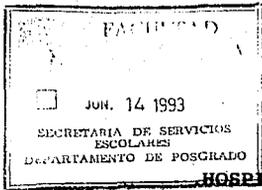


11236
14
25

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE INVESTIGACION



FACULTAD DE MEDICINA

I.S.S.S.T.E

HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

ESTUDIO COMPARATIVO DE LARINGOSCOPIA
INDIRECTA Y NASOLARINGOSCOPIA EN DISFONIA CRONICA

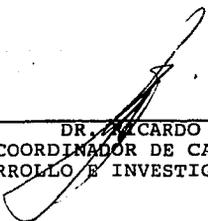
TRABAJO DE INVESTIGACION QUE

P R E S E N T A

DR. RICARDO GPE. FAVELA VILLARREAL

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE

OTORRINOLARINGOLOGIA


DR. RICARDO LOPEZ FRANCO
COORDINADOR DE CAPACITACION Y DESARROLLO E INVESTIGACION.


DR. GUILLERMO AVENDANO M.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

03 NOV. 1992

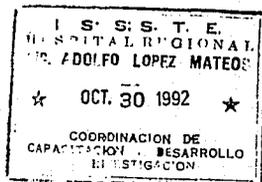
Subdirección General Médica

Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación

Departamento de Investigación


DR. AMADO GOMEZ ANGELES
COORDINADOR DE CIRUGIA.

1993





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

- I- RESUMEN**
- II.- SUMMARY**
- III.- INTRODUCCION**
- IV.- MATERIAL Y METODO**
- V.- RESULTADOS**
- VI.- DISCUSION**
- VII.- CONCLUSION**
- VIII.- TABLAS**
- IX.- BIBLIOGRAFIA**

R E S U M E N

Se estudió un grupo de 32 pacientes de ambos sexos con un rango de edad de 24 a 60 años, con disfonía crónica de más de, 3 meses de evolución, a los cuales se les realizó laringoscopia indirecta obteniendo éxito en 29 casos (90.6%) y tres fracasos (9.4%); uno por limitación de la apertura mandibular y - dos por reflujo nauseoso incontrolable.

Con la nasolaringoscopia se obtuvo éxito en los 32 casos (100%) y fue mejor que la laringoscopia indirecta para valorar y observar las estructuras anatómicas: cuerda vocal ($P < 0.005$) la comisura anterior ($P < 0.005$), pliegues faringoepiglóticos ($P < 0.005$), la vallecula ($P < 0.005$), los senos piriformes ($\chi^2 = 0.01$, $P < 0.025$), con una diferencia estadísticamente significativa.

Concluyendo que la nasolaringoscopia es un procedimiento mejor que la laringoscopia indirecta ($P < 0.005$), para la identificación de las estructuras; ambos procedimientos son seguros y fáciles de realizar sin riesgo.

Palabra clave: DISFONIA CRONICA
LARINGOSCOPIA INDIRECTA
NASOLARINGOSCOPIA.

A B S T R A C T

A group of 32 patients male and female with an average age of 24 to 60 years old was studied, with cronic dysphonia during more than 3 months of evolution. Indirect laryngoscopy was realized with success in 29 cases (90.6%), and three failures (9.4%). One by limitation of the mandibular opening and 2 by important nauseousness.

The nasolaryngoscopy reported success in the 32 cases (100%), and it was better than the indirect laryngoscopy to evaluate and observe the anatomical structures: vocal cord ($P < 0.005$), the anterior commissure ($P < 0.005$), pharyngoespiglottic folds ($P < 0.005$), the vallecula ($P < 0.005$), the periform sinus ($X^2 = 0.01 < P < 0.025$), with a statistically significant difference.

It is concluded with the nasolaryngoscopy is a better procedure than the indirect laryngoscopy ($P < 0.005$), for the identification of the structures, both procedures are safe and easy to realize without any risk.

Key Words: CHRONIC DISPHONIA.

INDIRECT LARYNGOSCOPY

NASOLARYNGOSCOPY.

I N T R O D U C C I O N

El interés en visualizar estructuras internas del cuerpo humano como la laringe, se remonta a la primera mitad del siglo XIX cuando Buzzini, Babington, Liston, García, intentaron ver la laringe con un espejo, valiendose de la luz solar o de la luz artificial, como una vela; con los trabajos de Czermak, Yurck y Mac Kenzie. La laringoscopia indirecta se convirtió en un procedimiento práctico para inspeccionar los elementos anatómicos y la función de la laringe. Con estos adelantos nace la laringología.

