

**CAMBIOS HISTOLOGICOS DE LA COMISURA POSTERIOR Y ARITENOIDES
EN PACIENTES CON SINDROME DE CHERRY EN EL HOSPITAL
REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"**

- + DR. RAUL SOLACHE GIL
- ++ DR. CESAR ALFONSO GUTIERREZ ESPINOSA
- +++ DR. FERNANDO PINEDA CASAREZ

SERVICIO:

OTORRINOLARINGOLOGIA HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO
ZARAGOZA ISSSTE

- + MEDICO RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
DEL HOSPITAL REGIONAL GENERAL. IGNACIO ZARAGOZA
- ++ MEDICO ADSCRITO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DEL HOSPITAL
REGIONAL GENERAL. IGNACIO ZARAGOZA ISSSTE
- ++ ENCARGADO DEL SERVICIO OTORRINOLARINGOLOGIA DEL HOSPITAL
REGIONAL GANERAL IGNACIO ZARAGOZA ISSSTE.

EFFECTUADO EN EL HOSPITAL REGIONAL
" GENERAL. IGNACIO ZARAGOZA " ISSSTE

DOMICILIO:

Valle de México 152-U Col. Ampliacion Valle de Aragon C.P. 55280 TEL. 7-83-
97-73



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

"Cambios histológicos de aritenoides y comisura posterior en pacientes con Síndrome de Cherry atendidos en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza".

RESUMEN

El estudio se realizó con el propósito de establecer relación entre los cambios inflamatorios de aritenoides y comisura posterior durante la maniobra de exploración física, y los hallazgos histopatológicos encontrados, esto en pacientes atendidos en las instalaciones de Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza".

Se incluyeron en el estudio a 288 pacientes atendidos durante el período de estudio, el cual comprendió de marzo de 1996 a septiembre de 1997. En pacientes de ambos sexos se reportaron síntomas crónicos tales como: Disfonia matutina, dolor torácico, pirosis y sensación de cuerpo extraño faríngeo. A todos los pacientes se les practicó la endoscopia encontrando principalmente edema, secreciones en aritenoides y comisura posterior, úlceras o granulomas. Por su parte la nasofibroscofia realizada con equipo Pentax Source Modelo LH 150 previa aplicación de xilocaína al 10% en orofaringe y ganglio esfenopalatino, acompañada además, de la toma de biopsia de la comisura posterior; de acuerdo con los resultados encontrados, se indicaron los siguientes esquemas de tratamiento farmacológico: Omeprazol 20 mg. Vía oral cada 24 horas y metoclopramida 10 mg. Cada 8 horas durante 6 semanas, con una posterior revaloración con nasofibroscofia. De acuerdo con lo anterior, se logró establecer una relación directa entre la exploración física y los hallazgos histopatológicos encontrados en los pacientes siendo del 86.6% con predominio hacia el sexo femenino y edades de presentación máxima de 30 a 49 años en el 57% de los casos.

Las manifestaciones laringeas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) tienen una elevada prevalencia y frecuentemente pasan inadvertidas sin presentar síntomas típicos.

Palabras clave: Reflujo gastroesofágico
Laringitis posterior
Comisura posterior
Aritenoides
Granuloma
Omeprazol

"Histologic Changes of the aritenoid and posterior commissura in patients with Cherry's Syndrome attending in the "Gral. Ignacio Zaragoza Regional Hospital".

SUMMARY

The purpose of this study was to determine any relationship between the inflammatory changes in aritenoid and posterior commissura during physic examination handling and histopathologic changes reported in patients treated in "Gral. Ignacio Zaragoza Regional Hospital" Instalations.

According to period study, from march 1996 to september 1997, 288 patients similar en gender relationship, and with chronic symptoms such as: Morning dysphagy, and foreing body sensation, were incluyed. In all patients, endoscopy procedure showed hyperemia, edematous erea, secretios in aritenoid and posterior comisura, ulcer or granulms. In other hand. Nasofibroscopy made with the use of Lentax Light Source LH 150 model previous application of xylocain in eropharynx and sephenopalate ganglion, accompanied by biopsy of posterior comisura. According to findings, it was indicate the following farmacologic schedule: omeprazole 20 mg / 24 hours, and, metoclopramide 10 mg / 8 hours during next weeks, both oral intake, with subsecuent revaloration using posterior nasafibroscopy. Results indicated a direct relationship between physic examination hangling and histopathologic findings reported in patients of an 86.6%, with higher tendency toward female patients, and maximiumage presentation from 30 to 49 years reported in 57% of the cases.

Larygeal manifestations of Gastroesophagel Reflux disease (GERAD) are high prevalent and fecuently, typical symptoms underwent inadvertently for patient. For patient.

Key words: Gastroesophagic reflux
 Posterior laryngitis
 Posterior comisura
 Aritenoid
 Granuloma
 Omeprazole

CAMBIOS HISTOLOGICOS DE LA COMISURA POSTERIOR
Y ARITENOIDES EN PACIENTES CON SINDROME DE
CHERRY EN EL HOSPITAL REGIONAL
“ GENERAL IGNACIO ZARAGOZA “

INTRODUCCION

Se acredita a Chevalier Jackson la primera descripción de laringitis posterior en el año de 1928 (1). El considera que las úlceras de contacto y granulomas son causados por trauma.

