

Investigación científica y artículos originales



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Investigación científica y artículos originales

Factores de malignidad en pacientes con asimetría amigdalina Malignancy factors in patients with tonsillar asymmetry

Lisney María Valdelamar Peley^{1*}, Alexis Delmoral^{**}, Luis Romero^{***}, Maria Delmoral^{*}, Daviel Vilchez^{****}

1 Médico Cirujano. Especialista Otorrinolaringólogo. Médico Adjunto. Hospital Militar de Maracaibo "TCNEL Francisco Valbuena". Centro de Otorrinolaringología de Maracaibo.

* Otorrinolaringólogo. Adjunto Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Militar de Maracaibo "TCNEL. Francisco Valbuena".

** Otorrinolaringólogo. Adjunto-Jefe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Militar de Maracaibo "TCNEL. Francisco Valbuena".

*** Adjunto del Servicio de Otorrinolaringología Hospital Manuel Noriega Trigo. Coordinador de Postgrado de Otorrinolaringología del Hospital Militar de Maracaibo "TCNEL. Francisco Valbuena".

**** Residente del tercer año de Postgrado de Otorrinolaringología.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 25 de octubre de 2014

Revisado: 20 de noviembre de 2014

Aceptado: 16 de diciembre de 2014

Palabras clave:

Tonsila Palatina, Neoplasias
Tonsilares, Carcinoma de células
escamosas, Linfoma no Hodgkin.

RESUMEN

Introducción: El crecimiento unilateral de una de las amígdalas palatinas o asimetría amigdalina se asocia de manera generalizada con malignidad y es objeto de amigdalectomías sistematizadas. Existen ciertas características clínicas que aumentan el grado de sospecha de malignidad. **Objetivo:** Determinar los indicadores de malignidad en pacientes con asimetría amigdalina de la consulta otorrinolaringológica del Hospital Militar de Maracaibo y del Hospital Manuel Noriega Trigo entre enero de 2012 a enero de 2013. **Diseño:** Estudio de corte transversal. **Materiales y Métodos:** Se evaluaron 587 pacientes que acudieron a la consulta otorrinolaringológica; 74 casos correspondieron a asimetría amigdalina (12,6%), teniendo en cuenta edad, sexo, antecedentes, síntomas, hallazgos físicos y resultado anatomopatológico, en el período comprendido entre enero de 2012 a enero de 2013. El análisis estadístico

Correspondencia:

Hospital Militar de Maracaibo: Av. Fuerzas Armadas Prolongación
Delicias Norte. Ciudad Maracaibo. Estado Zulia. Venezuela.
Código Postal 4002

Centro de Orl de Maracaibo: Calle 72 con Avenida 18. Sector Paraíso
Ciudad Maracaibo. Estado Zulia. Venezuela. Código Postal 4004

Teléfonos: Oficina (0058) 261751768; Móvil (0058)4120649666;

Correo electrónico No. 1: lisneyvdp@gmail.com

Correo electrónico No. 2: lisneyvp@hotmail.com

incluyo la construcción de un modelo de regresión logística. *Resultados:* Los resultados histopatológicos de los casos con asimetría amigdalina fueron: 63 (85%) patología benigna y 11 (15%) neoplasia. La patología maligna estuvo representada por carcinoma epidermoide y linfoma no Hodgkin. Los factores que mostraron relación con malignidad fueron: edad >40 años, hábito tabáquico, pérdida de peso, adenopatías cervicales y hallazgos sospechosos de las tonsilas palatinas. *Conclusiones:* La indicación de amigdalectomía en pacientes con crecimiento amigdalino unilateral, debe ser clara y fundamentarse en la valoración clínica exhaustiva, basada en la identificación de factores indicadores de malignidad en ésta entidad. Se puede plantear la posibilidad de llevar a cabo un control y seguimiento estricto en los casos de asimetría amigdalina sin evidencia de factores de riesgo.

ABSTRACT

Key words:

Palatine Tonsil; Tonsillar Neoplasms; Carcinoma, Squamous cell; Lymphoma, Non-Hodgkin.

Introduction: The unilateral growth of the tonsils or tonsillar asymmetry is widely associated with malignancy and is the subject of tonsillectomies systematized. There are certain clinical features that increase the level of suspicion for malignancy. *Objective:* To determine the indicators of malignancy in patients with tonsillar asymmetry of otolaryngology consultation from Military Hospital of Maracaibo and Manuel Noriega Trigo Hospital during January 2012 to January 2013. *Design:* Cross-sectional study. *Materials and Methods:* 587 patients attending the otolaryngology consultation were evaluated; 74 cases were tonsillar asymmetry (12.6%), taking into account age, sex, history, symptoms, physical findings, histopathology, during the period from January 2012 to January 2013. The statistical analysis included the construction of logistic regression model. *Results:* Histopathological findings of cases with tonsillar asymmetry were: 63 (85%) benign and 11 (15%) neoplastic disease. The malignancy was represented by squamous cell carcinoma and non-Hodgkin lymphoma. Factors related to malignancy showed were: age > 40 years, smoking, weight loss, cervical lymphadenopathy and suspicious findings of the palatine tonsils. *Conclusions:* The indication for tonsillectomy in patients with unilateral tonsillar growth should be clear and substantiated by thorough clinical assessment, based on the identification of indicators of malignancy factors in this entity. It may be the possibility of carrying out strict control and monitoring in cases of tonsillar asymmetry without evidence of risk factors.

