

11236

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOPITAL GENERAL DEL CENTRO MEDICO LA RAZA IMSS
Departamento de Otorrinolaringología

23



PAPILOMATOSIS LARINGEA. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA HOSPITAL GENERAL
CENTRO MEDICO "LA RAZA" IMSS

TESIS DE POSTGRADO
Para obtener el Grado de Especialista en
OTORRINOLARINGOLOGIA

P r e s e n t a

Dra. SARA GELUDA GILDER STEIN

Profesor titular: Dr. MARIANO HERNANDEZ GORIBAR
Director de tesis: Dr. MARIO ANTONIO BARRON SOTO

México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

~~2002~~
2002



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 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

TESIS DE POSTGRADO

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

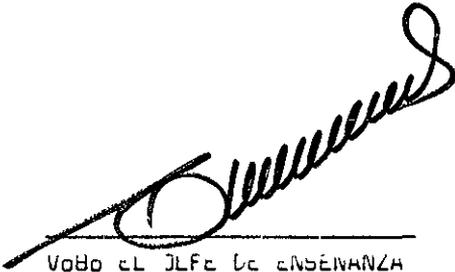
" PAPILOMATOSIS LARÍNGEA. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS. EN EL
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA HOSPITAL GENERAL, -
CENTRO MÉDICO "LA RAZA" IMSS."

COORDINADOR:

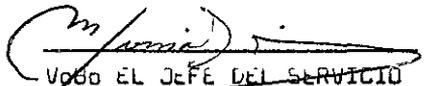
DR. MARIO ANTONIO BARRÓN SOTO.

PRESENTADA POR:

DRA. SARA GELUDA GILDER STEIN.



VOBO EL JEFE DE ENSEÑANZA
DR. CARLOS ARVIZU TOLEDO.



VOBO EL JEFE DEL SERVICIO
DR. MARIANO HERNÁNDEZ GORIBAR.

CENTRO MÉDICO LA RAZA
HOSPITAL GENERAL



DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACIÓN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"A Victor por su amor y gran
apoyo en estos tres años."

I N D I C E

	PAGINAS
I.- INTRODUCCION	1
II.- HISTORIA	2
III.- ETIOLOGIA	3-4
IV.- CONSIDERACIONES ANATOMICA	5
V.- PATOGENIA	6-7
VI.- CUADRO CLINICO	8-9
VII.- TRATAMIENTO	10-13
VIII.- MATERIAL Y METODOS	14
IX.- PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	15-19
X.- CONCLUSIONES	20
XI.- ANEXOS	21-30
XII.- BIBLIOGRAFIA	31-33

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I.- INTRODUCCION.

La papilomatosis laríngea es una tumoración benigna, que se origina de la mucosa de las cuerdas vocales. Se presenta frecuentemente en niños y es más raro en el adulto. Se ha clasificado en: a) Papilomatosis juvenil, b) Papilomatosis del adulto; esto por sus características clínicas e histológicas.

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

Es por esto que realizamos esta revisión para que en el futuro podamos ofrecerles a nuestros pacientes el mejor manejo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

II.- HISTORIA.

Las primeras descripciones de tumores benignos de la ringe fueron hechas por Marcellus Donalus en su trabajo "warts in the throat", esto en el Siglo XVII.^(1,2,3) Koderick reporta la resección de un pólipo laríngeo a través de la boca, en -- 1750.⁽¹⁾ Cheesman publicó el primer caso de papiloma de cuerda vocal en Estados Unidos en 1817.⁽¹⁾ Para 1835 Trousseau y Bellloc reportan 7 casos.⁽²⁾ 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.^(1,2,3) Virchow en 1863 - describió histopatológicamente la lesión como primaria del tejido conectivo y la llamó: fibroma con proyecciones papilares. En 1897, Goodno en su libro " The Practice of Medicine " en el capítulo de papilomatosis laríngea realiza una revisión de los tratamientos que consistían en cáusticos, belladona, sangrías, - fosfatos etc..., la cirugía se practicaba cuando se presentaba insuficiencia respiratoria, la cual era de mal pronóstico.⁽⁴⁾ Crowe y Beristein creían que el origen de los papilomas en el niño y el adulto eran diferentes y se podría comprobar histológicamente.⁽⁴⁾ Matzer en 1929 reporta más de 1500 casos, encontrando que esta patología es más frecuente entre los 2 a 4 años de edad y afectando por igual a ambos sexos.⁽⁵⁾ Hajek y Zalin describen casos en recién nacidos.⁽⁵⁾

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

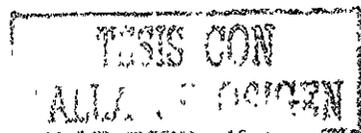
III.- ETIOLOGIA.

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 ciertos pacientes, ya que en algunos continua la patología por más tiempo. (4,5,6,7) ----

b) Irritación crónica; c) Factores raciales, habiéndose reportado mayor incidencia en los caucásicos que en los de color. (6,8)

d) 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. (6) e) 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. (3,7) f) La teoría viral es la más aceptada, desde el Siglo XIX MacKenzie observó la coexistencia de papilomas laríngeos con verrugas en la piel. (9,10) Uhlman transplanta papilomas de un niño con papilomatosis laríngea a su brazo y posteriormente a la mucosa de un perro, esto con filtrado del tejido papilomatoso; éste trabajo fue publicado en -- 1923, así mismo Shikawa en 1936 hace un estudio similar. (4,6,7, 9,10) Con estos estudios se plantea la hipótesis de que los papilomas de diferentes localizaciones son causados por el mismo virus. (4,5,6,9,10) Cook y Quik han relacionado al condiloma --



acuminado con esta patología; Cook reporta 9 niños con papiloma laríngeo, de los que 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, este se ha podido en algunos casos aclarar. Hay una hipótesis que dice que el virus puede tomar 2 formas: a) virus completamente detectable por técnicas virológicas, y b) virus con cápsula integrada al DNA de las células del huésped. (9,11) 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. (6,12,13)

