

11236 les. 2



Universidad Nacional Autónoma de México

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA

Hospital Regional "20 de Noviembre" I.S.S.T.E.

ANALISIS DE LA RESECCION QUIRURGICA EN  
PAPILOMATOSIS LARINGEA:

I.-EFECTO SOBRE LAS RECIDIIVAS EN NIÑOS VS ADULTOS

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Titulo de la Especialidad en:

OTORRINOLARINGOLOGIA

presenta

DR. MIGUEL ENRIQUE CAMARA CAMARA



México, D. F.

1987

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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

	Página
I     INTRODUCCION	1
II    MATERIAL Y METODOS	4
III   RESULTADOS	7
IV    DISCUSION	11
V     BIBLIOGRAFIA	14

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

La papilomatosis laríngea, descrita desde hace aproximadamente 300 años y diferenciada de otras masas tumorales, con asiento en la laringe por Mckenzie desde el siglo XIX (2), es la neoplasia benigna laríngea más común en la edad pediátrica y puede presentarse aunque con menor frecuencia en adultos (13).

Hasta hoy en día, el papiloma laríngeo en el niño y en el adulto joven se considera producido por una infección vírica (11). El virus hipotético (virus Papova), hasta hoy día, no ha podido ser identificado ciertamente ni óptica ni serológicamente (11).

La enfermedad afecta casi con la misma frecuencia a hombres y a mujeres (11). Esta enfermedad empieza la mayoría de las veces entre los 2 y 4 años de edad. En caso extremo incluso puede observarse en recién nacidos y en lactantes en un primer mes de vida (11). La papilomatosis juvenil se presenta en adultos jóvenes de entre 25 y 35 años de edad y la papilomatosis del adulto se presenta en personas, de entre 50 y 70 años de edad.

La papilomatosis laríngea se manifiesta sin excepción en el repliegue vocal. Es raro encontrar solo un foco de papilomas, la regla es encontrar papilomas múltiples (8). En algunos casos los papilomas colonizan en la región traqueal e incluso -- hasta en los bronquios.

Los tratamientos que se han descrito y practicado han sido múltiples y de lo más variado, que van desde el plan conservador y expectativo hasta lo más radical, observándose una evolución similar en todos los casos, no importando el tipo de tratamiento empleado (13).

La evolución que hará una papilomatosis laríngea en cada caso no es previsible en lo absoluto. A grandes rasgos puede valer la siguiente regla: el papiloma laríngeo en los niños - crece y recidiva especialmente rápido; en jóvenes y adultos, el curso por el contrario, es más clemente. Sin embargo, las excepciones en muchos sentidos no son raras. Existen, sin duda, involuciones espontáneas de la papilomatosis extendida, independientemente de la acción terapéutica. También existen pacientes en los cuales el papiloma, durante años y aun decenios, va desapareciendo y un buen día súbitamente se presenta de nuevo. En la mayoría de los casos un cierto día el papiloma desaparece o al menos no recidiva.

Esta evolución, totalmente imprevisible, de la papilomatosis no permite un juicio del valor de un método de tratamiento. No se puede afirmar de ningún modo cual método servirá mejor en el tratamiento de los trastornos locales del papiloma, sea las pinzas, la microcoagulación, el ultrasonido, el rayo láser, la criosonda, la cauterización química con toques locales, los agentes citostáticos, el podofilino, las vacunas, las hormonas, y otros más (11). Frecuentemente depende de un proceso inmunológico, que el papiloma desaparezca o recidive y no de la habilidad y de los remedios del cirujano. (quizá dentro de unos días esta frase será tomada como un desafío por los competentes virólogos y resuelta, y con ello la cirugía será supérflua).

Sea cual sea el procedimiento de tratamiento, hay un principio categórico: evitar dañar la laringe.

La importancia de esta patología deriva de la dificultad de su tratamiento y control, por el gran número de recidivas que se presentan.

El objetivo del presente trabajo es comparar el nú-

mero de resecciones quirúrgicas que necesitan los pacientes con papilomatosis laríngea, en los niños vs en los adultos.

J.

## M A T E R I A L   Y   M E T O D O S

Para la elaboración de este trabajo se estudiaron, - en forma prospectiva y retrospectiva, a 55 pacientes, a los cuales se les había diagnosticado papilomatosis laríngea años --- atrás en el Servicio de Otorrinolaringología del H.R. "20 de No viembre, por medio del estudio clínico e histopatológico.

