

ISSN: 2340-3438

Edita: Sociedad Gallega de
Otorrinolaringología.

Periodicidad: continuada.

Web: www.sgorl.org/revista

Correo electrónico:

actaorlgallega@gmail.com

SGORL PCF
Sociedad Gallega de Otorrinolaringología
y Patología Cervicofacial



Acta Otorrinolaringológica Gallega

Caso Clínico

Anillo de Waldeyer y compromiso de la vía aérea en

edad adulta: presentación de un caso clínico

Waldeyer's ring and airway commitment in adult age:

a case report

Ana Sousa Menezes, Cátia Azevedo, Daniela Ribeiro, Filipa Moreira,
Luís Dias.

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital de Braga, Portugal.

Recibido: 7/12/2018 Aceptado: 30/12/2018

Resumen

La hipertrofia del anillo de Waldeyer (AW) forma parte del desarrollo normal de la infancia, especialmente debido a las infecciones virales y bacterianas. A excepción de la hipertrofia de la amígdala lingual que puede permanecer en la edad adulta, el resto del tejido linfoide faríngeo en general disminuye con el crecimiento.

Se presenta el caso de una manifestación inicial crítica en una paciente con hipertrofia benigna del AW con compromiso de la vía aérea y riesgo vital por intubación imposible en una cirugía programada. Se trata de una paciente inmunocompetente, fumadora y previamente sometida a adenoidectomía y amigdalectomía parcial. Se realizó un estudio analítico completo, y estudios serológico, inmunológico y alergológico que revelaron la presencia de atopia como único antecedente. La imagenología mostró signos aparentes de hipertrofia benigna. La paciente fue sometida a adenoidectomía y amigdalectomía palatina y lingual con láser de CO₂, sin incidencias, con buena evolución clínica después de la cirugía. El examen histopatológico de la pieza quirúrgica reveló la pre-

Correspondencia: Ana Sousa Menezes

Hospital de Braga, Portugal

Correo electrónico: ana4644@gmail.com

sencia de hiperplasia linfoide. Con este caso clínico se pretende llamar la atención sobre distintos diagnósticos diferenciales y alertar de la importancia de un estudio analítico y de imagen completos.

Palabras clave: anillo de Waldeyer, vía aérea, tejido linfoide.

Abstract

The hypertrophy of the Waldeyer's ring (AW) is part of the normal development of childhood, especially due to viral and bacterial infections. Except for the hypertrophy of the lingual tonsil that may remain in adulthood, the rest of the pharyngeal lymphoid tissue generally decreases with growth.

We present the case of a critical initial manifestation in a patient with benign AW hypertrophy with airway compromise and vital risk due to an impossible intubation in a programmed surgery. It is an immunocompetent female patient, smoker and previously submitted to adenoidectomy and partial tonsillectomy. An extensive blood testing was carried out, as well as serological, immunological and allergological studies that revealed the presence of atopy as the only finding. Imaging showed signs of benign hypertrophy. The patient underwent adenoidectomy, palatal and lingual tonsillectomy with CO2 laser, without incidents, with good clinical evolution after surgery. The histopathological examination of the surgical specimen revealed the presence of lymphoid hyperplasia. This clinical case aims to draw attention to different differential diagnoses and alert for the importance of blood testing and imaging.

Keywords: Waldeyer's ring, airway, lymphoid tissue

Introducción

El anillo de Waldeyer (AW), fue descrito por primera vez en el siglo XIX por el anatomista Waldeyer-Hartz y consiste en un anillo de tejido linfoide localizado en la naso y orofaringe.¹ Incluye las amígdalas palatinas en la orofaringe, las amígdalas faríngeas o adenoides y las amígdalas peritubáricas en la nasofaringe, las amígdalas linguales en la base de la lengua y los cordones faríngeos laterales. Este anillo constituye la primera barrera de defensa inmune ante los microorganismos con vía de entrada en el tracto aereo-digestivo.¹

La hipertrofia del AW forma parte del desarrollo normal de la infancia, sobre todo debido a las infecciones virales y bacterianas. A excepción de la hipertrofia de la amígdala lingual que puede permanecer en la edad adulta, el resto del tejido linfoide faríngeo en general disminuye con el crecimiento.¹⁻²

Caso Clínico

Paciente de sexo femenino, de 32 años de edad con antecedentes de obesidad grave ($IMC > 40 \text{ kg/m}^2$), hábito tabáquico esporádico, septoplastia, adenoidectomía y amigdalectomía parcial en 2011 por obstrucción nasal y roncopatía. El resultado histológico reveló una hiperplasia reactiva.