Introducción

La amigdalectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más antiguo y practicado en otorrinolaringología. Las indicaciones de ésta intervención están claramente definidas en la literatura, siendo de carácter absoluto la evidencia clínica de obstrucción grave de la vía aérea o Síndrome de Apnea Obstruktiva del Sueño (SAOS), amigdalitis hemorrágica, anomalías en el desarrollo dentofacial y sospecha de tumor maligno. Dentro de los criterios relativos se incluyen los episodios de amigdalitis recurrentes documentados (7 episodios en 1 año, 5 en 2 años, 3 en 3 años) absceso periamigdalino, tonsilolitiasis, títulos elevados de Antiestreptolisina O (ASLO) y afectaciones locorregionales entre otras. (1-3)

Dentro de las indicaciones absolutas de amigdalectomía, resalta la sospecha de tumor maligno, la cual tradicional-

mente se manifiesta con aumento de tamaño unilateral y asintomático de la amígdala palatina, indicándose de manera sistemática su resolución quirúrgica mediante amigdalectomía. Sin embargo ésta recomendación ha sido objeto de discusión en la actualidad, debido a que con mayor frecuencia la asimetría tonsilar corresponde a un proceso benigno (infeccioso-inflamatorio) o a diversos factores anatómicos de la región. El aumento amigdalino unilateral es visto en la práctica diaria, surgiendo controversias si representa o no un proceso neoplásico subyacente.

La modalidad terapéutica ante la Asimetría Amigdalina (AA) va desde el control y seguimiento médico hasta la intervención quirúrgica que consiste en amigdalectomía para la toma de biopsia. La cirugía tiene un papel central en el manejo del cáncer de amígdala ya que a menudo es la terapia más eficaz en el logro de la curación, siendo lo único necesario para un buen resultado y pronóstico.

Existen ciertas características clínicas que aumentan el grado de sospecha de malignidad al respecto. Sin embargo la dificultad aparece cuando sólo existe aumento tonsilar unilateral sin otros hallazgos en el examen clínico, emergiendo la interrogante sobre someter o no a éstos pacientes a una cirugía con los riesgos inherentes del procedimiento y la anestesia general.

En este sentido, ésta investigación pretende asociar los datos clínicos y exploratorios del paciente que consulta por asimetría amigdalina y correlacionarlos con los hallazgos histológicos para de ésta manera identificar los factores de malignidad que permitan mejorar la calidad y velocidad de respuesta diagnóstica y terapéutica en estos pacientes.

Materiales y métodos

Se trata de una investigación descriptiva, no experimental, de corte transversal, desarrollada con los pacientes que acudieron a la consulta externa del servicio de otorrinolaringología del Hospital Militar "TCNEL Francisco Valbuena", en la ciudad de Maracaibo y del Hospital IVSS Manuel Noriega Trigo de la ciudad de San Francisco del Estado Zulia, Venezuela durante el período comprendido entre enero de 2012 a enero de 2013.

La recaudación de datos se llevó a cabo a través de un instrumento de recolección diseñado y elaborado por el autor para los datos pertinentes de la investigación. (Anexo 1) Durante la consulta otorrinolaringológica se registraron datos como la edad, sexo y motivo de consulta (disfagia, odinofagia, otalgia, pérdida de peso y ronquidos durante el sueño) y su tiempo de evolución. En ésta misma entrevista se tomaron en cuenta antecedentes personales como el hábito tabáquico; ingesta de alcohol, adenoamigdalitis crónica y amigdalitis crónica.

Para realizar el diagnóstico de asimetría tonsilar se consideró el hallazgo del examen físico mediante faringoscopia directa con lámpara frontal y depresor lingual, donde existiera al menos un grado de crecimiento desigual en una de las amígdalas palatinas con respecto a la contralateral, registrando el lado predominante. Así mismo se tomaron en cuenta aspectos físicos como la coloración tonsilar o alteraciones en la pigmentación; presencia de ulceración, exudado, friabilidad, criptas, y mediante la palpación digital de la fosa amigdalina la existencia de induración. En todos los pacientes con asimetría tonsilar se practicó

palpación de cuello, registrando la existencia o no de adenomegalia cervical.

