

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
REPÚBLICA DE GUATEMALA — CENTRO AMÉRICA

ALGUNAS CONSIDERACIONES
SOBRE LAS
VEGETACIONES ADENOIDEAS

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL

POR

TEODORO VALLE

Ex-practicante interno del Hospital General, del Hospital San José y del
Hospital Militar. Ex-practicante del Servicio de Otorrinolaringología
de la Consulta Externa.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MÉDICO Y CIRUJANO



GUATEMALA, C. A. — FEBRERO DE 1935.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LAS VEGETACIONES ADENOIDEAS

Esta tesis es el producto de una experiencia de dos años en el Servicio de Otorrinolaringología de la Consulta Externa del Hospital General, en donde labora silenciosa, pero tesoneramente, mi ex-jefe y amigo el Dr. Serapio de León. Las vegetaciones adenoideas, con todo el cortejo de síntomas y consecuencias que producen, son conocidas, tengo la seguridad, por todos los médicos de Guatemala, pero no todos les dan la importancia que merecen. Su importancia es tal que el Profesor Apert, ha sentado el principio de que ningún examen de un niño está completo y peca de gran falta, si no se ha explorado cuidadosamente la nasofaringe. Por eso me he decidido a escribir sobre este punto que es primordial para los médicos y de gran trascendencia para los intereses nacionales.

Baste decir que en no pocos casos las vegetaciones adenoideas son causa coadyuvante poderosa para producir uno de los cuatro flagelos que azotan a la humanidad entera: la tuberculosis pulmonar; y además, ¡cuántos niños, tildados de estúpidos y atrasados en la escuela, reaccionan de una manera maravillosa con sólo una operación sencilla e inofensiva de extirpación de vegetaciones hipertrofiadas! Y aquí es precisamente donde quiero llamar la atención porque tiene alta importancia, ahora que la República se encuentra en un período de franca organización, para el desarrollo de los futuros ciudadanos. Es, pues, absolutamente necesario que todo médico general conozca, por lo menos someramente, esta afección y deba tenerla siempre presente, ya que es la fuente de múltiples síntomas y trastornos graves en el organismo. Es imposible que se perdone a un médico que descuide este estado patológico y que le sirva de escudo el no ser especialista.

A nadie se le escapa la gran trascendencia que tendría la investigación de esta afección en los lugares en donde la niñez se reúne para su enseñanza y desarrollo en general: la escuela.

El plan que seguiré en este trabajo será:

1°—Descripción anatómica de la tercera amígdala o amígdala de Luscka.

2°—Exposición somera de los principales síntomas y consecuencias a que da origen.

3°—Tratamiento operatorio empleando sobre todo la técnica e instrumental del Profesor Moure de Burdeos.

4°—Exposición de las variadas observaciones clínicas que tomé personalmente y de los resultados sorprendentes que se tuvo al ser operados los enfermos afectados.

5°—Consideraciones generales sobre lo que creo factible hacer en las escuelas de Guatemala.

6°—Conclusiones.

PRIMERA PARTE

ANATOMIA DE LA TERCERA AMIGDALA

A.—SITUACION

La amígdala nasofaríngea se encuentra situada en el cavum, enfrente de las dos coanas, entre los dos orificios de las trompas. Está unida por una franja de tejido adenoideo a las amígdalas tubarias, las cuales a su vez lo están con las amígdalas palatinas y éstas con la amígdala lingual; todo este tejido adenoideo y de folículos cerrados es lo que se llama "gran círculo linfático de Waldeyer."

B.—FORMA

La amígdala faríngea cuando está en su completo desarrollo, tiene la forma de una eminencia irregularmente cuadrangular, cuyas dimensiones son: longitud 25 milímetros, anchura 20 y espesor 6 milímetros; en su parte media presenta una hendidura anteroposterior, mucho más pronunciada por detrás que por delante y que termina en la parte posterior por una fosilla, la cual se llama bolsa faríngea; a cada lado de la hendidura y formando la amígdala, se encuentran pliegues, muy variables en su número, forma y orientación, que unas veces afectan disposición arqueada, mirándose recíprocamente los de la izquierda y los de la derecha por su concavidad; otras veces parten de la región más posterior, de un punto común y de ahí se irradian hacia adelante y hacia afuera; y a veces tienen la forma tan irregular, que se les ha comparado a circunvoluciones cerebrales.

C.—FARINGE Y NASOFARINGE

Es necesario dar algunos detalles anatómicos de la faringe, en donde está alojada la 3ª amígdala.

La faringe, segunda parte del tubo digestivo, es un conducto común a la entrada de las vías respiratoria y digestiva.

Está situada detrás de las fosas nasales, de la boca y de la laringe, por delante de la columna vertebral; da paso al bolo alimenticio y al aire que se dirige a las vías respiratorias. Se extiende desde la base del cráneo hasta la sexta vértebra cervical. Se le consideran tres partes, que de arriba abajo son: la primera, situada detrás de las fosas nasales llamada rinofaringe o cavum; la segunda, porción bucal; y la tercera, laríngea, según la posición que ocupan con respecto a la boca y a la laringe.

Es importante conocer la superficie interior de la faringe a la cual se le pueden considerar cuatro caras. Una posterior, en la que no se observan a la inspección más que granulaciones de naturaleza linfoide, localizándose arriba las vegetaciones adenoideas. Las paredes laterales: en ellas hay que considerar el orificio de la trompa con sus repliegues anterior y posterior; entre el repliegue anterior y la extremidad posterior del cornete medio está el canal nasofaríngeo, límite entre las fosas nasales y la faringe; por detrás del repliegue posterior se encuentra la fosita de Rosenmuller; más abajo del orificio de la trompa se encuentran las fosas que alojan a las amígdalas palatinas. La pared anterior está formada por las coanas, el velo del paladar, la base de la lengua, la pared posterior de la epiglotis y la laringe. La mucosa que recubre interiormente la faringe es, en su tercio superior, o sea la rinofaringe, de epitelio cilíndrico, y en el resto, de epitelio pavimentoso estra-tificado.

