

Assimetria das amígdalas palatinas - Resultados do Serviço de Otorrinolaringologia de um Hospital Terciário

Palatine tonsil asymmetry - Results from the Otorhinolaryngology Department of a Tertiary Hospital

Ana Isabel C. Gonçalves • Diogo Abreu Pereira • Delfim Duarte • Gustavo Lopes • Ditzza Vilhena

RESUMO

Objetivos: Avaliar a incidência de malignidade em doentes com assimetria amigdalina submetidos a amigdalectomia no nosso hospital. Caracterizar o perfil clínico dos doentes com doença maligna.

Material e métodos: Foram analisados retrospectivamente os processos clínicos de 1268 doentes submetidos a amigdalectomia entre janeiro de 2012 e janeiro de 2019, inclusive. Seleccionados os casos em que foi solicitado exame anatomopatológico das peças operatórias por assimetria amigdalina. Um total de 48 doentes foram incluídos no estudo.

Resultados: A incidência de malignidade foi de 8,3% e a neoplasia mais frequente foi o carcinoma espinocelular (n=2). Encontrada correlação positiva estatisticamente significativa entre a assimetria amigdalina quantificada pela classificação de Brodsky e a diferença de peso entre as amígdalas na avaliação histológica (p=0,009). Não se verificaram diferenças no peso das amígdalas entre os grupos com e sem colonização por *Actynomices* (p=0,631). Demonstrou-se correlação estatisticamente significativa entre a assimetria amigdalina percebida ao exame objetivo e o resultado histológico de malignidade (p=0,033).

Conclusões: Todos os doentes com diagnóstico de doença maligna foram submetidos a cirurgia apenas pela presença de

assimetria amigdalina. Assim, embora a assimetria amigdalina se associe mais frequentemente a alterações benignas, foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa entre assimetria e doença maligna.

Palavras-chave: assimetria amigdalina, malignidade, amigdalectomia, carcinoma da orofaringe.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the incidence of malignancy in patients with tonsillar asymmetry who underwent tonsillectomy at our hospital. Characterize the clinical profile of patients with malignant disease.

Material and methods: The clinical records of 1268 patients undergoing tonsillectomy between January 2012 and January 2019 inclusive were retrospectively analyzed. We selected the cases in which the anatomopathological exam of the removed tonsils was requested because of tonsillar asymmetry. A total of 48 patients were included in the study.

Results: The incidence of malignancy was 8.3% and the most frequent malignancy was squamous cell carcinoma (n = 2). A statistically significant positive correlation was found between the tonsillar asymmetry quantified by the Brodsky classification and the weight difference between the tonsils in the histological evaluation (p = 0.009). There were no differences in tonsil weight between groups with and without *Actynomices* colonization (p = 0.631). A statistically significant correlation was demonstrated between the perceived tonsillar asymmetry on the objective examination and the histological result of malignancy (p = 0.033).

Conclusions: All patients diagnosed with malignant disease underwent surgery only due to the presence of tonsillar asymmetry. Thus, although tonsillar asymmetry is more often associated with benign changes, a statistically significant correlation was found between asymmetry and malignant disease.

Keywords: tonsillar asymmetry, malignancy, tonsillectomy, oropharyngeal cancer.

Ana Isabel C. Gonçalves
Hospital Pedro Hispano, Portugal

Diogo Abreu Pereira
Hospital Pedro Hispano, Portugal

Delfim Duarte
Hospital Pedro Hispano, Portugal

Gustavo Lopes
Hospital Pedro Hispano, Portugal

Ditzza Vilhena
Hospital Pedro Hispano, Portugal

Correspondência:
Ana Isabel C. Gonçalves
email: gc.anaisabel@gmail.com

Artigo recebido a 23 de Dezembro 2019. Aceite para publicação a 7 de Fevereiro de 2020.

INTRODUÇÃO

A assimetria amigdalina é ocasionalmente observada em contexto de consulta externa de Otorrinolaringologia. Na nossa prática clínica diária fazemos uso do sistema de classificação de Brodsky para quantificar o tamanho das

amígdalas palatinas e registarmos eventuais casos de hipertrofia amigdalina, uni ou bilateral.

