



11236

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO OD.

PREVALENCIA DE HIPERTROFIA ADENOIDEA EN ADULTOS, EN 200
PACIENTES CON PATOLOGÍA NASOSINUSAL, VALORADOS POR
ENDOSCOPIA EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.

SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

SECRETARÍA DE ENSEÑANZA

TESIS DE POSTGRADO QUE PARA OBTENER
EL GRADO DE MEDICO ESPECIALISTA EN
OTORRINOLARINGOLOGÍA

PRESENTA:

DR. FRANCISCO JAVIER NAVA LABASTIDA

SECRETARÍA DE ENSEÑANZA

286862

ASESOR DE TESIS: DR. GERMAN FAJARDO DOLCI.

COASESOR DE TESIS: DRA. ADRIANA CAROLINA LOPEZ UGALDE.

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

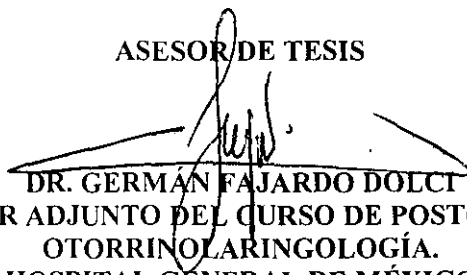
DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ASESOR DE TESIS



**DR. GERMAN FAJARDO DOLCI
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE POSTGRADO DE
OTORRINOLARINGOLOGÍA.
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO**

CO-ASESOR



**DRA. ADRIANA CAROLINA LÓPEZ UGALDE
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE
OTORRINOLARINGOLOGÍA.
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.**

Te doy gracias señor porque siempre me has acompañado; No olvidarme de ti, tener a mi familia unida y ser un gran especialista.

A mis padres, esto solo refleja lo grande que ustedes son y del amor de nuestra familia.

A mis suegros y mi tío lalo por su apoyo incondicional.

A Mony y Javy por su cariño infinito.

Para mis profesores y amigos residentes del Hospital General de México.

INDICE.

Página.

Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema y justificación.....	4
Hipótesis.....	4
Objetivos.....	5
Diseño y Duración.....	5
Material y Métodos.....	5
Resultados.....	7
Análisis Estadístico.....	13
Aspectos éticos y de bioseguridad.....	13
Conclusiones.....	13
Bibliografía.....	15

ANTECEDENTES.

El tejido linfoide de la rinofaringe o bien llamado adenoides, embriologicamente se deriva de la segunda bolsa faringea a partir de la hendidura intramigdalina.

El endodermo de la segunda bolsa faringea prolifera y se transforma en el mesénquima circundante, en su porción central existen invaginamientos dando origen a las criptas; El endodermo de la bolsa constituye el epitelio superficial y el revestimiento de las criptas de la amigdalina palatina así como de los adenoides. Aproximadamente a las 20 semanas, el mesénquima que rodea las criptas se diferencia en tejido linfoide que pronto constituye los ganglios linfáticos de la amigdalina palatina y de los linfáticos a nivel de rinofaringe (1), que drenaran ya al nacimiento hacia la red retrofaringea y a su vez hacia la cadena ganglionar de la vena yugular profunda.

El tejido adenoideo hipertrófico en niños consiste un problema cotidiano con el que el otorrinolaringólogo se enfrenta en la práctica diaria . El revisar diariamente a pacientes pediátricos con infecciones de vías aéreas superiores de repetición siempre se toma en mente el diagnóstico de hipertrofia adenoidea como etiología al problema; manejando dicha situación con antimicrobianos por tiempo prolongado y con estudios de rayos x para verificar si su crecimiento es la causa aparente del problema (2) y se propone la extirpación quirúrgica convencional (3) o bien con una técnica quirúrgica combinada con endoscopia nasal que permite una mejor visualización del paquete adenoideo (4,5) como solución a los

problemas etiológicos o agregados que son considerados dentro del grupo de indicaciones para la realización de la adenoamigdalectomía como la faringitis crónica, sinusitis crónica, otitis aguda o crónica (6) y distrés respiratorio en ocasiones por la obstrucción casi total de la vía aérea provocando apnea del sueño y siendo esta una causa de muerte súbita en el infante (7,8); También se ha observado la deformidad de la caja torácica en forma de quilla y la evolución del problema pulmonar restrictivo hacia un Cor Pulmonale. Dejando este problema nada que ver con la edad del paciente y siendo necesaria la remoción de tejido adenoideo en niños desde los 18 a los 36 meses de edad (9).

