

Trabajo de revisión bibliográfica

Papilomatosis laríngea infantil

Laryngeal papillomatosis in children

Dra. Verónica Rodríguez*; Dr. Diego J. Michalski**

Abstract

Laryngeal papillomatosis is the most frequent benign tumor of the larynx in children, though it also can appear in adults. Its clinical and histological aspects are well known and characterized, but there still persists questions about the factors that determine the appearance and its unforeseeable evolution. Some forms can be very aggressive and invade the lower respiratory tract and may even turn into cancer.

Laryngeal papillomatosis is characterized by proliferation of tumors in the shape of warts in the oesophagus and respiratory tract, with clear predilection for the larynx. Hoarseness is the principal symptom of papillomatosis, though some patients do not present it until they are totally aphonic or they suffer a life-threatening airway obstruction.

The surgical ablation continues being the base of the therapeutics. It can be done by CO₂ Laser, cup forceps or microdebrider. Generally it is a temporary measure to preserve phonation and avoid asphyxiation. There exists some medical treatments with different results according to the consulted works. Papillomatosis involution around the time of puberty, but the age and the seriousness of the disease are unforeseeable before the involution takes place.

Key words: papillomatosis, hoarseness, microdebrider.

Resumen

La papilomatosis laríngea es el tumor benigno de la laringe más frecuente en el niño, aunque también puede aparecer en la edad adulta. Sus aspectos clínicos e histológicos son bien conocidos y caracterizados, pero persisten interrogantes relativos a los factores que determinan la aparición de la enferme-

dad y su evolución, particularmente imprevisible. Algunas formas pueden ser muy agresivas y propagarse a las vías respiratorias inferiores o incluso malignizarse.

Se caracteriza por la proliferación de tumoraciones en forma de verrugas en las vías aerodigestivas, con clara predilección por la laringe. La disfonía es el síntoma principal de la papilomatosis, aunque algunos pacientes no la presentan sino hasta que están totalmente afónicos o sufren obstrucción de la vía aérea que pone en riesgo su vida.

La ablación quirúrgica sigue siendo la base de la terapéutica. Puede realizarse con láser de CO₂, micropinzas o microdebridador. En general es una medida temporal para preservar la fonación y evitar la asfixia. Existen tratamientos coadyuvantes, con distintos resultados según los trabajos revisados. La mayor parte de los niños muestra remisión espontánea hacia la pubertad, pero la edad y la gravedad de la enfermedad son variables imprevisibles antes de que esto suceda.

Palabras clave: papilomatosis, recidiva, coadyuvante, microdebridador.

Abreviaturas: VPH: virus del papiloma humano; CO₂: dióxido de carbono; HLA: antígeno linfocitario humano; ADN: ácido desoxirribonucleico; SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida; ARN: ácido ribonucleico.

Introducción

La papilomatosis laríngea es el tumor benigno de la laringe más frecuente en el niño, aunque también puede aparecer en la edad adulta. Sus aspectos clínicos e histológicos se conocen y están bien caracterizados, pero persisten interrogantes relativos a los factores que determinan la aparición de la enfermedad y su evolución, particularmente imprevi-

*Médica endoscopista del Servicio de ORL del Hospital de Niños Pedro de Elizalde.

**Ex Jefe de residentes de ORL del Hospital de Niños Pedro de Elizalde.



sible. Algunas formas pueden ser muy agresivas y propagarse a las vías respiratorias inferiores o incluso malignizarse.(1)

Se caracteriza por la proliferación de tumoraciones en forma de verrugas en las vías aerodigestivas, con clara predilección por la laringe. La disfonía es el síntoma principal de la papilomatosis, aunque algunos pacientes no la presentan sino hasta que está totalmente afónicos o sufren obstrucción de la vía aérea que pone en riesgo su vida.(2)

La ablación quirúrgica sigue siendo la base de la terapéutica, pero en general es una medida temporal para preservar la fonación y evitar la asfixia. La mayor parte de los niños muestran remisión espontánea, pero la edad y la gravedad de la enfermedad antes de que esto suceda son variables imprevisibles.(2)

Epidemiología

La enfermedad está presente en todo el mundo, sin diferencias étnicas.(2) Es difícil determinar su incidencia, ya que se dispone de pocos estudios epidemiológicos. En 1978, Quick registró una incidencia de 7/100.000 en la población infantil. Estudios americanos más recientes refieren valores comprendidos entre 5.000 y 25.000 casos de papilomatosis laríngea en los Estados Unidos. Según Cristensen, la incidencia en Suecia oscilaba entre 0,2 y 0,7 casos por 100.000 habitantes en 1984. En Dinamarca, Bomholt registró 0,6 casos por 100.000 habitantes en 1988. Pronto se podrá disponer de valores más exactos, al menos en la población infantil, ya que los Estados Unidos establecieron en 1993 un observatorio de los casos pediátricos de papilomatosis laríngea.