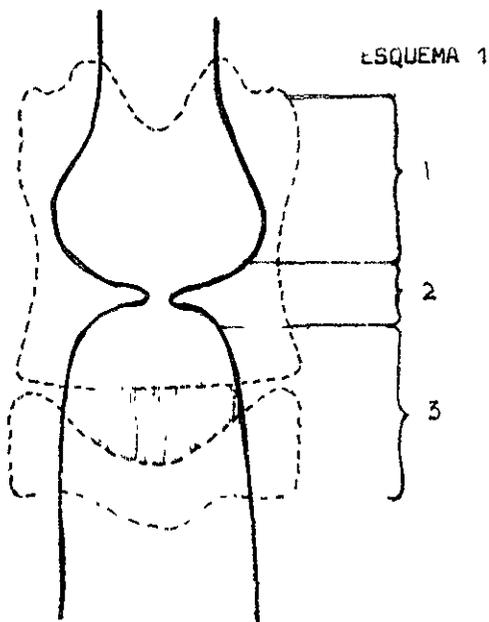
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La localización más común de la papilomatosis laringea es la glotis, aunque estos pueden estar diseminados en la supraglotis o infraglotis. La laringe para su estudio se divide en -- tres partes: (esquema 1).

1) Supraglotis-Es el espacio comprendido desde la epiglotis -- hasta la cara superior de las cuerdas vocales, incluyendo en este espacio a las bandas ventriculares y ventriculo laringeo.

2) Glotis-Es el espacio comprendido entre las cuerdas vocales.

3) Subglotis-Es el espacio comprendido desde la cara inferior de las cuerdas vocales a la traquea, conocido mejor como cono -- elástico.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

V.- PATOGENIA.

La papilomatosis laríngea es una tumoración benigna - que se presenta en el niño y con menor frecuencia en el adulto.

Se ha reportado una incidencia mayor en el sexo masculino, de 2 a 1 en el grupo adulto. (2,3)

La papilomatosis se ha clasificado en: a) Del niño --- llamada juvenil. b) Del adulto. Esto esta dado por las diferencias que presentan tanto clínicas como histológicas:

En el niño hay lesiones múltiples de crecimiento rápido que se originan de la mucosa de las cuerdas vocales y pueden involucrar supraglotis, infraglotis y en ocasiones poco frecuentes tráquea, bronquios y parénquima pulmonar. Presentan --- múltiples recidivas. Mientras que en adulto las lesiones son -- por lo general únicas, pequeñas de crecimiento lento, se originan de cuerdas vocales o bandas ventriculares, rara vez invaden otras estructuras; presentan pocas recidivas y pueden llegar a malignisarse. (2,3,14)

Zur Hansen hace diferencias entre la papilomatosis juvenil y la del adulto: 1) Las partículas virales (virus-like) algunas veces son demostrables en la forma juvenil, pero no en la del adulto. 2) La transmisibilidad experimental ha sido posible en la forma juvenil y no en la del adulto. 3) La transformación maligna es posible en la forma adulta, pero no en la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

juvenil a menos que sean radiados. 4) El tipo de papovavirus -- humano 1,2,3,4, no ha sido demostrado, mientras que las partículas virus-like han sido descritas repetidamente en la forma -- juvenil. (4)

Macroscópicamente en la forma juvenil se caracteriza por neoformaciones múltiples, de coloración gris rosadas, de -- aspecto verrucoso, móviles que crecen hacia la luz laríngea. En la forma adulta se observan neoformaciones solitarias de superficie irregular, verrucosa y de coloración rojiza o rosada. (2,14)

Microscópicamente están formados por múltiples proyecciones en forma de dedos, constituidos por tejido conectivo y -- suplemento vascular cubierto por epitelio escamoso estratificado el cual ocasionalmente puede estar hiperplásico. La capa basal se encuentra íntegra sin invasión. (7,10,14,15,16) Se han -- descrito inclusiones intracelulares. (13) En los adultos se puede observar superficie queratinizada. En ocasiones se observan atípicas, pérdida de la polaridad celular de la capa basal, -- aumento de las figuras mitóticas e infiltración submucosa de -- células inflamatorias; esto nos habla de cambios premalignos. -- Cuando las atípicas progresan se puede presentar el carcinoma in situ. (16,17)

TESTIS CON
FALLA DE ORIGEN

VI.- CUADRO CLINICO.

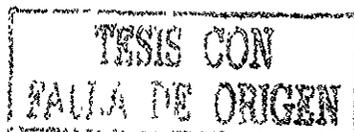
La presencia de estas neoformaciones a nivel de la laringe provocarán una afectación mayor o menor de todas aquellas funciones inherentes a este organo.⁽⁵⁾

Dado que la cuerda vocal es el sitio preferente de implantación de los papilomas, el síntoma más frecuente es la disfonía, la cual es de instalación lenta, progresiva, pudiendo llegar a la afonía; en los niños pequeños que aún no hablan se detecta alteraciones en el llanto; este puede ser el único sintoma. Además ocasionalmente se presenta disnea moderada a severa, lo que nos refleja la obstrucción de las vías aéreas superiores, que requiere de una atención inmediata. El estridor laríngeo es de tipo inspiratorio. Hay autores como Cohen⁽⁴⁾ que reportan 44% de pacientes con disnea y 39% con estridor laríngeo. Otros síntomas menos frecuentes son tos, hemoptias, odinofagia etc... Todos los síntomas son progresivos, lo cual está dado por el crecimiento de la tumoración.⁽¹⁸⁾

El diagnóstico presuncional se hace por medio de la laringoscopia indirecta, aunque en los niños es difícil de realizar y el diagnóstico definitivo es por medio del estudio biopsia tomado por medio de microlaringoscopia directa.

Muller clasifica a la papilomatosis laríngea según su evolución clínica en 5 grupos:⁽⁵⁾

1.- Papilomas de evolución favorable: Serian los casos ais



lados que curan sin recidivar, bien sea espontáneamente o posterior a una resección.

2.- Papilomas más numerosos: Se presentan sólo con disfonía, pero recidivan más frecuentemente; jamás presentan disnea.