Para el estudio que nos proponemos, únicamente la rinofaringe tiene importancia; su longitud es de cuatro centímetros y medio, el diámetro transversal de cuatro centímetros y dos el anteroposterior.

El cavum está en comunicación con la caja del tímpano por medio de la trompa de Eustaquio; de ahí que toda infección de la nasofaringe esté en la posibilidad de repercutir sobre el oído, la mastoides, las meninges y el cerebro. En el orificio interno de la trompa se encuentran acumulados folículos cerrados a los cuales se les ha dado el nombre de amígdala de Gerlach o tubaria.

SEGUNDA PARTE

VEGETACIONES ADENOIDEAS

A.—DESCRIPCION DE LA AFECCION

El corredor faríngeo, vestíbulo de entrada de las vías digestiva y respiratoria, está en comunicación con las dos puertas de entrada de estas vías: la boca y la nariz; estas dos puertas de entrada están circundadas por una serie de órganos linfoides llamados amígdalas y a su conjunto se le ha dado el nombre, como he dicho, de “gran círculo linfático de Waldeyer.”

En la gran mayoría de los casos, todos los órganos que forman este círculo reaccionan simultáneamente cuando sobreviene infección en uno de ellos.

Las vegetaciones adenoideas fueron descubiertas en 1868, por Wilhem Meyer, de Copenhague, al examinar niños de las escuelas. Se las puede definir diciendo que son la hipertrofia del tejido linfoide de la nasofaringe y particularmente de la amígdala de Luseka, o que son una amigdalitis hipertrófica. La tercera amígdala está poco desarrollada hasta la edad de un año; se ha considerado que si a esta edad las vegetaciones llegan a seis milímetros, hay hipertrofia. De dos años a doce pueden alcanzar hasta seis milímetros siendo normal; se ha observado que de los quince años en adelante empieza a atrofiarse y que normalmente esta atrofia se completa a los veinte.

Aunque es verdad que la edad en que es más frecuente esta afección es de tres a ocho años, puede presentarse antes o después, habiéndose visto casos de pacientes de sólo un mes de edad y otros de sesenta años.

Etiología.—Se ha hablado mucho sobre este asunto. Algunos autores opinan que se desarrolla en un terreno linfático; otros dicen que las infecciones de la faringe dan lugar a adenoiditis, las cuales dejan como secuela la hipertrofia.

Anatomía Patológica.—Se puede describir una forma circunscrita y otra difusa. La forma circunscrita es la que constituye las vegetaciones hipertrofiadas. Se presenta a la

rinoscopia posterior, como una masa rosada, formada por bandeletas anteroposteriores y paralelas, o bien ligeramente convergentes hacia atrás, separadas por surcos. Al tacto faríngeo se palpa como masa que da la sensación de un conjunto de gusanos apelonados, y se puede sentir en el centro una depresión más acentuada. La configuración general es cuadrangular.

La forma difusa consiste en la hipertrofia de todo el tejido linfoideo de la nasofaringe, no solamente en la bóveda sino en la fosita de Rosenmuller y en la pared posterior, en donde se ven las granulaciones gris-rojizas.

Histología.—La hipertrofia se hace sobre todo el tejido que forma la amígdala. El epitelio se multiplica y se vuelve estratificado. El tejido adenoideo es bastante hipertrofiado; la red fibrosa que circunda el folículo está abundantemente infiltrado de células linfáticas de grueso núcleo.

Patogenia.—La manera cómo obran las vegetaciones es muy fácil de explicarlo. Siendo un tejido linfoideo que tiene papel defensivo, toda infección que haya en su vecindad repercutirá en él, dando lugar a adenoiditis que pone en peligro las otras cavidades cercanas. Por otra parte, ejerce acción mecánica al obstruir las vías respiratorias e impidiendo la nutrición normal en los niños.

Sintomatología.—Los síntomas pueden ser funcionales y físicos. Los primeros son casi siempre notados en parte por la familia, y no es extraño que al llegar a la consulta, digan los padres que su niño no respira bien; que mantiene abierta la boca; que ronca casi todas las noches y que su sueño es intranquilo, con pesadillas que lo despiertan sobresaltado. A veces nos dicen que a pesar de todos los regaños, el niño se orina en la cama; además, es perezoso y reacio para asistir a la escuela.

Otras veces van a consultar por otitis supurada o cataral aguda, otalgias de repetición, por sordera y zumbidos intermitentes de oídos; por catarros nasales y nasofaríngeos frecuentes; por accesos de tos matutinos acompañados de expectoración mucopurulenta; estos últimos síntomas pueden poner en alarma a una familia y en situación embarazosa a cualquier médico que no tenga en su mente esta afección.

En más de una ocasión se presenta una madre alarmadísima, diciendo que su nene no puede respirar y tiene dificultad para coger el pecho, viendo que cada día se desmejora físicamente.

Los síntomas físicos, corresponden casi íntegramente a lo que se llama facies adenoidea. El paciente que presenta esta facies tiene aspecto de tonto, de imbécil; generalmente es pálido, sin expresión, triste; la boca la mantiene entreabierta y por ella se le escapa la saliva; el labio superior es mucho más grueso que el inferior; hay deformidad de la mandíbula superior, que se presenta aplastada lateralmente, a lo cual se ha dado como explicación que los carrillos, al estar abierta la boca, hacen presión sobre los huesos que todavía no están osificados por completo y no tienen gran consistencia. La mandíbula superior muestra un prognatismo exagerado; los dientes superiores desbordan considerablemente a los inferiores y muchas piezas dentarias presentan anomalías en cuanto a su forma y orientación. La nariz es afilada y estrecha.