En el presente trabajo dividimos a nuestros pacien-- tes en 3 grupos, y los clasificamos según la edad de aparición de la siguiente manera:

- I.- Papilomatosis del niño (de 2 a 8 años de edad).
- II.- Papilomatosis juvenil (de 25 a 35 años de edad).
- III.- Papilomatosis del adulto (de 50 a 60 años de edad).

En el primer grupo se incluyeron a 35 pacientes cu-- yas edades se encontraban entre los 12 y 14 años de edad, a los cuales se les había hecho el diagnóstico de papilomatosis larín-- gea, hacía 10 años en promedio.

En el segundo grupo se incluyeron a 16 pacientes con el diagnóstico de papilomatosis laríngea, sus edades variaban - de entre 35 y 45 años de edad y se les había realizado el diag-- nóstico en promedio 10 años atrás.

En el tercer grupo se incluyeron a 4 pacientes con - el mismo diagnóstico y sus edades oscilaban de entre 65 y 70 -- años de edad, a los cuales también se les había hecho el diag-- nóstico de papilomatosis laríngea hacía 10 años.

A todos los pacientes de los tres grupos se les estu-- vo revisando periódicamente, en el lapso comprendido de marzo - de 1984 a agosto de 1986, durante este período se les citaba ca

da segundo mes para realizarles una laringoscopia indirecta en el consultorio y valorar si era necesario o no una nueva poda laríngea.

A los pacientes a los cuales fué necesario realizarles nuevas podas laríngeas y no eran de urgencia, se les solicitaban los siguientes estudios preoperatorios: biometría hemática, química sanguínea, exámen general de orina, tiempo parcial de tromboplastina, tiempo de protombina y se les citaba nuevamente para la corroboración de la normalidad de los estudios ya mencionados.

Se les dió su pase de internamiento hospitalario el día previo a la cirugía, y se les indicaban las siguientes órdenes médicas:

- 1.- Dieta normal.
- 2.- Ayuno a partir de las 22 horas.
- 3.- Signos vitales por turno y cuidados generales de enfermería.
- 4.- Aseo de cara, cabeza y cuello.
- 5.- Tricotomía de la región (en caso necesario).
- 6.- Solución glucosada al 5%, 500 ml., para permeabilizar vena.
- 7.- Indicaciones de anestesiología.

Al día siguiente de su internamiento, el paciente -- era intervenido quirúrgicamente, llevándose a cabo la microcirugía laríngea en el quirófano y bajo anestesia general la mayoría de las veces, dicha cirugía se llevaba a cabo bajo visión directa con microscopio quirúrgico con lente de 400 mm.

La microcirugía laríngea, mediante la laringoscopia

directa bajo suspensión y visión microscópica es una exploración armada con muchas ventajas, dentro de las cuales se pueden mencionar las siguientes:

- a) La amplificación y magnificación que de las estructuras laríngeas proporciona.
- b) El dejar libre ambas manos del cirujano, para una mejor microcirugía laríngea.
- c) El ser el complemento de una correcta laringoscopia indirecta, ya que permite observar áreas inaccesibles por cualquier otro método, como son: superficie laríngea de la epiglotis (usando el espejillo laríngeo); el interior de los ventrículos (usando el retractor de banda); inspección completa de cuerdas vocales, observando su movilidad, su consistencia, su coloración, etc.
- d) Permite una cirugía precisa con el mínimo daño a las estructuras subyacentes.

El cuidado postoperatorio es muy sencillo, al paciente se le mantuvo en decúbito dorsal, con reposo absoluto de la voz y ambiente húmedo continuo. El paciente fué egresado a su domicilio al día siguiente de la cirugía, en la mayoría de los casos y en las indicaciones de salida se le insistía en mantener reposo absoluto de la voz, se le indicaban analgésicos por razón necesaria y en pocos casos utilizamos antiinflamatorios, se les citaba a la consulta externa de O.R.L. a los 7 días y se les realizaba nuevamente una laringoscopia indirecta para observar la evolución de la cuerda vocal intervenida quirúrgicamente, posteriormente se le cita cada cuarto día y por último se envía al Servicio de Foniatría para que se le indique sus ejercicios foniátricos.