Ephraim Cutter y Louis, mejoraron la técnica de la laringoscopia indirecta 1891.

La segunda fase de la laringología comenzó con Kirtein 1895, y Killian, quienes desarrollaron instrumentos para visualizar las laringe directamente con iluminación externa. Chevalier Jackson, inventó un nuevo instrumento edoscópico basado sobre iluminación distal, se inauguró una nueva era en laringología y broncoesofagología.

Jackson y Brunings montaron lupas en sus laringoscopios para ver lesiones laringeas (1920).

Hinselmann adoptó en 1925 la magnificación para ver las alteraciones patológicas incipientes del cuello uterino y registrando los mediante colpofotografía. En 1953, Albrecht adoptó esta misma técnica fotográfica para registrar las alteraciones, de la mu-

cosa oral y de las cuerdas vocales visualizados mediante laringoscopia indirecta.

Kleinsasser, en 1958 agrega un telescopio magnificador al laringoscopio de comisura anterior de Holinger, que después combinó con soporte precordial de tipo Riecker, Scalco, Shipman y Tabb, - describieron el uso del microscopio quirurgico Zeis con el laringoscopio de suspensión de Lynch, y obtener una visión binocular de la patología laringea.

Priest y Wesolowsk y más tarde Suehs, llevaron a cabo por primera vez, la laringoscopia directa con anestesia por intubación intratraqueal. La relajación muscular permitía aún más el empleo de laringoscopia de mayor calibre y se podía operar con las dos manos

En el último decenio la tecnología endoscopica se revoluciona con mejor sistema óptico, mejor iluminación y fibra óptica, lo rígido y posteriormente el endoscopio flexible. (1962).

El nasofaringoscopio flexible óptico de Machida, permite examinar la nasofaringe, los orificios de las trompas de eustaquio, - la cavidad nasal, la hipofaringe y la laringe.

La laringe es una estructura situada en el cuello y está constituida por elementos oseos, cartilagosos, musculares y membranosos. La porción osea se encuentra constituida por el hueso hioides; la porción cartilaginosa por los cartilagos tiroides, cricoi -

des, epiglottis, aritenoides, cuneiformes y corniculados. La porción muscular se divide en músculos extrínsecos, accesorios e intrínsecos, la porción membranosa por la membrana cuadrangular y la membrana triangular (cono-elástico).

Las funciones básicas de la laringe son la respiración, la deglución y fonación y la protección de las vías aéreas.

En la población derecho habiente del Hospital LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS DEL I.S.S.S.T.E., dentro de los problemas Otorrinolaringológicos, la disfonía se encuentra dentro de las principales causas de consulta en nuestro servicio y que llegan a generar incapacidades a corto y largo plazo.

El estudio nasolaringoscópico es prácticamente sencillo y no implica grandes molestias para el paciente. En el departamento de Otorrinolaringología de nuestro Hospital contamos con el equipo necesario para llevarlos a cabo y así diagnosticar lesiones laringeas bajo visión directa en forma rápida y precisa, además que no implica ningún problema desde el punto de vista económico.

Los objetivos de este trabajo están encaminados a demostrar, esta alternativa diagnóstica como procedimiento de gran ayuda para los pacientes disfónicos, evitando un riesgo quirúrgico y anestésico.

MATERIAL Y METODO

El universo del estudio consistió en pacientes de la consulta del servicio de Otorrinolaringología del Hospital Regional LIC. - ADOLFO LOPEZ MATEOS, en un período comprendido del 1 de julio de - 1991, al 30 de junio de 1992.

Se incluyeron pacientes de ambos sexos; con edades comprendidas de los 24 años a 60 años. Con diagnósticos clínico de disfonía crónica de 3 meses de evolución o más.

Se excluyeron a los pacientes que presentaban alguna patología de vías respiratorias superiores o inferiores.

Para el diagnóstico laringeo en todos los casos se utiliza la laringoscopia indirecta y la nasolaringoscopia.

Para la laringoscopia indirecta se utiliza espejo laringeo - No. 6 y 7, lámparas frontal (Welch-Allyn), gasas, abatelenguas y xylocaina, spray al 10% simple.

Para la nasolaringoscopia se utiliza un nasofaringolaringoscopia marca Olympus ENF tipo IT 10, se realiza rinoscopia anterior de rutina, introduciendo en la nariz anestésico tópico y vasoconstrictor (xilocaína simple 10% y fenilefrina 25%).

