

Amigdalectomía como factor de riesgo para desarrollar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Myr. M.C. Jesús Sánchez-Carrasco,* Tte. Cor. M.C. Mario A. Gómez-Mendoza**

Hospital Central Militar
Hospital de Infectología, Centro Médico La Raza, IMSS. Ciudad de México

RESUMEN. Se realizó un estudio retrospectivo en 321 pacientes de la consulta externa de Infectología del Hospital Central Militar de la Cd. de México, D.F. y del Centro Médico «La Raza», IMSS en los cuales se tenía el diagnóstico de SIDA. La edad de los pacientes fue de 18 a 69 años con un promedio de 24. Predominó el sexo masculino con 83% de los casos. Se investigó la relación existente con amigdalectomía encontrándose que 29.7% de los pacientes presentaban este antecedente. Comparado con el grupo control (pacientes sin SIDA) con el antecedente de amigdalectomía fue menos frecuente (9%) que en el grupo de estudio (29.7%). Se encuentra una relación estadística significativa entre el antecedente de amigdalectomía y la presentación de SIDA posteriormente. Clínicamente se necesitan más estudios para confirmar esto.

Palabras clave: amigdalectomía, SIDA.

SUMMARY. Our study was performed in 321 patients from the Hospital Central Militar and the Centro Medico «La Raza», IMSS in Mexico City with AIDS diagnostic. The average age was 24 years (from 18 to 69). Most of the patients were male (83%). We research the relationships between tonsillectomy and AIDS. It was found that 29.7% of the patients with AIDS had suffered tonsillectomy. The incidence in the control group was 9%. We found a statistical relationship between the tonsillectomy and the clinical development of AIDS. In fact we need to perform more clinical studies in order to corroborate the tonsillectomy/AIDS relationship.

Key words: tonsillectomy, AIDS.

La epidemia por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha continuado su crecimiento a nivel mundial a pesar de los esfuerzos preventivos y básicamente educativos. Se estima que a fines de 1996 se han infectado con el VIH 21.8 millones de adultos y niños a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que para al año 2000 serán 40 millones de personas infectadas por el VIH en todo el mundo, cifra que predomina en los países en desarrollo.¹

En nuestro país podemos decir en términos generales que la epidemia del SIDA presenta un patrón cada vez más heterosexual, más rural y que la transmisión sanguínea se encuentra bajo control. En mujeres la transmisión heterosexual corresponde actualmente a la mitad de todos los casos acumulados. En hombres la transmisión sexual predominante es homo-bisexual.

La mortalidad por SIDA se ha desplazado rápidamente a los primeros lugares y en la actualidad es la tercera causa de muerte en el grupo de edad de 25 a 35 años.

Hasta finales de 1996 el registro nacional de casos de SIDA cuenta con 29,195 casos. En los casos notificados en el presente año se continúa observando retraso en la notificación. La estimación del número real de casos de SIDA en México es de 41,718 al corregir por subnotificación y retraso en la notificación.²

A pesar de todos los avances en la investigación referente al VIH no se ha logrado en humanos ni siquiera un candidato a vacuna cuya eficacia se esté probando por lo que la única prevención verdadera continúa siendo la edu-

* Residente de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Escuela Militar de Graduados de Sanidad. Servicio de Otorrinolaringología y Cirugías de Cabeza y Cuello. Hospital Central Militar. México, D.F.

** Jefe de la Sala de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Central Militar, México, D.F.

Correspondencia:

Myr. M.C. Jesús Sánchez-Carrasco
Apartado Postal 35597, Código Postal 11200, México, D.F.

cación. En materia de tratamientos curativos aún no se logra eliminar el VIH con ningún medicamento probado.

El uso de la combinación de 3 medicamentos, el AZT, el 3TC y un inhibidor de la proteasa disminuye la cantidad de virus en sangre hasta niveles no detectables por la prueba de carga viral y constituye una esperanza en el tratamiento de esta enfermedad, el valor real de este tratamiento aún se desconoce.