En la población infantil no parece haber diferencias entre los niños y las niñas, pero en los adultos se observa un predominio masculino.(1)

La edad de aparición de los primeros síntomas es muy variable. Existen algunos casos de comienzo neonatal. Parece existir una distribución bimodal de la edad de aparición de los primeros síntomas: aproximadamente la mitad de los casos comienza en la infancia, entre los 2 y los 5 años; la otra mitad se manifiesta en la edad adulta, aproximadamente entre los 20 y los 30 años.(1)

Casi el 75% de los niños afectados son el primer hijo, nacido por parto vaginal, de madres adolescentes, tríada clínica que se ha identificado como factor de riesgo de la enfermedad. Aunque se transmite verticalmente en niños, es rara en pares de gemelos que no son idénticos, situación difícil de explicar.(2)

Las lesiones se localizan preferentemente en la endolaringe. Las primeras suelen aparecer sobre el piso de los ventrículos o en las cuerdas vocales. Durante la evolución, los papilomas pueden extenderse a toda la laringe, sobrepasarla, e invadir la hipofaringe y el árbol traqueobronquial. En ocasiones se produce la siembra de papilomas en los labios, el vestíbulo nasal, la cara posterior y el borde libre del velo del paladar, o los pilares. Estas lesiones tienen poca tendencia a extenderse y raras veces recidivan después de la exéresis. No ocurre lo mismo con los papilomas traqueales y bronquiales. Todas estas zonas poseen características histológicas comunes: se trata de uniones entre dos tipos de epitelio que, salvo en el caso de los labios, consisten en un epitelio escamoso y un epitelio ciliado.(1)

Anatomía patológica

Desde el punto de vista macroscópico, los papilomas se presentan como grupos de elementos en racimos de 0,5 mm, grisáceos, blanquecinos o rosados. Las lesiones pueden ser pediculadas o sésiles. A medida que la enfermedad evoluciona, el aspecto macroscópico puede cambiar debido a la presencia de fibrosis y cicatrices laríngeas.

Desde el punto de vista histológico, los papilomas aparecen como proyecciones de epitelio escamoso estratificado queratinizado, que cubre un núcleo fibrovascular. Con frecuencia está ausente la maduración epitelial normal de los tejidos epiteliales y se ve una zona basal hiperplásica. También suelen encontrarse disqueratosis o paraqueratosis, así como los coilocitos, que aparecen como células vacuoladas con un citoplasma claro e indican papilomatosis respiratoria recurrente de origen viral.(2) El tumor tiene aspecto arborescente. En ocasiones existen atipias celulares, lo que dificulta el diagnóstico diferencial con un epiteloma. Las atipias son tanto más numerosas cuanto más extendida está la enfermedad y más grave es su curso.

Etiología

Se trata de virus de la familia de los papovavirus, más concretamente de los papovavirus A o VPH. En el hombre se conocen más de 90 tipos antigénicamente distintos (con por lo menos un 10% del genoma diferente), distribuidos en subgrupos según el grado de semejanza genética, el tejido afectado y la capacidad carcinógena. En los papilomas laríngeos se detecta VPH de los tipos 6 u 11 más frecuentemente. Los virus del subgrupo VPH 6-11 comparten un 85% del código genético y son poco cancerígenos, comparados con los virus de los subgrupos 16-18 de alto riesgo y 31-34 de riesgo intermedio.(1)

En la actualidad, para detectar el ADN viral se emplean técnicas muy sensibles, basadas en la reacción en cadena de la polimerasa (PCR).(1)