En 1968 Cherry y Morgulies (2) Fueron los primeros en postular que el reflujo gastroesofagico es la causa de laringitis posterior y recomiendan tomar medida preventivas para el reflujo noturno.

Comúnmente la laringitis posterior se asocia a síntomas laríngeos crónicos, y laringoscópicamente se manifiesta como edema y eritema de los aritenoides y pared posterior de la glotis.

En la población pediátrica el reflujo gastroesofágico se relaciona a trastornos respiratorios crónicos que pueden comprometer la vida, estos pacientes el 80% son referidos por complicaciones respiratorias agudas y crónicas (3).

La laringitis posterior se ha clasificado por su aspecto macroscópico del estudio endoscópico:

- Leve: Con eritema posterior.
- Moderado: Estasis de secreciones y mascado edema.
- Severa: Ulceración, granulomas o hiperqueratosis (4).

En pacientes con laringitis crónica se tiene de esofagitis avanzada en 10-20%. Y la examinación histopatológico muestra inflamación en 75% de los casos.

En población pediátrica el índice de presencia de esofagitis es del 60 - 72% en comparación con la población adulta que es de un 30 - 40% (3).

Se ha determinado que pacientes que describen síntomas de reflujo gastroesofágico asociados con síntomas faringo-laríngeos atípicos y signos de laringitis ácida deben ser evaluados por la posibilidad de que presente Síndrome de Cherry estenosis subglótica, granulomas y carcinoma de laringe de tipo celular epidermoide, aunque se conoce bien que el factor de riesgo más importante para cáncer de laringe es el tabaquismo asociado al alcoholismo (5)

La enfermedad por reflujo gastroesofágico fue descrita en la antigüedad, el 1618 Fabricio describe el esfínter gastroesofágico al que Galeno ya había denominado " cardias " , en 1890 Chevalier Jackson introduce el esofagoscopio y en 1928 hace la primera descripción de laringitis posterior.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico da manifestaciones típicas y atípicas, las más frecuentes son esofagitis que se manifiesta por regurgitación y dolor torácico, y entre las atípicas se encuentran síntomas pulmonares, laríngeos (coma, Disfagia, Tos crónica, sensación de cuerpo extraño, Dolor faríngeo) (6)

DEGLUCION NORMAL.- Antes de consumir los alimentos se estimula la secreción gástrica y salival (fase cefálica). La fase preparatoria oral es la primera y tiene como propósito la formación del bolo por medio de la masticación y salivación, una vez formado el bolo se inicia la deglución con movimiento de la lengua da el impulso a la orofaringe. La fase faringea se caracteriza por reflejo de inhibición, cierre glótico y elevación de la laringe con relajación del esfínter cricofaríngeo. La fase esofágica con peristasis, relajación u apertura del esfínter esofágico inferior (7).

Muchos de los factores etilógicos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico son:

Tabaquismo (que induce disminución de la presión del esfínter esofágico interior), alcoholismo, obesidad, embarazo, ejercicio, estrés, cirugía, dieta, chocolate, menta, bebidas gaseosas, todos estos factores entre otros pueden asociarse a la laringitis por reflujo.

COMPLICACIONES OTORRINOLARINGOLOGIAS

Este síndrome puede predisponer al desarrollo de carcinoma de células escamosas en la laringe, por una reacción inflamatoria inespecífica que puede desarrollar displasias y posteriormente carcinoma, aunque el factor de riesgo más importante es el tabaco.

La estenosis laríngea y traqueal adquiridas se asocian con heridas penetrantes, pero de manera más frecuente como complicación de intubación endotraqueal, el reflujo gastroesofágico es un factor potencial en la patogénesis de la estenosis subglótica (8) y predispone a un alto índice de falla en la recanalización.

DISFAGIO: Es un síntoma que puede ser secundario a causas inflamatorias infecciosas, neoplásicas, Traumáticas, alteraciones neurológicas ó Idiopáticas.

Posibles mecanismos de producción relacionados a enfermedad por Reflujo gastroesofagico, en un Directo contacto del Reflujo con Estructuras Laringofaringeas, Disfuncion del Esfinter Esofágico superior. Aunque Ossakaw establece que estos pacientes con Síntomas Otorrinolaringologicos por reflujo se acompaña de Dismotilidad Esofágica (9).

Henderson reporta que Disfagio Faringoesofágico ocurre en 51.3% y ocurre como síntoma primario en 12% (10).