Considerando la asimetría amigdalina una indicación quirúrgica, los pacientes fueron intervenidos bajo anestesia general balanceada practicándose Amigdalectomía o Adenoamigdalectomía según el caso, extracapsular, bilateral, con electrocauterio monopolar siguiendo los principios de la Técnica de Portman (4) posterior a la cual ambas tonsilas palatinas debidamente identificadas fueron enviadas en formaldehído al servicio de anatomía patológica de la institución hospitalaria para su estudio histológico y posterior revisión en la consulta postoperatoria.

Las variables estudiadas se emplearon para la construcción de una base de datos y fueron analizadas mediante estadísticos descriptivos, tablas de contingencias (chi cuadrado y Odds Ratio) y se elaboró un modelo de regresión logística con los factores de malignidad relacionados con la asimetría amigdalina. Todos los procedimientos estadísticos fueron realizados con el programas SPSS versión 18 para Windows 7, considerando un valor significativo $p < 0.05$.

Resultados

De un total de 587 pacientes que acudieron a la consulta externa del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Militar de Maracaibo "TCNEL. Francisco Valbuena" y Hospital IVSS Manuel Noriega Trigo de la ciudad de San Francisco en el lapso comprendido entre enero de 2012 y enero 2013, fueron 74 casos los correspondientes a pacientes con asimetría amigdalina, muestra que representa un 12,6% de la población del estudio. La muestra de la investigación correspondió a pacientes en edad comprendida entre los 5 y 59 años (media 22,4) en la cual a pesar de ser en su mayoría pacientes jóvenes, los casos de neoplasia predominaron en pacientes mayores de 40 años (Tabla 1).

En cuanto al género de los pacientes con asimetría tonsilar la proporción fue equitativa, fueron 37 mujeres y el mismo número de hombres. Al analizar la distribución de los casos según el género y el diagnóstico histopatológico puede evidenciarse que 6 mujeres (54,54%) resultaron positivas para neoplasia: 5 casos carcinoma epidermoide y 1 linfoma No Hodgkin. En tanto en los hombres se reportaron 5 casos de neoplasia: 1 carcinoma epidermoide y 4 casos de linfoma No Hodgkin (80%) (Tabla 2).

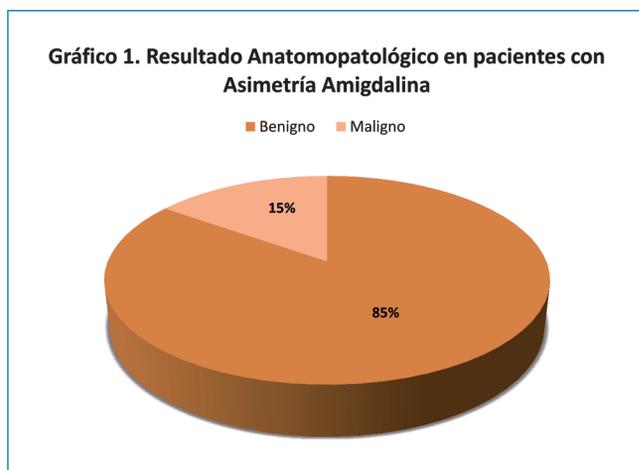
SEXO	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO		CARCINOMA	LINFOMA
	Benigno	Maligno	Epidermoide	No Hodgkin
Femenino	31	6	5	1
Masculino	32	5	1	4
Total	63 (83,12%)	11 (14,90%)	6	5

Tabla 2. Edad, sexo y diagnóstico anatomopatológico en pacientes con asimetría amigdalina

		DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLÓGICO						
		Benigno		Maligno		Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		
		Recuento	%	Recuento	%	Chi cuadrado	gl	Sig.
Edad	<40 años	54	85,70%	4	36,40%	13,459	1	0,000
	40 años o mas	9	14,30%	7	63,60%			
Sexo	Femenino	31	49,20%	6	54,50%	0,107	1	0,744
	Masculino	32	50,80%	5	45,50%			

F: Valdelamar (2014)

El análisis anatomopatológico de las piezas obtenidas tras la intervención quirúrgica mostró que 63 de los casos de asimetría amigdalina (85,12%) son atribuibles a patología benigna representada en su totalidad por hiperplasia folicular linfoide; así mismo éste resultado estuvo acompañado de otros diagnósticos histológicos benignos como: 59 casos de hipertrofia amigdalina (79,7%), 11 casos de displasia (19,9%), 3 papilomas (4,1%) y 2 abscesos intracriptomáticos (2,7%). En éste mismo sentido en 11 pacientes (14,9%) con asimetría tonsilar el resultado fue positivo para neoplasia: 6 casos de carcinoma epidermoide (8,1%) y 5 linfomas No Hodgking (6,8%). (Gráfico 1)



Fuente: Valdelamar (2014)

Por otro lado, de los datos obtenidos en la anamnesis sobre los antecedentes personales en pacientes con crecimiento amigdalino unilateral y diagnóstico de neoplasia destacan la presencia de hábito tabáquico e ingesta de alcohol en 7 casos (63,63%) respectivamente, porcentaje estadísticamente significativo ($p < 0,001$). Otras variables estudiadas como adenoamigdalitis y amigdalitis crónica no se relacionaron significativamente con el desarrollo de neoplasia (Tabla 3).

