

Sífilis primária de tonsila mimetizando linfoma

Primary syphilis of the tonsil mimicking lymphoma

Nédio Steffen¹, Viviane Feller Martha², Aline Silveira Martha³, Juliana Johnson Ferri³

¹ Otorrinolaringologista. Mestre e Doutor em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo. Professor da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

² Otorrinolaringologista. Mestre e Doutor em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Preceptora do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital São Lucas da PUCRS.

³ Acadêmicas da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

RESUMO

Objetivos: descrever um incomum caso de sífilis afetando a tonsila e revisar a literatura sobre o assunto.

Descrição do caso: um homem de 60 anos de idade, branco, apresentava tumefação no lado direito do pescoço e voz hiponasal quatro meses após ter sido submetido à cirurgia para remoção de adenoma na glândula submandibular esquerda. Ao exame físico apresentava linfadenopatia cervical, e uma tomografia computadorizada mostrou massa cervical. Foi realizada punção aspirativa por agulha fina para descartar linfoepitelioma, que não foi conclusiva. Como a tonsila direita era claramente patológica, foi realizada uma tonsilectomia. O diagnóstico de sífilis foi estabelecido com base na análise patológica combinada com resultados dos exames de sangue.

Conclusões: embora grande parte dos cancrois sífilíticos apareça na região genital, eles podem ser vistos em outras partes do corpo. A falta de dor é um ponto chave da sífilis, juntamente com o relato do paciente da sensação de protuberância na garganta. Embora infrequente, a sífilis deve entrar no diagnóstico diferencial da hipertrofia tonsilar unilateral.

DESCRIPTORIOS: SÍFILIS; TONSILA PALATINA; HIPERTROFIA; LINFOMA; ADULTO.

ABSTRACT

Aims: To report an unusual case of syphilis affecting the tonsil and to review the literature on the subject.

Case description: A 60 year-old Caucasian man presented a swelling of the right side of the neck, and hiponasal voice, four months following a surgery to remove an adenoma of the left submandibular gland. The physical examination showed cervical lymphadenopathy, and a computed tomography scan revealed a cervical mass. Fine-needle aspiration failed to rule out lymphoepithelioma. The right tonsil was clearly pathological and an extended right tonsillectomy was undertaken. A diagnosis of syphilis was established based on pathological analysis combined with blood tests results.

Conclusions: While many chancres appear on the genitals, they may be seen anywhere on the body. The hallmark of syphilis is the absence of pain and the patient's feeling of a lump in the throat. Although infrequent, syphilis should enter in the differential diagnosis of unilateral tonsillar hypertrophy.

KEY WORDS: SYPHILIS; PALATINE TONSIL; HYPERTROPHY; LYMPHOMA; ADULT.

INTRODUÇÃO

A hipertrofia de tonsila palatina unilateral é uma ocorrência clínica que desafia o otorrinolaringologista, especialmente em pacientes adultos. A investigação dessa assimetria deve ser fortemente considerada.

Relata-se um caso de hipertrofia e ulceração de tonsila palatina de etiologia incomum, por infecção

sifilítica. A publicação do caso foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

RELATO DO CASO

Um homem de 60 anos de idade, branco, compareceu ao consultório do otorrinolaringologista referindo tumefação na região cervical direita e voz hiponasal, quatro meses após cirurgia de retirada de adenoma pleomórfico da glândula submandibular esquerda. Ao exame físico apresentava linfadenomegalia cervical.

Endereço para correspondência/Corresponding Author:

ALINE SILVEIRA MARTHA
Rua Marquês do Pombal, 1298/401
CEP 90540-000, Moínhos de Vento, Porto Alegre, RS
Telefone: (51) 3337-0111
E-mail: alinesmartha@gmail.com

A tomografia computadorizada de região cervical revelou lesão expansiva envolvendo a base da língua, especialmente à direita, estendendo-se caudalmente com obliteração do sulco glossotonsilar desse lado, bem como com extensão para a tonsila palatina adjacente, medindo 4,5 × 3,4 × 2,7cm, com acometimento da coluna aérea. Os ramos da artéria carótida externa adjacente estavam em contato com a lesão, que apresentava intensa impregnação de contraste. Os linfonodos apresentavam dimensões maiores nos níveis II a V.

Com base na tomografia, havia a suspeição de linfoma. Foi solicitada punção aspirativa por agulha fina, para descartar linfoepitelioma, que revelou numerosos linfócitos, alguns com atipia e mitoses, vários neutrófilos, alguns plasmócitos e histiócitos. Sugeriu-se biópsia para excluir doença linfoproliferativa ou hiperplasia reacional em linfonodo. Em razão desse resultado e visto que a tonsila era claramente patológica, foi indicada tonsilectomia ampliada à direita e solicitados exames laboratoriais.