MATERIAL Y METODOS

Se incluyen en el presente estudio un total de 228 pacientes en un período comprendido del 1 de Marzo de 1996 al 28 de Septiembre de 1997 de ambos sexos, mayores de 18 años realizado en el Hospital Regional " General Ignacio Zaragoza " del ISSSTE. Con presencia de sintomatología crónica de faringitis y laringitis donde los pacientes fueron multitratados sin mejoría clínica presentándose con síntomas tales como disfonía de predominio matutino que mejora con el transcurso del día, dolor faríngeo, tos crónica y distagia, sensación de cuerpo extraño, y otros síntomas faríngeos inespecíficos con estudio endoscópico previo con resultado positivo para síndrome de Cherry, posteriormente se toma biopsia por nasofibroscopia con nasofibroscopio marca PENTAX light Source modelo LH 150: estando el paciente posición de fowler en ayuno se colocan aplicadores con xilocaína al 10% : al nivel de la cola del conete medio, en el área del ático nasal y en el piso de la fosa nasal así como un disparo de xilocaína al 10 % en la orofaringe dejándolos por un período de 10 minutos procediendo a introducir el nasofibroscopio por la narina explorando techo, pared media piso y pared lateral de la nariz, posteriormente se dirige hacia la rinofaringe explorando el Torus tubarius pared posterior de la rinofaringe , llegando a la orofaringe explorando la base de la lengua, velleculas, pliegues glosopiglóticos medios y laterales, posteriormente se explora borde libre de la epiglottis se introduce al vestíbulo laríngeo, pliegues ariteno epiglóticos, comisura interaritenoidea, bandas ventriculares, cuerdas vocales con toma de biopsia de los aritenoides y comisura posterior, posteriormente se inicia tratamiento antirreflujo a base omeprazol 20 mg vía oral cada 24

horas y metoclopramida 10 mg vía oral cada 8 horas, por un período de 6 semanas y posteriormente valoración con nasofibroscopía.

Excluyendo a pacientes menores de 18 años, a los que estén bajo tratamiento antrirreflujo, que cursen con cuadro infeccioso de vía aéreas superiores, Rinosinosis, Rinofaringitis, Faringoamigdalitis con rinitis alérgica, deformidad septal, así como aquellos pacientes con tos crónica secundaria de enfermedad pulmonar o traqueobronquial.

Eliminándose del estudio, a aquellos pacientes que no se les realice la toma de biopsia, que no acudan a sus consultas o que fallezcan durante el período de estudio.

Se realiza un estudio longitudinal, prospectivo y de tipo descriptivo, con el objeto de demostrar que existen cambios inflamatorios en la mucosa de la comisura posterior y aritenoides y poder establecer la correlación de los cambios macroscópicos durante laringoscopia y los hallazgos histopatológicos y poder determinar que tipos de cambios histopatológicos se presentan en nuestra población con síndrome de Cherry.

RESULTADOS

En el presente estudio se presenta un total de 228 pacientes que acuden a consulta con sintomatología de dolor faríngeo, tos crónica, disfonía matutina que mejora con el transcurso del día y algunos de los pacientes referían sensación de dolor faríngeo; y otros (síntomas inespecíficos) Disfagia; Dolor Torácico, Regurgitación, Pirosis.

De los 228 pacientes que se incluyeron inicialmente se excluyeron 30 pacientes por presentar diagnóstico endoscópico negativo a síndrome de Cherry. De los 198 pacientes admitidos en el estudio se presentan con rango de edad de 21 a 76 de años con promedio de 44 años, en donde 108 fueron del sexo femenino que representa el 54.5% y 90 del sexo masculino que representa el 45.5%

Con un período de seguimiento de Marzo de 1996 a Septiembre de 1997, los pacientes posterior a estudio endoscópico positivo para reflujo gastroesofágico y signos de laringitis posterior tales como edema e hiperemia de comisura posterior y aritenoides, Estasis de secreciones, úlceras o Granuloma. Se toma biopsia a los 198 pacientes y posteriormente se inicia tratamiento antirreflujo con omeprazol 20 mg. V.o. cada 24 horas y metoclopramida 10 mg. V.o. cada 8 horas 20 minutos antes de los alimentos por 6 semanas.

De los 198 pacientes evaluados prospectivamente por sintomatología de laringitis crónica la gran mayoría no manifiesta sintomatología de enfermedad por reflujo gastroesofágico, solo en 93 que corresponde a un 46.9% de los pacientes, se reportó

sintomatología de enfermedad por reflujo como posible causa de su sintomatología faríngea y laríngea.

Del total de los 198 pacientes 112 presentaron remisión total de la sintomatología y corroborado por Nasofibroscofia correspondiendo al 56.6% y 60 que es igual a el 30.3% presentaron moderada mejoría y solo 26 que corresponde a el 13.1% de los casos no presentó mejoría clínica. Esto esta en relación con el grado de esofagitis reportando en nuestro estudio un 67.7% que son 134 de los 198 pacientes un grado II, esofagitis grado I en 38 correspondiendo a el 19.19% y el grado III de esofagitis en 26 que es igual al 13.1% .