A assimetria amigdalina pode constituir apenas um achado incidental na ausência de outros fatores de risco associados e, assim, nestes casos, não se apresentar como um indício da presença de doença maligna. Sendo que uma das indicações para amigdalectomia é a suspeita de malignidade, um dos objetivos deste estudo passa pela avaliação da incidência de doença maligna em doentes com assimetria amigdalina documentada, submetidos a amigdalectomia e cujas peças operatórias foram alvo de exame anatomopatológico, requisitado por motivo de assimetria. A incidência reportada de malignidade em doentes com hipertrofia amigdalina unilateral submetidos a amigdalectomia varia de 0 a 2,3%, sendo que a neoplasia maligna mais frequentemente encontrada é o carcinoma espinocelular, que representa 85-90% de todos os carcinomas da orofaringe na população adulta.¹⁻⁶ Esta neoplasia tem tido uma incidência crescente, provavelmente à custa da infeção pelo vírus do papiloma humano, mas está também associado a fatores de risco como o consumo de álcool, o tabagismo e o aumento da idade. Na população pediátrica a doença maligna mais frequentemente encontrada em casos de assimetria amigdalina é o linfoma.² No entanto, amígdalas assimétricas são encontradas em 1,7% da população pediátrica saudável (entre os 4 e os 17 anos).⁷

Outras possíveis causas de assimetria podem relacionar-se com estados de infeção (tuberculose, sífilis, actinomicose e papilomatose), inflamação recorrente com hipertrofia do tecido linfoide amigdalino associada e, mais raramente, com a existência de anomalias congénitas (hemangiomas, linfangiomas, teratomas).

Contudo, a causa mais comum de assimetria amigdalina percebida à inspeção da cavidade oral e orofaringe resulta da diferença de profundidade das locas amigdalinas ou de uma assimetria dos pilares amigdalinos anteriores. Por este motivo, a análise anatomopatológica das amígdalas, por rotina, em doentes com assimetria amigdalina assintomáticos e sem fatores de risco de malignidade tem sido alvo de discussão na literatura. Também sabemos que estão descritos casos de doença maligna não previamente suspeitada em doentes com amígdalas de aspeto benigno, ainda que assimétricas, e sem fatores de risco associados.⁸⁻¹⁰

Assim sendo, este trabalho pretende também caracterizar o perfil clínico dos doentes que tiveram um diagnóstico de doença maligna, nomeadamente a existência de fatores de risco e de fatores de suspeição de malignidade que nos devem alertar perante uma assimetria amigdalina evidente. Em crianças e adultos com assimetria amigdalina e fatores de risco de malignidade/achados clínicos suspeitos, a incidência de neoplasia maligna atinge os 45%.¹¹ Deste modo, pretendemos também incitar a reflexão acerca da indicação para amigdalectomia em doentes com assimetria das amígdalas palatinas.

MATERIAL E MÉTODOS

Para este estudo foram inicialmente selecionados todos os doentes submetidos a amigdalectomia ou adenoamigdalectomia no nosso hospital no período compreendido entre janeiro de 2012 e janeiro de 2019, inclusive. Destes, foi selecionada uma amostra correspondente aos casos em que foi solicitado exame anatomopatológico das peças operatórias por motivo de assimetria/hipertrofia unilateral das amígdalas palatinas. A recolha dos dados foi realizada através do processo clínico informático dos doentes, nomeadamente através dos relatos operatórios, dos relatórios de anatomia patológica e dos diários clínicos. Registaram-se a idade, o género, a indicação cirúrgica, a cirurgia realizada, a classificação de *Brodsky* das amígdalas palatinas sempre que anotada, o peso das peças operatórias, o resultado histológico e a presença de colonização por *Actinomyces*.

Após a recolha da informação, a base de dados foi construída com recurso ao programa informático SPSS® (v.23, SPSS Inc., Chicago, IL), tendo sido utilizado o mesmo software na análise estatística dos dados.

As variáveis categóricas são apresentadas em frequências e percentagens, enquanto que as variáveis contínuas surgem como médias e desvios-padrão ou medianas e amplitudes interquartílicas se variável sem distribuição normal.

Todos os valores p reportados são bicaudais com um valor p de 0,05 indicando significância estatística.

O teste à normal distribuição dos dados foi realizado pela análise dos valores de assimetria e achatamento.

RESULTADOS

Caraterização da amostra: Foram incluídos no presente estudo 48 doentes, 28 homens (58,3%) e 20 mulheres (41,7%). Os doentes apresentavam idades compreendidas entre os 3 e os 72 anos, sendo que 22 (46%) eram crianças (idade <18 anos) e 26 (54%) eram adultos.