En cuanto a la sintomatología clínica la sospecha de malignidad fue relevante en los pacientes con asimetría amigdalina que refirieron: pérdida de peso 7 casos (63,63%) y otalgia refleja 5 (45,45%), proporciones que tras su análisis resultaron estadísticamente significativas ($p < 0,001$); ambos síntomas descritos con un tiempo de evolución comprendido entre 6 y 12 meses. Otros síntomas como odinofagia y disfagia fueron manifestados tanto por pacientes con patología benigna como por aquellos que presentaron neoplasia tonsilar sin que existiera diferencias estadísticamente significativas entre éstos. Ninguno de los pacientes con cáncer refirió ronquidos durante el sueño (Tabla 4).

Respecto a los signos de la exploración física, se aprecia que todos los pacientes (100%) con crecimiento amigdalino y enfermedad neoplásica concomitante presentaron adenopatías laterocervicales ipsilaterales siendo éstas únicas en 7 casos (63,63%) y múltiples en 4 pacientes (36,4%) resultado éste hallazgo estadísticamente significativo ($p < 0,001$). En éste mismo sentido la exploración faringoscópica de éstos pacientes mostró datos sospechosos de malignidad estadísticamente significativos como cambios en la coloración de la mucosa amigdalina 7 (63,63%), presencia de ulceración 5 (45,45%), friabilidad 3 (27,27%) e induración 7 (63,63%). La presencia de exudado y múltiples criptas fue característica en pacientes con patología benigna (Tabla 5).

Para la construcción del modelo de regresión logística, luego de realizar el análisis estadístico, se emplearon las variables que mostraron mayor significancia estadística ($p < 0,001$) y valores de chi cuadrado en las tablas de contingencia. En la regresión se muestra los OR (odds ratio) o riesgo de ocurrencia de cada una de las variables, OR ajustado obtenido luego de realizar el análisis multivariante y el nivel de significancia. De ésta manera las variables que resultaron factores predictores de malignidad en pacientes con asimetría amigdalina fueron: edad mayor de 40 años (OR=23,41), hábito tabáquico (OR=1,53), pérdida de peso (125,99) y la presencia de adenopatías cervicales (OR=54,156) (Tabla 6).

Tabla 3. Antecedentes personales y diagnóstico anatomopatológico en pacientes con asimetría amigdalina

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLÓGICO								
ANTECEDENTE PERSONAL		Benigno		Maligno		Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		
		Recuento	%	Recuento	%	Chi cuadrado	gl	Sig.
Tabaquismo	No	44	69,84%	4	36,36%	4,605	1	0,003
	Si	19	30,16%	7	63,64%			
Alcohol	No	49	77,78%	4	36,36%	7,903	1	0,005
	Si	14	22,22%	7	63,64%			
Adenoamigdalitis Crónica	No	40	63,49%	11	100,00%	5,827	1	0,016
	Si	23	36,51%	0	0,00%			
Amigdalitis Crónica	No	28	44,44%	7	63,64%	1,384	1	0,239
	Si	35	55,56%	4	36,36%			

F: Valdelamar (2014)

Tabla 4. Síntomas y diagnóstico anatomopatológico en pacientes con asimetría amigdalina

DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO								
SÍNTOMAS		Benigno		Maligno		Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		
		Recuento	%	Recuento	%	Chi cuadrado	gl	Sig.
Odinofagia	No	7	11,10%	2	18,20%	0,438	1	0,508
	Sí	56	88,90%	9	81,80%			
Disfagia	No	42	66,70%	7	63,60%	0,038	1	0,845
	Sí	21	33,30%	4	36,40%			
Pérdida de Peso	No	60	95,20%	4	36,40%	27,774	1	0,000
	Sí	3	4,80%	7	63,60%			
Otalgia	No	55	87,30%	6	54,50%	6,939	1	0,008
	Sí	8	12,70%	5	45,50%			
Ronquidos sueño	No	36	57,10%	11	100,00%	7,422	1	0,006
	Sí	27	42,90%	0	0,00%			

F: Valdelamar (2014)

Tabla 5. Signos y resultados anatomopatológicos en pacientes con asimetría amigdalina