En la orofaringe la anestesia se aplica en forma de spray utilizando también xilocalina simple 10%.

Se recolectaron los siguientes datos de los pacientes:

1.- Nombre, edad, sexo y ocupación. 2.- Tabaquismo, frecuencia y tiempo de adicción. 3.- Alcoholismo, frecuencia y tiempo de adicción. - 4.- Tos crónica. 5.- Disfonía persistente. 6.- Disfagia-odinofagia. 7.- Sensación urente faringo - laringea. 8.- Disnea. 9.- Sensación de cuerpo extraño. 10.- Estridor laringeo.

En el examen se observan cuidadosamente cada una de las estructuras laringeas en busca de anomalías.

a).- Base de la lengua. b).- Vallecula. c).- Senos piriformes. d).- Epiglotis. e).- Repliegues ariepigloticos. f).- Pliegues faringoepiglóticos. g).- Aritenoides. h).- Bandas ventriculares. i).- Ventriculos. j).- Cuerdas vocales. k).- Comisuras anterior y posterior.

SE CONSIDERA EXITO LA IDENTIFICACION DE LAS ESTRUCTURAS DE LA HIPOFARINGE Y LARINGE. Y SE CONSIDERA COMO FRACASO LA FALTA DE IDENTIFICACION DE ESTAS ESTRUCTURAS.

SE PRESENTAN RESULTADOS, TABLAS Y GRAFICAS.

R E S U L T A D O S

Se estudiaron 32 pacientes, 11 (34.4%) del sexo masculino y 21 (65.6%) del sexo femenino. (gráfica 1).

Las edades fluctuaron entre 24 y 60 años, con una media de, 39 años. (gráfica 2), todos los pacientes tuvieron una disfonía, crónica de más de tres meses de evolución que no cedió a tratamiento Médico.

En estos pacientes presentaron antecedentes de tabaquismo - en 10 casos (31.3%) de alcoholismo 11 casos (34.4%), predominando en el sexo masculino con un 68.25%. (cuadro 1).

Los síntomas encontrados fueron: Disfonía (100%), disfagia (68.7%), Tos crónica (56.2%), Sensación urente faringolaríngea (43.8%), Disnea, sensación del cuerpo extraño y estridor laríngeo (cuadro 2).

Los signos que predominan en esta serie de pacientes fueron Hiperemia de laringe (cuerdas vocales y aritenoides), en 12 casos (37.5%); tumores benignos en cuerdas vocales (nodulos, polipolaríngeo, hemangioma, papilomatosis, etc.,) en 11 casos (34.4%), Tumores malignos, 3 casos (9.4%) (gráfica 3).

Con la laringoscopia indirecta se observaron las cuerdas vocales en 24 pacientes y no se pudo observar en 8 pacientes con -

la nasolaringoscopia las cuerdas vocales se observaron en los 32 -
pacientes, hubo una diferencia significativa entre ambos grupos. -
($\chi^2=P<0.005$).

Con la laringoscopia indirecta se observó la comisura anteri-
or en 24 pacientes y no se logró observar en 8 pacientes, con la -
nasolaringoscopia la comisura anterior se observaron en los 32 pa-
cientes, existió una diferencia significativa entre ambos grupos.
($\chi^2=P<0.005$).

Con la laringoscopia indirecta se observó la vallecula en 24,
pacientes y no se pudo observar en 8 pacientes con la nasolaringos-
copia, la vallecula se observaron en los 32 pacientes, existiendo,
una diferencia significativa entre ambos grupos. ($\chi^2=P<0.005$).

Con la laringoscopia indirecta se observó los senos pirifor -
mes en 27 pacientes y no se logró observar en 5 pacientes con la -
nasolaringoscopia los senos piriformes, se observó en los 32 paci-
entes, existiendo una diferencia significativa entre ambos grupos,
($\chi^2=0.01<P<0.025$).

Con la laringoscopia indirecta se observaron los pliegues fa-
ringoepiglóticos en 22 pacientes y no se pudo observar en 10 paci-
entes, con la nasolaringoscopia se observaron en los 32 pacientes,
existiendo una diferencia significativa entre ambos grupos. ($\chi^2=P$
 <0.005).

Con la laringoscopia indirecta se observó los ventriculos la-

laringeos en 20 pacientes y no se logró observar en 12 pacientes con la nasolaringoscopia se observaron los ventriculos laringeos en 31 - pacientes y no se pudo observar en 1 paciente, con una diferencia - significativa entre ambos grupos ($X^2=P<0.005$). (cuadro 3).