3.- Papilomas evolutivos: Se manifiestan por disfonía y -- disnea, son enormemente recidivantes y van apareciendo por distintas estructuras laríngeas. Es la forma clásica de presentación.

4.- Papilomas traqueotomizados: Son aquellos pacientes en los cuales fué necesario practicar traqueotomía, y los papilomas invaden el traqueostoma y a pesar de cualquier terapéutica no es posible decanularlos.

5.- Papilomatosis fulminante: Es rara e invade todo el árbol respiratorio, puede llevar a la muerte al paciente. Esta -- etapa se puede considerar como complicación de la enfermedad.

Los diagnósticos diferenciales que hay que hacer son: En niños hay que descartar nódulos vocales, fistula traqueo-esofágica, laringomalasia, parálisis de cuerda vocal, asma etc..⁽⁵⁾ Y en el adulto con pólipo laríngeo, carcinoma "in situ" y carcinoma verrucoso.⁽²⁾

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VII.- TRATAMIENTO.

El tratamiento ha variado continuamente, desde los primeros estudios de ésta enfermedad hasta la fecha, sin llegar a obtener un tratamiento ideal para la curación de esta patología, ya que todos los métodos que se nombraran tienen sus éxitos y fracasos.

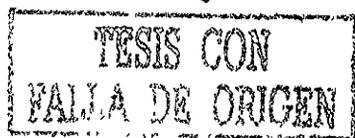
Los tratamientos se pueden resumir como:

1- Médicos, 2- Físicos, 3- Inmunológicos, 4- Quirúrgicos.

1- Médicos: La antibioticoterapia fué utilizada por el posible factor de irritación crónica, la cual motiva el crecimiento y recurrencias, sin embargo se observó que estos medicamentos tenían utilidad cuando se presentaba infección asociada, - el antibiótico que más se utilizó fué la tetraciclina. (2,5,6,14) Otros medicamentos utilizados han sido la podofilina, (10) agentes alquilantes, como el 5 fluor uracilo, (19) y el magnesio y -- calcio. (3,6,7)

Los estrógenos sistémicos y locales fueron utilizados por Szpan ar reportando el uso de estriol en inyección submucosa laríngea en 107 niños, con remisión de la patología en 70 pacientes. (6) El uso de los medicamentos antes mencionados, tienen ocasionalmente complicaciones secundarias mayores que los beneficios que se obtienen. (5,6,7)

2- Físicos: La radiación ha sido proscrita por algunos autores ya que se han reportado múltiples complicaciones como son,



lesión importante a las estructuras laríngeas, causando estenosis secundarias, así como frecuentes degeneraciones malignas, -- secundarias a este método. (14,16,18) En la Clínica Mayo, Majors reporta una incidencia del 14% de casos radiados con transformación maligna. (6,18) El ultrasonido se ha utilizado poco, -- no hay estudios concluyentes sobre este método. (6,8)

3- Inmunológicos: Varios tipos de vacunas han sido utilizadas como son: La vacuna de papiloma bobino la cual fue descontinuada porque causaba abscesos esteriles en el sitio de la aplicación (15) También se utilizó la vacuna humana de papiloma atenuados, pero esta es difícil de elaborar por la dificultad de cultivar los tejidos (15,20) Holinger reporta el uso de vacuna autógena con muy buenos resultados. (6,7,15,20) Aunque Strome publica algunos casos con menor éxito. (6) La vacuna de 8CG se ha utilizado por algunos autores con un esquema de una aplicación subdérmica semanal por 4 semanas; una aplicación mensual -- por 4 meses y finalmente una aplicación cada 2 meses; con esto se cree que se estimula al organismo a producir su propio interferón y combatir la patología, ellos reportan buenos resultados. (21) La inmunoglobulina se utilizó pero se observó que únicamente tenían efecto por pocas semanas por lo que se abandonó el tratamiento. El interferón es una proteína específica con -- una actividad antiviral tanto en vitro como en vivo, esta substancia es el tratamiento que está en auge, por el momento to--

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

davía a nivel experimental, utilizando interferón fibroblástico e interferón leucocitario, hasta el momento los resultados son poco satisfactorios pero está en estudio. (22,23)

4- Quirúrgicos: La cirugía es el tratamiento más utilizado, por medio de laringoscopia directa, con la resección completa de la patología bajo visión microscópica directa, utilizando bisturí, o rayo Laser de CO2 o de Argón, (6,4,10) el rayo presenta ventajas técnicas con respecto al bisturí convencional, pero el resultado es similar. La cirugía se debe realizar las veces que sean necesarias. Durante la intervención hay que tomar en cuenta una serie de factores tales como: No traumatizar la mucosa circundante, evitar la producción de nuevos implantes y no dejar restos tumorales. De esta técnica hay complicaciones como bridas, estenosis laríngea, disfonía residual, tumor residual etc... Pero estas no son muy frecuentes. (5)

Otros métodos quirúrgicos menos frecuentes son: La criocirugía que se ha utilizado desde 1960 cuando Lemariety y Muler la usaron por primera vez en 5 pacientes, reduciendo el sangrado, este método se ha utilizado con bases limitadas y sin futuro prometedor. (6,8,13) La tirotomía para la exposición y limpieza de la laringe, está en desuso. (5)

Hay tratamientos que se han utilizado como paliativos o para las complicaciones de esta entidad, como son: la traqueotomía que se realiza cuando hay obstrucción de las vías aéreas --

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

superiores y pelagra la vida del paciente, este método se debe de efectuar lo menos posible, ya que frecuentemente se implantan los papilomas en el traqueostoma y de ahí se diseminan a brónquios y pulmón. (6,18,24,25)

Hay reportes en los cuales fué necesario practicar laringectomía total por participación de todas las estructuras laringeas. (24,25) Así mismo hay artículos en los refieren que fué necesario practicar lobectomía, por presentar los pacientes papilomas en el parénquima pulmonar, por lo general esta complicación es fatal. (24,25)

El tratamiento en la papilomatosis laríngea debe de ser lo más conservador posible.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VIII.- MATERIAL Y METODOS.