En todos los pacientes se realizó nasofibroscofia con toma de biopsia de comisura posterior reportando reacción crónica inflamatoria en 190 y en solo 8 pacientes reportó granuloma de comisura posterior y 15 Pacientes con úlcera de comisura posterior; Se encontró en seis pacientes nódulos laríngeos, un paciente con pólipo laríngeo, un paciente con papilomatosis laríngea que mas que ser secundarios a la laringitis por reflujo son entidades clínicas que pueden coincidir con este síndrome, solo en 5 pacientes se les realizó manejo quirúrgico de una funduplicatura tipo Nissen. Los hallazgos por Nosofibroscofia fueron Laringitis Posterior leve tiene 85 pacientes que es igual 42.9%, moderada 90 pacientes igual 45.4% y severa 23 pacientes 11.6%

Los cambios hitopatológicos que se presentan en la laringitis crónica por reflujo corresponden en alto porcentaje a los hallazgos clínicos en 198 de 228 pacientes así se corroboró lo que representa el 86.8%

A la laringoscopia los signos encontrados en la laringitis posterior fueron: eritema de la membrana mucosa de los cartilagos aritenoides y la comisura posterior y solo en 8 casos se encontro eritema con granuloma de la laringe posterior, y en 15 pacientes ulceras de comisura posterior.

El tratamiento antirreflujo fue altamente util en el manejo de los pacientes con sintomatologia larinea y farinea. De los pacientes evaluados no reportaron sintomas tales como: dolor toracico o regurgitacion, pirosis solo sintomatologia laringo-farinea que represento un 53.1%.

El rango de respuesta a un tratamiento antirreflujo fue del 86.9%.

DISCUSION

En nuestra experiencia clínica podemos decir que con la exploración con nasofibroscopio con especial atención a la laringe posterior, se demuestra que la laringitis posterior es comúnmente vista en asociación con síntomas laríngeos y faríngeos crónicos, encontrando que los cambios más frecuentes en la mucosa laríngea fueron:

- Eritema
- Edema

La formación de granulomas fue poco común, lo que sugiere que son la etapa final de los cambios inflamatorios, al igual que la presencia de úlceras.

Aunque el síndrome de Cherry (laringitis posterior), ha sido reportado con mayor frecuencia de presentación en hombres que en mujeres 10:1, en nuestro estudio encontramos ligero predominio en mujeres 1.1:1, esto puede deberse a que la gran mayoría de nuestra población de consulta son mujeres. La frecuencia de pacientes con sintomatología tradicional de laringitis por reflujo que presentan reflujo gastroesofágico oculto en nuestro estudio es de 53.0% y Kaufman en 1991 reportó 56%.

Podemos establecer que la endoscopia de fibra óptica es la primera línea de investigación pero tiene el inconveniente de que la interpretación depende del operador y su sensibilidad, incrementado con la confirmación histológica.

En nuestra experiencia podemos decir que la respuesta al tratamiento fue de 86.9% donde el 56.6% resolvieron su sintomatología pero otros reportes han sugerido la posibilidad de reflujo episódico de estos pacientes con presentación atípica con lo mencionado que a pacientes con laringitis por reflujo gastroesofágico oculto en un alto porcentaje hace que esta enfermedad pase inadvertida para muchos médicos donde la información de los síntomas laringeos y anomalías endoscópicas permiten la identificación de la enfermedad por reflujo asociada a enfermedad laríngea.

Lo mencionado por Cherry en 1968 donde describe a pacientes con úlceras y granulomas de comisura posterior sin presencia de síntomas típicos y de enfermedad por reflujo nos establece primero que estas son la etapa final de reacción inflamatoria crónica, y que la enfermedad por reflujo puede llevar un curso subclínico.

- (1) Jackson Contact Ulcer of the larynx Ann Rynol. Laryngol. 37: 227-30 1928.
- (2) Cherry J, contact ulcer of larynx laryngoscope 73: 1937-40 1968
- (3) T. Berstad Gastroesophageal reflux and chronic respiratory disease in infants and children scan J Gastroenterol supp 211 26-8 1995.
- (4) Kamel P. Out comes of reflux therapy for the treatment of chonic laryngitis Ann otll Rhinol Laryngol 104: 550-55 1995.
- (5) Young J. Laryngeal manifestations of gastroesophageal reflux disease endoscopic apearance and management Gastrointestinal endoscopy 3:3 225-30 1995.
- (6) Grohm D. Y, Lorkai Sesnsitivity of the Esophageal mucad Ph in Gastroesophagea Reflux Gastroenterology 92:1412, 1987.
- (7) James A. Kaufman . The Monifesttions otolaryngologic of gastroesophageal Reflux Disease Laryngoscope 1991 101 (4 sup)
- (8) Boydosarion, Posterior Glotic, Laryngeal Stenosis Otoloryngol Head Neck Surgery 88: 765-772, 1980.
- (9) Ossakow Esophageal Reflux and Dismotilidad as the Basis for persistent Cervical symptoms Ann Otol Rhinol Laryngol 93:430-37 1984.
- (10) Henderson Pharyngoesophageal Dysphagia and Gastroesophageal Reflux Laryngoscope 86:1531-39 1976.

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON SINDROME DE CHERRY Y GRADO DE LARINGITIS POR GRUPO DE EDAD.

