



### **Ipertrofia del tessuto linfoide in sede atipica**

Tasso G., Rundo B., Leoni M.C., Pizzo D., Marchi A.

*Clinica Pediatrica, Università degli Studi di Pavia, Fondazione IRCCS  
Policlinico San Matteo, Pavia*

#### **INTRODUZIONE**

Le tonsille sono organi linfoidei pari e simmetrici localizzati nel cavo orale, svolgono funzioni di difesa dell'apparato respiratorio nei confronti di virus e batteri. Esse aumentano di dimensioni durante l'infanzia, raggiungono la loro massima dimensione all'epoca della pubertà per poi atrofizzarsi progressivamente con l'invecchiamento.

L'insieme di tutte le tonsille formano l'anello linfatico di Waldeyer (figura 1), costituito da:

- *tonsille palatine*: situate tra i pilastri palatini a livello del velo palatino;
- *tonsille faringee o vegetazioni adenoidi*: localizzate nella parte posteriore del rinofaringe;
- *tonsille tubariche*: situate allo sbocco delle trombe di Eustacchio nel faringe;
- *tonsille linguali*: localizzate dietro la lingua, bilateralmente.

Nel bambino, le tonsille possono ingrossarsi in seguito a stimolazioni antigeniche ripetute e al graduale processo di apprendimento immunologico diventando ipertrofiche. Tale condizione è da considerarsi fisiologica nel bambino. In alcuni casi le tonsille possono raggiungere dimensioni considerevoli, tali da modificare la pervietà delle vie aeree (figura 2) fino a provocare deficit di ossigenazione. L'ostruzione meccanica del faringe comporta una serie di disturbi a carico della respirazione nasale, soprattutto durante il sonno (sindromi da apnea notturna ostruttiva), della fonazione (rinolalia chiusa posteriore), dell'accrescimento osteomuscolare della faccia (facies adenoidea), dell'apparato buccodentario (palato ogivale, malocclusione), della ventilazione dell'orecchio medio attraverso la tuba di Eustacchio (ipoacusia di trasmissione, otiti recidivanti).

In questi pazienti non è infrequente il verificarsi di fatti infiammatori ricorrenti come adenoiditi, faringiti e tonsilliti che possono diffondere all'orecchio medio o alle vie aeree inferiori. Il riconoscimento dei bambini "cattivi respiratori" è semplice, hanno il volto allungato, tendono a stare a bocca aperta. e presentano spesso alterazioni del palato (palato ogivale).

La diagnosi si basa essenzialmente sull'anamnesi personale e sulla clinica, confermata dall'ausilio della fibroendoscopia nasale. In caso di importante ostruzione delle vie aeree può essere utile il ricorso a prove di funzionalità respiratoria. La terapia delle forme non complicate è prettamente medica, sia locale (instillazione nasale di argento proteinato) sia generale (antibiotici come amoxicillina e macrolidi). In caso di marcata ostruzione meccanica o di infezioni recidivanti resistenti alla terapia medica è indicata terapia chirurgica come adenoidectomia o adenotonsillectomia.

## CASO CLINICO

R.I. 11 anni.

R è nata alla 41° settimana di età gestazionale da parto eutocico, dopo gravidanza normodecorsa. Periodo perinatale riferito nella norma. All'età di 2 mesi la piccola è stata ricoverata presso altro Ospedale per bronchiolite. Da allora la bimba ha sofferto di bronchiti asmatiformi ricorrenti, ostruzione nasale associata ad apnee e ad adenotonsilliti ricorrenti, per cui all'età di 20 mesi è stata sottoposta ad intervento di adenotonsillectomia, con modesto miglioramento della sintomatologia. Dall'età di 7 anni, per il persistere di frequenti episodi di bronchite asmatiformi, R. viene seguita presso altro Centro, dove è stata posta diagnosi di asma lieve persistente ad allergia agli acari. Da settembre 2008 a tutt'ora, la bambina segue terapia con fluticasone propionato . Nell'ottobre 2008 riscontro di ipertrofia delle tonsille linguali per cui la bambina ha eseguito esami ematochimici ( riferiti nella norma), visita otorinolaringoiatrica ed ha iniziato terapia antibiotica con cefixima e cortisonica con betametasone per via orale. Dal 16 ottobre 08 la piccola ha intrapreso terapia con mometasone furoato spray nasale, senza regressione della sintomatologia. In considerazione della persistenza della tumefazione delle tonsille linguali la bambina è stata accompagnata presso il Pronto Soccorso della nostra Clinica dove sono stati eseguiti esami ematochimici e radiografia del torace (risultati nella norma) ed è stata effettuata visita otorinolaringoiatrica che ha confermato la marcata ipertrofia delle tonsille linguali con ingombro meccanico. Per tale motivo si è deciso di ricoverare la bambina per effettuare gli accertamenti del caso. All'ingresso in Reparto, la piccola si presentava in buone condizioni generali. Aipretica. L'obiettività generale appariva nella norma, eccetto la presenza di ipertrofia delle tonsille