A todo esto se agrega lo que el médico va descubriendo al abrir la boca del enfermo y al explorar la faringe. La bóveda palatina es ojival, excavada y pálida; las amígdalas palatinas por lo general están hipertrofiadas. En la pared posterior de la faringe se ve la mucosa pálida, seca, sembrada de granulaciones grisáceas y rojizas.

Cuando se hace el tacto faríngeo y la rinoscopia posterior, se palpan y se ven las vegetaciones tal como se ha indicado en la Anatomía Patológica.

b) Complicaciones.—Las otitis catarrales y supuradas, las sorderas y las otalgias, son en gran parte de origen faríngeo; de ahí que siempre que se presente un enfermo de esas dolencias, es imprescindible y necesario practicar un examen de la nasofaringe.

Ya se habló en otra parte que por medio de la trompa de Eustaquio, las vegetaciones pueden llegar a producir mastoiditis, meningitis y abscesos cerebrales, todo lo cual no hay que perder de vista.

Cuántas veces el médico se queda perplejo al no poder encontrar la causa de una bronquitis o laringitis de repetición de que a menudo padece un enfermo. Lo examinará cuidadosamente una y más veces, y si se le pasa desapercibida la nasofaringe nunca resolverá el problema.

Cuando hay adenoiditis que produce abundante secreción mucopurulenta y el niño se la traga, es indudable que producirá infección en las vías digestivas. No son raras las dispepsias y enterocolitis de ese origen.

Entre las observaciones que presento se notará el caso de un niño que sufría de pseudo-asma y no se le encontró más etiología que las vegetaciones hipertrofiadas. En todo niño que padece de esta afección, no debe omitirse el examen del cavum.

Se ha llegado a establecer por investigaciones minuciosas efectuadas, que existe una relación muy estrecha entre la enuresis y las vegetaciones; sorprendentes casos de curación se han registrado al hacer la ablación de las vegetaciones.

Los norteamericanos les dan gran importancia a las vegetaciones en ciertos enfermos con crisis epileptiformes y se han dado casos evidentes de curación, con la extirpación de aquéllas.

Cuántos niños se salvarían de tener un tórax estrecho y deformidades en la columna vertebral, si se pusiera algún empeño en cuidar de la niñez. Cuando haya un servicio médico escolar eficiente se podrá evitar su desarrollo defectuoso.

Igual cosa se puede decir de los atrasados mentales. ¡Pobres niños tratados de inútiles y tontos que con sólo una operación sencilla se podrían evitar ese predicado!

La tartamudez es algo difícil de explicar y de curar. Se ha notado la coincidencia de tartamudos que curaban al quitarles las vegetaciones.

La misma explicación que se da para las deformidades torácicas, se puede dar para el pie plano en un paciente afectado de vegetaciones. Los autores estadounidenses han observado este detalle.

Muchos profesores franceses, han insinuado y defendido la idea de que en más de una vez los ataques de apendicitis proceden de infección en las adenoides. Llamam al apéndice amígdala abdominal y como tal, y estar constituido de tejido linfoideo, tendrá su repercusión cuando en alguna parte del organismo haya infección.

c) *Pronóstico.*—Es fácil comprender que si a tiempo son tratadas las vegetaciones, su pronóstico será benigno;

pero si se las descuida, hay que recordar su sintomatología y complicaciones para darse cuenta de las consecuencias fatales a que puede dar origen.

d) Tratamiento.—Puede ser médico y quirúrgico. Al primero no le damos ninguna importancia por ser ineficaz y en cuanto al segundo, describimos en la tercera parte la operación correspondiente.

TERCERA PARTE

LA OPERACION

1) *Disposiciones preliminares.*—Preparación del enfermo.—Algunos autores aconsejan hacer la desinfección nasofaríngea por medio de una pomada a base de mentol o alcanfor; esto lo hacen de manera sistemática durante cuatro o seis días. En la práctica que hemos tenido en el servicio de la consulta, esta disposición preliminar sólo se hizo en los casos de adenoditis. El día de la operación el niño debe estar en ayunas para evitar los vómitos.

2) *Anestesia.*—Antes de hablar de la posición que se debe dar al paciente es necesario determinar si se va a dar o no anestesia. Esta puede ser general o local.

Los norteamericanos usan mucho la general con el éter. La práctica y las estadísticas de ellos les han dado a entender que es el mejor anestésico que conviene en esta operación. Algunos usan el cloroformo.

La anestesia general no debe ser completa, sino que debe mantenerse en estado tal, que el reflejo de la tos no sea abolido porque su supresión implicaría peligro; la sangre podría irse a las vías respiratorias.

Los norteamericanos, que son los que usan más la anestesia general, han dicho que la operación de adenoidectomía, y aun de amigdalectomía, se debe hacer en el tiempo que transcurre entre la inconsciencia y la abolición del reflejo de la tos.

No siempre es posible dar anestesia general. Está contraindicada en los pacientes que tengan muy afectados el corazón, los riñones, los pulmones, o el hígado; lo mismo puede decirse de toda infección grave, sobre todo si esta infección está en la garganta.

Otros usan la anestesia local por medio de pulverizaciones en la nasofaringe.

En Francia no todos acostumbran la anestesia; la mayor parte de los especialistas, entre ellos Moure y Portmann, la rechazan por los peligros que entraña, pues fuera de los concernientes a toda anestesia general, la hemorra-

gia es más intensa y la sangre puede penetrar en las vías respiratorias, exponiendo al sujeto a un peligro inminente; lo mismo puede decirse de la posible caída de las vegetaciones en la laringe.

El Profesor Moure, con una experiencia de más de diez mil operaciones de adenoides, ha llegado a la conclusión de que lo mejor es suprimir toda anestesia, y dice que una operación así tan sencilla, tan rápida y tan inofensiva, no se la debe exponer a sus peligros.