Procedimento e indicações cirúrgicas: No que concerne ao tipo de cirurgia realizada, 27 (56%) doentes foram submetidos a amigdalectomia total bilateral, enquanto que, em 21 (44%) doentes, para além de amigdalectomia, foi também realizada adenoidectomia. A roncopatia simples/síndrome de apneia obstrutiva do sono por hipertrofia amigdalina revelou-se a indicação cirúrgica mais frequentemente encontrada nesta amostra de doentes (n=15), seguida da assimetria amigdalina/hipertrofia amigdalina unilateral (n=13), da amigdalite crónica (n=13) e, por último, da patologia mista obstrutiva/infecciosa crónica (n=7).

Diagnóstico de assimetria amigdalina: A existência de assimetria amigdalina foi percebida no momento pré-operatório, em contexto de consulta externa, em 34 doentes (71%), sendo que desses, 13 doentes foram inscritos para cirurgia exclusivamente pela presença da assimetria amigdalina, enquanto que os restantes 21 foram considerados candidatos a cirurgia por outro motivo. Em 14 doentes (29%) inscritos para cirurgia por patologia

obstrutiva, infecciosa crónica ou mista, foi percebida a existência de amígdalas assimétricas no momento intra-operatório, motivando o envio das peças para análise anatomopatológica.

No presente estudo, comparámos a assimetria amigdalina identificada ao exame objetivo como sendo a diferença existente entre a classificação de *Brodsky* (pelo menos uma diferença de 1 grau entre as amígdalas) para as duas amígdalas com a diferença entre o peso das respetivas peças operatórias registado no relatório do exame anatomopatológico, a fim de percebermos se a assimetria percebida à inspeção se verifica de facto na realidade. Para isso recorremos a um teste de *Spearman*, que nos mostrou que existe, de facto, uma correlação entre a assimetria amigdalina percebida clinicamente e a diferença de peso entre as amígdalas, tratando-se de uma correlação positiva, estatisticamente significativa ($r=0,374$; $p=0,009$).

Também quisemos perceber se a direção da assimetria é concordante nestas duas avaliações, ou seja, se a amígdala identificada como maior na avaliação pré-operatória, é aquela que tem maior peso na análise histológica (resultados descritos na tabela 1).

TABELA 1

Direção da assimetria amigdalina percebida vs. real

| Direção da assimetria amigdalina | Número (%) |
|----------------------------------|------------|
| Concordante | 31 (91%) |
| Não concordante | 2 (6%) |
| Sem diferença real de peso | 1 (3%) |

A colonização das amígdalas por *Actinomyces* verificou-se em 10 doentes, sendo que em 3 foi bilateral e em 7 unilateral. Em 5 dos doentes com colonização unilateral, a amígdala com maior peso era a amígdala colonizada, enquanto que nos outros 2 era a amígdala de menor peso que apresentava colonização por *Actinomyces*. Nos 3 doentes com colonização bilateral, as amígdalas eram realmente assimétricas, havendo diferença de peso entre elas.

Assim, a colonização das amígdalas por *Actinomyces* não teve influência estatisticamente significativa no seu peso e, consequentemente, na assimetria entre as amígdalas, o que foi demonstrado através de um teste *Kruskal-Wallis* ($p=0,631$).

Caraterização histológica: A hiperplasia folicular reativa consistiu no diagnóstico histológico mais frequentemente encontrado ($n=39$). A incidência de doença maligna na histologia foi de 8,3%. A caraterização histológica encontra-se resumida na tabela 2.

Foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa entre a diferença de tamanho entre amígdalas assimétricas quantificada pela classificação de *Brodsky* e o resultado de doença maligna ao exame anatomopatológico ($p=0,033$), com recurso ao uso do teste de *Mann-Whitney*.