Posteriormente es conocido que el tamaño en sí del tejido adenoideo no es la causa absoluta para el desarrollo de infecciones ya que puede funcionar únicamente como reservorio bacteriano y además que el crecimiento puede ser localizado únicamente en sitios como la trompa de Eustaquio manifestando problemas de hipoacusia secundaria a cuadros de otitis media aguda y serosa (10), siendo necesaria la colocación de tubos de ventilación en los oídos como remedio temporal a la disfunción de la trompa de Eustaquio secundaria a la hipertrofia adenoidea (11).

Teniendo un panorama ya más amplio la otorrinolaringología se moderniza con el uso para la clínica de endoscopios los cuales permiten un mejor examen de la cavidad nasal incluyendo la rinofaringe teniendo a la mano el conjuntar todas las posibilidades diagnósticas y elaborar la apropiada para cada paciente.

Además su uso es aplicado a la cirugía pudiendo tener acceso a la resección quirúrgica del paquete adenoideo en una forma completa y disminuyendo las complicaciones postquirúrgicas como la hemorragia, deshidratación, insuficiencia velofaríngea, estenosis nasofaríngea y estenosis de la trompa de Eustaquio (12)

En muchos pacientes el manejo conservador es sustentado en que este tejido de origen linfático involuciona al llegar el paciente a la pubertad y desapareciendo en la vida adulta. Pero esta situación es vista nuevamente en adultos y no registrada estadísticamente en la actualidad solo contando con reportes de casos aislados los cuales por sintomatología variada son retirados quirúrgicamente. Otros casos en la vida adulta son *manejados como* tumoraciones primarias de rinofaringe como linfomas o linfoepiteliomas, también considerados como metástasis del cáncer de cuello entre un 3-4% o bien era de considerarse un sitio de tumor oculto o sitio desconocido de tumor primario reportado en los años ochenta de hasta un 50% de frecuencia. *Todo esto ocasiona* que los pacientes sean sometidos a una serie de estudios tomográficos y biopsias que únicamente reportan hipertrofia de tejido adenoideo y muchas de las veces eran manejados sin medicamentos y considerándolos una rareza (13).

En los pacientes con el *síndrome de inmunodeficiencia* adquirida también se ha observado este crecimiento aunado a la coexistencia del virus de Epstein Barr que también al ser estudiado promueve por si solo el crecimiento de tejido linfóide, no nada más en el anillo de Waldeyer sino también a nivel intestinal en las placas de Peyer (14).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION.

La razón para el desarrollo de este proyecto es porque en la práctica diaria de la otorrinolaringología hemos observado que la hipertrofia de tejido linfoide en la nasofaringe persiste en la vida adulta y esta puede ser el resultado de procesos nasosinusales variados.

El determinar la presencia de este tejido en primer lugar afirmaría que los adenoides no son propios de la infancia y en segundo lugar que pueden tener un crecimiento tan importante en ciertas patologías nasosinusales que nos llevarían a pensar en otras alternativas terapéuticas. De tal modo su manejo puede considerarse incluso desde el punto de vista quirúrgico aliviando sintomatología causada por otitis media serosa, disfunción tubaria, ronquido y disfagia; Además cuando también se encuentren asociada a hipertrofia de amígdalas palatinas.

HIPOTESIS.

Hipótesis XO: La hipertrofia adenoidea no representa un hallazgo frecuente en sujetos adultos con patología nasosinusal.

Hipótesis X1: La hipertrofia adenoidea es un hallazgo frecuente en sujetos adultos con patología nasosinusal.

OBJETIVOS.

- 1.- Determinar la incidencia de hipertrofia adenoidea en el adulto
- 2.- Realizar una estadificación de acuerdo al grado de hipertrofia adenoidea encontrada.
- 3.- Correlacionar los aspectos endoscópicos con la sintomatología nasosinusal.