Entre nosotros, en la Consulta del Hospital General y en el Hospicio Nacional, se ha seguido la técnica del Profesor Moure, es decir, la operación sin ninguna anestesia. Podemos asegurar que el procedimiento es bastante bueno, jamás se registró un accidente en más de sesenta operaciones que ví y ayudé a practicar. Algunos han objetado que este procedimiento tiene el inconveniente de ser doloroso y que muchos niños indóciles, no podrían ser operados; para lo primero diremos, que es tan rápido todo, que el factor dolor no debe tomarse en cuenta; a lo segundo, que nunca encontramos verdadera dificultad. Usando maneras persuasivas el paciente siempre se dejó operar. No dejaremos pasar la oportunidad para recomendar y aconsejar que se opere sin anestesia toda adenoidectomía. La experiencia nos indica que así debe hacerse para eliminar los peligros.

3) *Posición del operado.*—Varía, naturalmente, si se da o no anestesia. En el caso que no se dé se pondrá al paciente en la posición que recomienda el Profesor Moure. Si es un niño se debe envolver en una sábana para que quede imposibilitado de mover sus miembros superiores; un ayudante debe sentarse en una silla y colocar al niño en sus muslos, le aprisionará las piernas con las suyas, manteniendo el tronco fijo con una mano y con la otra la cabeza del enfermo. El operador está enfrente; con un abre bocas mantiene la boca abierta con la mano izquierda y con la derecha maneja su adenótomo y su cucharilla.

Si es un adulto, se le sienta en una silla con las manos cruzadas por el dorso; un ayudante, sentado en cuclillas detrás de la silla, lo toma fuertemente por los puños; el operador sentado coge entre sus muslos los del enfermo y un segundo ayudante mantiene la cabeza como ha sido explicado anteriormente.

4) *Instrumental para una adenoidectomía.*

Un Abrebocas.

Un Adenótomo.

Una Cucharilla.

Un Bajalenguas.

Un par de tijeras para vegetaciones.

Un par de pinzas para vegetaciones.

Un Aspirador.

El Adenótomo del Profesor Moure me parece de los más indicados; con él he visto practicar lo menos 100 adenoidectomías, siempre con el mejor resultado.

5) *Desarrollo de la operación.*—Se debe hacer en varios tiempos. *Primer tiempo:* una vez arreglado y detenido el paciente, se coloca el abrebocas en el lado derecho y con la mano izquierda se le sostiene. *Segundo tiempo:* el operador con su mano derecha, toma el adenótomo y lo introduce en la nasofaringe, teniendo cuidado de ladearlo al pasar por el istmo; después se endereza y se baja el mango del instrumento de modo que la cucharilla suba hasta encontrar obstáculo que será la apófisis basilar del occipital y la columna vertebral; se empuja con algo de fuerza el instrumento y cuando se tenga la seguridad de que se ha cogido las vegetaciones, entonces se hace el movimiento inverso, de tal manera que la cucharilla baje un poco rasando la pared posterior. Se saca el instrumento y en sus ganchos vienen ensartadas las vegetaciones. *Tercer tiempo:* con una cucharilla simple que se introduce de la misma manera, se hace un raspado de las partes laterales de la pared posterior, procurando no lesionar la trompa. *Cuarto tiempo:* se reduce al control digital que tiene por objeto comprobar si la operación está bien hecha. Se inclina la cabeza del operado hacia adelante para evitar que la sangre se introduzca en las vías respiratorias. *Quinto tiempo:* se hace sonar al enfermo para que salgan los coágulos que hayan quedado en la nariz; se practica una limpieza exterior y por último se hace una inspección de la pared posterior de la faringe para ver si no hay hemorragia.

6) *Cuidados post-operatorios.*—Se hace acostar al enfermo por lo menos cuarenta y ocho horas; se le prohíbe hablar y sonarse. Lo mejor es que el día de la operación no coma nada, si acaso una taza de té y un helado. El día siguiente puede tomar alimentos líquidos.

7) *Accidentes.*—Sucede que muchas veces la hemorragia persiste varios días y es debida a un colgajo que pende en la pared; basta cortarlo para que la hemorragia cese.

Otro accidente consiste en la ruptura de los dientes, lo cual debe evitar en lo posible el cirujano.

La úvula puede ser herida o cortada; debe evitarse también este accidente.

Las vegetaciones pueden caer en las vías respiratorias y hacer necesaria una traqueotomía.

Adherencias y sinequias de la trompa pueden formarse si se ha herido el labio posterior del orificio; este accidente da lugar a trastornos auriculares importantes.

La herida operatoria puede infectarse y entonces dar origen a fenómenos locales, regionales y generales.

8) *Resultado de la adenoidectomía.*—En los adultos, muchos catarros nasofaríngeos, expectoraciones matinales cotidianas, desaparecen rápidamente después de la ablación de las vegetaciones. Muchos zumbidos de oídos, sorderas, otalgias, supuraciones auriculares, son también curadas por la adenoidectomía.

En el niño es donde tiene sus resultados sorprendentes y maravillosos. Los ronquidos nocturnos desaparecen, la boca se cierra y los trastornos auriculares se esfuman; las bronquitis y amigdalitis de repetición no vuelven. El estado del niño mejora notablemente; el crecimiento se hace rápido y de una manera normal; aumenta de peso, su tórax deformado y atrasado se desarrolla. La atención y la aptitud al trabajo retornan. Todo esto sucede en un tiempo relativamente corto.

No debe extrañarse que alguna vez la operación no dé todo lo que se esperaba de ella, lo cual consiste en que el niño tiene otro defecto, ya sea una desviación del tabique o una hipertrofia de cornetes.

Es frecuente que a pesar de haberse extirpado las adenoides, los niños continúan respirando por la boca y entonces hay que saber hacer la reeducación de la respiración nasal. No debe perderse de vista este factor.

9) *Fracaso en el resultado de la operación.*—En realidad se puede decir afirmativamente que toda adenoidectomía hecha con técnica, tiene que corresponder a un resultado satisfactorio.