Es un estudio retrospectivo de expedientes clínicos - de pacientes con diagnóstico de papilomatosis laríngea, vistos en nuestro servicio en el período de enero de 1979 a diciembre de 1983. Durante este período se vieron 60 pacientes, con ésta patología, pero el estudio únicamente incluirá 40, ya que no -- existen los expedientes en el archivo de los restantes, pues en el año de 1982 se utilizaron los expedientes viajeros en el Ins- tituto Mexicano del Seguro Social.

Dado que es un estudio retrospectivo, basado en expe- dientes clínicos, hay datos que no serán posible documentar, - como por ejemplo el antecedente de infecciones vaginales en la madre de los pacientes durante el embarazo y/o parto.

Estudiaremos a los pacientes tomando en cuenta los -- siguientes parámetros: Edad de inicio de la sintomatología; se- xo; nivel socioeconómico; sintomatología; tratamiento médico y quirúrgico; sitio de localización de la lesión; la presencia de atípicas en el estudio histopatológico; complicaciones (traqueo- tomía, invasión a brónquios o pulmón); número de pacientes en - que remitió la enfermedad; años de evolución de ésta.

Los resultados se analizarán en porcentajes y se com- pararán con la literatura.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IX.- PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.

La división entre papilomatosis juvenil (PJ) y papilomatosis del adulto (PA), fué tomada en base a la edad de inicio de la sintomatología, para el primer grupo de meses a 15 años y el segundo de 16 años en adelante.

Se estudiaron 40 pacientes de los cuales 26 eran portadores de PJ, esto representa el 65% y 14 PA, o sea el 35% (gráfica 1). Esta distribución concuerda con la reportada por Cook⁽³⁾ en que estudió 13 pacientes, 9 niños (69.2%) y 4 adultos (30.7%), y por Weiss.⁽²⁴⁾ Pero difiere con lo reportado por Hollinger⁽⁷⁾ ya que él encontró predominio de la patología en el grupo adulto del 55%. (gráfica 1)

La edad de inicio de la patología pudiera estar relacionada con la edad de inicio de la sintomatología. De los 26 pacientes con PJ 11 presentaron sus síntomas entre los 2 meses y 5 años de edad (42.3%), (gráfica 2), y en el grupo de PA de los 14 pacientes, 13 estuvieron entre el grupo de 16 años a 35 años (93%), (gráfica 3). Estos resultados son compatibles con la literatura.^{2,10,18,24)}

La distribución por sexos de los 40 pacientes, 21 eran masculinos (11 juveniles, 10 adultos), esto representa el 52.5%, del grupo total, y 19 femeninos representando un 47.5% (15 juveniles y 4 adultos) (gráfica 4 y cuadro 1).



Estos resultados no muestran un predominio franco -- entre los sexos, como lo reportado por Cohen,⁽⁴⁾ pero difieren -- con lo reportado por Holinger⁽⁷⁾ el cual dice que es más fre--- ciente en el sexo masculino de 2 a 1. En nuestro trabajo al rea--- lizar una separación de los grupos si observamos lo reportado -- por este autor⁽⁷⁾ y Alberti⁽²⁾ en el grupo adulto. (cuadro 1)

Sintomatología inicial: El síntoma más común en nues--- tra serie fué la disfonía, la cual se presentó en los 40 pacien--- tes (100%), esta fué moderada usualmente, progresiva y en algu--- nos pacientes evolucionó a la afonía; la disfonía es el síntoma más frecuente reportado en la literatura.^(2,4,18) La disnea se presentó en 16 pacientes o sea en el 40%, de estos 12 eran PJ -- (30%) y 4 PA (10%). Cohen⁽⁴⁾ reporta 44% de disnea en su serie.-- El estridor laríngeo se presentó en 8 pacientes de los cuales -- todos eran del grupo juvenil, representando el 20%, Cohen⁽⁴⁾ re--- porta un 39%. Tos se presentó en 9 pacientes o sea el 22.5% --- (6 de PJ y 3 de PA). Disfagia en 2 pacientes (5%), (cuadro 2).

El sitio de localización de los papilomas fué tomada de la primera laringoscopia directa, que se realizó al paciente y esta se dividió dependiendo del área involucrada en puros --- cuando participa una área de la laringe y combinados cuando --- abarca más de una región; (cuadro 3)

1- Puros: Supraglótico 1 (2.5%), este fué adulto, glótico 21 pacientes representaron el 52.5% (11 juveniles y 10 adultos)

No se encontró ningún subglótico.

2- Convinados: Supraglótico y glótico 11 (27.5%), 10 PJ y 1 PA; glótico y subglótico 4 (10%), 3 juveniles y 1 adulto; --transglótico 3 (7.5%) 2 PJ y 1 PA, (cuadro 3). Estos resultados concuerdan que el lugar de origen y donde más frecuentemente se localizan los papilomas es la glótis. (2,5)

Del tipo de lesiones encontradas fueron: Múltiples en el grupo juvenil, y en el grupo adulto únicas en 9 pacientes -- (22.5%) y 5 múltiples.

De los estudios histopatológicos de los 40 pacientes, únicamente en 6 piezas se encontró atípicas y displasia (15%), 4 juveniles y 2 adultos; 1 pieza con carcinoma "in situ" esto en un adulto pero en la siguiente resección el reporte histopatológico fué de papiloma. Nuestro porcentaje de atípicas es bajo -- esto puede deberse a que el número de resecciones efectuadas -- son menores a las reportadas por la literatura y entre más resecciones mayor posibilidad de atípicas, (17) Cohen (4) reporta un 40% de atípicas.

Tratamiento médico: En 2 pacientes se utilizó BCG con resultados no concluyentes porque se suspendió el manejo. En un paciente se aplicó localmente 5 fluor uracilo con regular resultado inicialmente pero no se continuó el tratamiento por falta del medicamento. Bleomicina se utilizó en un paciente, con papiloma en bronquio, con buen resultado por el momento.