De tal forma la investigación de los factores de riesgo, del virus y su mecanismo de agresión al organismo y de los tratamientos preventivos y curativos continúa abierta. El presente trabajo analiza un factor poco considerado por los investigadores a nivel mundial que puede aumentar el riesgo de contraer y desarrollar el SIDA. Los órganos linfáticos en conjunto ejercen actividad de defensa contra agentes patógenos y su remoción quirúrgica de alguna manera altera esta función. Estudiar los efectos inmunológicos de esta situación puede abrir un derrotero en la investigación para lograr alcanzar la prevención o la cura de esta pandemia.

Existen informes en la literatura donde se sugiere que la amigdalectomía es un factor de riesgo en el desarrollo de algunas patologías.

En un estudio retrospectivo de pacientes con enfermedad de Hodgkin, Vianna y cols.³ sugirieron que la amigdalectomía fue un factor predisponente por que «eliminaba una barrera protectora», Bros y cols. (1971) también hallaron una mayor incidencia de amigdalectomía en pacientes con enfermedad de Hodgkin y neoplasias malignas la glándula tiroides. Cunneo (1972) mencionó mayor prevalencia de leucemia mieloide en pacientes amigdalectomizados con anterioridad.

Estas comunicaciones suscitaron confusión en esa época ya que otros autores como Cassinos (1973), Teillet (1973) y Matzker (1975) no confirmaron que las amigdalectomías fueran factor de riesgo para el desarrollo de neoplasias malignas.

Tiempo después durante la década de los años 80 con el descubrimiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) Mc Combie⁴ (1986) observa en los pacientes con SIDA su relación con la amigdalectomía durante la infancia en 8 de ellos. El sugirió que la remoción quirúrgica de las amígdalas en niños puede incrementar el riesgo de contraer la enfermedad.

Mc Combie describe la ausencia de glándulas linfáticas como amígdalas y adenoides como un factor de riesgo con una relación biológica posible para susceptibilidad a virus linfocitopáticos. Su observación y conclusiones aún no han sido comprobadas o rechazadas fehacientemente; más aún, la ausencia de información en la literatura que apoye o rechace las observaciones de Mc Combie hacen más confusa esta situación.

En la actualidad se siguen realizando estudios donde se relaciona la amigdalectomía con otras patologías: Klen-sang y cols. (1993),⁵ realizaron un análisis donde se relacionó la amigdalectomía, la apendicectomía y la colecis-

tectomía como factores que aumentan la incidencia de cáncer en general. Sus resultados no son concluyentes.

Maisonneuve y cols. (1992)⁶ relacionaron el carcinoma exocrino del páncreas con el antecedente de amigdalectomía. Ellos concluyeron que no existe relación.

Ingram y cols. (1996)⁷ relacionaron la amigdalectomía con cáncer pulmonar y concluyen que en los pacientes con amigdalectomía las características del crecimiento tumoral son desfavorables y peor el pronóstico. Otro estudio realizado por Lubin (1992) concluye que no existe relación alguna.

Mate y cols. (1996)⁸ en su estudio en que relacionan amigdalectomía con enfermedad de Crohn concluyen que la alta prevalencia de amigdalectomía en pacientes con esta enfermedad fue estadísticamente significativa, aunque no explican el mecanismo de relación.¹¹⁻¹³

Material y métodos

El presente trabajo es un estudio retrospectivo que se realizó en el archivo clínico del Hospital Central Militar y del Hospital de Infectología del Centro Médico «La Raza», en un lapso que abarcó desde enero de 1993 hasta marzo de 1997.

En el estudio fueron incluidos 321 pacientes en control por los servicios de Infectología de ambos hospitales, en ese lapso y con diagnóstico de SIDA. Todos los pacientes fueron adultos.

No se incluyeron casos en edad pediátrica con diagnóstico de SIDA congénito.

Se estudió el expediente clínico de cada paciente. Fue necesario en ocasiones interrogar directamente a algunos pacientes sobre el antecedente de amigdalectomía.

Para cada paciente se investigó edad, sexo, ocupación, fecha de amigdalectomía, edad del paciente al momento de la amigdalectomía y fecha de diagnóstico de SIDA, modo de contagio, otras patologías encontradas y estado actual, fecha de defunción y causa de la misma si la hubo, intervalo entre amigdalectomía y diagnóstico de SIDA.

Se incluyó en el estudio un grupo control de 350 pacientes adultos, sanos, escogidos al azar de la población general que acudieron a la consulta externa del Hospital Central Militar durante el mismo periodo investigándose el antecedente de amigdalectomía, edad y sexo.