La recidiva de las vegetaciones no existe después de operadas; lo que sucede es que la operación ha sido incompleta y algunos restos han quedado en el cavum. Para evitar esto es necesario que el cirujano tenga pleno conocimiento de la nasofaringe y que sepa distinguir perfectamente una nasofaringe normal de una anormal; la anomalía puede ser un cavum muy alto, muy bajo, o aplastado, todas producidas por deformidades en el vómer, en el occipital (porción basilar) o en el atlas. El cirujano debe insistir en hacer varios tactos para que conozca la región y se adapte a ella. De eso depende con seguridad en gran parte el éxito de la operación.

Contraindicaciones operatorias.—Se puede decir que son las mismas que para la anestesia, agregando la hemofilia.

CUARTA PARTE

A continuación se describen un conjunto de observaciones que demuestran evidentemente la importancia que tienen las vegetaciones adenoideas y su operación.

OBSERVACIONES TOMADAS EN EL SERVICIO DE LA CONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL

Observación Número 1.

Caso de Otitis supurada derecha producida por vegetaciones adenoideas hipertrofiadas y adenoiditis.

C. M., niña de siete años, llega a la Consulta con una otitis media supurada derecha. Hace dos meses y medio que está padeciendo de esa dolencia, la cual le han tratado dos médicos de esta capital sin ningún éxito; además, en varias ocasiones ha sufrido de anginas y corizas agudas.

No tienen importancia sus antecedentes personales, hereditarios y colaterales.

Examinando directamente la parte afectada se encuentra pus en el conducto auditivo externo, de color amarillo claro, un poco flúido, sin mal olor; el tímpano roto en su parte inferior.

En el examen general se puso de manifiesto lo siguiente: no tiene verdadera facies adenoidea; su nariz es un poco afilada y estrecha; la boca se mantiene ligeramente entreabierta; no hay bóveda ojival; en la pared posterior de la garganta se ven granulaciones gris rojizas sobre un fondo rojo; las amígdalas no parecen estar afectadas; la rinoscopia posterior nos enseña que hay vegetaciones adenoideas hipertrofiadas y con ligera inflamación. Examen completo se le hizo de todos sus aparatos encontrándose normales, igual que sus exámenes complementarios.

Se hace una curación del oído, se le prescriben gárgaras e inhalaciones y se le indica que regrese dentro de ocho días, al cabo de los cuales se cree tener la seguridad de que estará desinfectada. Se pone en conocimiento de la madre la necesidad de operar para obtener el resultado deseado.

La enferma regresa en esa fecha y se la opera extirpándole las adenoides. Cuatro días después regresa con la sorprendente novedad de que no tiene supuración. Quince días más tarde retorna en el mismo estado: la niña estaba curada.

Es auténtica, *Dr. Serapio de León.*

Observación Número 2.

Caso de otitis media supurada derecha con dificultad para la succión producida por vegetaciones adenoideas en un niño de dos meses de edad.

G. M., de dos meses de edad, es un niño bien constituido que al parecer no padece de nada. La madre dice que su hijito desde los veinte días de su nacimiento está con supuración en el oído derecho; llora mucho día y noche y últimamente no quiere tomar el pecho, y desde hace ocho días ronca y duerme con la boca abierta; ella cree que le duele el oído.

Los antecedentes personales: los fisiológicos son normales; patológicos no ha tenido; los hereditarios y colaterales no tienen importancia.

Se le examina detenidamente y se ve en efecto que hay pus en el oído externo, de color amarillento, un poco ligoso. En esa edad no es posible darse cuenta de la facies adenoidea. Se le examina la garganta y se ven granulaciones rojizas; se completa este examen con el de sus órganos y aparatos en general que resultaron normales. No se hicieron exámenes complementarios.

Se le dice a la madre que el niño necesita operarse y accede. Se le hace la operación en ese mismo momento y después de ocho días la madre regresa contentísima con su niño ya curado.

Es auténtica, *Dr. Serapio de León.*

Observación Número 3.

Caso de otitis media supurada izquierda acompañada de intensas otodínias y de rinitis frecuentes causado por vegetaciones adenoideas.

Acude al servicio de la consulta C. A., de diez años, por otitis media supurada izquierda, acompañada de intensas otalgias y de sordera en el oído derecho; estos síntomas los mantiene desde hace tres meses. La persona que la trae dice que la niña padece de corizas y rinitis agudas casi cada mes, que ronca en la noche, que duerme con la boca abierta, la cual aun en el día la mantiene así; su sueño es intranquilo.

Ningún dato entre sus antecedentes personales, hereditarios y colaterales es digno de tomarse en cuenta.

Se le hace un examen especial habiéndose comprobado en primer lugar una facies no muy típica, pero sí lo suficiente para llamar la atención; tiene la nariz afilada y un tanto estrecha, la boca la mantiene entreabierta y la respiración casi toda la hace por ahí; la bóveda palatina es ojival. En el oído izquierdo se pudo ver abundante pus, de color amarillento, fétido; el conducto auditivo externo está normal; la membrana del tímpano está rota en su segmento anteroinferior.

Con el espéculo nasal se ve la mucosa de las fosas nasales roja, sin secreción anormal; los cornetes están normales. En el examen de la garganta se encontraron granulaciones gris rojizas, sequedad, estrías gruesas de mucopus amarillento y las vegetaciones hipertrofiadas; las amígdalas palatinas estaban un poco inflamadas. El examen general y el de los complementarios fueron normales.

Se le indica a la persona que trae a la niña que sólo operándola se puede curar, y accedió.

Se le hizo antisepsia del oído, de la garganta y de las fosas nasales y quince días después se le practicó la adenoidectomía. La enferma regresa a los veinte días de operada y dice que casi todo lo que sufría ha desaparecido: la supuración y la otalgia no le volvieron; la sordera del oído derecho no ha terminado del todo pero ya no es ni la mitad de lo que era antes; el catarro nasal no le ha repetido y las amígdalas no están inflamadas. Al mes se presenta de nuevo ya perfectamente curada.