DISEÑO Y DURACION.

Tipo de estudio descriptivo, transversal y observacional El trabajo se inicio en Junio de 1999 a Junio del 2000.

MATERIAL Y METODOS.

La población de estudio fueron 200 pacientes que acudieron a la unidad de consulta de otorrinolaringología del Hospital General de México por problemas nasosinusales que se obtuvieron por un muestreo aleatorio simple. Se incluyeron a pacientes con edades entre los

OBJETIVOS.

- 1.- Determinar la incidencia de hipertrofia adenoidea en el adulto
- 2.- Realizar una estadificación de acuerdo al grado de hipertrofia adenoidea encontrada.
- 3.- Correlacionar los aspectos endoscópicos con la sintomatología nasosinusal.

DISEÑO Y DURACION.

Tipo de estudio descriptivo, transversal y observacional El trabajo se inicio en Junio de 1999 a Junio del 2000.

MATERIAL Y METODOS.

La población de estudio fueron 200 pacientes que acudieron a la unidad de consulta de otorrinolaringología del Hospital General de México por problemas nasosinusales que se obtuvieron por un muestreo aleatorio simple. Se incluyeron a pacientes con edades entre los

18 a 40 años de edad sin importar el sexo, realizándoseles endoscopia nasal con telescopio flexible de 4mm, fibra óptica y fuente de luz de 150 watts Storz, colocándose aplicadores con vasoconstrictor y anestésico tópico por medio de una rinoscopia anterior para una buena exploración de la nasofaringe y una visión directa del tejido linfoide existente, determinándose la presencia o no de tejido linfoide, clasificandolo por su tamaño en tres grados. El grado I consiste en la presencia de tejido linfoide localizado únicamente a la pared posterior de la faringe en su porción superior; Grado II el tejido que ocupa en su totalidad la pared posterior faringea y Grado III extensión del tejido hasta el torus tubario y que pudiera ocluir la desembocadura de la Trompa de Eustaquio. Posteriormente se realiza el diagnóstico clínico de cada paciente encerrados en cuatro grandes grupos (Rinitis alérgica, Desviación septal, sinusitis crónica y faringitis crónica)

Los únicos pacientes excluidos fueron los que habian sido sometidos previamente a cirugía de adenoides y/o amígdalas palatinas , además de pacientes con resultado de HIV positivo.

RESULTADOS

Se estudiaron 200 pacientes adultos con diferentes enfermedades nasosinusales . revisados endoscópicamente encontrando en 62 (31%) de ellos cierto grado de hipertrofia adenoidea.

Se les dividió en 3 grados:

El Grado I incluye a los pacientes con presencia de tejido linfoide en la porción superior de la pared posterior de la rinofaringe. El total fué de 20 pacientes ; 7 masculinos(35%) con edad promedio de 27.8 años (mediana 29 , moda 30, desviación estándar 7.35); 13 femeninos (65%) con edad promedio de 31.4 años (mediana 31, moda 23, 40, desviación estándar 6.20).

Los diagnósticos finales nasosinusales motivo de la consulta quedaron encerrados en cuatro grandes grupos con los siguientes resultados: Sinusitis crónica en 5 pacientes 25%, Rinitis alérgica en 5 pacientes 25%, desviación septal en 5 pacientes 25% y Faringitis crónica en 5 pacientes 25%. El reflujo gastroesofágico como hallazgo en diversos grados pero siendo positivo en 9 pacientes 45% .

HIPERTROFIA ADENOIDEA GRADO I			
	No.PACIENTES	PORCENTAJE	EDAD PROMEDIO
MASCULINO	7	35 %	27.8
FEMENINO	13	65 %	31.4

	No. PACIENTES	PORCENTAJE
SINUSITIS CRÓNICA	5	25 %
DESVIACION SEPTAL	5	25 %
RINITIS ALERGICA	5	25 %
FARINGITIS CRÓNICA	5	25 %

El Grado II mostraba hipertrofia de tejido linfoide cubriendo la pared posterior de la rinofaringe. El total fue de 29 pacientes, 10 masculinos (34.4%) con edad promedio de 23.7 años, (mediana 21, moda 18, 25, desviación estándar 5.06); 19 femeninos (65.5%) con edad promedio de 24.3 años, (mediana 24, Moda 18, desviación estándar 5.95).