Los datos obtenidos del estudio de los expedientes clínicos fueron vaciados en una hoja de control de datos que sirvió de base para el análisis estadístico de la información.

Resultados

Se consultó un total de 321 expedientes clínicos de pacientes controlados por los servicios de Infectología del Hospital Central Militar y del Hospital de Infectología del Centro Médico «La Raza» de enero de 1993 a marzo de 1997.

Fueron 120 militares (37%) y 201 civiles (63%) (Cuadro 1).

Cuadro 1. Procedencia de los pacientes.

	No. pacientes	(%)
Militares	120	37
Civiles	201	63

Cuadro 2. Distribución por grupos de edades.

Edades	(años)	Pacientes	(%)
Grupo 1	18-20	17	5.2
Grupo 2	21-30	138	42.9
Grupo 3	31-40	80	24.9
Grupo 4	41-50	62	19.3
Grupo 5	> 50	24	7.4

Cuadro 3. Distribución por sexo de los pacientes.

	No. pacientes	(%)
Masculino	268	83
Femenino	53	17

Los márgenes de edad fueron de 18 a 69 años con una media de 24.

Los pacientes con diagnóstico de SIDA fueron agrupados por edades en 5 grupos. En el primer grupo los pacientes con edad entre 18 y 20 años. Se documentaron 17 pacientes (5.2%). En el segundo grupo los pacientes con edad de 21 a 30 años fueron 138 (42.9%). En el tercer grupo pacientes con edad entre 31 y 40 años fueron 80 (24.9%). En el cuarto grupo pacientes con edad entre 41 y 50 años fueron 62 (19.3%). En el quinto grupo mayores de 50 años fueron 24 (7.4%) (*Cuadro 2*).

Fueron 268 pacientes del sexo masculino (83%) y 53 del sexo femenino (17%) (*Cuadro 3*).

La mayor incidencia de casos de SIDA estuvo en el grupo 2.

Las formas principales de contagio de SIDA en nuestro grupo de estudio fueron la heterosexual (171 pacientes/53%), la homosexualidad (124 pacientes/38%) y la transfusión (26 pacientes/8%) (*Cuadro 4*).

El rango de edad en la que se realizó amigdalectomía en los pacientes con SIDA fue de 4 a 42 años con una media de 13.

El rango de edad en la que se realizó el diagnóstico de SIDA fue de 18 a 64 años con una media de 37.

El lapso promedio transcurrido entre el momento de la amigdalectomía y la fecha del diagnóstico de SIDA fue de 24 años.

Del total de 321 pacientes con SIDA 94 pacientes tuvieron el antecedente de amigdalectomía (29.7%) (*Cuadro 5*).

El grupo control tuvo 321 pacientes con las mismas características de edad y sexo escogidos al azar de la población general. Ninguno de sus integrantes tuvo SIDA.

El 9% de los pacientes del grupo control tuvo el antecedente de amigdalectomía (*Cuadro 6*). No hubo mortalidad en nuestro grupo.

Discusión

Es importante conocer los datos epidemiológicos que menciona la literatura con relación a la incidencia de amigdalectomía en la población general para poderlo comparar con los resultados obtenidos en nuestro estudio.

La mayor parte de los pacientes fueron civiles (63%) debido a que el Hospital de Infectología del Centro Médico La Raza concentra todos los pacientes seropositivos afiliados o no al IMSS. La menor frecuencia de seropositividad en el Hospital Central Militar probablemente se deba a la diferencia en el número de población afiliada a las dos diferentes instituciones, al control en la selección de personal de ingreso al ejército y a las actividades de medicina preventiva que se realizan en forma periódica como parte de las actividades del servicio de Sanidad Militar.

La mayor incidencia de casos de SIDA en nuestro estudio ocurrió en los grupos 2 (21 a 30 años) y 3 (31 a 40 años) datos similares a los reportados por CONASIDA para el tercer trimestre de 1996.²

El 83% fue del sexo masculino que está en concordancia por lo reportado por CONASIDA para la incidencia por sexo.²

Las formas principales de contagio de SIDA en nuestro estudio fueron la heterosexual (53%), la homosexual (38%) y la transfusión sanguínea (8%) en orden decreciente.