Con la laringoscopia indirecta se pudo realizar en 29 casos - (90.6%) y fue fallido en tres: uno por limitación de la apertura man_ dibular y dos reflujo nauseoso incontrolable; la nasolaringoscopia - se efectuó en los 32 pacientes (100%); no existiendo una diferencia, significativa entre ambos grupos. (cuadro 4).

D I S C U S I O N

En nuestro estudio encontramos que el 90% de los pacientes - presentaron lesión laríngea y solo el 10% no la presentaron predominando en el sexo femenino 2.1.

La disfonía asociada con el reflujo gastro-esofágico ocupan, el 45% la cuál será diagnosticada cada vez más frecuentemente, en la medida que elaboremos una buena historia clínica y un examen - Otorrinolaringológico exhaustivo; la disfonía crónica por reflujo gastro-esofágico se presentó hasta un 80% (Ward, 1982). Del 45%, de las lesiones laríngeas restantes comprenden a lesiones benignas 35% y lesiones malignas 10%, presentando como antecedentes importantes, el alcoholismo y el tabaquismo; y como antecedentes - ocupacionales, área donde ejercitan demasiado su voz en forma persistente. Los altos niveles de ruido ambiental en los lugares de trabajo incrementa la frecuencia de disfonía crónica en 28% (Rontal 1979). Otros autores como Wilson en su trabajo concluyen que el tabaco, juega un papel importante en la sintomatología y hallazgos laríngeos, por lo cuál se pudo corroborar en nuestro estudio ya que 10 pacientes tenían este hábito.

En este estudio se observó que la nasolaringoscopia es un - procedimiento de exploración que nos da mejor imagen diagnóstica, que la laringoscopia indirecta.

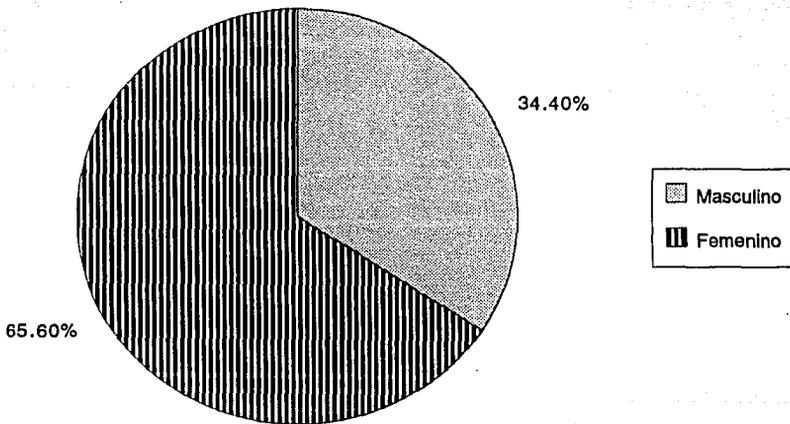
La nasolaringoscopia fue mejor que la laringoscopia indirecta en la valoración integral ya que en la segunda hubo tres intentos, fallidos, aunque no existió una diferencia estadística significativa.

Es importante mencionar que la diferencia diagnóstica entre la laringoscopia indirecta y la nasolaringoscopia es un dato variable ya que depende de la experiencia del observador en la realización de cualquiera de estos dos métodos de elección ya que es un procedimiento mucho más objetivo y fácil para la visualización de, la laringe, pero esto implica el tener el equipo adecuado. La laringoscopia indirecta es un método que no ha perdido vigencia con, solo 10% de fracasos en el diagnóstico oportuno de lesiones laringeas en disfonía crónica.

C O N C L U S I O N E S

- 1.- La disfonía crónica es más frecuente en el sexo -
femenino (2.1).
- 2.- La etiología más frecuente en la disfonía crónica,
son: la enfermedad de reflujo gastro-esofágico y -
lesiones laringeas secundarias a disfonía habitual.
- 3.- La nasolaringoscopia es mejor que la laringoscopia
indirecta en la exploración de la hipofaringe y la
ringe.
- 4.- La laringoscopia indirecta y la nasolaringoscopia,
son procedimientos seguros y sin complicaciones cu
ando lo realiza personal con experiencia.