La paciente fue derivada a la consulta de Otorrinolaringología (ORL) para la evaluación de la vía aérea y el despistaje de lesiones faringolaríngeas después de un intento abortado de intubación para cirugía bariátrica. Presentaba ronquidos sin apneas presenciadas. No refería disnea, disfagia, o tos con expectoración o con sangre. Negaba antecedentes de infecciones faringolaríngeas, síntomas de reflujo faringolaríngeo, o antecedentes personales o familiares de atopia.

Exploración física de ORL

El examen físico confirmado por fibrolaringoscopia (Figura 1)) demostró una hipertrofia simétrica de adenoides con obstrucción subtotal de la nasofaringe, hipertrofia empalizada de los cordones posteriores de la faringe e hipertrofia de las amígdalas palatinas grado 3 de Friedman.

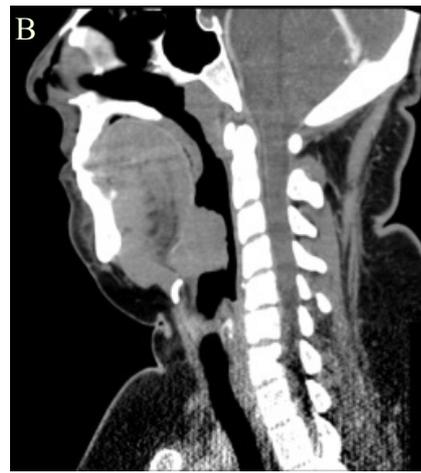
Se confirmó también una hipertrofia exuberante simétrica de la amígdala lingual con extensión a las velleculas, con tracción inferior y horizontalización de la epiglotis con compromiso de la vía aérea. La paciente presentaba un cuello ancho y voz apagada ("patata caliente"), sin otras alteraciones significativas en el examen de ORL.



Figura 1: Fibrolaringoscopia: hipertrofia de la amígdala lingual con extensión a las velleculas.

Estudio complementario

Se realizó una tomografía computerizada (figuras 2a y 2b) que mostró signos aparentes de hipertrofia benigna, con una hipertrofia empalizada marcada del tejido linfoide nasofaríngeo y de las amígdalas linguales, con hipertrofia menos exuberante de las amígdalas palatinas, y con la reducción del paso aéreo faríngeo. También se confirmó la presencia de múltiples adenopatías cervicales reactivas.



Figuras 2a (corte coronal) y 2b (corte sagital): Tomografía Computarizada (TC) de la faringe que muestra Marcada hipertrofia empalizada del tejido linfoide nasofaríngeo y de las amígdalas linguales, con hipertrofia menos exuberante de las amígdalas palatinas. Múltiples adenopatías cervicales reactivas.

En el estudio analítico completo destacó la presencia de leucocitosis neutrofílica (17700/ μ L con 84.6% neutrófilos, sin eosinofilia), la velocidad de sedimentación de 31mm/h y la positividad del panel AlaTOP SCREEN®. La paciente fue sometida a un estudio serológico que incluyó Hepatitis A, B y C, Citomegalovirus (CMV), Virus Herpes Simple (VHS) 1 y 2, Virus Epstein-Barr (VEB), VIH, toxoplasma gondii y treponema Pallidum, entre otros y a un estudio inmunológico (anticuerpos antinucleares, factor reumatoide, electroforesis de proteínas séricas, estudio de inmunoglobulinas), con resultado negativo.

Tratamiento

Se propuso realizar un tratamiento quirúrgico, que la paciente aceptó. La paciente fue advertida de la posible necesidad de traqueostomía de seguridad para la realización de la cirugía, que acabó por no ser necesaria. La intubación orotraqueal fue realizada con C-MAC® para videolaringscopia, sin incidencias. Se realizó una adenoidectomía y amigdalectomía palatina y lingual con láser de CO₂, sin incidentes, con una buena evolución clínica después de la cirugía. (Figura 3).

El examen histopatológico de la pieza quirúrgica reveló la presencia de hiperplasia linfoide.



Figura 3: Cicatrización postoperatoria (a las 4 semanas).

Discusión

Las causas posibles de hipertrofia del AW en la edad adulta descritas en la literatura son varias, incluyendo la infección crónica y la atopia.² Puede estar asociada con la enfermedad nasosinusal maligna, el linfoma, la inmunosupresión y la infección por el VIH.^{2,3} La polución y el tabaquismo también se han descrito como factores predisponentes.^{2,3} La obesidad y el reflujo faringo-laríngeo se han asociado a la hipertrofia de las amígdalas linguales.⁴

Este caso revela una manifestación inicial crítica en una paciente con hipertrofia benigna idiopática del AW, con compromiso de la vía aérea y riesgo vital por intubación imposible en una cirugía programada. Se trataba de una paciente inmunocompetente, obesa, fumadora, con antecedentes de atopia y previamente sometida a adenoamigdalectomía.