Los diagnósticos finales nasosinusales quedaron asociados de la siguiente manera: Sinusitis crónica en 8 pacientes 25.5%, Rinitis alérgica en 11 pacientes 37.9%, Desviación septal en 6 pacientes 20.6% y Faringitis crónica en 4 pacientes 13.7%. La asociación con reflujo gastroesofágico fue en 8 pacientes (27.5%).

HIPERTROFIA ADENOIDEA GRADO II			
	No. PACIENTES	PORCENTAJE	EDAD PROMEDIO
MASCULINO	10	34.4 %	23.7
FEMENINO	19	65.5 %	24.3

	No. PACIENTES	PORCENTAJE
SINUSITIS CRONICA	8	27.5 %
DESVIACION SEPTAL	6	20.6 %
RINITIS ALERGICA	11	37.9 %
FARINGITIS CRONICA	4	13.7 %

El Grado III mostraba el crecimiento adenoideo ocupando la pared posterior de la *rinofaringe* con extensión a las trompas de eustaquio, provocando obstrucción parcial o total de las mismas. El total fue de 13 pacientes, 7 masculinos (53.8%) con edad promedio de 23 años, (mediana 20, moda 18,20, desviación estándar 7.38); 6 femeninos (46.1%) con edad promedio de 29.5 años, (mediana 23, moda 22,35 desviación estándar 7.36).

Los diagnósticos nasosinusales quedaron asociados con sinusitis crónica 3 pacientes 23%, rinitis alérgica con 5 pacientes 38.4%, desviación septal 3 pacientes 23% y faringitis crónica en 2 pacientes (15.3%). La asociación con reflujo gastroesofágico fue en 4 pacientes (30.7%).

HIPERTROFIA ADENOIDEA GRADO III			
	No. PACIENTES	PORCENTAJE	EDAD PROMEDIO
MASCULINO	7	53.8 %	23
FEMENINO	6	46.15 %	29.5

	No. PACIENTES	PORCENTAJE
SINUSITIS CRONICA	3	23 %
DESVIACION SEPTAL	3	23 %
RINITIS ALERGICA	5	38.4 %
FARINGITIS CRONICA	2	15.3 %



FIG 1.1. Hipertrófia adenoidal Grado I. Tejido linfóide que ocupa la parte superior de la rinofaringe, dejando la trompa de Eustaquio libre de fosa nasal izquierda.

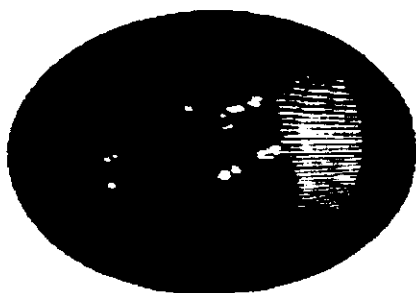


FIG 1.2. Hipertrófia adenoidal Grado II. Tejido linfóide que ocupa la totalidad de la pared posterior de la rinofaringe respetando trompa de Eustaquio de fosa nasal derecha.



FIG 1.3. Hipertrófia adenoidal Grado III. Ocupación total de la rinofaringe y obstrucción de la trompa de Eustaquio por fosa nasal derecha.

ANALISIS ESTADÍSTICO.

Se utilizara como base para el estudio medidas de dispersión (media, mediana y moda) y desviación estándar

ASPECTOS ETICOS Y DE BIOSEGURIDAD.

La participación del paciente en el estudio es de forma voluntaria , explicándosele las características del estudio de endoscopia nasal flexible como parte fundamental en la revisión de cada paciente con sintomatología nasosinusal. Es un estudio no invasivo y que en ningún momento compromete ni siquiera en forma parcial a las estructuras nasales o resto de la economía del paciente.

CONCLUSIONES.

El haber realizado el estudio nos ha brindado una idea distinta a la que se tiene acerca de la hipertrofia adenoidea; En primer lugar obligara al otorrinolaringólogo a revisar también cuidadosamente la rinofaringe tratando de explicar sintomatología referida por el paciente.