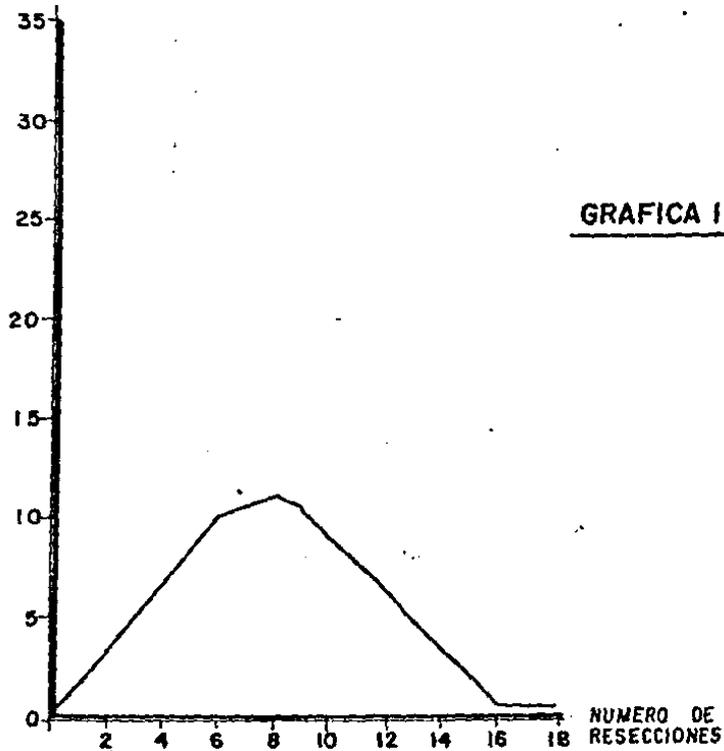
## RESULTADOS

Del primer grupo de 35 pacientes cuyas edades oscilaban entre los 12 y 14 años, se encontró que 17 eran del sexo masculino y 18 del sexo femenino; la edad de inicio del padecimiento fué entre los 2 y 4 años de edad en 32 pacientes y los otros 3 a los 5 años. El número de resecciones que se requirieron en este grupo fueron las siguientes: a 10 pacientes se les realizó 6 podas, a 12 pacientes 9, a 12 pacientes 8 y a 2 pacientes se les realizó 16 y 18 resecciones quirúrgicas. Gráfica 1.

Del segundo grupo de 16 pacientes, 8 eran del sexo masculino y 8 del sexo femenino. La edad de presentación de esta patología fué la siguiente: a 13 pacientes se les presentó entre los 26 y 33 años y a 3 a los 22 años. El número de resecciones quirúrgicas que se requirieron en éste grupo fueron las siguientes: a 12 pacientes se les realizó 2 podas, a un paciente 1 y a 3 pacientes 3. Gráfica 2.

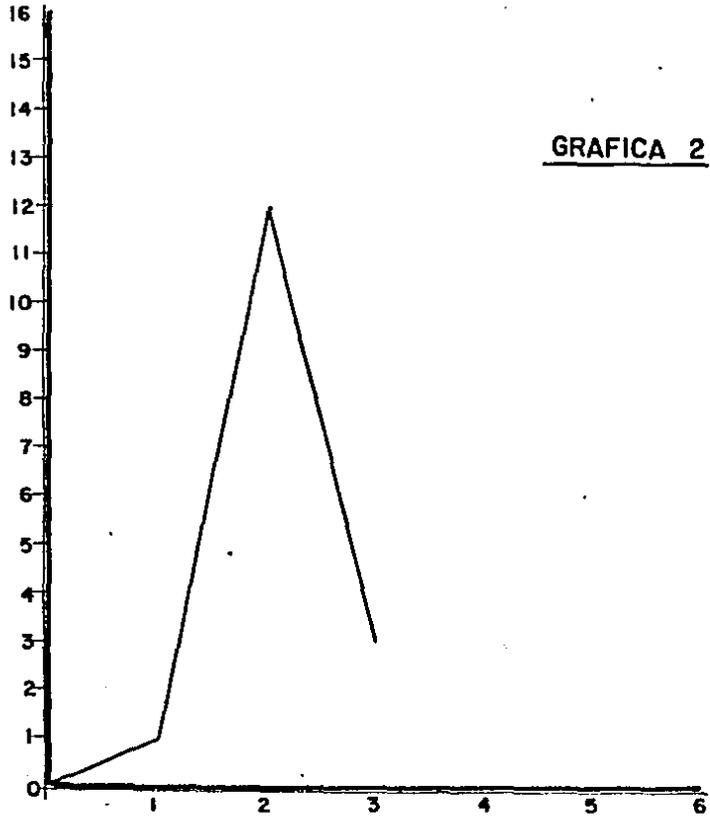
Del tercer grupo de 4 pacientes cuyas edades se encontraban entre los 65 y 70 años de edad, los 4 eran del sexo masculino, a 3 se les realizó una poda laríngea y a 1 en dos ocasiones. Gráfica 3.