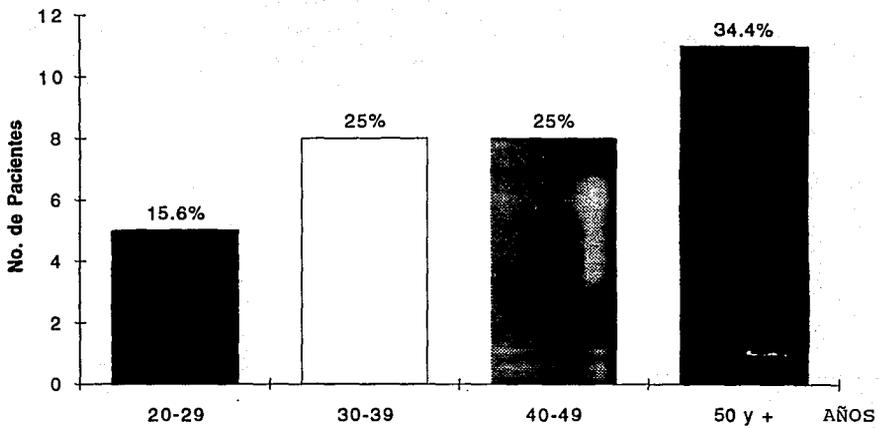
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA



DISTRIBUCION POR SEXO

FUENTE: H.R.L.A.L.M. ISSSTE

GRAFICA 1



DISTRIBUCION POR EDAD

FUENTE: H.R.L.A.L.M. ISSSTE

GRAFICA 2

TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO EN DISFONIA CRONICA

	HOMBRES *		MUJERES **		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TABAQUISMO	7	63.6	3	14.3	10	31.30%
ALCOHOLISMO	8	72.7	3	14.3	11	34.40%
TOTAL PACIENTE EN ESTUDIO	11	100%	21	100%	32	100%

* LA MEDIA EN LOS HOMBRES ES 68.25 %

** LA MEDIA EN LAS MUJERES ES 14.30 %

FUENTE H.R.L.AL.M. ISSSTE

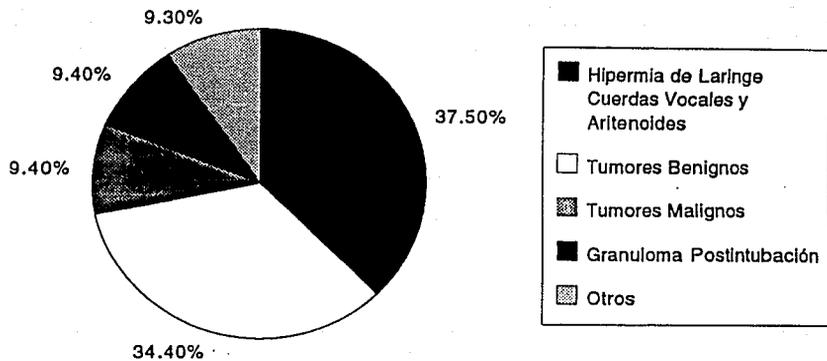
CUADRO 1

SINTOMAS QUE ACOMPAÑAN A LA DISFONIA CRÓNICA

SINTOMAS	CASOS	PORCENTAJES
DISFAGIA	22 CASOS	68.75%
TOS CRÓNICA	18 CASOS	56.25%
SENSACION URENTE FARINGOLARÍNGEA	14 CASOS	43.75%
DISNEA	6 CASOS	19.00%
SENSACION DE CUERPOS EXTRANOS	4 CASOS	12.50%
ESTRIDOR LARÍNGEO	3 CASOS	9.50%

FUENTE: H.R.L.A.L.M. ISSSTE

CUADRO: 2



LESIONES ENCONTRADAS

FUENTE: H.R.L.A.L.M. ISSSTE

GRAFICA 3

CORRELACION ENTRE LARINGOSCOPIA INDIRECTA Y NASOLARINGOSCOPIA

SITIOS ANATOMICOS DE LA LARINGE	LARINGOSCOPIA		NASOLARINGOSCOPIA		DIFERENCIAS
	SE OBSERVO	NO OBSERVO	SE OBSERVO	NO OBSERVO	
VALLECULA	24	8	32	0	SI(P<0.005)
PLIEGES FARINGOEPIGLOTICOS	22	10	32	0	SI(P<0.005)
SENOS PIRIFORMES	27	5	32	0	SI(0.01<P<0.025)
VENTRICULO	20	12	31	1	SI(P<0.005)
CUERDAS VOCALES	24	8	32	0	SI(P<0.005)
COMISURA ANTERIOR	24	8	32	0	SI(P<0.005)