EDAD	LEVE	MODERADO	SEVERA	TOTAL
20-24	6	7	-	13
25-29	10	5	-	15
30-34	10	10	-	20
35-39	9	13	1	23
40-45	19	19	3	41
46-49	11	15	3	29
50-54	9	12	3	24
55-59	6	7	5	18
60-64	0	1	5	6
65-69	2	0	3	5
70-74	1	1	0	2
75>	2	-	-	2
TOTAL	85	90	23	198

**DISTRIBUCION DE PACIENTES CON SINDROME DE CHERRY POR GRUPO
DE EDAD Y SEXO**

SEXO

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
20-24	7	6	13
25-29	7	8	15
30-34	9	11	20
35-39	10	13	23
40-45	17	24	41
46-49	13	16	29
50-54	10	14	24
55-59	8	10	18
60-64	3	3	6
65-69	2	3	5
70-74	2	0	2
75>	2	0	2
TOTAL	90	108	198

DR. FERNANDO SUAREZ SANCHEZ
EDITOR DE LA REVISTA DE
MEDICINA Y HUMANIDADES
PARACELSO.
PRESENTE.

MÉXICO, D.F. A 27 de Noviembre de 1997.


Por medio de este conducto me permito dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que el trabajo de investigación denominado "Cambios histológicos de la comisura posterior y aritenoides en pacientes con síndrome de Cherry en el hospital regional GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ha sido revisado y aprobado por los co-autores Dr. César Alfonso Gutiérrez Espinosa y Fernando Pineda Cásarez, plasmando su firma de conformidad al calce de la presente.

Sin otro particular aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE.



DR. RAUL SOLACHE GIL
RESIDENTE DE CUARTO AÑO
DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

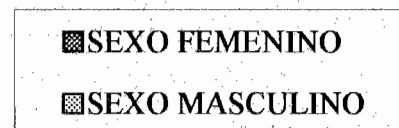
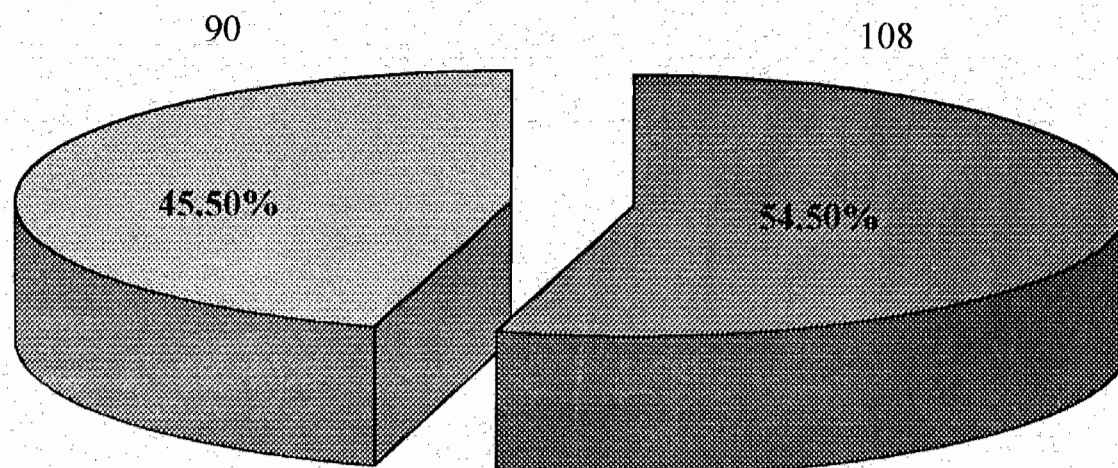


