

Amigdalectomía en pacientes con asimetría amigdalina: análisis histopatológico y factores de riesgo de malignidad

Katherine Walker J.⁽¹⁾, Noemí Aguirre R.⁽²⁾, Víctor Molina C.⁽³⁾, Carolina Bustamante Y.⁽⁴⁾

⁽¹⁾*Servicio de Otorrinolaringología, HCUCH.*

⁽²⁾*Estudiante de Medicina, Universidad de Chile.*

⁽³⁾*Programa de Doctorado en Ciencias Médicas con especialidad en Pediatría, U. de Chile.*

⁽⁴⁾*Servicio Otorrinolaringología, Hospital San José.*

SUMMARY

Introduction: Tonsillectomy is the most frequent ENT (ear nose and throat) surgery. An absolute indication is suspicion of a malignant tumor. Therefore the importance of determine whose patients are inherent to that risk. **Objective:** To conduct a histopathological analysis of asymmetrical tonsillar biopsies, correlate clinical suspicion of tumor with biopsy results, and compare patients with exclusive tonsillar asymmetry versus tonsillar asymmetry plus others symptoms or signs suggestive of malignant pathology. **Methods:** Retrospective analysis of tonsillar biopsies processed from patients diagnosed with tonsillar asymmetry at HCUCH (Hospital Clínico Universidad de Chile), February 2003 through June 2006 period. Two groups were selected: Exclusive tonsillar asymmetry (Group A) and asymmetry associated with clinical findings suggestive of malignancy (Group B). **Results:** 2083 Tonsillectomies, from which 135 (6,48%) where sent to biopsy. Of these, 41 (30,3%) had been diagnosed as tonsillar asymmetry (2% from total). 23 female and 18 male, age range: 2- 73 years old, (Average age: 27 years), 9 patients had tonsillar asymmetry associated to a clinical suspicion finding of malignant pathology, while 32 patients had exclusive asymmetry. Group A histopathological analysis informed as Chronic Inflammation in 24 cases (75%), chronic inflammation plus actinomyces presence in 8 cases (25%), no malignant pathology; correlation Obs. Tumor/Real tumor: 4/0 = 0%. Group B histopathological analysis informed as chronic inflammation: 4 (44,4%), chronic Inflammation plus actinomyces presence 2 (22,2%), Squamous papilloma 1 (11,1%), Squamous Carcinoma 1 (11,1%), Lymphoma 1 (11,1%); correlation Obs. Tumor/Real Tumor: 6/3 = 50%. **Discussion:** Tonsillar asymmetry corresponded to 31% of tonsillectomies prescriptions in our center. If tonsillar asymmetry is associated to risk factors or clinical finding suggestive of malignancy, prescription of tonsillectomy is clear, due to a clinical correlation of 50%. Prescription of tonsillectomy in exclusive tonsillar asymmetry is debatable, as the anathomopathological study in all cases.

INTRODUCCIÓN

La amigdalectomía es la cirugía otorrinolaringológica más frecuente, ya sea representada por la adenoamigdalectomía o la amigdalectomía *per se*. Las indicaciones para esta operación están claramente definidas en la literatura, siendo de carácter absolutas (hiperplasia amigdalina, SAHOS (síndrome de apnea obstructiva del sueño), amigdalitis hemorrágica, anomalías del desarrollo dentofacial, sospecha de tumor maligno) y relativas (amigdalitis recurrente - definido con 7 episodios en un año; 5, en 2 años o 3, en 3 años - absceso periamigdalino en su segundo episodio, tonsilolitiasis/halitosis, disfagia, portación de estreptococo, alteración de la voz)⁽¹⁾.

Dentro de las indicaciones absolutas de amigdalectomía, cabe destacar la sospecha de tumor maligno la cual tradicionalmente se plantea frente a aumento de tamaño unilateral y asintomático de la amígdala palatina, indicándose resolución quirúrgica sistemática. Sin embargo, esta recomendación es débil y en la actualidad ha ido perdiendo validez, dado que con mayor frecuencia la asimetría amigdalina exclusiva corresponde a una asimetría aparente especialmente en niños, dado por una variedad de factores anatómicos^(2,3): diferente profundidad de la fosa amigdalina, asimetría en los pilares anteriores (presente en 52% casos), desplazamiento por vecindad (absceso periamigdalino, tumor parafaríngeo). Dentro de las asimetrías amigdalinas reales tenemos: infección amigdalina aguda (viral: CMV, VEB, VRS, myxovirus; bacteriana: streptococo, Vincent, difteria), inflamación crónica, infección crónica (tuberculosis, sífilis, actinomicosis), enfermedades granulomatosas (sarcooidosis), tumores benignos (papiloma). En tanto, los procesos malignos asociados a las amígdalas son raros, siendo en orden de frecuencia el carcinoma escamoso (úlceras amigdalinas) y los linfomas (masa amigdalina submucosa). Por lo anterior, se ha establecido que los pacientes con riesgo de patología

