorosa, que protruía a nivel del paladar blando a la altura del pilar amigdalino anterior izquierdo, el cual aparecía abombado (Fig 1).



Fig 1 Se observa abombamiento del pilar amigdalino.

No se observaban adenopatías palpables. El paciente presentaba cifras normales en los exámenes de sangre. Se procedió a la exéresis quirúrgica mediante amigdalectomía, y se obtuvo un auténtico tonsilolito de 3,2 cm de longitud (Figs 2,3).



Fig 2 Cavidad amigdalina después de operado.



Fig 3 Se observa tonsilolito de 3,2 cm.

El resultado histológico informa que la amígdala izquierda muestra hiperplasia del tejido linfoide revestida por epitelio estratificado escamoso y tejido de granulación, con elementos de consistencia pétreo correspondiente a material calcáreo, lo cual consta en el libro de registro con los números 5017-5018.

Comentario

El hallazgo de grandes masas macroscópicas, como la encontrada en este paciente, no resulta frecuente. Además, parece existir una falta de correlación entre la presencia y el tamaño de los tonsilolitos con las manifestaciones clínicas. Las exploraciones realizadas al paciente fueron poco orientadoras, en lo que se refiere a la presencia de un cálculo. El hallazgo de un crecimiento e inflamación de la amígdala palatina izquierda llevó en un principio a plantear el diagnóstico de neoplasia, que es uno de los diagnósticos diferenciales clásicos a realizar con los tonsilolitos^{4,5}.

Es importante efectuar un correcto diagnóstico diferencial para poder obtener una definición precisa de la enfermedad en el preoperatorio. Aunque en ocasiones se han propuesto múltiples posibilidades, en realidad se debe valorar la existencia de calcificaciones vasculares o flebolitos, nódulos linfáticos calcificados o cuerpos extraños^{6,7}.

El tamaño y la forma del cálculo dificultaron en gran medida su extracción, hasta el punto de que fue necesario abrir la amígdala para, una vez extraído el cálculo, completar su exéresis quirúrgica. Consideramos que se trata de un caso de curiosidad médica, pues tanto el tamaño del tonsilolito como sus características microscópicas orientaron inicialmente el diagnóstico hacia una formación neoplásica.

Referencias bibliográficas

1. Cogolludo FJ, Martín del Guayo G, Tabor AO, Broto JP. Tonsilolito en amígdala palatina. Acta Otorrinolaringol Esp. 2002;53:207-10.
2. Silvestre FJ, Mocholi A, Estelles-FE, Martínez MV. Giant tonsillolith: Report of a case. Cir Bucal. 2005;10:239-42.
3. Neshat K, Penna KJ, Shah DH. Tonsillolith: a case report. J Oral Maxillofac Surg. 2001;59:692-3.
4. Sezer B, Tugsel Z, Bilgen C. An unusual tonsillolith. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2003;95:471-3.
5. Neshat K, Ponna KJ, Shah DH. Tonsillolith: a case report. J Oral Maxillofac Surg. 2001;59:692-3.
6. Sezer B, Tugsel Z, Bilgan C. An unusual tonsillolith. Oral Surg Oral Med Oral Pat Radiol Endod. 2003;94:471-3.
7. Rosember M, Robinson G, Amir E. Cómo combatir el mal aliento. Contemp Pediatr. 2002;19(3):139-54.