FUENTE H.R.L.A.L.M. ISSSTE

CUADRO 3

CORRELACION ENTRE LA LARINGOSCOPIA INDIRECTA Y
LA NASOLARINGOSCOPIA

	EXITO *		FRACASO **		TOTAL	
	N ^o CASOS	%	N ^o CASOS	%	N ^o CASOS	%
LARINGOSCOPIA INDIRECTA	29	90.6	3	9.4	32	100%
NASOLARINGOSCOPIA	32	100%	0	0	32	100%

* NO EXISTIENDO DIFERENCIA SIGNIFICATIVA $X_e=2.29$

CUADRO 4

FUENTE H.R.L.A.L.M. ISSSTE

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- CHAIT DAVID H.MA. FACS WENDY K. LOTZ,MS,SUCCESSFU,PEDIA-
TRIC EXAMINATION USING NASOENDOSCOPY,LARYNGOSCOPE 101: -
SEPT 1991:1016-1018.
- 2.- DELAHUNTY,JE:ACID LARYNGITIS,S,LARYNGOL OTOL 1972:86:335
342.
- 3.- FEDER,R,J, ANA MITCHELL,M,J,: HIPERFUNCTIONAL,HIPERACIDIC
AND INTUBATION GRANULOMAS ARCH. OTOLARYNGOL, 110,1984:582
584.
- 4.- GRANAY D. ANATOMY OF THE LARINK; CUMMINGS CH. FREDRICKSON
AND HARKER L. OTOLARYNGOLOGY HEAD AND NECK SURGERY.TOMO 3
ED. MOSBY 1986:1729-1739.
- 5.- LORE JM. CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO 3 A ED. MEXICO,ED. PA
NAMERICANA - 1988:102-130.
- 6.- MC. FARLANES S, LAVORATO A. THE USE OF VIDEO ENDOSCOPY IN
THE EVALUATION AND TREATMENT OF DYSPHONIA J. COMMUN DISO-
RD 1984:9:117-126.
- 7.- OLSON: THE PROBLEM OF GASTRO ESOPHAGEAL REFLUX OTOLARYNGO
LOGIC CLINICS OF NORTH AMERICA 1986:19:119-133.

- 8.- OLSON N: ENDOSCOPY AND VIDEO FLUOROSCOPIC EVALUATION OF -
SWALLOWING AND ASPIRATION ANN OTOL RHINOL LARYNGOL 100:19-
91:678-681.
- 9.- O. KLEINSASSER MICROLARINGOSCOPIA Y MICROCIURUGIA ENDOLARIN
GEA 2A. ED. ESPAÑA A ED. CIENTIFICO-MEDICA 1978:3-4.
- 10.- RANSOM JH, HAVEL KK. DIAGNOSTIC FIBEROPTIC RHINOLARYNGOSCO
PY, KANS MED APRIL 1989:105:115.
- 11.- SATALOFF R.T. HAWKSHAW M.J. STROBOVIDEO LARYNGOSCOPY: RESU
LTS AND CLINICAL VALUE ANN OTOL RHINOL LARYNGOL 100:1991:-
725-727.
- 12.- SILBERMAN HD, WILF H. TUCKER J.A. FLEXIBLE FIBEROPTIC NASO
PHARYNGOLARYNGOSCOPE, ANN OTOL RHINOL LARYNGOL 85:1976:640
645.
- 13.- STRONG MS MICROSCOPIC LARINGOSCOPIC APPRAISAL AND
LARYNGOSCOPE 1970:80:1540-1552.
- 14.- WARD P. BERCIG, OBSERVATION ON THE PATHOGENESIS OF CHRONIC -
NON SPECIFIC PHARYNGITIS AND LARYNGITIS, LARINGOSCOPE 1982
92:1377-1382.
- 15.- WELCH AR. THE PRACTICAL AND ECONOMIC VALUE OF FLEXIBLE SYS
TEM LARYNGOSCOPY J. LARYNGOL OTOL 1982:92:1125-1129

16.- YANAGISAWA E. COMPARISON OF NEW TELESCOPIC VIDEO MICRO -
LARYNGOSCOPIC TECHNIQUES ANN OTOL RHINOL LARYNGOL 101: -
1992:51-60.

17.- YAKO G. ENDOSCOPIA LARINGEA Y MICROLARINGOSCOPIA PAPARE-
LLA SHUMRICK, OTORRINOLARINGOLOGIA TOMO 3 1982, ED. PANA
MERICANA, 2389-2394.