amigdalina maligna son aquéllos que presentan úlcera amigdalina (idealmente evaluado por faringoscopia⁽⁴⁾ o hiperplasia amigdalina unilateral asociada a: odinofagia, disfagia, otalgia refleja; adenopatías cervicales⁽⁴⁾; inmunodeficiencia y síntomas B asociados tales como sudoración nocturna, *peaks* febriles recurrentes, hepatoesplenomegalia⁽⁴⁾. Antecedentes médicos relevantes: antecedentes personales de patología maligna de cabeza y cuello, ausencia de amigdalitis crónica. Otros factores de riesgo discutibles son edad mayor a 45 años, sexo masculino, consumo de tabaco y alcohol; estos actuarían en forma aditiva a índices de sospecha de malignidad descritos tradicionalmente⁽⁶⁾.

OBJETIVOS

Realizar un análisis histopatológico de las biopsias en amígdalas asimétricas, correlacionando la sospecha clínica de tumor con los resultados de la biopsia y comparar pacientes con asimetría amigdalina exclusiva y pacientes con asimetría y otros síntomas o signos sugerentes de patología tumoral.

PACIENTES Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de biopsias de amígdalas solicitadas a pacientes con asimetría en el Hospital Clínico Universidad de Chile. Recolección de datos desde fichas médicas a ficha de protocolo de trabajo, en el que se considera: edad, cirugía realizada, indicación de cirugía, hallazgos quirúrgicos y biopsias durante período febrero 2003 a junio 2006. Se realizó una selección de 2 grupos: grupo A, con asimetría amigdalina aislada; y grupo B, con asimetría asociada a otro hallazgo sugerente de malignidad. El análisis estadístico fue realizado mediante prueba exacta de Fisher.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se realizaron 2.083 amigdalectomías, de las cuales 135 (6,48%)

fueron enviadas a biopsia. 41 de éstas (30,3%) tenían diagnóstico de asimetría amigdalina (2% del total de las amigdalectomías). El grupo estaba formado por 23 mujeres y 18 hombres, con rango de edad que fluctuó entre los 2 y 73 años, con un promedio de edad de 27 años. Cirugías realizadas: 10 fueron adenoamigdalectomías (24%) y 31 fueron amigdalectomías exclusivas (76%), siempre bilaterales.

9 pacientes tenían asimetría y otro índice de sospecha de patología tumoral (6 lesión exofítica asociada, 1 asimetría con disfagia, 1 búsqueda de primario por metástasis cervical de origen desconocido, 1 asimetría con adenopatía cervical), mientras que 32 pacientes tenían solo asimetría (Figura 1 y Tabla 2).

El grupo A (con asimetría exclusiva) tenía indicación de amigdalectomía por las siguientes causas (pudiendo tener más de una): amigdalitis recurrente 18 (56%), SAHOS 13 (40%), obs. tumor 4 (9%), tonsilolitiasis 3 (9%), asimetría exclusiva 2 (6%). El análisis histopatológico de estos pacientes fue informado como inflamación crónica en

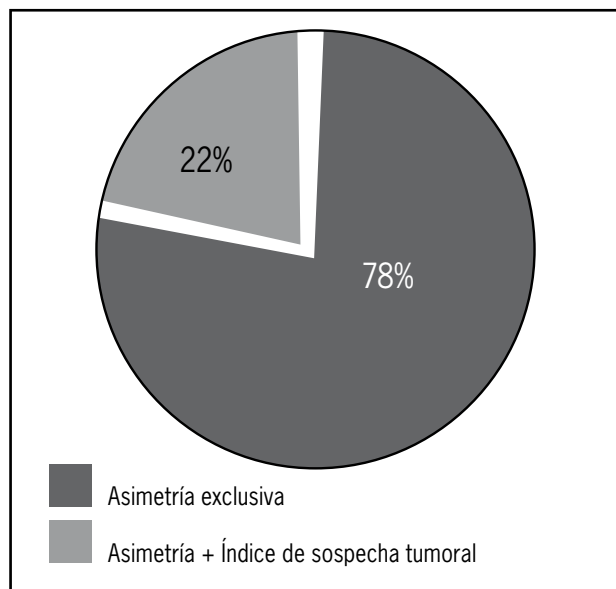


Figura 1. Asimetría exclusiva versus asimetría más factor de riesgo en biopsias de amígdalas asimétricas.