Tratamiento quirúrgico. El número de resecciones en el grupo juvenil fueron variables pero predominó entre 4 y 6, aunque dos pacientes requirieron de 19 a 21 resecciones, (gráfica 5), estos resultados son un poco más bajos con lo reportado por Cohen⁽⁴⁾ en que refiere un promedio de 11 resecciones. En el grupo adulto la mayoría de los pacientes se les realizaron de 1 a 2 procedimientos, (gráfica 6), difiriendo con Alberti⁽²⁾ y Uedo⁽¹⁰⁾ ya que ellos reportan alrededor de un promedio de 10. Es importante especificar que en la literatura se recomienda una resección periódica cada 4 meses aproximadamente o resecciones más espaciadas con estrecho control del paciente observando el crecimiento de los papilomas y reseccarlos cuando empiezan a ser obstructivos sin llegar a la insuficiencia respiratoria aguda. En nuestro Servicio se ha llevado a cabo el segundo criterio es por eso que el número de resecciones de nuestra serie es menor que lo reportado por otros autores.

Las complicaciones fueron: insuficiencia respiratoria aguda por lo que se requirió en 8 pacientes traqueotomía (20%). La traqueotomía en nuestro Servicio se trata de realizar lo menos posible ya que se ha observado que posterior a este procedimiento es más fácil la implantación de los papilomas en otros sitios de la mucosa de las vías aéreas.^(2,16) Hay reportes en la literatura como en 1956 del Villar⁽¹⁰⁾ reporta 52.7% de pacientes traqueotomizados, hlos⁽⁸⁾ un 11.3% y weiss⁽²⁴⁾ un 30%.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Si analizamos a nuestros 8 pacientes traqueotomizados tenemos - que posterior a este procedimiento todos presentaron invasión - transglótica, 5 invasión a tráquea (12.5%) y de estos uno a --- bronquio derecho (2.5%); únicamente un paciente de los 8 fué -- posible su decanulación.

Otras de las complicaciones fueron: un paciente con - papiloma nasal y una estenosis laríngea.

Dentro de nuestra serie es difícil especificar los -- años de evolución del padecimiento ya que únicamente el 15% de los pacientes se dió de alta definitiva (6 pacientes), teniendo una evolución de 6 a 12 años, como fué reportado por Majo--- ros⁽¹⁸⁾ de estos 6 pacientes 4 eran PJ y 2 PA. Dos abandonaron - el tratamiento o sea el 2% (1 PJ y 1 PA). De los 32 pacientes - restantes que aún continúan en manejo por papilomatosis recidi- vante, la mayoría tienen una evolución entre 3 a 12 años, (grá- fica 7).

X.- CONCLUSIONES.

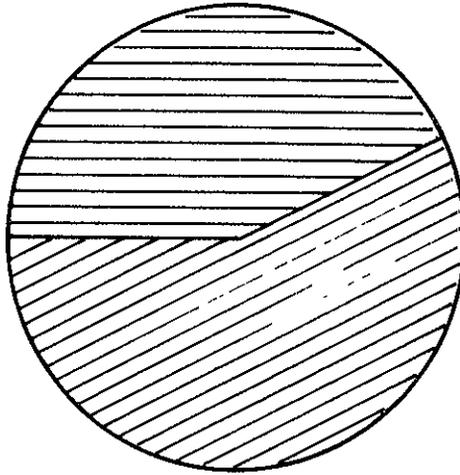
La papilomatosis laríngea es una tumoración benigna,-- que se presenta en nuestro medio más frecuentemente en la edad - infantil, es de gran importancia por la morbilidad que represen- ta.

Es de tomar en cuenta que entre más resecciones se e-- fectuen hay mayor probabilidad de invasión a otras estructuras y la incidencia de atípias es mayor, así mismo debe de evitarse lo más que se pueda la traqueotomía.

Es importante comentar que dentro de nuestro Servicio no se ha llevado ningún tratamiento médico constante como hay re- portes en la literatura y sería conveniente realizar un protoco- lo de tratamiento como podría ser BCG, 5 fluor uracilo o auto--- vacunas para poder ofrecerles a los pacientes dentro de nuestros recursos otras posibilidades de tratamiento para la remisión de la patología. Aunque los resultados con los manejos médicos no - son los ideales con lograr un pequeño porcentaje de éxito, se lo- graría algo más que continuar únicamente con resecciones quirúr- gicas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA I