DR. CESAR ALFONSO GUTIÉRREZ ESPINOSA

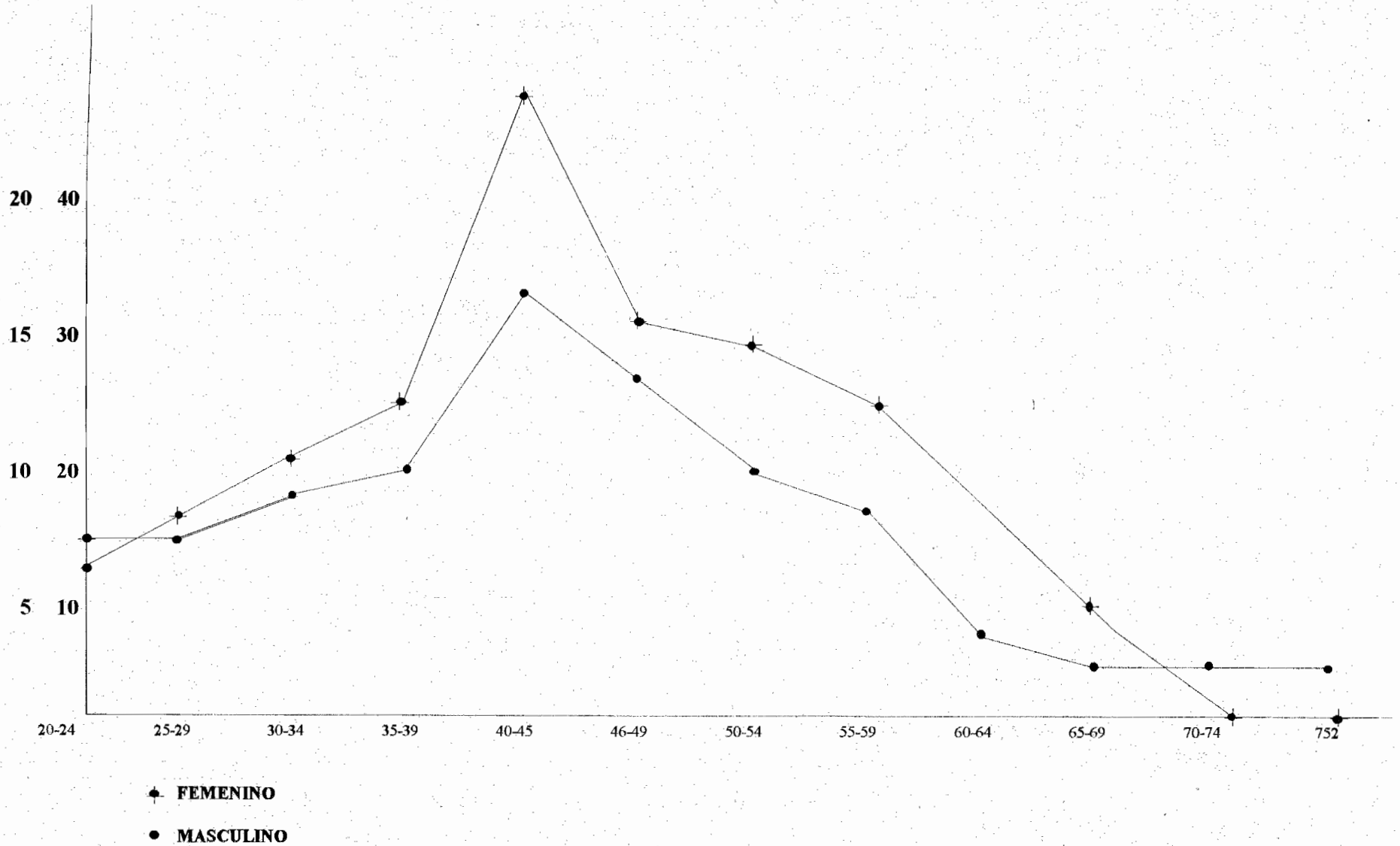


DR. FERNANDO PINEDA CASAREZ

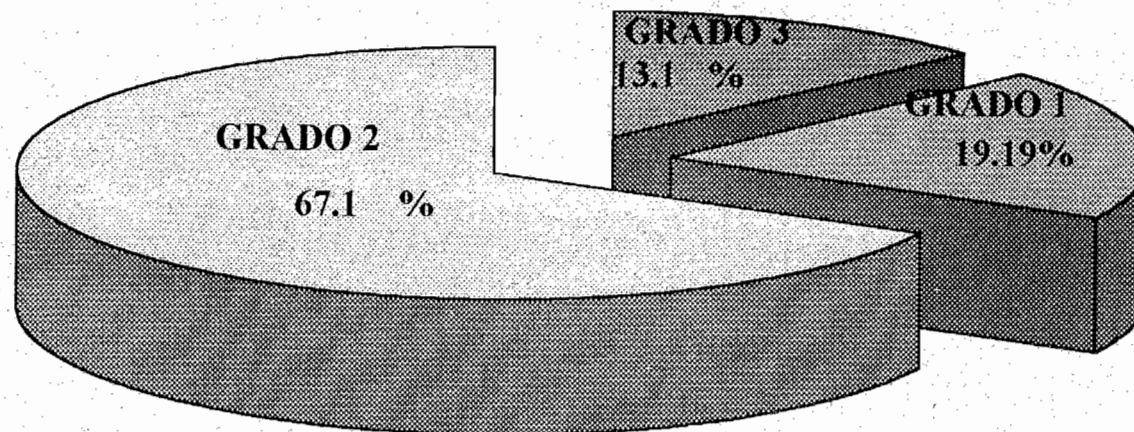
DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE PACIENTES CON SINDROME DE CHERRY