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLÓGICO								
SIGNOS CLÍNICOS		Benigno		Maligno		Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		
		Recuento	%	Recuento	%	Chi cuadrado	gl	Sig.
Coloración Tonsilar	Normal	50	79,40%	4	36,36%	6,946	1	0,008
	Anormal	13	20,60%	7	63,63%			
Ulceración	No	62	98,40%	6	45,45%	13,452	1	0,000
	Si	1	1,60%	5	54,54%			
Presencia de Exudado	No	52	82,50%	10	100,00%	2,056	1	0,152
	Si	11	17,50%	0	0,00%			
Friable	No	60	95,20%	8	72,73%	3,141	1	0,076
	Si	3	4,80%	3	27,27%			
Induración	No	52	82,50%	4	36,36%	8,742	1	0,003
	Si	11	17,50%	7	63,63%			
Presencia de Criptas	No	42	66,70%	8	80,00%	0,711	1	0,399
	Si	21	33,30%	2	20,00%			
Hipertrofia Tonsilar	Izquierda	40	63,50%	10	90,90%	3,212	1	0,073
	Derecha	23	36,50%	1	9,10%			
Adenopatía Cervical	No	61	96,80%	0	0,00%	60,628	1	0,000
	Si	2	3,20%	11	100,00%			

F: Valdelamar (2014)

Tabla 6. Modelo de regresión logística para malignidad en asimetría amigdalina

Variables	Odds Ratio crudo	p ^b	Odds Ratio ajustado ^c	p ^b
	(IC 95% ^a)		(IC 95% ^a)	
Edad				
< 40 años	1	-	1	-
40 años o más	15,40 (3,30 - 71,67)	<0,001	23,41 (1,06 - 519,43)	0,046 ^d
Pérdida de Peso				
Ausente	1	-	1	-
Presente	81,00 (8,17 - 863,66)	0,071	125,99 (5,27 - 3011,26)	0,003 ^d
Tabaquismo				
Niega	1	-	1	-
Refiere	10,50 (2,42 - 45,48)	0,002	1,53 (0,13 - 17,93)	0,733
Adenopatías Cervicales				
Ausente	1	-	1	-
Presente	87,00 (8,17 - 863,66)	0,061	54,156 (5,27 - 3011,26)	0,007 ^d

F: Valdelamar (2014)

a Intervalo de Confianza (95%); b Nivel de significancia; c Ajuste por: Edad, Pérdida de peso, Tabaquismo, Adenopatía Cervicales
 d Significancia Estadística ($p < 0,05$).

Discusión

Los resultados histopatológicos del estudio concuerdan con los publicados en trabajos de investigación preliminares, donde la asimetría amigdalina es una situación clínica que si bien puede encubrir una enfermedad maligna subyacente, la mayoría de los pacientes que la presentan (80-85%) no tienen afección neoplásica (5-8). Dentro de los resultados de patología benigna se evidencia un amplio espectro de entidades clínicas que incluyen papiloma, absceso intracriptico y displasia, ésta última considerada un cambio histológico premaligno no reportada con frecuencia en trabajos de investigación.

La proporción de pacientes con neoplasia es similar a la bibliografía revisada, donde oscila entre el 14 a 20 % en pacientes con asimetría amigdalina (9); sin embargo en nuestra serie de casos no existe predominio significativo del carcinoma epidermoide sobre linfoma no Hodgkin, en contraposición a lo publicado por algunos autores, en especial por González y cols. en su estudio sobre tumores amigdalinos, donde el carcinoma epidermoide ocupó el primer lugar dentro de las lesiones malignas con un 31,6% seguido por los casos de linfoma que representaron el 10,5%. Ésta diferencia de resultados en las entidades neoplásicas de nuestro estudio de investigación podrían atribuirse a la diversidad de procedencia de los pacientes que conforman la muestra estudiada.

Al estudiar los factores de sospecha de malignidad se evidencia que la muestra de la investigación correspondió a pacientes en edad comprendida entre los 5 y 59 años (media 22,4) en la cual a pesar de ser en su mayoría pacientes jóvenes, los casos de neoplasia predominaron en pacientes mayores de 40 años. (Tabla 1)

Los resultados anteriores coinciden con los encontrados en la bibliografía revisada, resaltando el trabajo realizado por Oluwasanmi y cols. (10) quien observó mayor incidencia de enfermedad maligna en pacientes con asimetría amigdalina mayores de 40 años, sin otras alteraciones físicas, factores de malignidad ni historia previa de amigdalitis crónica, recomendando de manera sistemática la realización de amigdalectomía en éstos casos.

Sin embargo Gómez resalta la importancia de estudiar de forma exhaustiva a todos los pacientes con asimetría amigdalina, independientemente de la edad en la que ésta aparezca o sea diagnosticada, ya que en su estudio, reportaron igual número de casos en mayores de 45 años que en menores de esa edad.