		Nº PACIENTES	%
PAPILOMA	JUVENIL	26	65
PAPILOMA	ADULTO	14	35
	TOTAL	40	100

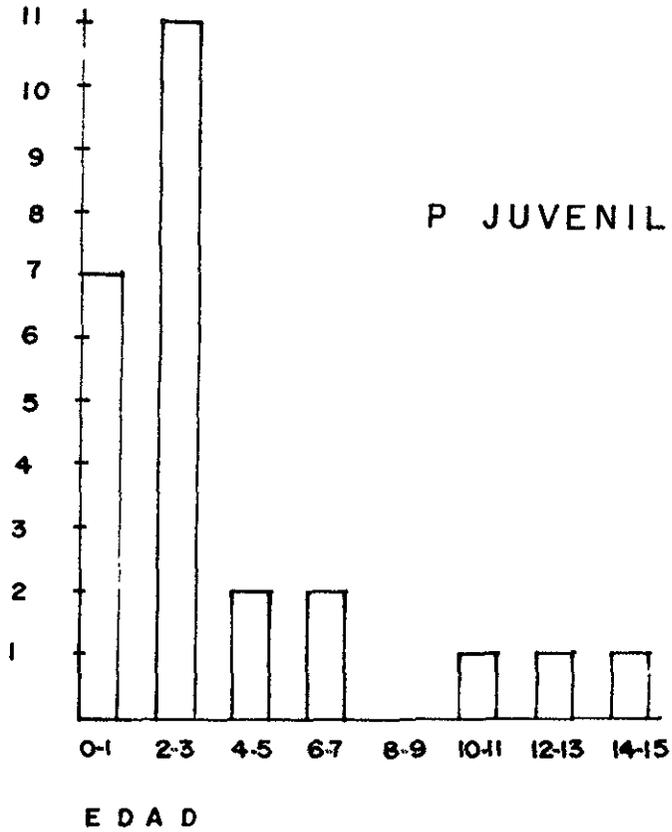
SERV. ORL
HG. CMR

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 2

EDAD DE INICIO

N° PACIENTE



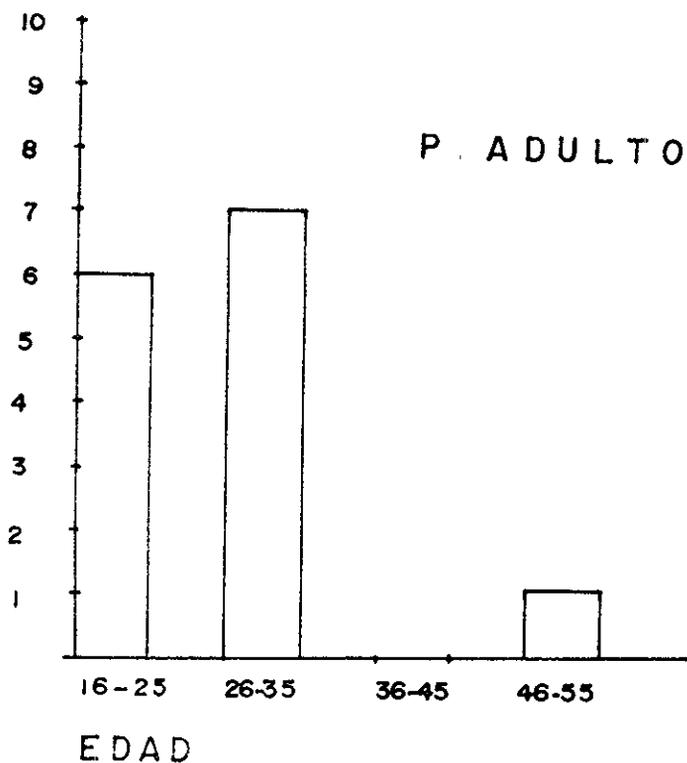
P JUVENIL

SERV. ORL
HG CMR

GRAFICA 3

E D A D D E I N I C I O

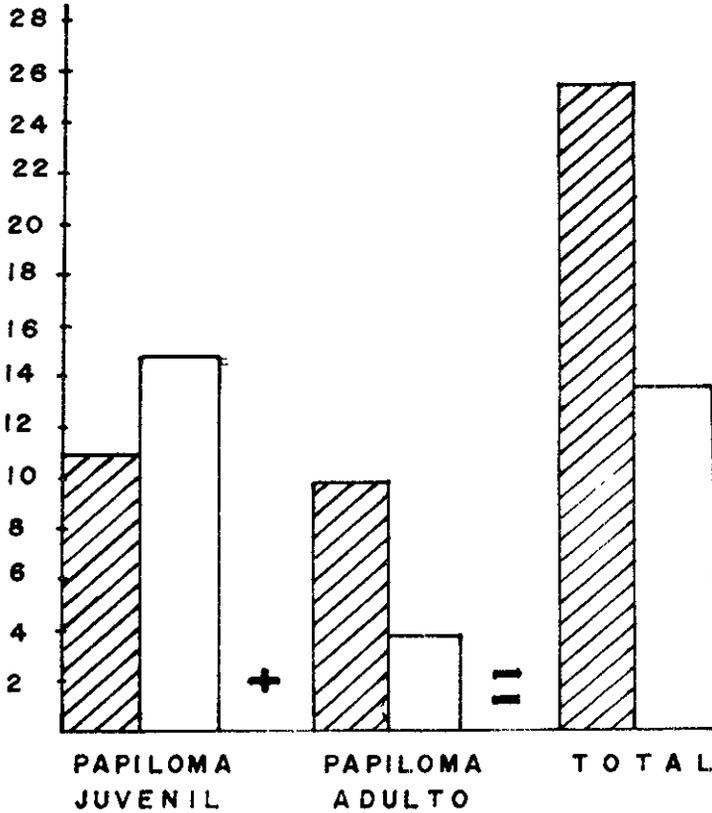
N° PACIENTE



SERV ORL
H G CMR

GRAFICA 4

DISTRIBUCION POR SEXOS



 MASCULINO
 FEMENINO

SERV. ORL
H G. CMR

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO I

DISTRIBUCION POR SEXOS

	MASC		FEM.		TOTAL	
	N° P	%	N° P	%	N° P	%
P. JUVENIL	11	27.5	15	37.5	26	65
P. ADULTO	10	25	4	10	14	35
TOTAL	21	52.5	19	47.5	40	100

SERV ORL

H G CMR

CUADRO 2

SINTOMATOLOGIA INICIAL

SINTOMAS	P. JUVENIL		P. ADULTO		TOTAL	
	N° P	%	N° P	%	N° P	%
DISFONIA	26	65	14	35	40	100
DISNEA	12	30	4	10	16	40
ESTRIDOR LARINGEO	8	20	—	—	8	20
TOS	6	15	3	7.5	9	22.5
DISFAGIA	1	2.5	1	2.5	2	5