Es auténtica, *Dr. Serapio de León.*

Observación Número 4.

Caso de asma sintomática curada cuya espina irritativa estaba en las vegetaciones.

G. B., de ocho años, con domicilio en la cuarta calle poniente número 22, es un enfermito del Dr. Angel Arturo Rivera.

Este niño hace más de seis meses que venía sufriendo de accesos de sofocación nocturna. Muy frecuentemente se despertaba sobresaltado con pdisnea angustiosa que hacía creer que su fin estaba próximo, pero bien pronto, unos cuarenta minutos después, todo pasaba y quedaba en calma. Al levantarse el día siguiente, no se observaba en él nada anormal, con excepción de cansancio general.

Los antecedentes personales, hereditarios y colaterales no tienen importancia por sí mismos ni en relación a la enfermedad actual.

El Dr. Rivera hizo un examen minucioso, interrogó detenidamente y fué repasando cada uno de los órganos de su enfermito y se encontraba extrañado al ver que nada aparecía como la causa de aquella pdisnea tan terrible. Así transcurrieron algunos días hasta que un nuevo y detenido examen le dió la clave del asunto: se trataba de vegetaciones adenoideas. Normales fueron los exámenes complementarios.

El Dr. de León fué llamado en consulta y llegó al mismo resultado, decidiendo que había que operar inmediatamente. Diez días después de la operación el niño dormía tranquilamente y nunca más volvieron a presentársele las molestias tan aflictivas.

Es auténtica, *Dr. Serapio de León.*

Observación Número 5.

Caso de otodinia bilateral acompañada de rinitis crónica, de catarro nasofaríngeo y de hipertrofia de los cornetes inferiores, que cede incompletamente a la ablación de las vegetaciones hipertrofiadas y totalmente a la ablación de los cornetes inferiores.

C. R., de 16 años, llega al servicio a curarse de otalgia bilateral, tenaz, persistente, de la cual padece desde hace mes y medio. El dolor le principió por el oído derecho, suave e intermitente, pero desde hace quince días se ha

vuelto insoportable y bilateral; el enfermo siente a veces como que si el oído le fuera a estallar. En ningún momento le ha supurado.

Además, desde hace un año padece de coriza crónica, saliéndole por la mañana, de las fosas nasales, un líquido mucoso primero y después mucopurulento; siente la cara congestionada.

Muy a menudo padece de tos, la cual últimamente le aparece sobre todo en la madrugada y al levantarse, expectorando una secreción mucopurulenta. Ronca casi todas las noches.

El interrogatorio que se le hizo para saber sus antecedentes personales, hereditarios y colaterales, no reveló ningún dato importante.

El examen que se le hizo fué en el orden siguiente: en primer lugar el oído, por ser la otalgia el síntoma que más lo hace sufrir. El pabellón y el conducto auditivo externo están normales; el tímpano rojo, pero no deformado; no hay evidencia de pus. La nariz es estrecha y un poco afilada; la mucosa nasal se presenta enrojecida y con secreción mucopurulenta; hay hipertrofia del cornete inferior izquierdo.

En la boca, que se mantiene abierta, se encuentra ligero prognatismo de la mandíbula superior y se ve la bóveda palatina ojival y excavada. En la garganta se encuentran las amígdalas palatinas un poco grandes y rojas; en la pared posterior de la faringe se perciben muy bien las granulaciones; con la rinoscopia posterior se ponen de manifiesto las vegetaciones adenoideas hipertrofiadas y el cornete inferior izquierdo, del que ya se habló, también hipertrofiado.

Se le practica además un examen cuidadoso de la laringe, de los bronquios y de los pulmones y no se encontró más que enrojecimiento laríngeo. Se le hizo el examen de los esputos, en busca del bacilo de Koch, y una radioscopia pulmonar, siendo todo negativo, lo mismo que el examen general. Los demás exámenes: orina y materias fecales, fueron normales.

Cuando se hubo hecho todas estas investigaciones se llegó a la conclusión que se trataba de vegetaciones adenoideas con períodos de adenoiditis recidivantes.

A la madre que trajo el niño se le indicó que la única manera de curarlo era la operación, a lo cual convino.

Se espera un lapso de quince días, mientras se hace la desinfección de las fosas nasales y de la garganta. Se le opera de las vegetaciones y se nota mejoría marcadísima, pero a los dos meses el enfermo regresa diciendo que no se siente bien del todo. Se le hace nuevo examen y se comprueba que las vegetaciones están bien operadas. ¿Qué pasó? ¿En qué pensar? Ahí está precisamente el cornete hipertrofiado. Se le propone a la madre una nueva operación, que también acepta. Se le hace la ablación del cornete y un mes después vemos al niño que agradecido manifiesta que está sano y nada le molesta.

Es auténtica, *Dr. Serapio de León.*

Observación Número 6.

Caso de anemia intensa producida por vegetaciones adenoideas que fué operado con magnífico resultado.

J. C., de doce años, llega a la consulta médica del Hospital General, el cuatro de marzo de 1932. La madre expone que su hija está muy débil, pálida, con calenturas de medio grado cada dos o tres días, que se alimenta muy poco por carecer de apetito, que vive muy triste, sin voluntad para jugar, que no le gusta la escuela.

Al sólo ver a la niña se tiene la seguridad de que padece de vegetaciones adenoideas. Se interroga a la madre si duerme su hija con la boca abierta, si ronca en la noche, si se despierta con frecuencia, a todo lo cual responde afirmativamente, agregando que varias noches se despierta sobresaltada por pesadillas.

Nada hay entre sus antecedentes que tenga importancia.

Al hacer el examen somático lo primero que impresiona es la palidez, debilidad y su facies adenoidea que es bastante completa. Tiene la cara aplastada lateralmente, la nariz afilada, las fosas nasales estrechas, la boca entreabierta, dejando ver un prognatismo de la mandíbula superior, la bóveda palatina está hundida y ojival; en la pared posterior de la garganta no se ve nada, si se exceptúa palidez; la rinoscopia deja ver vegetaciones sumamente hipertrofiadas.