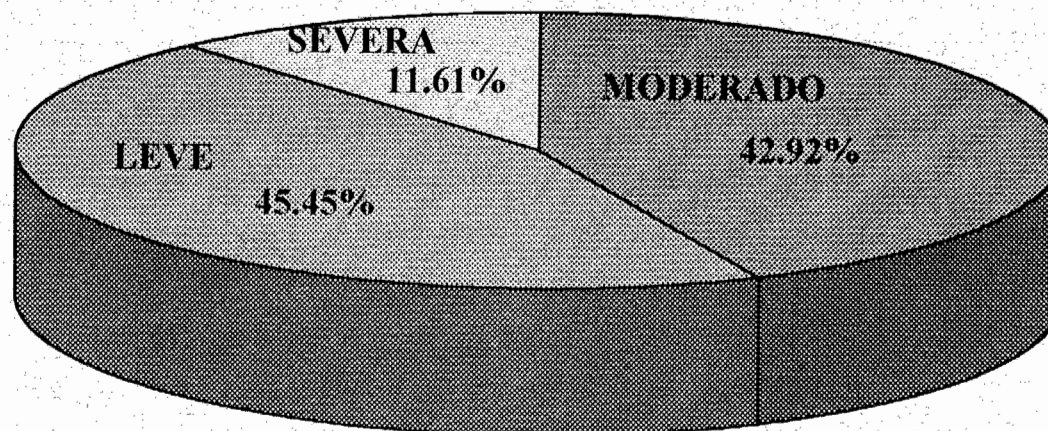
GRAFICA DE PACIENTES CON SINDROME DE CHERRY CON EDAD Y NUMERO DE CASOS



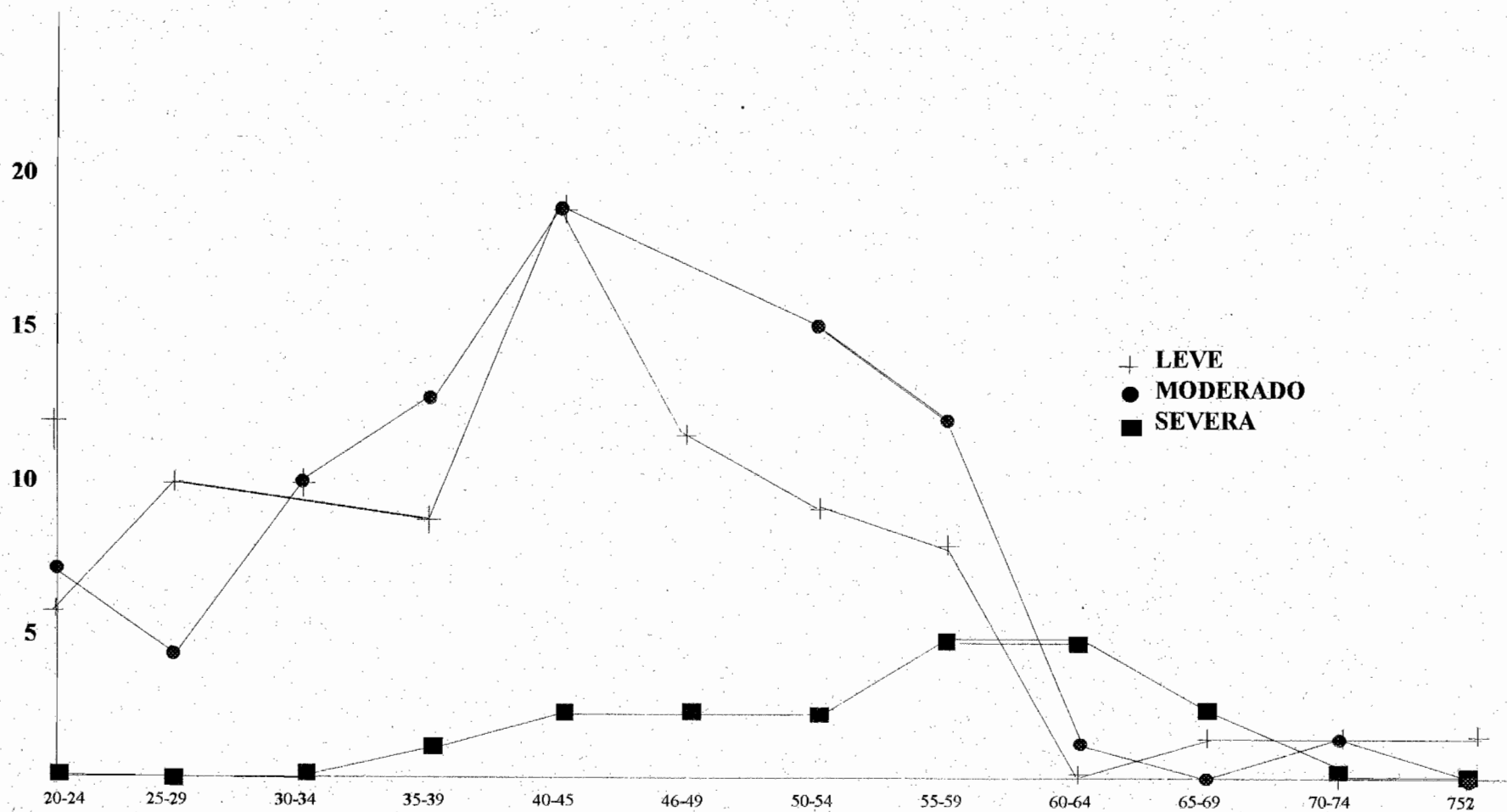
PORCENTAJE DE GRADO DE ESFOGITS EN LA POBLACION CON SINDROME DE CHERRY EN EL HOSPITAL IGANCIO ZARAGOZA