TABELA 2

Caraterização histológica das amígdalas assimétricas

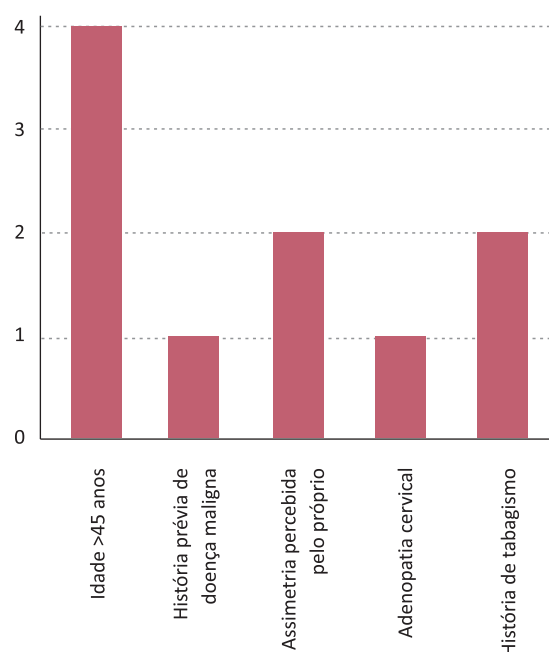
| Diagnóstico | Número de doentes (%) |
|-------------------------------|-----------------------|
| Hiperplasia folicular reativa | 39 (81,3%) |
| Amigdalite aguda | 4 (8,3%) |
| Carcinoma espinocelular | 2 (4,2%) |
| Carcinoma linfoepitelial | 1 (2,1%) |
| Linfoma não-Hodgkin | 1 (2,1%) |
| Lesões quísticas | 1 (2,1%) |

Todos os casos de doença maligna corresponderam a doentes com idade >45 anos (idade média de diagnóstico de 58,5 anos).

Caraterização dos casos de doença maligna: Todos os doentes com assimetria amigdalina foram propostos para amigdalectomia exclusivamente pela presença de assimetria amigdalina. Nenhum doente apresentava qualquer sintomatologia associada. Apenas 1 doente (25%) apresentava outra alteração ao exame objetivo para além da assimetria amigdalina, neste caso tratando-se de uma adenopatia cervical. Em 2 casos (50%) a assimetria amigdalina foi percebida pelo próprio doente, enquanto que noutro caso foi detetada ao exame objetivo em consulta de Otorrinolaringologia e, ainda, no caso restante foi referenciada pelo médico de família. Todos os doentes com diagnóstico de doença maligna tinham, pelo menos, 2 fatores de risco de suspeição de malignidade. A descrição dos fatores de suspeita de malignidade identificados encontra-se na figura 1.

FIGURA 1

Fatores de risco de malignidade identificados



DISCUSSÃO

A maioria das assimetrias amigdalinas correspondeu a um achado incidental pré-operatório em doentes com indicação cirúrgica para amigdalectomia/adenoamigdalectomia por patologia obstrutiva ou infeção crónica.

Embora alguns estudos prévios apontem a colonização das amígdalas por *Actinomyces* como fator de aumento do peso amigdalino e consequente assimetria amigdalina se colonização unilateral, neste estudo não se verificou associação entre a colonização por este microorganismo e a diferença de pesos entre amígdalas colonizadas e não colonizadas.^{12,13}

Apenas 13 doentes (27,1%) foram propostos para cirurgia exclusivamente por assimetria amigdalina. A incidência de doença maligna foi de 8,3% neste estudo, sendo que a neoplasia mais frequente foi o carcinoma espinocelular (n=2), o que está de acordo com a literatura.¹⁻⁶ Todos os doentes com diagnóstico de doença maligna foram submetidos a cirurgia apenas pela presença de assimetria amigdalina. Assim, embora a assimetria amigdalina se associe mais frequentemente a alterações benignas, este estudo demonstra uma correlação estatisticamente significativa entre assimetria amigdalina e doença maligna. Também é importante denotar que todos os doentes com diagnóstico de doença maligna apresentavam fatores de suspeição de malignidade, embora nenhum apresentasse sintomas associados à doença atual. Também nenhum doente apresentava alterações do aspeto da superfície mucosa amigdalina ao exame objetivo. A única alteração evidente ao exame clínico tratou-se de uma adenopatia cervical em apenas 1 destes doentes.

CONCLUSÃO

A assimetria amigdalina é, na maioria dos casos, secundária a hipertrofia folicular reativa. Quando a assimetria se revela o único achado ao exame objetivo de um doente assintomático, sem fatores de risco de malignidade, talvez se possa optar por um período de vigilância do doente em consulta, uma vez que a baixa incidência de malignidade em casos de assimetria amigdalina pode eventualmente não justificar que a amigdalectomia seja realizada por rotina nestes doentes. No entanto, e uma vez que foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre o grau de assimetria amigdalina percebida ao exame objetivo e o diagnóstico de doença maligna, todos os doentes com assimetria amigdalina devem ser referenciados à consulta de Otorrinolaringologia. Na presença de pelo menos um fator de risco/fator de suspeição de malignidade, que não a idade isoladamente, e de que são exemplo uma história prévia de neoplasia, lesões objetiváveis da amígdala, alteração da consistência amigdalina, adenopatia cervical concomitante, história de tabagismo, sintomas constitucionais, estados de imunossupressão ou um rápido crescimento amigdalino unilateral e consequente assimetria amigdalina de novo percebida pelo próprio doente, talvez faça sentido a realização de amigdalectomia.

