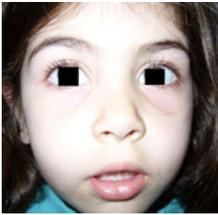


HIPERTROFIA ADENOIDEA O «VEGETACIONES»



[¿Qué son las vegetaciones o adenoides?](#)

[¿Qué es la hipertrofia adenoidea?](#)

[¿Qué síntomas produce la hipertrofia adenoidea \(aumento de las vegetaciones\)?](#)

[¿Cómo se sabe con seguridad que están aumentadas de tamaño?](#)

[¿Cuándo hay que pensar en operar?](#)

[¿En qué consiste la intervención?](#)

[¿Qué puedo esperar luego?](#)

¿Qué son las vegetaciones o adenoides?

Las adenoides o vegetaciones están compuestas por tejido linfático y situadas dentro de la cara, justo detrás de la nariz.

La amígdala faríngea tiene un espesor aproximado de 6 mm., involuciona en la pubertad para luego atrofiarse en el adulto. Cuando se hipertrofia, hablamos de vegetaciones adenoideas.

Las infecciones agudas y recidivantes, como la rinitis del lactante y rinosinusitis en la infancia, serían la causa principal de la hipertrofia adenoidea, especialmente si se agrega una predisposición constitucional a la hiperplasia generalizada del tejido linfático.

Son realmente, desde el punto de vista de su función, parte de un órgano más extenso conocido entre los médicos como «Anillo de Waldeyer», que dibuja una especie de cinturón que bordea interiormente la entrada al organismo por la boca y la nariz (por donde tragamos y respiramos). Lo forman las anginas o amígdalas palatinas, la amígdala lingual, situada muy atrás en la lengua, por lo que no se ve, y las propias vegetaciones (amígdala faríngea).

Pueden considerarse, como las conocidas amígdalas, un órgano infantil por medio del cual el cuerpo «aprende» a reconocer lo extraño y a defenderse, llegado el caso.

¿Qué es la hipertrofia adenoidea?

En medicina, la palabra hipertrofia significa aumento de tamaño. Se dice que un niño «tiene vegetaciones» cuando sus adenoides crecen más de la cuenta y por esta razón provocan síntomas. En realidad, todos los niños tienen vegetaciones, el que produzcan o no problemas se debe a la relación entre su tamaño y la de la cavidad en la que se encuentran (rinofaringe).

Esta situación es característica de los niños pequeños de entre 3 y 6 años y viene provocada por las infecciones repetidas de las vías respiratorias altas (catarros y resfriados) que se producen sobre todo al comienzo de la etapa escolar.

¿Qué síntomas produce la hipertrofia adenoidea (aumento de las vegetaciones)?

La sintomatología podemos dividirla en síntomas **orgánicos** y **funcionales**

Funcionales: Debido a la insuficiencia respiratoria retranasal, se observa respiración bucal y ruidosa, especialmente nocturna, con sueño inquieto. La voz nasal también es característica, produciéndose la llamada rinofonía cerrada, que debemos diferenciarla de la rinofonía abierta, que es cuando la voz nasal se produce por insuficiencia velopalatina.

Orgánicos: La llamada facies adenoidea, con cara afinada lateralmente, con boca entreabierta y labio superior antevertido. En la región cervical se observan poliadenopatías indoloras. El examen de la cavidad bucal revela el clásico paladar ojival, con alteraciones en el ordenamiento dentario. Las amígdalas palatinas participan generalmente en la hipertrofia.

Los síntomas más característicos son los debidos a la obstrucción al paso de aire por la nariz, al estar su salida posterior obstruida. Es decir:

- **Respiración con la boca abierta de forma continuada.**
- **Ronquidos mientras se duerme.**
- **Timbre de voz característico, al tener la nariz tapada.**
- **Mal aliento por las mañanas.**
- **Congestión nasal y moqueo persistentes.**
- **Infecciones de oídos (otitis) repetidas.**
- **Pausas sin respirar (pausas de apnea) durante el sueño.**
- **Excepcionalmente la obstrucción respiratoria y las pausas de apnea pueden conducir a insuficiencia cardíaca.**

¿Cómo se sabe con seguridad que están aumentadas de tamaño?

Las adenoides no se pueden observar directamente al mirar la garganta. El final del paladar (el paladar blando) nos las oculta, de forma que hará falta un espejo especial para verlas.

Como elementos complementarios clásicos de diagnóstico, se utilizan las radiografías de perfil (radiografía lateral de faringe o de cavum) simple y contrastada, sirve para valorar el tamaño de las vegetaciones; en niños mayores de 10 años muchas veces se acompaña de una Tomografía Computada con y sin contraste (para descartar otras patologías obstructivas de la rinofaringe) y la fibroscopia de vías aéreas superiores o rinofibroscopia.

En ocasiones habrá que superar las consecuencias sobre la respiración nocturna mediante una prueba de sueño, para así valorar la existencia y la intensidad de los episodios de apnea.

¿Cuándo hay que pensar en operar?

Cada caso debe valorarse individualmente, en función de la edad y de las repercusiones de la obstrucción nasal crónica.

La presencia de respiración bucal persistente (niño que respira continuamente con la boca abierta, incluso cuando no está resfriado), con ronquidos y especialmente pausas de apnea durante el sueño, una vez constatada la hipertrofia adenoidea, suelen aconsejar la valoración por el otorrinolaringólogo, que será quien decida si es conveniente o no operar.

Como complicaciones de la hipertrofia adenoidea en los niños, debemos mencionar los trastornos del desarrollo torácico, debido a la respiración bucal. Las infecciones agudas cursan con fiebre alta y aumento de la obstrucción nasal, con habitual compromiso otológico, tomando características propias cuando ocurre en el lactante, ya que dificulta la alimentación.

Debemos mencionar también la posibilidad de que el paciente en edad escolar presente trastornos en el aprendizaje, siendo característica la falta de atención por la mala oxigenación, agravada por la hipoacusia, secuela habitual debido a la disfunción de la trompa de Eustaquio.

¿En qué consiste la intervención?

La extirpación de las adenoides se llama, en terminología médica, adenoidectomía. Las vegetaciones no son un órgano claramente delimitado, por lo que la operación consiste más en «rebajar» su tamaño, que en la extirpación completa. Por esa razón se dan casos en los que se precisa de una segunda adenoidectomía al cabo de meses o años, sobre todo si se realizó la primera a edades tempranas.

Como es natural, requiere anestesia general, pero habitualmente el niño puede volver a su casa el mismo día de la intervención y las complicaciones son poco frecuentes.

¿Qué puedo esperar luego?

Si la operación tiene éxito, al cabo de pocos días el niño respirará bien por la nariz y no será necesario que mantenga la boca abierta para poder respirar. Muchos dejan de roncar y es además característico el cambio de timbre de voz a un tono más agudo. Si previamente hubiera complicaciones más graves de la hipertrofia adenoidea, éstas revierten rápidamente tras la adenoidectomía.

FUENTE:

Centro de Salud El Greco (Getafe) - IMS-Madrid - Dres. Manuel Merino Moína y Juan Bravo Acuña.

Dr. José María Castillo y Dr. Carlos Daniel Szttern - Hospital Español de La Plata - Pvcia. de Buenos Aires - Republica Argentina.

Notas relacionadas:

[Cirugía de las amígdalas y de las adenoides](#)

Aviso a pacientes, familiares o profesionales de atención primaria :

La información de este sitio está dirigida a pacientes, familiares o profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.