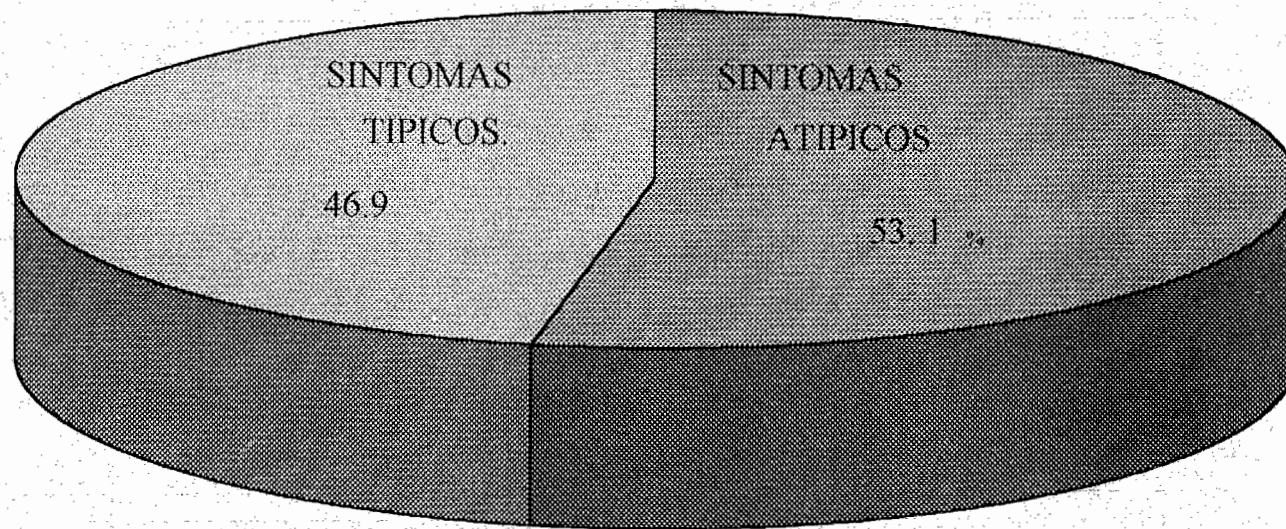
PORCENTAJE DEL GRADO DE LARINGITIS EN PACIENTES CON SINDROME DE CHERRY EN EL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA



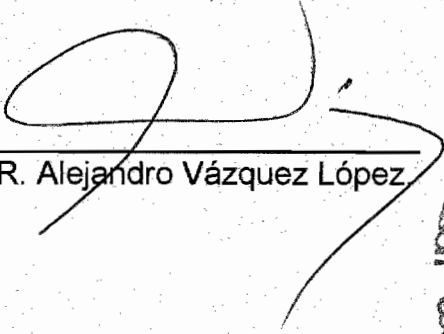
GRADO DE LARINGITIS POR REFLUJO POR CRUPO ETARIO

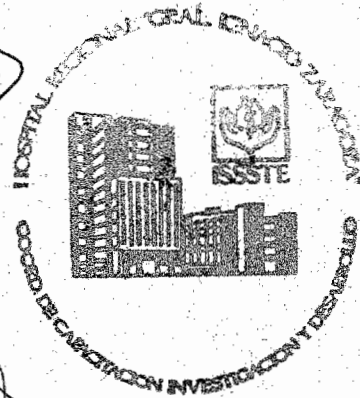


**SINTOMATOLOGIA DE REFLUJO GASTRO ESOFAGICO
ASOCIADO CON SINDROME DE CHERRY EN EL HOSPITAL
IGNACIO ZARAGOZA.**

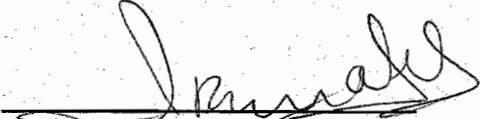


COORDINACION DE CAPACITACION, INVESTIGACION Y DESARROLLO


DR. Alejandro Vázquez López



JEFE DE INVESTIGACION

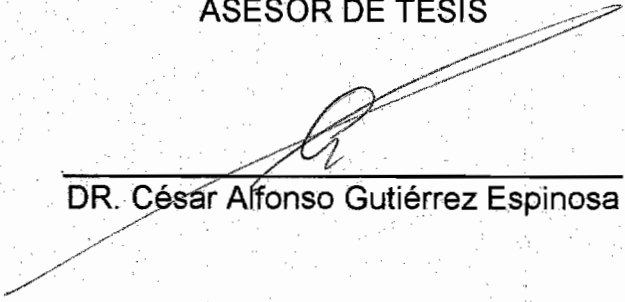

DRA. Irma Del Toro García

JEFE DE SERVICIO

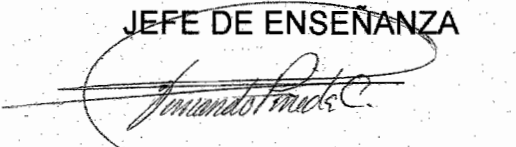

DR. Fernando Pineda Cásarez



ASESOR DE TESIS


DR. César Alfonso Gutiérrez Espinosa

JEFE DE ENSEÑANZA


DR. Joel Cruz Hernández