Tabla 2. Características clínicas usadas como índices de malignidad.

Índice de sospecha de malignidad	Total pacientes
Lesión exofítica asociada	6
Asimetría + disfagia	1
Asimetría + adenopatía cervical	1
Metástasis cervical de tumor primario de origen desconocido	1
Total	9

24 (75%), inflamación crónica y presencia de actinomicas en 8 (25%), sin hallazgos de neoplasia maligna en ninguna de las muestras.

El grupo B (asimetría más factor de sospecha) tenía indicación de amigdalectomía por: obs. tumor 6 (67%), SAHOS 2 (22%), asimetría exclusiva 1 (11%). El análisis histopatológico de estos pacientes fue informado como inflamación crónica 4 (44,4%), inflamación crónica más presencia de actinomyces 2 (22,2%), papiloma escamoso 1 (11,1%), carcinoma escamoso 1 (11,1%), linfoma 1 (11,1%). La correlación obs Tu/Tu real fue de 3/6, es decir, 50% de los pacientes y el hallazgo histopatológico de neoplasia benigna o maligna en este grupo seleccionado fue positivo en 3/9 pacientes (33%) (Fisher p value: 0,008, significativo). Ver figuras 2 y 3.

DISCUSIÓN

La asimetría amigdalina correspondió a 31% de las indicaciones de amigdalotomía en nuestro centro. De aquéllas que tienen estudio anatomopatológico, cabe destacar la asociación de *Actinomyces* e inflamación crónica que representan un 25 y 22,2% en asimetría amigdalina con ausencia o presencia de factores de sospecha respectivamente; sin embargo, resultados similares se observan en pacientes tonsilectomizados sin asimetría (27%, no significativo). Si se asocia a factores de riesgo o a signos sugerentes de malignidad, la indicación de amigdalectomía es clara, dada correlación observada

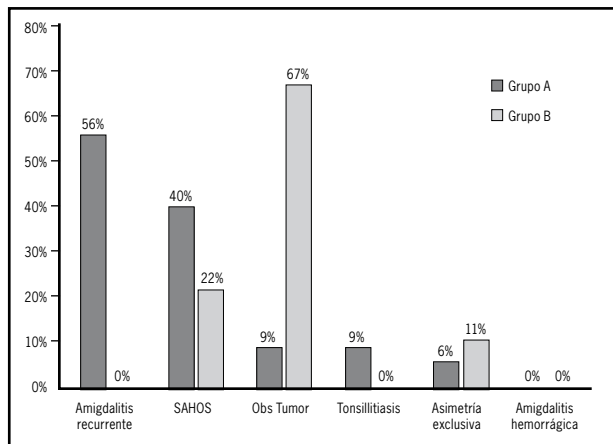


Figura 2. Indicaciones de amigdalectomía en pacientes con biopsia amigdalina, según grupo (A: asimetría exclusiva; B: asimetría con factor de riesgo).

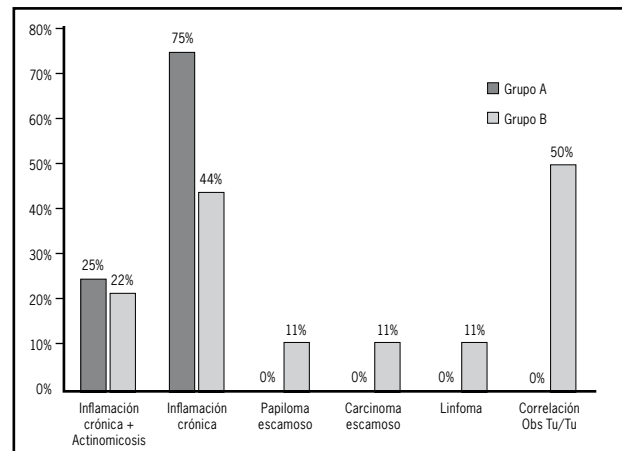


Figura 3. Resultado de estudio anatomopatológico, según asimetría exclusiva versus asimetría + índice de malignidad y correlación.

de 50%, lo cual es concordante con experiencias en otros centros. Sunkaraneni *et al* reportan una correlación de presencia de estos índices de malignidad y patología oncológica en un 45% de los casos. Estudio que contó con 53 pacientes, de los cuales 33 tenían solo asimetría amigdalina y 20, rasgos clínicos asociados (dolor crónico, disfagia, anormalidad en mucosa amigdalina, adenopatías cervicales). En el primer grupo ningún paciente tenía cáncer al igual que en nuestro estudio⁽⁷⁾.