## NUMERO DE RESECCIONES PAPILOMA DEL NIÑO

NUMERO DE  
PACIENTES

### NUMERO DE RESECCIONES PAPILOMA DEL JUVENIL

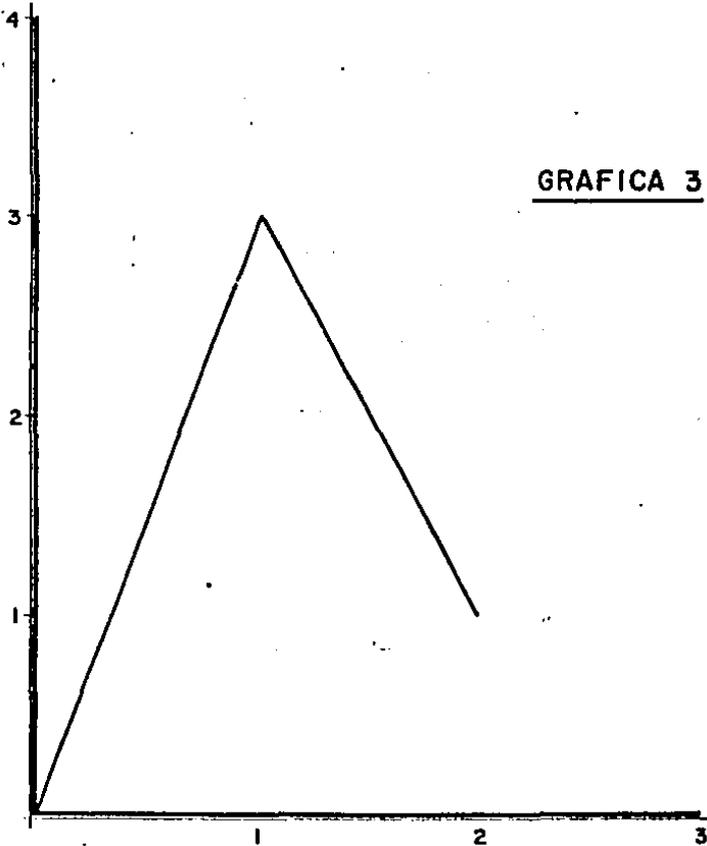
NUMERO DE PACIENTES



GRAFICA 2

NUMERO DE RESECCIONES

## NUMERO DE RESECCIONES PAPILOMA DEL ADULTO

NUMERO DE  
PACIENTESGRAFICA 3NUMERO DE  
RESECCIONES

## D I S C U S I O N

La papilomatosis laríngea, es una patología bien conocida desde hace cientos de años, Cheesman publicó el primer caso de papiloma de cuerda vocal en Estados Unidos en 1817 (7). En 1835 Trousseau y Belloc reportaron 7 casos (1). Morell -- Mackenzie en 1880 revisa la primera gran serie de pacientes, en la cual hace notar que esta patología no es exclusiva del niño como se creía hasta entonces, reportando que los papilomas eran múltiples en el niño y únicos en el adulto por lo general (7,1, 5), y hasta hoy esto sigue siendo válido.

La etiología de la papilomatosis laríngea ha permanecido obscura, por lo que se han propuesto varias teorías como:

- a) Factores hormonales, dado que se ha observado regresión de la enfermedad en la pubertad, esto en algunos pacientes,, ya que en otros la patología continúa por más tiempo (4,8,9). ---
- b) Factores raciales, se ha reportado mayor incidencia en los caucásicos que en los de color (8,11). c) Nivel socioeconómico e higiene, hay reportes en los que se observó mayor incidencia de esta patología en los niveles socioeconómicos bajos posterior a la II Guerra Mundial. d) Alteraciones en el metabolismo de electrolitos como calcio y magnesio, Skilovtseva en un estudio realizado en Rusia demostró, que esta alteración sería un factor desencadenante de la enfermedad en pacientes susceptibles (5,9). e) La teoría viral es la más aceptada, desde el siglo XIX Mackenzie observó la coexistencia de papilomas laríngeos con verrugas en la piel (6,14); Cook reporta 9 niños con papilomatosis laríngea, de los cuales 5 tenían el antecedente de condiloma acuminado en su madre durante el embarazo y/o parto; Quick reporta 21 pacientes de 49, con el mismo antecedente

(9). Se piensa que el virus del papiloma humano es un virus DNA del grupo Papova, que hasta hoy día, no ha podido ser identificado ni óptica ni serológicamente (10). Hay otros reportes en los que han identificado el virus por medio del microscopio --- electrónico, que sugiere la presencia de cuerpos intranucleares llamados "Virus Like" los cuales miden 40 milimicras (3,8,15).