Cuadro 4. Principales formas de contagio del SIDA.

Forma de contagio	Pacientes	(%)
Heterosexualidad	171	53
Homosexualidad	124	38
Transfusión sanguínea	26	8

Cuadro 5. Antecedente de amigdalectomía en pacientes con SIDA.

	No. pacientes	(%)
Con amigdalectomía	94	29.7
Sin amigdalectomía	227	70.3

Cuadro 6. Antecedente de amigdalectomía en pacientes del grupo control.

	No. pacientes	(%)
Con amigdalectomía	28	9
Sin amigdalectomía	293	91

Cuadro 7. Cálculo de χ^2 (significancia estadística).

	Con SIDA	Sin SIDA	Total marginal	$\bar{X}$
Con amigdalectomía	94	28	122	61
Sin amigdalectomía	227	293	520	260
Total marginal	321	321	642	

$$\chi^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

$$\chi^2 = \frac{(61-94)^2}{94} + \frac{(28-61)^2}{61} + \frac{(227-260)^2}{260} + \frac{(293-260)^2}{260}$$

$$\chi^2 = 11.5 + 17.8 + 4.1 + 4.1 = 37.5$$

Grado de libertad 1

Grado de significancia de 0.005-0.01 = 3.841-6.6

te. Estos datos son similares a los reportados por CONA-SIDA (transfusión sanguínea 8%, sexual 93.4%).

La mayor incidencia de amigdalectomías se efectuó en la década de los 60 y 70 abarcando 62.6% de los casos en este período similar a lo reportado por McCombie en 1986.

Se realizó un análisis estadístico con la prueba de la χ^2 para demostrar significancia estadística en la relación de amigdalectomía con SIDA (*Cuadro 7*) la cual demostró que el antecedente de amigdalectomía tiene validez como factor de riesgo para contraer SIDA.

Conclusiones

1. Existe una relación estadística entre el antecedente de amigdalectomía y el desarrollo de SIDA demostrada

por la prueba de la χ^2 . Clínicamente se necesitan más estudios para corroborar esto.

2. El grupo de edad más afectado por el SIDA es el comprendido entre los 21 y 40 años.
3. La forma de contagio de SIDA más frecuente fue la sexual.
4. El sexo masculino fue el predominantemente afectado.

Referencias

1. OMS. SIDA-ETS 1996; 2(3): 93-178.
2. Separata de la Revista SIDA-ETS., Vol. 2, No. 3. Situación Epidemiológica del SIDA. Datos actualizados para el 3er. trimestre de 1996.
3. Vianna JN. Tonsillectomy and Hodgkin's disease: the lymphoid tissue barrier. *The Lancet* 1971, Feb: 431-33.
4. McCombie SC. Tonsillectomy as a co-factor in the development of AIDS. *Medical Hypotheses* 1986; 19: 291-3.
5. Klensang U. Changes in cancer incidence after cholecystectomy, tonsillectomy or appendectomy? Studies in an autopsy sample. *Pathology* 1993; 14(2): 74-7.
6. Maisonneuve P. Aspects of medical history and exocrine carcinoma of the pancreas: a population based case-control study in the Netherlands. *J Cancer* 1992; 52(1): 17-23.
7. Ingram D. Host factors and breast cancer growth characteristics. *Europa J Cancer* 1992; 28(6-7): 1153-61.
8. Mate J. Tonsillectomy and inflammatory bowel disease location. *Europa J Gastroent Hepatol* 1996; 8(12): 1155-8.
9. Ortiz L. Patología del anillo de Waldeyer. Publicación de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Fascículo VI. México, D.F.
10. Yamamoto Y. Function and morphology of macrophages in palatine tonsils. *Adv Otorhinolaryngol* 1992; 47: 107-13.
11. Hoefakker S. Immunohistochemical detection of co-localizing cytokine and antibody producing cells in the extrafollicular area in the human palatine tonsils. *Clin Exp Immunol* 1993; 93(2): 223-8.
12. Brachtel E. Differences in the germinal centers of palatine tonsils and lymph nodes. *Scand J Immunol* 1996; 43(3): 239-47.
13. Geert M. Human Tonsil B Lymphocyte Function. *J Immunol* 1984; 133(4): 1836-1901.