

LES VEGETACIONS ADENOIDEES EN ELS ADULTS

pel Dr. LLUIS SUÑE I MEDÁN, de Barcelona

Ja és sabut que el gran nombre de casos de vegetacions adenoïdees s'observen entre els 3 i 8 anys, essent menys freqüents per sota de l'edat primerament indicada, molt menys que entre els 8 i els 14 a 15 anys. En canvi, des d'aquestes edats l'amígdala faríngia tendeix a desaparèixer espontàniament, considerant-se rars els casos en els quals persisteix la hipertròfia adenoïdea en l'edat adulta o als finals de la pubertat. Malgrat aquests fets, s'han trobat alguns malalts en els quals el teixit adenoïde rino faríngi segueix augmentant de volum produint símptomes semblants als que presenten els infants petits amb vegetacions. Es citen casos d'edats molt avançades: Solis-Cohen parla d'una senyora de 70 anys; Gouguenheim d'una altra de 65 anys; Ruault d'un cas de 47 anys; Botey d'un de 39; Castex d'un altre de 35; Luc, Dubief, Cuvillier, esmenten casos de 30 anys.

Per la meua part, porto vistos en la meua consulta particular tansols, un crescut nombre de malalts, ja grans, amb vegetacions adenoïdees. L'edat oscil·la entre els 13 i els 40 anys. Si bé és veritat, incloc en l'estadística que exposaré, una tanda d'observacions que corresponen a l'edat de la pubertat, de totes maneres considero interessant fer-ho així, ja que tampoc sovintegen durant l'esmentat període. Heu's aquí el casos:

Edat	Nombre de casos	Sexe masculí	Sexe femení
13	3	1	2
14	13	6	7
15	3	3	0
16	4	2	2
17	7	6	1
18	4	4	0
19	5	4	1
20	3	2	1
22	3	2	1
25	1	1	0
26	7	4	3
28	3	2	1
30	2	1	1
34	2	2	0
36	1	1	0
40	1	0	1
TOTALS:	62	41	21

L'estudi d'un agrupament, ja quelcom nodrit, relatiu a aquesta afecció rino-faringia en els adults, té al meu entendre, una importància palesa per al metge general, internista o rural, puix si bé és veritat que aquests posseeixen coneixements, més o menys complets, respecte dels signes exteriors, als quals poden donar lloc les vegetacions adenoidees en els petits, per altra part, no sospitaran probablement l'existència de l'esmentada hiperplàsia, enfront d'un malalt de 20 o de 26 anys d'edat, per exemple, que presenta símptomes òtics, nasals o faringis molt rebels als tractaments mèdics, locals o generals ordinaris.

També va dirigida aquesta consideració als otòlegs debutants que, no atinant en la possibilitat de persistència o desenvolupament de l'amígdala faríngia en les persones grans, podrien limitar-se al tractament d'una supuració auricular, a practicar cauteritzacions de la mucosa dels cornets, a prescriure tocs, lavatges nasals, etc., sense obtenir el resultat desitjat.

És per aquests motius que he cregut oportú, aprofitant la celebració del present Congrés, portar al judici i coneixement vostre, algunes idees i fets clínics i estadístics de la meua pràctica sobre aquest punt especialíssim de Rinologia.

I tornem a fixar l'atenció en la llista anterior.

Separant de moment els casos relatius al període de la pubertat, que sumen 30, queden encara 32 observacions (dels 18 als 40 anys) que es refereixen a l'edat adulta pròpiament dita. El cas de 40 anys correspon a una senyora que tenia disnea nasal, refredats freqüents, dormia amb la boca oberta i experimentava sordera intermitent; per rinoscòpia posterior es descobriren vegetacions adenoidees del tot típiques.

Un dels malalts, de 34 anys, és força interessant, car oferia símptomes d'obstrucció nasal i tubàrica accentuada, fent sospitar un fibroma del càvum; però l'examen rinoscòpic denotà l'existència d'una grossa hiperplàsia de l'amígdala de Luscka, molt característica. Una exploració amb l'estilet passant per la fossa nasal, va donar lloc, en comprimir dita massa, a la sortida d'una substància espessa, grisenca, no fètida, amb tot l'aspecte del contingut dels quistos muco-caseosos. Indubtablement es tractava d'una vegetació amb degeneració quística per hipertrofia d'una de les glàndules mucoses. L'extirpació de tot el teixit adenoide (un cop buidada la cavitat quística) per mitjà de la cureta ordinària per a adenoides, curà al malalt de totes les seves molèsties, sense que s'hagi presentat reproducció (l'observació data de 4 anys).