En estos casos es imperativa la realización de un estudio analítico e imagenológico completos con el fin de excluir patología oncológica, infecciosa o inmunológica.

Una entidad clínica importante a excluir desde el inicio es el linfoma. Después del linfoma gastrointestinal, el linfoma de la cabeza y el cuello es el segundo linfoma extranodal más frecuente.⁵⁻⁶ Alrededor de la mitad de los linfomas de la cabeza y el cuello se producen en el AW, siendo por ello imperativa la realización de una biopsia para el diagnóstico diferencial, especialmente ante la presencia de adenopatías cervicales.⁵⁻⁶ El grado de sospecha de un proceso maligno también debe ser alto en los grupos de mayor edad, particularmente si hay antecedentes de consumo de tabaco y alcohol o antecedentes de malignidad, y especialmente en casos de hipertrofia unilateral. En nuestro caso, la paciente presentaba hipertrofia generalizada y simétrica del AW. En esta paciente la biopsia excisional fue realizada en quirófano y sin retraso en el estudio etiológico.

Nuestra paciente presentaba leucocitosis con neutrofilia. En este contexto, el estudio serológico es importante para excluir una causa infecciosa por agentes como VEB, CMV, VIH, adenovirus, virus hepatitis, *Corynebacterium Diphtheriae*, *Toxoplasma gondii* y *Treponema Pallidum*.⁷⁻⁸ En nuestro caso, el estudio serológico y histopatológico fue negativo. Pese a no haber realizado pruebas microbiológicas específicas para tuberculosis, el estudio anatomopatológico resultó negativo para dicha enfermedad. El AW raramente se ve afectado por una inflamación granulomatosa. La infección es de hecho un agente más común. Sin embargo, en muchos casos, puede ser parte de una enfermedad sistémica como la sarcoidosis, una enfermedad autoinmune, la enfermedad de Crohn, infección fúngica o tuberculosis.⁹

Pese a los antecedentes de adenoidectomía y amigdalectomía parcial, la paciente presentaba nuevamente signos de hipertrofia exuberante del tejido adenoamigdalino. La persistencia de algún tejido amigdalino probablemente explique la recidiva en esta localización.

En este sentido, es muy importante el seguimiento de estos pacientes para verificar la ausencia de recidiva y lo incentivo del control ponderal, ya que la obesidad es una causa para este problema

En conclusión, un adecuado ejercicio diagnóstico para esta situación clínica es imprescindible ya que los posibles diagnósticos diferenciales incluyen entidades potencialmente letales y con impacto en la orientación terapéutica.

Declaración de conflicto de intereses: Todos los autores declaran que han leído y comprendido la política de declaración de intereses de esta revista y no tienen conflicto de intereses.

Bibliografía

- 1- Hellings O, Jorissen M, Ceuppens JL. The Waldeyer's ring. *Acta Otorhinolaryngolo Belg.* 2000;54(3):237-41
- 2- Hwang MS, Salapatas AM, Yamanchali S, Joseph NJ, Friedman M. Factors associated with hypertrophy of the lingual tonsils. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015 ;152(5):851-5.
- 3- Rout MR, Mohanty D, Vijaylaxmi Y, Bobba K, Metta C. Adenoid Hypertrophy in Adults: A case Series. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013; 65(3):269–274.
- 4- Sung M, Lee WH, Wee JH, Lee CH, Kim E, Kim J. Factors Associated With Hypertrophy of the Lingual Tonsils in Adults With Sleep-Disordered Breathing. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;139(6):598–603.
- 5- Ezzat AA, Ibrahim EM, El Weshi AN, et al. Localized non Hodgkin's lymphoma of Waldeyer's ring: clinical features, management, and prognosis of 130 adult patients. *Head and Neck,* 2001,23 (7):547- 558.
- 6- Zucca E, Roggero E, Bertoni F, et al. Primary extranodal non'Hodgkin's lymphoma. Part 2: head and neck, central nervous system and other less common sites . *Ann Oncol,* 1999,10(9):1023-1033.
- 7- Mohanty D, Vijaylaxmi Y, Bobba K, Metta C. Adenoid Hypertrophy in Adults: A case Series Manas Ranjan Rout. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013; 65(3):269–274;
- 8- Greaves WO, Wang SA. Selected Topics on Lymphoid Lesions in the Head and Neck Regions. *Head Neck Pathol.* 2011 ; 5(1): 41–50.
- 9- Bizaki A, Salonen T, Numminen J, Rautiainen M. Granulomatous Hypertrophy of the Lingual Tonsil. *Ann Otolaryngol Rhinol.* 2016; 3(8): 1123.