N° P = NUMERO DE PACIENTES

SERV ORL
H G CMR

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 3

-27-

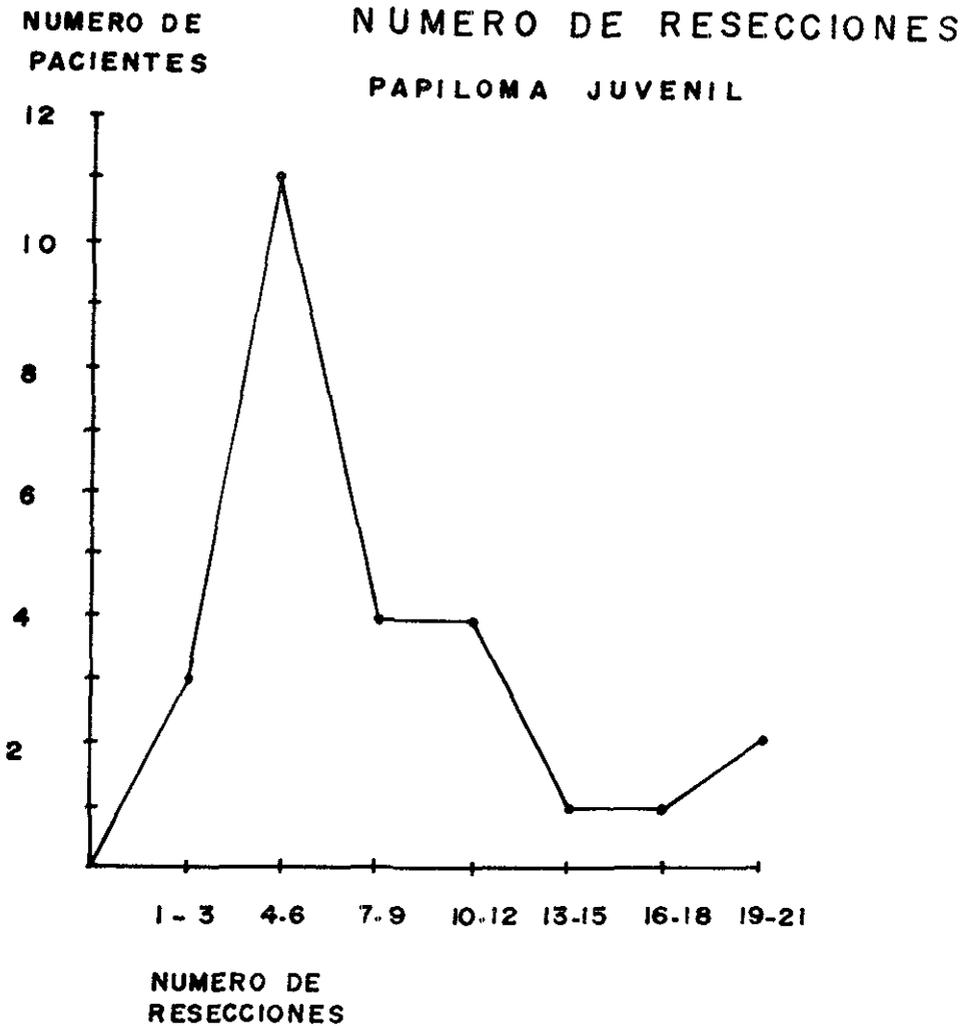
LOCALIZACION DE LOS PAPILOMAS

	JUVENIL		ADULTO		TOTAL	
	N° CASOS	%	N° CASOS	%	N° CASOS	%
SUPRAGLOTICO	—		1	25	1	25
GLOTICO	11	27.5	10	25	21	52.5
SUBGLOTICO	—		—		—	
SUPRAGLOTICO GLOTICO	10	25	1	25	11	27.5
GLOTICO SUBGLOTICO	3	7.5	1	25	4	10
TRANSGLOTICO	2	5	1	25	3	7.5
TOTAL	26	65	14	35	40	100