Spinou y cols. (11) analizaron a 47 niños menores de 16 años, con indicación de amigdalectomía por presentar asimetría amigdalina, sin encontrar proceso maligno, así mismo observaron que no hay diferencia de tamaño en las amígdalas extirpadas y enviadas a biopsia en 36% de los casos, coincidiendo con los resultados de Harley (12) donde se evidenció que la asimetría tonsilar presente en los niños estudiados era un hallazgo más aparente que real, pues no resultó estadísticamente significativa, luego de las mediciones tridimensionales, atribuyendo éste hallazgo a la profundidad de las fosas tonsilares sin identificación de neoplasias malignas, sugiriendo un tiempo de observación prudente en estos pacientes, por lo infrecuente de la enfermedad

maligna en una tonsila palatina aislada tomando en cuenta la relación costo/beneficio de la intervención quirúrgica.

En cuanto al género de los pacientes con asimetría tonsilar no existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos y el riesgo de malignidad, en contraste a lo documentado en otros trabajos, en especial el realizado por Ballin y cols (13) en el cual tras un período de observación de 10 años, confirmaron mayor incidencia de patología maligna en pacientes del sexo masculino en edades comprendidas entre 40 a 53 años con crecimiento unilateral tonsilar, hallazgos y otros síntomas clínicos sospechosos. De igual forma, Sumitha (14) en su estudio de investigación reportaron mayor incidencia de crecimiento unilateral tonsilar y linfoma no Hodgkin en hombres en un porcentaje 77,7%, siendo el género un factor predictor de malignidad considerado en dicha investigación.

Al analizar los hallazgos en nuestro estudio con respecto a los factores de riesgo, los resultados de nuestra investigación coinciden con la bibliografía revisada en especial con el estudio realizado por Beaty y cols. (15) donde estudia los factores de riesgo vinculados con el cáncer amigdalino en pacientes adultos, encontrando relación estadísticamente significativa entre neoplasia y exposición a tóxicos como alcohol y tabaco.

En cuanto a la sintomatología clínica la sospecha de malignidad fue relevante en los pacientes con asimetría amigdalina que refirieron pérdida de peso y otalgia refleja, en nuestra investigación, el porcentaje de casos de neoplasia tonsilar con pérdida de peso compaginan con los descritos por Cinar (16) quienes resaltan en su trabajo de investigación la importancia de sospechar enfermedad neoplásica ante un paciente con amígdalas asimétricas, en especial cuando coexisten una serie de factores dentro de los que se incluyen síntomas como pérdida de peso, fiebre, sudoración nocturna y disfagia unilateral así como antecedentes personales del paciente como inmunosupresión o enfermedades malignas.

La pérdida de peso referida por los pacientes con asimetría tonsilar y cáncer en nuestro estudio, puede considerarse como una manifestación sistémica del proceso neoplásico asociado al tiempo de evolución y la limitación mecánica que supone la tumoración tonsilar en orofaringe que no sólo causa obstrucción sino dificultad y dolor para la deglución. En éste mismo orden de ideas, si bien la otalgia refleja ipsilateral no ha sido reportada en muchos estudios de investigación, puede ser considerada no sólo como un indicador de malignidad sino de extensión tumoral, debido a las relaciones anatómicas que guarda la fosa tonsilar con la pared lateral de la orofaringe; paladar e indirectamente con nasofaringe, donde la infiltración neoplásica aunque es excepcional no debe descartarse.

Respecto a los signos de la exploración física, se aprecia que todos los pacientes con crecimiento amigdalino y enfermedad neoplásica concomitante presentaron adenopatías laterocervicales ipsilaterales, el porcentaje de adenomegalias cervicales en los pacientes con asimetría tonsilar y cáncer en nuestro trabajo fue del 100%, proporción mayor a la publicada en la bibliografía revisada, resultando evidente la relación entre éstas dos variables, lo cual puede atribuirse a la rica red

de drenaje linfático que poseen las amígdalas palatinas, el cual tiene a su cargo las metástasis de algunos carcinomas de ganglios linfáticos cervicales cuando el carcinoma primario es todavía muy pequeño o incluso está oculto, especialmente cuando se trata de neoplasia de estirpe histológica linfoide como el Linfoma No Hodgkin (17). En la investigación las adenopatías cervicales estuvieron presentes tanto en los casos de linfoma como en los correspondientes a carcinoma epidermoide por lo que coincidimos con los trabajos precedentes sobre la relevancia de considerar éste hallazgo del examen físico un indicador de malignidad.

En la investigación sobre los hallazgos de la faringoscopia en pacientes con asimetría amigdalina y cáncer coinciden con los obtenidos en el estudio realizado Sunkaraneni y cols. en el cual 45% de los pacientes con cáncer tonsilar además de crecimiento amigdalino unilateral presentaban características clínicas sospechosas de malignidad dentro de las que se incluían alteraciones en la mucosa amigdalina, ulceración, induración y adenopatías cervicales. En éste mismo orden de ideas, existe correlación clínica sobre la presencia de ulceración, friabilidad y necrosis tonsilar con el diagnóstico histopatológico de carcinoma epidermoide, así como induración de la amígdala palatina y la infiltración neoplásica del linfoma.