En el primer grupo de pacientes, nuestro promedio de resecciones quirúrgicas fué en promedio entre 6 y 8, estas cifras son menores que las reportadas por Cohen (4), quien refiere un promedio de 11 resecciones en su grupo de niños. Con respecto a la edad de presentación y a la preferencia de sexo nuestros resultados son muy semejantes a los de otros autores.

En el segundo grupo tampoco hubo preferencia por algún sexo, por lo que podemos decir que los pacientes con papilomatosis laríngea del niño y juvenil son afectados casi con la misma frecuencia a hombres y a mujeres. La edad de presentación en este grupo corresponde a la que reporta Kleinsasser (10). En este grupo de pacientes, el promedio de resecciones quirúrgicas nuevamente fué inferior a las reportadas por Cohen (4).

En el tercer grupo encontramos que los pacientes con papilomatosis laríngea del adulto fueron en su mayoría del sexo masculino, dato que concuerda con Kleinsasser quien refiere que la papilomatosis del adulto se presenta entre el 80 y 90% de -- las veces en hombres. El número de resecciones quirúrgicas en nuestra serie es semejante a lo reportado por otros autores, al igual que la edad de presentación.

Es importante especificar que en la literatura se toman en cuenta dos criterios con respecto a la resección quirúrgica, en el primero se recomienda una resección periódica cada 6 meses aproximadamente y en el segundo se recomienda resecciones más espaciadas con estrecho control del paciente observando

el crecimiento de los papilomas y reseándolos cuando empiezan a ser obstructivos sin llegar a presentar el paciente insuficiencia respiratoria aguda. En nuestro servicio se ha llevado a cabo el segundo criterio, es por eso que el número de resecciones en nuestra serie es menor que lo reportado por otros autores quienes siguen el primer criterio.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Alberti PW, Dykun R.: Adult laryngeal papillomata. J. Otolaryngol. 1981 Apr 10: 463-470.
- 2.- Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología. México, marzo-abril-mayo 1985. Vol. XXX Número 2: 38-40.
- 3.- Bergstrom L.: Laryngeal papillomatosis: Recurrence after 33 years remission. Laryngoscope. 1982 oct. 92: 1160-1163.
- 4.- Boyle W, Riggs J, Oshiro L, Lennette E.: Electron microscopic identification of Papova virus in laryngeal papillomata. Laryngoscope. 1973. 83: 1102-1108.
- 5.- Cohen S, Geller K, Seltzer S, Thompson.: Papilloma of the larynx and tracheobronchial tree in children. J. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1980. 89: 497-503.
- 6.- Cook T, Cohn A, Brunschwing J, Goepfert A, Butel J, Rawls W.: Laryngeal papilloma: Etiologic and therapeutic considerations. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1973. 82: 649-655.
- 7.- Dedo H, Jackler R.: Laryngeal papilloma: Results of treatment with the CO2 laser and podophyllum. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1982. 91: 425-430.
- 8.- Dekelboun AM: Papillomas of the larynx. Arch Otolaryngol. 1965 Apr. 81: 390-397.

- 9.- Gross C, Crocker T.: Current management of juvenile laryngeal papillomata. *Laryngoscope*. 1970. 80: 532-543.
- 10.- Holinger P, Schild J, Maurizi D.: Laryngeal papilloma: - Review of etiology and therapy. *Laryngoscope*. 1968. 78: 1462-1474.
- 11.- Kleinsasser O, Seiferth L.: Microlaringoscopia y microcirugía endolaringea 1978. 128-134.
- 12.- Klos J.: Clinical course of laryngeal papillomatosis in children. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1970. 79: 1132-1138.
- 13.- Paparella M, Shumrick D. *Otorrinolaringología. Ciencias básicas y disciplinas afines*. 1982. 2485-2486.
- 14.- Poch-Viñales: *Progresos en Otorrinolaringología*. Barcelona-España. Ed. Salvat. 1978. 259-268.
- 15.- Quick C, Watts S, Krzyzek R, Faras A.: Relationship between condylomata and laryngeal papillomata. Clinical and molecular virological evidence. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1980. 89:467-471.
- 16.- Sigleton G, Adkins W.: Cryosurgical treatment of juvenile laryngeal papillomatosis. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1972. 81: 784-789.