L'altra malalt, de 34 anys, presentava otitis mitges cròniques, estreteses de les trompes, refredats a repetició i molèsties rino-faríngies.

En el cas de 36 anys hi havia freqüents catarros tubàrics i rino-faringitis mucosa.

Un dels dos malalts, de 30 anys, es refereix a una senyoreta que oferia símptomes de catarro naso-faríngi molt molest i a més hi havia rinitis ozenosa amb poca atròfia endo-nasal. L'altre pacient sofria de disnea nasal, tos en forma de *gems*, sensació de nosa en la gola i abundant secreció del càvum, molt pertinaç als tractaments anteriors.

Tots aquests malalts curaren de llurs trastorns en breu temps, després d'haver-los-hi practicat l'adenoidectomia.

No crec oportú fer la descripció dels casos restants per no perllongar en excés aquest treball i perquè no presenten particularitats de gros relleu. No obstant, servo les històries clíniques completes, que puc mostrar a qui li interessi aquest estudi.

Dels 62 casos apuntats, n'hi han 41 que corresponen al sexe masculí i 21 al femení.

La major part dels mateixos presentaven una simptomatologia molt semblant a la que s'observa en els infants, ço és: insuficiència respiratòria nasal, especialment durant la nit; catarros de les trompes amb sordària més o menys accentuada i rebel; otitis mitges supurades, algunes d'elles ja cròniques o complicades d'osteïtis fungosa; simples otàlgies intermitents amb sordària apreciable o sense; tos seca reflexa o d'origen bronquític poc mòdificable amb els tractaments adequats; alteracions de la ressonància vocal (rinolàlia tancada); rones nocturns, etc. En canvi, l'aspecte exterior típic de l'adenoides, o sigui amb la cara quelcom encantada, boca oberta amb el llavi inferior caient i el superior retret, deixant veure les incisives, és molt rar observar-lo en els individus adults.

Per altre part es troben en aquestes edats, alguns símptomes que no sovintegen en els nens, com són: espessament de cap, cefalàlgia, accessos asmàtics diferents dels atacs de sufocació de les criatures, afonies reflexes, sequedat de la gola i pseudo-hemoptisis en forma de mucositats hemàtiques que devallen del rino-farinx i que en ésser expulsades a l'exterior per la boca, poden fer sospitar lesions serioses de les vies respiratòries inferiors.

Heu's aquí, ara, un petit resum de la freqüència dels símptomes i síndromes apreciats en la totalitat de les observacions referides:

Insuficiència respiratòria nasal	29	vegades
Sordària poc o molt intensa	22	»
Otitis supurades	10	»
» » fungoses	4	»
Otàlgies simples	5	»
Tos seca i <i>gems</i>	8	»
Molèstia entre nas i gola	13	»
Encostipats freqüents i duradors	4	»
Pseudo-hemoptisis.	2	»
Epistaxis	2	»
Afonies.	1	»
Bronquitis de repetició	2	»
Asma	1	»
Cefalàlgia	2	»
Aprosoxia marcada	1	»

Desnutrició accentuada	2 vegades
Incontinència nocturna d'orina	1 »

Ja és de suposar que alguns dels símptomes indicats co-existien en un mateix malalt, i que per tant la classificació de cada símptoma es refereix no a cada cas, sinó al nombre de vegades que tingué lloc l'observació.

En cert agrupament de casos, demés de la hipertròfia de l'amígdala faríngia, existien altres lesions que contribuïen, en part, a intensificar els efectes simptomàtics, essent les principals: la rinitis hipertròfica, desviacions de l'embà nasal, la hipertròfia de les amígdales palatines i la faringitis granulosa. Algunes de dites lesions foren també tractades pels mitjans corrents, i altres desaparegueren espontàniament després del teixit adenoide, per ésser consecutives o mantingudes per la existència del mateix.