En el estudio enfocado a pacientes pediátricos de Spinou *et al*⁽³⁾ se identificó a 47 niños sometidos a amigdalectomía por asimetría amigdalina, en el análisis histopatológico no se encontraron tumores malignos. Posteriormente en su estudio enfocado a adultos⁽⁵⁾ se analizaron 98 casos de indicación de amigdalectomía por asimetría. Fueron identificados 23 tumores malignos (23%) con un alto grado de sospecha clínica precirugía en 37 casos, los cuales incluyen los 23 tumores malignos (63% de correlación).

Dados nuestros resultados y la revisión de la literatura respecto al tema, consideramos que son discutibles las indicaciones de amigdalectomía y toma de biopsia por asimetría amigdalina exclusiva, ya

que se ha descrito que no tiene ninguna utilidad en casos de sospecha clínica baja para enfermedad maligna y que somete a los pacientes a riesgos quirúrgicos innecesarios, siendo a menudo una falsa asimetría^(3,8). Sin embargo, dentro del contexto de la asimetría amigdalina exclusiva, debemos tener en cuenta dos situaciones clínicas: pacientes mayores de 50 años con asimetría exclusiva sin historia de amigdalitis crónica que pueden presentar patología maligna⁽⁹⁾ y pacientes de edad pediátrica en quienes se sospecha linfoma amigdalino, aun con un índice de sospecha bajo, dado que la mayoría de los pacientes que fueron diagnosticados de esta patología presentaron durante su evolución asimetría amigdalina exclusiva⁽¹⁰⁾. Estos pacientes deberían ser sometidos a un seguimiento más estricto.

CONCLUSIONES

Una valoración clínica adecuada y un periodo de observación inicial podrían ser útiles al momento de tomar conductas en el caso de presencia de asimetría amigdalina sin factores de riesgo, evaluando crecimiento tonsilar rápido y/o aparición de nuevos síntomas y signos^(2,11). Si se asocia a factores de riesgo o a signos sugerentes de malignidad, la indicación de amigdalectomía es clara.

REFERENCIAS

1. Darrow DH, Siemens C. Indications for tonsillectomy and adenoidectomy. *Laryngoscope* 2002;112 (8 Pt 2 Suppl 100):6-10.
2. Harley E. Assimetric tonsil size in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;128:767-9.
3. Spinou E, Kubba H, Konstantinidis I, Johnston A. Tonsillectomy for biopsy in children with unilateral tonsillar enlargement. *Int J Pediatr Otolaryngol* 2002;63:15-7.
4. Tobias S, Palomar V, Borrás M, Pérez I, Ruiz G, Palomar VG. Significación clínica de la asimetría amigdalina. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2009;60:194-8.
5. Spinou C, Kubba H, Konstantinidis I, Johnston A. Role of tonsillectomy in histology for adults with unilateral tonsillar enlargement. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2005;43:144-7.
6. Beaty MM, Funk GF, Karnell LH, Graham SM, McCulloch TM, Hoffman HT *et al.* Risk factors for malignancy in adult tonsils. *Head Neck* 1998;20:399-403.
7. Sunkaraneni VS, Jones SE, Prasai A, Fish BM. Is unilateral tonsillar enlargement alone an indication for tonsillectomy? *J Laryngol Otol* 2006;120:E21.
8. Cinar, F. Significance of asymptomatic tonsil asymmetry. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;131:101-3.
9. Oluwasanm F, Wood S, Baldwin DL, Sipaul F. Malignancy in asymmetrical but otherwise normal palatine tonsils. *Ear Nose Throat J* 2006;85:661-3.
10. Dolev Y, Daniel SJ. The presence of unilateral tonsillar enlargement in patients diagnosed with palatine tonsil lymphoma: experience at a tertiary care pediatric hospital. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2008;72:9-12.
11. Van Lierop AC, Prescott CJA, Fagan JJ, Sinclair-Smith CC. Is diagnostic tonsillectomy indicated in all children with asymmetrically enlarged tonsils? *S Afr Med J* 2007;97:367-70.

CORRESPONDENCIA

Dra. Katherine Walker Jara
Departamento de Otorrinolaringología
Hospital Clínico Universidad de Chile
Santos Dumont 999, Independencia, Santiago
Fono: 978 8153
Mail: kwalkerj007@gmail.com