Se completa el examen con el del aparato digestivo, pulmonar, cardíaco y exámenes complementarios de ori-

na, materias fecales y sangre, siendo el de esta última, revelador de una anemia intensa: tres millones de glóbulos rojos.

Una vez que se hicieron todos estos exámenes, se concluyó que lo único que tenía la enferma eran las vegetaciones adenoideas hipertrofiadas y se le manifestó a la madre que la niña debía ser operada para curarse.

Ocho días después se la opera con éxito y se le indica a la madre que traiga a la paciente dentro de seis semanas; en esa fecha se presenta y se tiene la satisfacción de ver un cambio manifiesto en su estado general. Refiere que su hija duerme bien, se alimenta, tiene deseos de pasear, en fin, que ha aumentado tres libras desde que se operó. Tres meses después la vemos nuevamente casi inconocible. Estaba radicalmente curada; el éxito de la ablación de las adenoides fué completo.

Es auténtica, *Dr. Serapio de León*.

Observación Número 7.

Caso de amigdalitis críptica, adenoiditis y vegetaciones adenoideas, tratado por la ruptura del círculo de Waldeyer: extirpación de las vegetaciones.

D. M., de ocho años, se presentó quejándose de la garganta; refería que muchas veces ha padecido de anginas, dificultándosele la deglución y a veces la respiración en la noche; cuando le venían esos accesos inflamatorios de la garganta padecía de dolores de oído; esa fué toda la historia que dió la madre.

Ninguna relación tienen los antecedentes personales, hereditarios y colaterales con la enfermedad actual, ni tienen importancia en sí.

Se le hizo un examen de todos los órganos y funciones de su cuerpo, especialmente del oído, nariz y garganta. El oído estaba sano, la nariz, un tanto achatada, tenía las fosas nasales estrechas. En la boca y la garganta se observó los dientes de la mandíbula superior prominentes, la bóveda palatina ojival; las amígdalas palatinas aumentadas, rojas, con algunas criptas; la pared posterior de la faringe se ve congestionada y con granulaciones rojizas y grisáceas; más arriba, en la nasofaringe se vieron las vegetaciones adenoideas grandes, irregulares y muy rojas, con secreción mucopurulenta. El examen general es normal; los complementarios también lo fueron.

Se hizo el diagnóstico de amigdalitis críptica, adenoiditis y vegetaciones adenoideas hipertrofiadas. A la persona que la trajo se le dijo que esa niña tenía que ser operada, pero no muy luego. Así que convino se le dieron algunas indicaciones médicas (gargarismos e inhalaciones) y se le indicó que dentro de quince días sería operada.

Habiendo leído en la revista de Otorrinolaringología, que dirige el Profesor Moure, algunas observaciones que se referían a la coincidencia frecuente de amigdalitis y vegetaciones, las cuales se habían curado quitando solamente las vegetaciones, me propuse que se hiciera el ensayo en esta enferma.

Era lógico: roto el círculo de Waldeyer las amígdalas palatinas se atrofiaban. El jefe de la Consulta convino en hacer el procedimiento.

Un mes después de operada la niña se sentía bien. Las amígdalas estaban retraídas, atrofiadas; tres meses más tarde todo marchaba maravillosamente.

Es auténtica, *Dr. Serapio de León.*

Observación Número 8.

Caso de atrasado mental que reacciona rápidamente al ser extirpadas las vegetaciones.

G. V., alumno de la Escuela "República de Chile", de diez años, fué traído por el propio director del establecimiento, indicando que ese niño siempre había sido bien portado, atento y con aprovechamiento marcado, pero que hacía como seis meses que era como "el reverso de la medalla", desatento, sin ninguna asimilación, y además, últimamente parecía un idiota, mantenía la boca abierta y en varias ocasiones le habían sorprendido saliéndosele la saliva. Toda esta historia era muy significativa.

Detenido interrogatorio se le hizo con respecto a sus antecedentes hereditarios, personales y colaterales: nada revelador y de importancia hubo en ellos.

Se le hizo un examen minucioso del oído, la nariz y la garganta; se le encontraron normales las dos primeras formaciones, apenas se notaba ligera estrechez de las fosas nasales; pero en la garganta y la nasofaringe se percibieron las vegetaciones adenoideas muy aumentadas.

Examinados los otros órganos, se encontraron normales; asimismo fueron los exámenes complementarios.

Como era del caso, se le propuso la operación la que se llevó a cabo algunos días después. Se le indicó al director del colegio que deseábamos ver el resultado del tratamiento y que tuviera la gentileza de traerlo cada mes. Al segundo mes de haberlo visto se notó en él gran progreso y el maestro nos habló con satisfacción del cambio que había notado en su alumno. La reacción por la extirpación de las vegetaciones no se hizo esperar.

Es auténtica, *Dr. Serapio de León.*

QUINTA PARTE

ALGUNAS INSINUACIONES QUE PODRIAN SER TOMADAS EN CUENTA

Existe actualmente en Sanidad Pública un servicio llamado Sección de Higiene Escolar, que trabaja de acuerdo y estrechamente con el Ministerio de Educación. Ese servicio, que está compuesto por un jefe y tres ayudantes, todos médicos, se encarga de hacer el examen de los educandos de la capital; llevan en libros especiales el registro sanitario de cada niño, y aunque es verdad que no cuentan ahí con grandes medios, se hace labor útil. Se tiene control de la salud y se anotan las afecciones y enfermedades, y precisamente aquí es donde haremos algún comentario; se hacen los exámenes y se sabe lo que tiene el escolar, pero se está en la imposibilidad de librarlos de esas enfermedades y afecciones por falta de medios.