Diagnòstic.—El diagnòstic de les vegetacions adenoides en els adults és tan fàcil com en els nins, amb el particular avantatge de què l'examen visual del rino-farinx és molt més factible que en aquest. En efecte, tractant-se de petits, quan no és possible fer la rinoscòpia posterior (i és possible poques vegades), no queda altre recurs que practicar el tacte rino-faríngi, que acostuma a ésser fidelíssim respecte a diagnòstic si l'executa un metge que estigui avesat a aquest medi exploratori.

En canvi, en els adultes es practica ben poc aquest procediment, car l'examen amb el mirallet rinoscòpic ens mostra clarament si hi ha o no vegetació, i en cas positiu podem fer-nos càrrec de la disposició, forma i grandària de la mateixa.

L'exploració del càvum dels 62 malalts de referència, em va posar en coneixement de què l'amígdala faríngia hipertrofiada afectava volum molt variat, podent-se agrupar les observacions respecte del particular, de la següent faísó:

Vegetacions adenoides molt grosses	20 casos
» » mitjanes.	30 »
» » petites	12 »
	62 »

Es interessant fer remarcar que la major part de les vegetacions que presentaven molta grandària, corresponen precisament als malalts de 14 a 15 anys, i d'entre aquests s'observa

amb molta més freqüència en el sexe masculí que en el femení, segons pot veure's en el quadro següent:

	Sexe masculí	Sexe femení	TOTAL
Vegetacions grosses . .	16	4	20
» mitjanes . .	18	12	30
» petites. . .	7	5	12
	<u>41</u>	<u>21</u>	<u>62</u>

Tractament.—Es debades parlar de tractament mèdic local. El més científic i pràctic, és, el mateix que en els nens, l'extirpació completa de l'amígdala faríngia, acte quirúrgic que no he de descriure per ésser prou conegut i detallat en totes les obres de Rinologia. No obstant, hi han certes circumstàncies que és necessari fer present, tractant-se de malalts adults.

En primer lloc, així com en els infants no és pas aconsellable l'anestèsia local (la general rares vegades s'emplea) en canvi, en els adults no hi ha inconvenient en utilitzar-la quant es refereix a malalts molt impressionables, temerosos de sofrir o ens ho demanen amb insistència.

En aquest cas, un parell de tocs rino-faríngis amb una solució de cocaïna al 10 % (1) i altres tants a través de les fosses nasals fins a topar amb la vegetació, és suficient sinó per a suprimir del tot el dolor (que per altra part és poc intens i de breu durada) per a contribuir quan menys a la tranquil·litat del malalt que aleshores es deixa operar amb tota confiança. Convé que, en practicar els esmentats tocs, estigui ben escorregut el cotó mullat de l'anestèsic, demanant al pacient que tot seguit expulsi en fora algunes gotes que podrien lliscar farinx avall.

Però generalment pot prescindir-se de l'anestèsia tenint en compte la rapidesa de la intervenció i la suportable sensació dolorosa que aquesta produeix. Fins puc afirmar que alguns malalts (parlem de persones grans i també d'alguns nens de 7 a 8 anys), m'han confessat haver sentit tansols una petita molèstia ocasionada per la pressió de l'instrument.

Respecte a l'elecció d'aquest (les curetes més conegudes són les de Moritz-Schmidt, Gottstein, Lermoyez, Beckmann, Fein, Moure, etc.), ens hem de servir de l'adenotom, de major gran-

(1) En alguna ocasió m'he valgut d'una insuflació amb pols de cocaïna pura per mitjà d'una cànula corbada dirigida directament cap el càvum per via bucal.

dària de la respectiva col·lecció que té cada autor, ja que ens ho permeten les dimensions de l'arcada palatina i de l'espai nasofaringi, a fi d'extirpar d'un sol cop tot el teixit adenoide possible. Per la meua part utilitzo l'adenotom de Backmann, el més gran, la fulla tallant del qual té 18 mil·límetres de llargària (1).