linguali associato a mesoadenia laterocervicale bilaterale. I valori della saturazione dell'ossigeno si sono sempre mantenuti su buoni valori (circa 98% in aria ambiente). All'ingresso la bambina ha eseguito esami ematochimici risultati nella norma, sierologie per EBV e CMV suggestivi per infezione pregressa, aspirato nasofaringeo per i comuni virus respiratori (negativo) e studio delle sottopopolazioni linfocitarie B e T risultato nei limiti. In data 5/11/08 è stata richiesta consulenza ORL che ha confermato la presenza di neoformazione vegetante mammellonata della base della lingua compatibile, in prima ipotesi, con ipertrofia del tessuto linfatico. Su consiglio dei colleghi ORL la bambina ha intrapreso terapia antibiotica associata ad antinfiammatorio per via orale. Per poter effettuare una corretta diagnosi differenziale tra tonsillite linguale associata ad ipertrofia del tessuto linfatico e malattia eteroproduttiva è stata consigliata l'esecuzione di RMN della base della lingua e del collo, seguita eventualmente da presa bioptica. In data 5/11/08 R. ha effettuato prove di funzionalità respiratoria, per meglio inquadrare la patologia asmatica, risultate nella norma. Come consigliato dai colleghi ORL la bimba ha effettuato RMN collo e della base della lingua, previa esecuzione di accertamenti pre-narcosi, che ha confermato la presenza di ispessimento patologico della mucosa faringea che si estende dal rino-orofaringe fino all'ipofaringe prossimale. Tale ispessimento si confonde con voluminoso tessuto solido che interessa le tonsille linguali, faringee e palatine dell'anello di Waldeyer e sembra avere comportamento compressivo provocando una significativa riduzione del calibro del lume aereo. Si associano multiple adenopatie laterocervicali, a morfologia conservata priva di componenti necrocolliquative. Tale quadro appare suggestivo per malattia linfoproliferativa. A completamento

diagnostico R è stata sottoposta a biopsia del tessuto tonsillare che ha permesso di confermare l'ipotesi di tessuto linfatico in sede atipica. Nel corso della degenza si è assistito ad una lieve riduzione in volume della tonsilla linguale destra, mentre la tonsilla linguale sinistra è rimasta sostanzialmente invariata.

### DISCUSSIONE

Nei bambini l'ipertrofia tonsillare è una condizione parafisiologica, dovuta agli innumerevoli stimoli antigenici a cui sono sottoposti. Nel caso presentato, la bambina presentava storia personale e segni clinici suggestivi per ipertrofia tonsillare. L'esecuzione di RMN del collo e della base della lingua ha permesso di valutare con maggiore accuratezza le dimensioni, la morfologia e i rapporti con le strutture circostanti dell'ispessimento della mucosa faringea che in prima ipotesi appariva suggestivo per malattia linfoproliferativa. A completamento diagnostico, per confermare o meno la natura linfoproliferativa della neoformazione, si è reso necessario il ricorso a biopsia di tale neoformazione che ha permesso di porre diagnosi di certezza di ipertrofia del tessuto linfatico in sede atipica.