Por ejemplo: en lo que se relaciona con nuestro trabajo, vimos, al registrar los libros de las fichas escolares, que más de 30 % de los ahí anotados, padecían de vegetaciones adenoideas y no habían sido tratados. ¿Por qué habiendo un especialista en ese servicio no se han hecho todas las adenoidectomías que se presentaban, siendo esta operación tan inofensiva? Sencillamente por la falta de medios, pues bien podrían irse los niños a sus hogares después de la operación; no debería suceder así, solamente hay que recordarse las consecuencias de esta afección para que de ninguna manera se dejaran las vegetaciones.

¡A cuántos niños se podría rescatar de esa ingrata falange de inútiles y haraganes con sólo esa operación! ¡A cuántos niños se les podría convertir en organismos sanos, evitarles deformidades en su cuerpo y alteraciones en su salud!

Consideramos, pues, de urgente necesidad y de sumo interés, que aquel servicio deba ser proveído de lo necesario para hacer los tratamientos requeridos.

En la escuela, allí donde el maestro está en contacto con la niñez, debería hacerse alguna labor; si los mentores de los escolares supieran que muchísimos de éstos, desaten-

tos, desaprovechados y reacios al apredizaje, se vuelven todo lo contrario con sólo la extirpación de las vegetaciones; si esos maestros, decimos, conocieran ligeramente esta afección, muchos discípulos, en los que ellos sólo ven negligentes y tontos, se salvarían de esos predicados no halagadores, y se salvarían además, de irreparables consecuencias en lo futuro.

Creemos de importancia que los educadores de la niñez, debieran tener algunos conocimientos al respecto. Se les podría dar conferencias o pláticas en lenguaje corriente y sencillo, sin tecnicismos, haciéndoles ver, a ellos más que a cualquiera otros, lo interesante que es conocer esta afección; para que se dieran cuenta cabal del asunto, hasta se podría darles algunas lecciones objetivas; se presentaría delante de ellos un adenoideano en su forma típica, sobre todo de alguno que fuera atrasado mental, y verían palpablemente lo rápido con que se obtienen los resultados del tratamiento. Una lección así, para ellos sería indeleble. Y cuando en sus clases se presentara un alumno de nivel más bajo que los otros en cuanto a su aprovechamiento, tengo la seguridad que en vez de castigarlo y tratarlo desmerecidamente, se apresurarían a llevarlo a donde corresponde.

A los padres de familia se les debería llamar la atención: podrían describirseles gráficamente los peligros y las resultantes de este estado patológico. La prensa, las conferencias, los carteles, todo medio de hacer conocer esta afección sería bueno. ¡No tan lejanamente veríamos las favorables y provechosas consecuencias de una campaña en este sentido!

CONCLUSIONES

- 1ª—Las vegetaciones adenoideas son muy frecuentes en Guatemala, pero desgraciadamente no se les da la importancia que merecen por la multiplicidad de síntomas que producen.
- 2ª—Todos los médicos y cirujanos generales debieran poner más atención en este estado patológico, pues estarían expuestos a cometer errores graves si se les pasa desapercibido.
- 3ª—Peca de descuido cualquier médico que al examinar a un niño, no explore la nasofaringe.
- 4ª—En los centros de enseñanza debe haber un especialista, bien remunerado, para que haga esta labor de suyo importantísima. Las víctimas de esta afección son los niños y si a tiempo no se les trata, padecerán de consecuencias irreparables.
- 5ª—Por la experiencia que hemos tenido y por los resultados hasta este momento magnífico, recomendamos la técnica del Profesor Moure: la adenoidectomía sin anestesia.

TEODORO VALLE.

Vº Bº

C. M. GUZMÁN.

Imprimase,

E. LIZARRALDE.

Decano.

BIBLIOGRAFIA

Guide pratique des maladies de la gorge du larynx, des oreilles et du nez par les docteurs E. J. Moure et A. Brindel.

Nouveau traité de chirurgie de Oto-Rhino-Laryngologie par A. Le Dentu et P. Delbet.

Revue de Laryngologie, Otologie et Rhinologie publiés par Georges Portmann de janvier 1932 et mars 1934.

Diagnostic et traitement des maladies du nez de J. Garel.
Chirurgie del oreille, du nez, du pharynx et du larynx par Georges Laurens.

Tratado de las enfermedades de los niños por el Dr. E. Feer.
Précis clinique et operatoire de chirurgie infantile par L. Ombrédanne.

Maladies des enfants du première age par G. Variot.

PROPOSICIONES

<i>Anatomía Descriptiva</i>	Músculos del antebrazo.
<i>Anatomía Topográfica</i>	Triángulo de Scarpa.
<i>Botánica Médica</i>	Digital.
<i>Bacteriología</i>	Estafilococo.
<i>Clínica Médica</i>	Exploración del riñón.
<i>Clínica Quirúrgica</i>	Toracentesis.
<i>Fisiología</i>	Nutrición: asimilación y desasimilación.
<i>Física Médica</i>	Estudio físico de la respi- ración.
<i>Histología</i>	Tejido Adenoideo.
<i>Higiene</i>	De la leche.
<i>Ginecología</i>	Fibroma uterino.
<i>Medicina Legal y Toxicología</i>	Intoxicación mercurial.
<i>Medicina Operatoria</i>	Ligadura de la lingual.
<i>Obstetricia</i>	Desprendimiento de la pla- centa normalmente insertada.
<i>Patología Externa</i>	Cáncer del riñón.
<i>Patología General</i>	Etiología General de las infecciones.
<i>Patología Interna</i>	Fiebre Tifoidea.
<i>Patología Tropical</i>	Fiebre Amarilla.
<i>Pediatría</i>	Coqueluche.
<i>Psiquiatría</i>	Trastornos de la Atención.
<i>Química Inorgánica</i>	Yodo.
<i>Química Orgánica</i>	Cloroformo.
<i>Terapéutica</i>	Salicilato de soda.
<i>Zoología Médica</i>	Amæba histolytica de Schaudinn.