Una altra particularitat digna d'esmentar és la tendència més freqüent en els adults, a les hemorràgies post-operatòries, ja siguin immediates o secundàries. El devassall hemàtic en els petits infants, no acostuma a ésser alarmant tot seguit de feta l'operació, esdevenint també rares les hemorràgies sobrevingudes hores més tard. He operat centenars de vegetacions en els nens i no he vist mai cap hemorràgia greu, ni m'ha sigut necessari posar en joc mitjans urgents per a aturar la sortida de sang. Tan sols he vist algun cas que la durada de l'hemorràgia immediata traspassava els límits del que sol observar-se, però sense cap mena de conseqüència. Pel contrari, he tingut ocasió d'observar tres casos d'hemorràgies en adults, una d'elles en acabar la intervenció, les altres dues al cap d'unes 14 hores. No obstant en cap dels pacients fou precís fer el taponament, podent-se estroncar l'hemorràgia amb irrigacions de sèrum fisiològic calent i aigua oxigenada en el primer malalt dels esmentats. L'extravasació de sang en els altres dos, cessà espontàniament poc abans d'acudir amb urgència en son auxili, deixant, però, efectes d'anèmia aguda, amb pal·lidesa de la pell i mucoses, puls petit i freqüent i sensacions vertiginoses, podent combatre's eficaçment el síndrome amb injeccions de sèrum fisiològic, oli camforat, etc.

Si es presentés l'hemorrea abundant i persistent, és d'aconsellar fer el taponament posterior que no té res de dificultós tractant-se d'adults.

Aquestes hemorràgies són explicables perquè la vegetació essent ja antiga, ultra de més vascularitzada, ofereix major consistència deguda a l'espessament del teixit conjuntiu que sosté els fol·licles limfoides tancats, quedant més oberts per tant els vasos sanguinis en el moment d'ésser seccionats per l'adenotom.

Discussió: Dr. Bosch Ucelay.

Pregunto al Dr. Suñé quina explicació pot donar-se al predomini de la hipertròfia de les vegetacions adenoidees en el sexe masculí. Tal volta el costum d'expirar el fum del tabac pei

(1) El de Lermoyez arriba fins a dos centímetres.

nas manté un estat irritatiu de dites vegetacions i provoca l'estat hipertròfic.

Discussió: Dr. March.

Molt conforme amb lo dit i en especial sobre hemorràgie post-operatòries que quan es presenten (que és rarament) són de preferència en l'adult, en el nen és molt més rar—sols per consignar un cas que vaig veure d'aprop—puix estava d'ajudant—es tractava d'un noi d'uns 6 a 7 anys, de la província de Barcelona, que immediatament de la intervenció va tenir una grossa hemorràgia que no havia vist mai, hemorràgia que no és cohibia amb res, va ésser necessari un fortíssim taponament del naso-farinx amb gassa impregnada d'una forta solució de $\text{NO}_3 \text{Ag}$ i a pesar del taponament fet ben apretat, encara continuava traspuant i fins al cap d'un dia no va quedar la farinx ben seca—degut a l'intensa que fou la hemorràgia—el malalt s'ens va col·lapsar dues vegades—inútil dir que fou necessari la injecció d'oli camforat, èter, sèrum fisiològic, etc., etc., afortunadament vàrem salvar al malalt que algunes vegades havíem cregut perdre'l.

Rectificació: Dr. Suñé i Medán.

Crec molt acceptable l'opinió del Dr. Bosch Ucelay respecte el perquè de la major freqüència de les vegetacions en el sexe masculí, que no se m'havia ocorregut esbrinar. En efecte, és possible que l'acció irritant de la nicotina, precisament en la pubertat, contribueixi a desenrotllar o mantenir una hiperplàsia de l'amígdala faríngia; i encara va més en apoi d'aquesta idea el fet de què a la edat dels 14 als 19 anys abunden més els casos de vegetacions entre els nois, justament quan l'esmentada afició, vici o costum comença a establir-se. Recordo que de 36 dels casos compresos en les edats indicades, n'hi han 25 que corresponen al sexe masculí, i 11 tan sols al femení, el que sembla corroborar el criteri al·ludit. En el successiu em fixaré bé respecte de si en realitat existeix certa influència del tabac en l'al·ludida formació rino-faríngia, esbrinant els antecedents de cada cas.

Al Dr. March sols dec manifestar-li trobar-me d'acord amb ell sobre les qüestions tractades particularment pel que es refereix a les hemorràgies post-quirúrgiques; agraint-li, a l'ensem, com també al Dr. Bosch, la seva intervenció en el present debat.