

## HAGA SU DIAGNOSTICO

**Dr. Luis E. Fauqué**

### CASO CLINICO

Un niño de 5 años de edad es traído a la consulta por ronquido y babeo nocturno, respiración bucal, congestión nasal y rinitis periódica de 6 meses de evolución. Refiere a veces tos nocturna.

Entre los antecedentes a destacar su madre menciona que durante el año pasado presentó episodios de CVAS, un episodio de otitis media aguda (OMA) y uno de amigdalitis aguda. En el transcurso de este año presentó un cuadro de OMA y un cuadro viral febril severo que cursó con adenomegalias generalizadas.

Al examen físico: Niño afebril. Auscultación pulmonar normal, OD normal, OI levemente congestivo, con signos de otopatía serosa. Fauces congestivas donde se observan amígdalas que ocupan 3/4 de la orofaringe. Fosas nasales con rinorrea evidenciando insuficiencia ventilatoria nasal.

Se plantearon como diagnósticos diferenciales: 1) hipertrofia adenoidea obstructiva, 2) hipertrofia amigdalina obstructiva, 3) hipertrofia amígdalo-adenoidal obstructiva 4) rinosinusitis crónica.

Se solicita una radiografía de Perfil de cavum y se refiere para evaluación al Servicio de ORL. Figura 1.



**Figura 1:** Radiografía de cavum de perfil.

## HIPERTROFIA ADENOIDEA - RADIOGRAFIA DE PERFIL DE CAVUM

¿Cuándo solicitamos una radiografía de perfil de cavum?

En pacientes pediátricos de cualquier edad que consultan por insuficiencia ventilatoria nasal, ronquidos y hasta apneas, la radiografía de perfil de cavum nos da información sobre la permeabilidad de la vía aérea y las estructuras normales y anormales en rinofaringe y orofaringe.

### ¿Cómo evaluar la técnica radiológica de una radiografía de cavum?

Para poder hacer una correcta estimación de la columna de aire nasal es fundamental que la radiografía tenga una técnica adecuada, la cual incluye las siguientes características:

- 1) El paciente debe mantener la boca cerrada para evitar que la base de la lengua y el paladar blando se desplacen hacia atrás. Si es necesario los padres deben colaborar sosteniendo el mentón. (Figura 1).
- 2) El cuello no debe estar en hiperextensión, por el mismo motivo del punto anterior.
- 3) El paciente no debe estar en deglución, lo que eleva el velo palatino.
- 4) La placa debe obtenerse de perfil y sin lateralización de la cabeza. Esto puede comprobarse observando los ángulos de las ramas mandibulares, los que deben ser coincidentes. Si el perfil no está logrado y la imagen es oblicua, se subestima el tamaño de la columna de aire nasal.

### ¿Qué observamos en la radiografía de cavum?

Los pacientes con roncopatía pueden tener hipertrofia adenoidea (Figura 1), hipertrofia amigdalina (Figura 2), ambas, e incluso ninguna de las dos (Figura 3) como ocurre por ejemplo en niños con apneas de origen central.

El tamaño de las adenoides se clasifica en grado I, II, o III según la obstrucción corresponda al 33%, 66% o 99% de la vía aérea respectivamente. El ángulo obtuso entre la pared posterior de la orofaringe y la rinofaringe se encuentra conservado con cualquier grado de adenoides (Figuras 1, 2 y 3), pero se vuelve agudo ante una masa pendular en el cavum (Figura 4).

La placa radiográfica de cavum da una idea aproximada del tamaño amigdalino y de la profundidad del polo inferior (amígdalas péndulas). De todas maneras la superposición de ambas amígdalas y de otros tejidos como el lóbulo del pabellón auricular (Figura 3) puede sobreestimar el tamaño y la obstrucción causada por las mismas. Por eso se prefiere el examen físico directo de las fauces para valorar el grado de obstrucción de la orofaringe.



**Figura 2:** Radiografía de cavum de perfil en un paciente con hipertrofia amigdalina y cavum permeable.



**Figura 3:** Radiografía de cavum de perfil en un paciente sin obstrucción. Nótese la imagen del lóbulo de la oreja (flecha).



**Figura 4:** Radiografía de cavum de perfil en un paciente con un tumor de cavum. Nótese que el ángulo normalmente obtuso entre pared posterior faríngea y adenoides se ha convertido en agudo por la masa pendular (flecha).

#### **LECTURA RECOMENDADA**

- Magdalena Roques Revol y col. "Importancia de la radiografía de adenoides". En el Xº Manual de la Asociación Argentina de Otorrinolaringología y Fonoaudiología Pediátrica: Amigdalectomía, Adenoidectomía en ORL Pediátrica. Editor: Higo Rodríguez. Abril de 2017.