Conflito de Interesses

Os autores declaram que não têm qualquer conflito de interesse relativo a este artigo.

Confidencialidade dos dados

Os autores declaram que seguiram os protocolos do seu trabalho na publicação dos dados de pacientes.

Proteção de pessoas e animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estão de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos diretores da Comissão para Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Política de privacidade, consentimento informado e Autorização do Comité de Ética

Os autores declaram que têm o consentimento por escrito para a apresentação e publicação deste trabalho.

Financiamento

Este trabalho não recebeu qualquer contribuição, financiamento ou bolsa de estudos.

Disponibilidade dos Dados científicos

Não existem conjuntos de dados disponíveis publicamente relacionados com este trabalho.

Referências bibliográficas

- 1- Adil EA, Medina G, Cunningham MJ. Differentiating Tonsil Cancer from Benign Tonsillar Hypertrophy. *J Pediatr.* 2018 Jun;197:309-309.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2018.02.048.
- 2 – Rokkjaer MS, Klug TE. Malignancy in routine tonsillectomy specimens: a systematic literature review. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2014 Nov;271(11):2851-61. doi: 10.1007/s00405-014-2902-0.
- 3- Berkowitz RG, Mahadevan M. Unilateral tonsillar enlargement and tonsillar lymphoma in children. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1999 Sep;108(9):876-9. Doi: 10.1177/000348949910800910.
- 4- Cohan DM, Popat S, Kaplan SE, Rigual N et al. Oropharyngeal cancer: current understanding and management. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009 Apr;17(2):88-94. Doi: 10.1097/moo.0b013e32832984c0.
- 5- Papouliakos S, Karkos PD, Korres G, Karatzias G et al. Comparison of clinical and histopathological evaluation of tonsils in pediatric and adult patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2009 Aug;266(8):1309-13. doi: 10.1007/s00405-008-0869-4.
- 6- Younis RT, Hesse SV, Anand VK. Evaluation of the utility and cost-effectiveness of obtaining histopathologic diagnosis on all routine tonsillectomy specimens. *Laryngoscope.* 2001 Dec;111(12):2166-9. doi: 10.1097/00005537-200112000-00017.
- 7- Harley EH. Asymmetric tonsil size in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002 Jul;128(7):767-9. Doi: 10.1001/archotol.128.7.767.
- 8 - Alvi A, Vartanian AJ. Microscopic examination of routine tonsillectomy specimens: is it necessary? *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1998 Oct;119(4):361-3. Doi: 10.1016/S0194-5998(98)70079-8.
- 9- Garavello W, Romagnoli M, Sordo L, Spreafico R et al. Incidence of unexpected malignancies in routine tonsillectomy specimens in children. *Laryngoscope.* 2004 Jun;114(6):1103-5. doi: 10.1097/00005537-200406000-00027.
- 10- Starry AC. XXIX Pathology of the Tonsil with Statistical Report and Microscopic Study. *Annals of Otolaryngology & Laryngology.* 1939; 48(2): 346-358. doi: 10.1177/000348943904800204
- 11- Syms MJ, Birkmire-Peters DP, Holtel MR. Incidence of carcinoma in incidental tonsil asymmetry. *Laryngoscope.* 2000 Nov;110(11):1807-10. doi: 10.1097/00005537-200011000-00006.
- 12- Kutluhan A, Salviz M, Yalçiner G, Kandemir O et al. The role of the actinomyces in obstructive tonsillar hypertrophy and recurrent

tonsillitis in pediatric population. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2011 Mar;75(3):391-4. doi: 10.1016/j.ijporl.2010.12.014.

13- Bhargava D, Bhusnurmath B, Sundaram KR, Raman R et al. Tonsillar actinomycosis: a clinicopathological study. *Acta Trop.* 2001 Oct 22;80(2):163-8. doi: 10.1016/s0001-706x(01)00172-3.