A peça cirúrgica foi analisada e o resultado do anatomopatológico foi de tonsila palatina com infiltrado plasmocitoide e extensas áreas de ulceração. Foi solicitado também exame imunohistoquímico, cujos resultados, associados aos aspectos histopatológicos da amostra, eram compatíveis com processo linfoide reacional com componente plasmocitário e ausência de neoplasia. A velocidade de hemossedimentação estava aumentada e a sorologia para sífilis era positiva. O paciente foi tratado com penicilina benzatina, com melhora rápida das poliadenopatias. Em consulta dois anos após, encontrava-se assintomático.

DISCUSSÃO

A sífilis, doença sexualmente transmissível, é provocada pelo espiroqueta *Treponema pallidum*. Como é característico dos espiroquetas, a bactéria é móvel e invade facilmente a submucosa através de microrrupturas invisíveis na mucosa. O curso natural da doença é dividido em três estágios: primário, caracterizado por formação de cancro; secundário, relacionado com a disseminação sanguínea da bactéria, com sintomatologia sistêmica, incluindo exantemas; e terciário, que ocorre anos após a infecção, podendo evoluir para neurosífilis, sífilis cardiovascular e gomas (lesões granulomatosas) nos tecidos.¹⁻³

A sífilis pode acometer a tonsila tanto no estágio primário (com a presença do cancro) como no estágio secundário (quando, além da disseminação por contiguidade para os linfonodos cervicais, ocorre a disseminação hematogênica). Nesta última situação o

acometimento da tonsila pode se acompanhar, ou mesmo ser precedido, por outros sintomas clínicos de sífilis, como febre e exantema mucocutâneo generalizado. Juntamente com a hipertrofia de tonsila palatina, há aumento dos linfonodos cervicais, caracterizados por textura firme.⁴

Não são comuns úlceras sífilíticas extragenitais, logo o diagnóstico da manifestação primária sífilítica nas tonsilas é bastante raro. Os lábios são a região mais comum de cancro na cavidade oral, seguidos da língua e região tonsilar. Nesta última apresenta-se com importante edema, vermelhidão e lesão ulcerada ou erodida. Na sífilis primária o acometimento unilateral é a regra, sendo que na literatura é mais comum ser do lado esquerdo,⁵ ao contrário do que ocorreu neste paciente. A falta de dor é um ponto chave da sífilis, juntamente com o relato do paciente da sensação de protuberância na garganta. O diagnóstico é feito, principalmente, através de biópsia e confirmado pela positividade no soro dos testes para sífilis, tanto treponêmicos como não treponêmicos.⁶ Pode ser identificado o espiroqueta na superfície do cancro, por métodos histológicos. As técnicas de biologia molecular também têm sido usadas para detectar *Treponema pallidum*, com boa sensibilidade.⁷

O diagnóstico precoce da sífilis é fundamental para que o tratamento seja feito em tempo de barrar a disseminação da bactéria e impedir as manifestações mais graves da doença. No caso dessa localização inusual, a maioria dos pacientes procura o otorrinolaringologista em decorrência da hipertrofia tonsilar palatina, que é indolor. Relatamos um caso de sífilis primária de tonsila, caracterizado pela presença da lesão ulcerosa. Embora infrequente, a sífilis deve entrar no diagnóstico diferencial da hipertrofia tonsilar palatina unilateral.

REFERÊNCIAS

1. Sato J, Tsubota H, Himi T. Syphilitic cervical lymphadenopathy. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2003;260:283-5.
2. Bruce I, Roper AJ, Gayed SL, et al. Syphilitic cervical lymphadenopathy: return of an old foe. Am J Otolaryngol. 2009;30:347-9.
3. Oddó D, Carrasco G, Capdeville F, et al. Syphilitic tonsillitis presenting as an ulcerated tonsillar tumor with ipsilateral lymphadenopathy. Ann Diagn Pathol. 2007;11:353-7.
4. Crevel R, Grefte JMM, Doorninck D, et al. Syphilis presenting as isolated cervical, lymphadenopathy: two related cases. J Infect. 2009;58:76-8.
5. Fiumara NJ, Berg M. Primary syphilis in the oral cavity. Br J Vener Dis. 1974;50:463-4.
6. Giacinto MM, Sacilotto M, Frattasio A. Bilateral secondary siphilis of the tonsil. J Laryngol Otol. 1999;113:1125-7.
7. Zochling N, Schlupe EM, Soyer HP, et al. Molecular detection of *Treponema pallidum* in secondary and tertiary of syphilis. Br J Dermatol. 1997;136:683-6.