

Encrucijada aerodigestiva: importancia de la hipertrofia amigdalina en la región

HISTORIA CLÍNICA

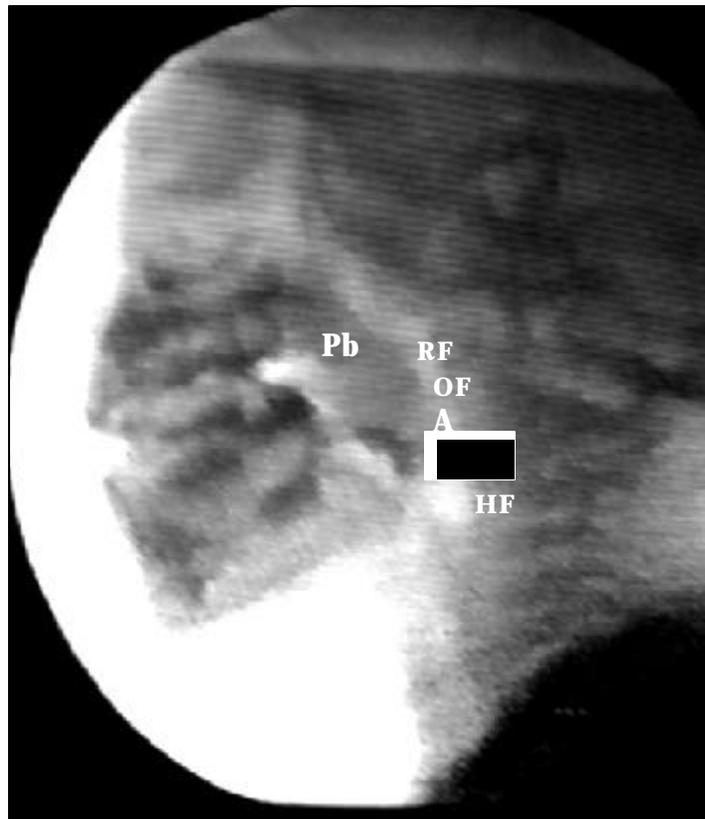
Niño de 6 años con disfagia para sólidos y pérdida de peso, derivado por su pediatra a estudio videofluoroscópico de la deglución.

Del interrogatorio surgió: que el niño presentaba trastornos en la deglución de sólidos desde hacía varios meses, con rechazo a tal consistencia por temor a ahogarse al tragar. Además, había perdido peso, lo que se interpretó como consecuencia de la selectividad en la ingesta, ya que la madre refería que el niño sufría episodios de ahogo y atoramiento con carnes, legumbres, cereales y pan. Ante el cuadro referido, el pediatra de cabecera sugirió evaluación psicológica sospe-

chando un origen psicossomático. No obstante, debido al agravamiento de su estado, los padres decidieron consultar con otro pediatra, quien solicitó seriada gastroduodenal, que fue informada como normal. También se realizó interconsulta con un otorrinolaringólogo para descartar que la grave hipertrofia amigdalina fuera la causa de la disfagia y un estudio videofluoroscópico de la deglución. A través de éste no sólo se confirmó la obstrucción del espacio faríngeo sino que se evidenció retención del material sólido que provocaba disfagia en el paciente.

COMENTARIO

FOTOGRAFÍA 1



PERFIL DEL TRACTO AERODIGESTIVO. **Pb**: paladar blando; **A**: amígdalas; **RF**: rinofaringe; **OF**: orofaringe; **HF**: hipofaringe. La flecha señala el alimento retenido en el terreno amigdalino.

La íntima relación entre la boca y la función respiratoria se pone de manifiesto desde el inicio de la formación de la cavidad bucal y nasal. Esta relación se evidencia en la encrucijada aerodigestiva de Sebileau o confluyente vital funcional de Robin donde, en coordinada armonía, “se cruzan” las vías del aire y del alimento. Las funciones de respiración y deglución no se llevan a cabo simultáneamente. La respiración se inhibe durante la deglución. Registros ecográficos del feto no sólo demuestran los movimientos de la deglución sino que sugieren la clara diferenciación entre los aparatos respiratorio y digestivo.

El confluyente vital es un espacio anatómico ubicado en la faringe. En los neonatos está formado por la nasofaringe y la hipofaringe debido a la posición alta de la laringe. En los niños y adultos, el descenso laríngeo crea otro espacio que corresponde a la orofaringe.

Las etapas orales de la deglución (preparatoria y oral propiamente dicha) se desarrollan desde los labios hasta los pilares anteriores del velo del paladar. Pasado este límite y generado el reflejo de deglución, se inicia la etapa faríngea que culmina en el esfínter esofágico superior.

Las amígdalas ocupan las fosas amigdalinas delimitadas por los pilares anteriores y posteriores del velo del paladar. Cuando se hipertrofian, exceden el espacio propio e invaden el confluyente vital obstruyéndolo; como consecuencia, las funciones respiratoria y deglutoria se alteran.

En los lactantes, esta hipertrofia, acompañada o no de hipertrofia adenoidea, puede ser causa de apnea obstructiva del sueño (cesación de la respiración por más de 8 a 10 segundos) y

en los niños mayores, de disfagia, especialmente para sólidos por retención de parte del bolo alimenticio en el tejido amigdalino (*Fotografía 1*).

La amigdalectomía es el tratamiento para mejorar la sintomatología.

Dra. Paulina Iwanyk

Fga. Adriana Pérez

Departamento de Pediatría
Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia:

Dra. Paulina Iwanyk

Montevideo 1958 5° D

(1021) Ciudad de Buenos Aires

piwanyk@intramed.net.ar

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Torres R. Biología de la boca. Estructura y función. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1973: 520-525.
- Arvedson J, Brodsky L. Pediatric swallowing and feeding. Singular Publishing Group Inc, 1993: 110-112.
- Weiss MH. Dysphagia in infants and children. *Otolaryngol. Clin North Am* 1988; 21:727-735.
- Laitman JT, Reidenberg JS. The human aerodigestive tract and gastroesophageal reflux: an evolutionary perspective. *Am J Med* 1997; 103:4s-6s.

Fe de errata:

En la página 236 –Comunicación breve– “Homocistinuria y accidente cerebrovascular en la infancia”, publicada en *Arch.argent.pediatr 2002; 100(3)*, toda la información correspondiente al caso clínico N° 2 finaliza con la frase: “La evolución del paciente fue favorable, sin registrar nuevos episodios tromboembólicos hasta la fecha”. Los párrafos que aparecen a continuación, hasta el comienzo de la Discusión, corresponden a la descripción de los estudios del paciente N° 1.