SERV GRL
HG CMR

GRAFICA 5

-26-



SERV ORL
HG. CMR

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

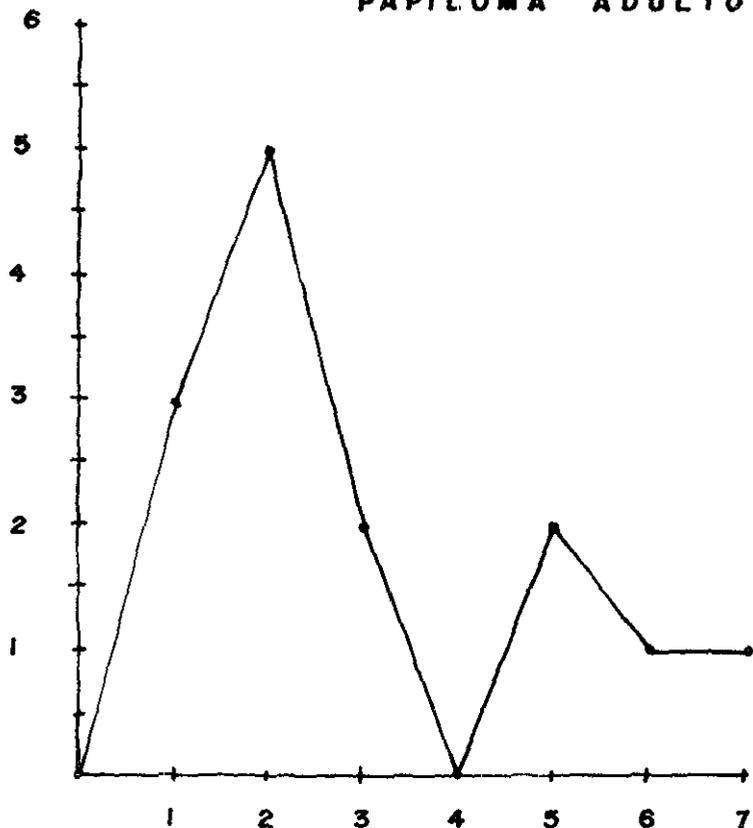
GRAFICA 6

-29-

NUMERO DE
PACIENTES

NUMERO DE RESECCIONES

PAPILOMA ADULTO



NUMERO DE
RESECCIONES

SERV ORL

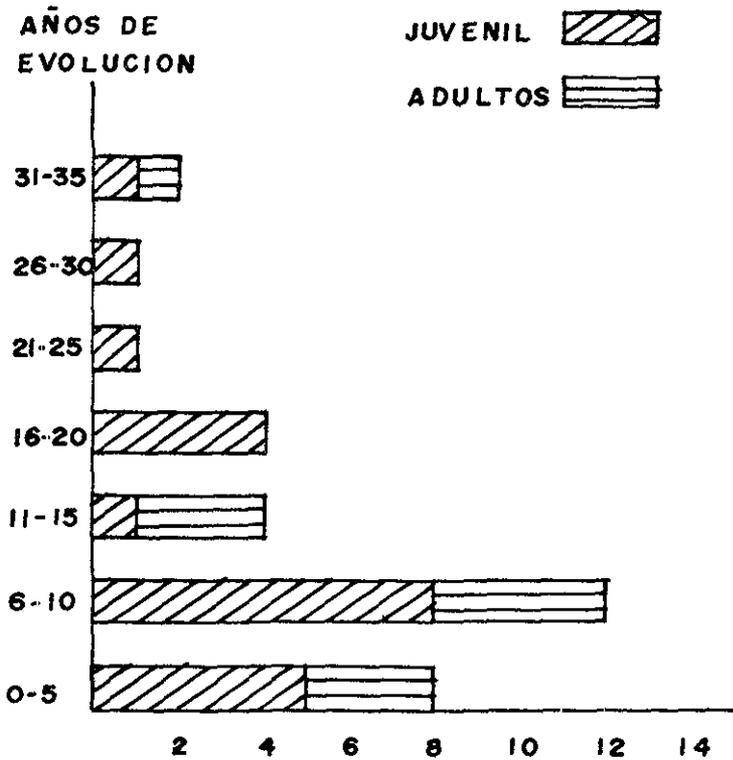
H.G. CMR

ESTA TESIS NO SE
DE LA BIBLIOTECA

GRAFICA 7

AÑOS EVOLUCION

(PACIENTES QUE SIGUEN EN CONTROL)



(NOTA NINGUN PACIENTE TUVO DURACION MENOR A UN AÑO)

SERV. ORL
H G CMR

XII.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Dekelbourn AM: Papillomas of the Larynx, Arch Otolaryngol. --
1965 Apr. 81:390-397.
- 2.- Alberti PW, Dykun R.: Adult laryngeal papillomata. J. Otolaryngol. 1981 Apr 10:463-470.
- 3.- Cook T, Cohn A, Brunshwig J, Goepfert A, Butel J, Rawls W,:
Laryngeal Papilloma: Etiologic and Therapeutic Considerations. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1973. 82:649-655.
- 4.- Cohen S, Geller K, Seltzer S, Thompson.: Papilloma of the --
Larynx And Tracheobronchial tree in Childre. J. Ann Otol ---
Rhinol Laryngol. 1980. 89:497-503.
- 5.- Poch-Viñales: Progresos en Otorrinolaringología. Barcelona -
España. Ed. Salvat. 1978. Pag 259-268.
- 6.- Gross C, Crocker T.: Current Management of Juvenile Laryngeal Papillomata. Laryngoscope. 1970. 80:532-543.
- 7.- Holinger P, Schild J, Maurizi D,: Laryngeal Papilloma: Review of Etiology and Terapy. Laryngoscope. 1968. 78:1462-1474.
- 8.- Klos J.: Clinical course of Laryngeal Papillomatosis in Chil
dren. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1970. 79:1132-1138.
- 9.- Quick E, Watts S, Krzyzek R, Faras A,: Relationship between
Condylomata and Laryngeal Papillomata. Clinical and molecu--
lar virological evidence. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1980.
89:467-471.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 10.- Dedo H, Jackler R.: Laryngeal Papilloma: results of treatment with the CO2 Laser and Podophyllum. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1982. 91:425-430.
- 11.- Bergstrom L.: Laryngeal Papillomatosis: Recurrence after 33 year remission. Laryngoscope. 1982 Oct. 92:1160-1163.
- 12.- Boyle W, Riggs J, Oshiro L, Lennette E.: Electron Microscopic identification of Papova virus in Laryngeal Papillomata. Laryngoscope. 1973. 83:1102-1108.
- 13.- Sigleton G, Adkins W.: Cryosurgical treatment of Juvenile Laryngeal Papillomatosis. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1972 -- 81:784-789.
- 14.- Rabbett W.: Juvenile Laryngeal Papillomatosis. The relation of irradiation to malignant degeneration in this disease. - Ann Otol Rhinol Laryngol. 1965. 74:1149-1163.
- 15.- Holinger P, Johnston K, Conner G, Ross B, Holper J.: Studies of Papilloma of the Larynx. Ann Otol Rhinol Laryngol. -- 1962. 71:443-447.
- 16.- W.S.T. C. Symmers. Systemic Pathology. London. Ed. Churchill Livingstone. 2 Ed. 1976. Vol 1. Pag. 256-257.
- 17.- Quick C, Morgntown A, Foucar E.: Frequency and significance of epithelial atypias in Laryngeal Papillomata. Laryngoscope. 1979. 89:550-560.
- 18.- Majoros M, Parkhill E, Devine K.: Papilloma of the Larynx - in children. A clinicopathologic study. Amer Jour Surg. ---

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1964. Oct. 108:470-475.

- 19.- Smith H, Healy G, Vaughan C, Strong M.: Topical Chemothe--
rapy of recurrent respiratory Papillomatosis, a preliminary
report. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1980. 89:472-478.
- 20.- Stephens C, Arnold G, Butchko G, Hardy C.: Autogenous Va--
ccine treatment of juvenile Laryngeal Papilomatosis. Laryn
goscope. 1979. 89:1689-1696.
- 21.- Strauss M, Conner G, Harvey H, White D.: Aerodigestive tra
ct Papillomatosis: Bacille Calmette-Guerin (BCG) Immunothe
rapy. Laryngoscope 1982 Sep. 92:971-975.
- 22.- Bomholt A.: Interferon Therapy for Laryngeal Papillomatosis
in Adults. Arch Otolaryngol. 1983 Aug. 109:550-552.
- 23.- Haglund S, Lundquist P, Cantell K.: Interferon Therapy in -
Juvenile Laryngeal Papillomatosis. Arch Otolaryngol. 1981 -
Jun. 107:327-332.
- 24.- Weiss M, Kashima H.: Tracheal involvement in Laryngeal Papi
llomatosis. Laryngoscope. 1983 Jan, 93:45-48.
- 25.- Fechner R, Goepfert H, Alford B.: Invasive Laryngeal Papi--
llomatosis. Arch Otolaryngol. 1974 Feb. 99:147-151.