ANALISIS ESTADÍSTICO.

Se utilizara como base para el estudio medidas de dispersión (media, mediana y moda) y desviación estándar

ASPECTOS ETICOS Y DE BIOSEGURIDAD.

La participación del paciente en el estudio es de forma voluntaria , explicándosele las características del estudio de endoscopia nasal flexible como parte fundamental en la revisión de cada paciente con sintomatología nasosinusal. Es un estudio no invasivo y que en ningún momento compromete ni siquiera en forma parcial a las estructuras nasales o resto de la economía del paciente.

CONCLUSIONES.

El haber realizado el estudio nos ha brindado una idea distinta a la que se tiene acerca de la hipertrofia adenoidea; En primer lugar obligara al otorrinolaringólogo a revisar también cuidadosamente la rinofaringe tratando de explicar sintomatología referida por el paciente.

La serie de pacientes evaluada considerando a una población total de adultos es poca y los resultados no son significativos estadísticamente, aunque es de mencionar que si se puede encontrar paquetes adenoideos importantes en adultos y que pueden estar asociados a problemas nasosinuales alérgicos en primer instancia y en infecciosos crónicos en segundo. También es observado que el reflujo gastroesofágico es un factor que esta presente aunque no en forma importante, y nuevamente no valorable por lo pequeño de la muestra.

Por lo tanto el estudio esta enfocado en la prevalencia o no del tejido linfoide en el adulto lo cual se corrobora, cumpliendo su objetivo, lo restante deberá extenderse sobre este estudio para obtener una significancia estadística.

El no contar con trabajos previos en la literatura mundial en este tema, la realización de esta tesis se torna como una oportunidad para la publicación nacional e internacional y la pauta para llevar a cabo futuras investigaciones clínicas al respecto.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Embriología clínica. Keith L. Moore. 4 edición. pp 196-198.
- 2.- Ann Otol Rhinol Laryngol; 108 (1): 67-72, 1999 Jan. radiographic evaluation of children with nasopharyngeal obstruction due to the adenoid.
- 3.- ENT J; 78 (8): 617-20, 1999 Aug. Tonsil and adenoid surgery for upper airway obstruction in children.
- 4.- Laryngoscope; 108 (7): 1104-6, 1998 Jul. a combined method of conventional and endoscopic adenoidectomy.
- 5.- Int J pediatr Otorhinolaryngol; 44 (2): 149-53, 1998 Jul. Safety of powered instrumentation for adenoidectomy.
- 6.- Pediatr clin North Am; 43 (6): 1319-38, 1996 Dec. Tonsillectomy and adenoidectomy: Changing indications.
- 7.- Pediatr Pulmonol; 22 (2): 101-5, 1996 Aug. polysomnographic studies in children with adenotonsillar hypertrophy and suspected obstructive sleep apnea.
- 8.- Laryngoscope; 109 (10): 1611-5, 1999 Oct. Surgical management of obstruction sleep apnea in children with cerebral palsy.
- 9.- Int J pediatr otorhinolaryngol; 45 (3): 207-14, 1998 Oct 15. Laterally hypertrophic adenoids as a contributory factor in otitis media.

- 10.- Acta Otorrinolaringol Esp; 47 (5): 411-3, 1996. Sep-Oct. Amigdalectomias y adenoidectomias urgentes en niños por obstrucción nasal de la vía aérea superior.
- 11.- Jama; 282 (10): 945-53, 1999 Sep 8. Adenoidectomy and adenotonsillectomy for recurrent acute otitis media: Parallel randomized clinical trials in children not previously treated with tympanostomy tubes.
- 12.- Arch Otolaryngol head and neck surgery; 125(11): 1208-11, 1999 Nov. Adenoidectomy vs endoscopic sinus surgery for the treatment of pediatric sinusitis.
- 13.- Science; 274 (5290): 1067-8, 1996 Nov. HIV-1 in oropharyngeal lymphoid tissues.
- 14.- Otolaryngology head and neck surgery. Cummings et al. Vol. No 2. 2 edición. pp 1110-1113.