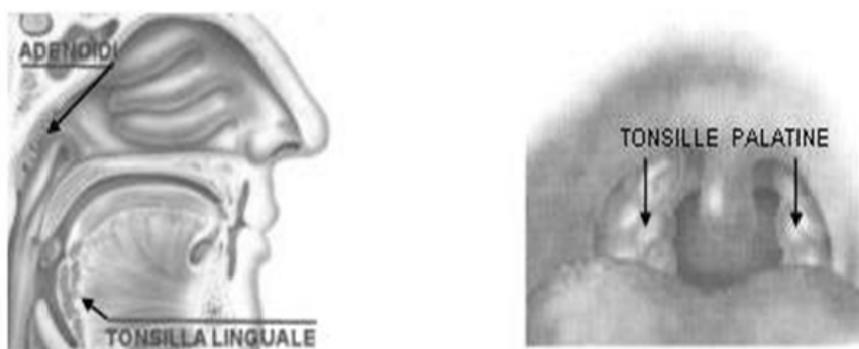


Figura 1.



**Figura 2.**

### **RIASSUNTO**

L'ipertrofia tonsillare è una condizione molto frequente nell'età infantile e adolescenziale, dovuta a continui stimoli immunitari provenienti dall'ambiente esterno. Tale condizione può essere considerata fisiologica salvo in alcuni casi dove l'ipertrofia tonsillare è tale da modificare la pervietà delle vie aeree fino a provocare deficit di ossigenazione o difficoltà alla deglutizione. Il caso clinico che vi presentiamo riguarda una bambina di 11 anni, con anamnesi personale positiva per asma lieve ricorrente e allergia agli acari in trattamento con cortisonici per via inalatoria da settembre 2008. Giunge presso il nostro Centro per importante ipertrofia delle tonsille linguali. La bambina si presenta in buone condizioni generali. Mantiene valori di saturazione O<sub>2</sub> su buoni valori. La piccola è stata sottoposta ad accertamenti ematochimici e di funzionalità respiratoria risultati nella

norma; ha poi eseguito consulenza ORL seguita da RMN del collo e della base della lingua e da biopsia del tessuto tonsillare per escludere una malattia linfoproliferativa. Tali indagini hanno permesso di porre diagnosi di ipertrofia del tessuto linfoide.

### **SUMMARY**

The tonsil hypertrophy is a very common condition during childhood and adolescence, due to continuous immune stimuli coming from outside. This condition can be considered physiological except in certain cases where the tonsil hypertrophy is such as to alter the patency of the airways to cause oxygen deficiency or difficulty to swallowing. The clinical case that we present deals with a girl of 11 years, with a history positive for staff applicant mild asthma and allergy to mites treated with cortisone for inhaled by September 2008. Arrive at our center for important hypertrophy of the lingual tonsils .The little child is in good general conditions. Maintains the values of O2 saturation on good values. The girls has undergone blood investigation and respiratory function results in the standard; then performed followed by advice ORL,RMN of the neck and base of the tongue and tonsil tissue biopsy to rule out a disease investigation lynphoproliferative. These allowed to put diagnosis hypertrophy of lymphoid tissue.

### **BIBLIOGRAFIA**

1. Arens R, Marcus CL. Pathophysiology of upper airway obstruction: a development perspective. *Sleep* 2004; 27(5):991-1019
2. Valera FC, Travitzki LV, Mattar SE at al. Muscular, functional and orthodontic changes in pre school children with enlarged adenoids and tonsils. *Int J Pediatr Othorhinolaryngol* 2003; 67(7):761-770

3. Selner JC. Concepts and clinical application of fiberoptic examination of the upper airway. *Clin Rev Allergy* 1988; 6 (3):303-320
4. Guarisco JL, Littlewood SC, Butcher RB. Severe upper airway obstruction in children secondary to lingual tonsil hypertrophy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1990; 99(8):621-624
5. Nishimura T, Suzuki K. Anatomy of oral respiration: morphology of the oral cavity and pharynx. *Acta Otolaryngol* 2003; 550:25-28
6. Kawashima S, Pettomäki T, Sakata H et al. Craniofacial morphology in pre school children with sleep-related breathing disorder and hypertrophy of tonsils. *Acta Paediatr* 2002; 91(1):71-77