En cuanto a los resultados obtenidos sobre la amígdala palatina con crecimiento predominante y la existencia de neoplasia subyacente, en 10 casos (90,9%) se trató de la amígdala izquierda y 1 caso correspondió a la tonsila derecha (9,1%), no existen estudios que reporten éste tipo de hallazgo, así como hasta ahora no hay sustentación bibliográfica que explique la relación entre ésta condición anatómica con el desarrollo de neoplasia.

Hasta la fecha no existe trabajo de investigación sobre asimetría amigdalina en el cual a través de un modelo de regresión logística sea posible realizar el análisis de los indicadores de riesgo y su interacción conjunta en el desarrollo del cáncer tonsilar. Dentro de los estudios similares al nuestro, destaca el de Gómez y cols. (9) en el cual observaron que el factor de riesgo más relacionado con enfermedad neoplásica fue el aspecto tonsilar sospechoso (OR=46), seguido de adenopatías palpables a la exploración clínica (OR=15), sin embargo los autores no realizaron un análisis multivariante de las variables estudiadas.

Conclusiones

La asimetría de amígdalas palatina constituye una entidad clínica a tomar en cuenta en la consulta otorrinolaringológica, debido a la posibilidad de que exista patología neoplásica subyacente. Ante la sospecha de malignidad, la asimetría amigdalina constituye una indicación absoluta para la realización de amigdalectomía, sin embargo esto no debe ser un criterio para su ejecución sistemática e irracional, en ausencia del estudio integral y metódico del paciente que la padece en busca de los factores de malignidad vinculados con cáncer.

El crecimiento amigdalino unilateral en pacientes mayores de 40 años, con independencia del sexo, y poseer antecedentes

como hábito tabáquico e ingesta de alcohol constituyen factores de riesgo relacionados con patología maligna.

Los síntomas como pérdida de peso y otalgia refleja así como una historia evolutiva de los mismos en un lapso de tiempo no mayor a 12 meses, están altamente relacionados con malignidad en el contexto clínico de la asimetría amigdalina.

Durante el examen físico de pacientes con asimetría amigdalina son hallazgos sospechosos de malignidad: alteraciones de coloración en la superficie tonsilar, aspecto ulcerativo, friabilidad e induración tonsilar, así como la presencia de adenomegalias cervicales palpables.

Al realizar el estudio histopatológico de las piezas anatómicas procedentes de pacientes con asimetría amigdalina, se evidencia que la mayoría (85%) de los casos se trata de entidades clínicas benignas, dentro de las que se describe: hiperplasia folicular linfoide, hipertrofia amigdalina, papiloma, quiste intracríptico y displasia. En tanto la patología neoplásica constituyó el 15% de los diagnósticos anatomopatológicos, representada por carcinoma epidermoide y el linfoma no Hodgkin.

Se recomienda que la indicación de amigdalectomía en pacientes con asimetría amigdalina, debe ser clara y fundamentarse en la valoración clínica exhaustiva, basada en la recopilación de datos como edad, sexo, antecedentes personales, sintomatología y hallazgos del examen físico, con énfasis en los factores indicadores de malignidad en ésta entidad.

La asimetría amigdalina en pacientes mayores de 40 años, con hábito tabáquico, y sintomatología sistémica consistente en pérdida de peso, de 6 a 12 meses de evolución son indicadores que deben alertar al otorrinolaringólogo sobre la posibilidad de patología neoplásica.

Ante todo paciente con crecimiento tonsilar unilateral se recomienda la realización de un examen físico detallado que incluya no sólo la exploración otorrinolaringológica sino también la palpación de las cadenas ganglionares cervicales, en búsqueda de los hallazgos físicos descritos como sospechosos de malignidad.

La implementación de técnicas de exploración endoscópicas tanto flexible como rígida, así como la solicitud de estudios de imágenes como ecografía de partes blandas de cuello son herramientas diagnósticas que pudieran brindar mayor precisión en la atención integral del paciente con asimetría amigdalina, así como los hallazgos obtenidos tras la utilización de los mismos pueden ser motivo de investigación para futuros estudios.

La recolección de datos como el nivel de tabaquismo, tipo, modo y tiempo de exposición al agente tóxico son variables que si bien no fueron objeto de estudio en ésta investigación, se recomienda tomar en cuenta para próximos estudios pues sus resultados brindarán mayores aportes en cuanto a la prevención y pronóstico del cáncer en pacientes con asimetría amigdalina.

Se puede plantear la posibilidad de llevar a cabo un control y seguimiento estricto en los casos de asimetría amigdalina sin evidencia de factores de riesgo resultando importante determinar los indicadores considerados de malignidad y con ello mejorar los criterios de indicación quirúrgica.

REFERENCIAS

1. American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 1995 Clinical Indicators Compendium: Guidelines for Tonsillectomy, Adenoidectomy, Adenotonsillectomy [Internet]. Alexandria, Virginia: 1995 [actualizado 2015 Ene 19; citado 2015 Feb 10]. Disponible en: <https://www.entnet.org/content/clinical-indicators>.
2. Paradise JL, Bluestone CD, Bachman RZ, Colborn DK, Bernard BS, Taylor FH et al. Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infection in severely affected children. Results of parallel randomized and nonrandomized clinical trials. *N Engl J Med*. 1984; 310(11): 674-83.
3. Mattila Ps, Tahkokallio O, Tarkkanen J, Pitkaniemi J, Karvonen M, Tuomilehto J. Causes of tonsillar disease and frequency of tonsillectomy operations. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001; 127(1): 37-44.
4. Koempel JA. On the origin of tonsillectomy and the dissection method. *Laryngoscope*. 2002; 112(9):1583-6.
5. Syms MJ, Birkmire-Peters D, Holtel MR. Incidence of Carcinoma in Incidental Tonsil Asymmetry. *Laryngoscope*, 2000; 110(11): 1807-1810.
6. González I, Nazar G, Callejas C, Arredondo M, Nilsen E. Tumores amigdalinos: Aspectos clínicos e histopatológicos. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*. 2000; 64(3): 223-229.
7. 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(2): 144-7.
8. Sunkaraneni V, Jones S, Prasai A, Fish BM. Is unilateral tonsillar enlargement alone an indication for tonsillectomy? *J Laryngol Otol* [Internet]. 2006 Jul [Consultado 2007 Oct 14]; 120(7): E21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/S0022215106002027>
9. Tobías-Gómez S, Palomar-Asenjo V, Borrás-Perera M, Pérez-Hernández I, Ruiz-Giner A, Palomar-García V. Significación clínica de la asimetría amigdalina. *Acta de Otorrinolaringol Esp*. 2009; 60(3): 194-8
10. Oluwasanmi AF, Wood SJ, Baldwin DL, Sipaul F. Malignancy in asymmetrical but otherwise normal palatine tonsils. *Ear Nose Throat J*. 2006; 85(10): 661-3
11. Spinou E, Kubba H, Konstantinidis I, Johnston A. Tonsillectomy for biopsy in children with unilateral tonsillar enlargement. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2002; 63(1): 15-7.
12. Harley EH. Asymmetric tonsil size in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002; 128(7): 767-9.
13. Ballin A, Koerner H, Ballin C, Pereira R, Lobo L, Ribas G, et al. Assimetria de tonsilas palatinas: experiência de 10 anos do serviço de otorrinolaringologia do hospital de clínicas da Universidade Federal do Paraná. *Intl. Arch. Otorhinolaryngol*, 15(1): 67-71.
14. Sumitha R, Hafida KM. Unilateral Tonsillar Enlargement – A Case Series. *Int J Pharm Bio Sci*. 2013; 4(4): (B) 472-7.
15. Beaty MM, Funk GF, Karnell LH, Graham SM, McCulloch TM, Hoffman HT, Robinson RA. Risk factors for malignancy in adult tonsils. *Head Neck*. 1998; 20(5):399-403.
16. Cinnar F. Significance of asymptomatic tonsil asymmetry. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004; 131(1):101-3
17. Martín F, Flores S. Linfoma en Otorrinolaringología. *Anales De Radiología México*. 2005; 4(1):11-22.
18. Marañillo E, Encabo S, del Pozo A. Anatomía de la Faringe. En: Suárez C, Gil-Carcedo L, Marco J, Medina J, Ortega P, Trinidad J. *Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*. 2ª Ed, Madrid: Editorial Mc Graw Hill. 2009. p. 2349-2368.

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS


**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
FACTORES DE MALIGNIDAD EN ASIMETRÍA**


DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Nombres y Apellidos:		
Edad:	Sexo:	Cédula de Identidad:
Institución:		Número de Historia:
Teléfonos:	Domicilio:	Móvil:

ANTECEDENTES PERSONALES	SÍ	NO
Hábito tabaquico		
Ingesta de alcohol		
Adenoamigdalitis crónica		
Amigdalitis crónica		

SÍNTOMAS	SÍ	NO
Disfagia		
Odinofagia		
Otalgia		
Ronquidos durante el sueño		
Pérdida de peso		

TIEMPO DE EVOLUCIÓN	0-3 meses	3-6 meses	6-12 meses	Más de 12 meses

SIGNOS CLÍNICOS	SÍ	NO
Cambios de coloración		
Ulceración		
Friabilidad		
Exudado		
Múltiples criptas		
Induración		
Adenopatías cervicales		

HIPERTROFIA TONSILAR PREDOMINANTE	Derecha	Izquierda
ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO	Benigno	Maligno