Los virus VPH-6 y VPH-11 se detectan también en los condilomas genitales, por lo que desde hace mucho tiempo se postula la hipótesis de la contaminación infantil por condilomas del cuello uterino durante la gestación o en el momento del parto, ya que la aparición habitual de la papilomatosis laríngea infantil en la primera infancia lleva a sospechar una infección neonatal. Aunque la transmisión del VPH al niño a partir de los condilomas genitales de su madre es posible, se trata de un fenómeno excepcional. La contaminación intrauterina por vía transplacentaria o hematogena es posible, ya que se ha detectado ADN del VPH en la sangre del cordón umbilical de niños nacidos de madres con condilomas asintomáticos, así como en el líquido amniótico de madres infectadas.(1)

Recientemente se ha reavivado el interés por la hipótesis de la causa hormonal, al comprobarse que el indol-3-carbinol, compuesto que participa en el metabolismo de los estrógenos, resulta eficaz en algunas formas de papilomatosis laríngea. La patogenia del VPH estaría relacionada, en parte, con el hecho de si el virus se incorpora al ADN genómico del huésped o si existe como un epitoma. Los cofactores permisivos que pueden predisponer más a unos niños a sufrir infección clínica incluyen alteración de las mucosas, defectos del sistema inmunitario y alotipos específicos de HLA.(2)

La papilomatosis laríngea no se considera una enfermedad contagiosa: no se han descrito epidemias ni casos familiares (hermanos y hermanas, o cónyuges). No deben tomarse medidas de exclusión de la escuela o de cualquier otra colectividad para los niños con papilomatosis laríngea.(1)

Clínica

El primer signo es la disfonía, que a veces pasa inadvertida en los niños pequeños. Es lentamente progresiva y puede llegar a la afonía. Ante toda disfonía que persista más de tres semanas, tanto en un niño como en un adulto, se debe consultar a un especialista para una exploración de la laringe.(1)

Si el diagnóstico se retrasa puede aparecer dificultad respiratoria, que es progresiva, acompañada de estridor inspiratorio. Luego se agregan apneas obstructivas.(2)

Exploración clínica

En la mayor parte de los niños con papilomatosis, que por lo demás se encuentran sanos, una

exploración física de rutina sólo evidencia disfonía. La obstrucción parcial de las vías respiratorias puede manifestarse con estridor, taquipnea, tiraje supraesternal y/o intercostal, aleteo nasal o cianosis peribucal, lo que denota grados más relevantes de afección de las vías respiratorias. A la auscultación de la laringe puede escucharse un estridor inspiratorio o bifásico si compromete la subglotis. Aunque la laringe es el sitio más común de afección, las lesiones en nariz o cavidad oral sugieren fuertemente papilomatosis laríngea en un niño disfónico o con estridor.(2)

La laringe puede explorarse mediante un espejo o un fibroscopio. En el niño, por falta de colaboración y porque la laringe está en situación más cefálica y oculta por la base de la lengua, se elige el segundo.

El aspecto de la laringe es suficiente para llegar al diagnóstico.(1)

Una vez que se identifican los papilomas con la fibrolaringoscopia se plantea una biopsia excisional. La documentación fotográfica de la magnitud de las lesiones puede ser útil para la educación de la familia y se puede obtener por videostroboscopia o durante la cirugía. El estudio anatomopatológico confirma la impresión clínica y permite tipificar el tipo de VPH en la muestra en fresco por reacción en cadena de la polimerasa, o se somete a la muestra a congelación con nitrógeno líquido y se envía a un laboratorio que efectúe la tipificación.(3) La biopsia y la determinación exacta de la extensión de la papilomatosis laríngea se realizan en el curso de una microcirugía de laringe bajo anestesia general, durante la cual se inicia el tratamiento.(1)

Diagnóstico diferencial

Ante cualquier disfonía crónica, tanto si afecta a un adulto como a un niño, es indispensable explorar la laringe. Únicamente el estudio anatomopatológico permite distinguir entre una papilomatosis un poco atípica en el adulto o el niño operado varias veces y un epiteloma.

En el niño pequeño, la disnea laríngea aguda -en el curso de una rinfaringitis- suele deberse a una laringitis aguda subglótica.

Debe cuestionarse este diagnóstico si la anamnesis revela antecedentes de una disfonía antigua o si la disnea laríngea no mejora en un plazo razonable (menos de 48 horas); en estos casos está indicada una fibrolaringoscopia que muestra los papilomas. (1)



Evolución

La caprichosa naturaleza de la papilomatosis, marcada por recidivas y exacerbaciones frecuentes, es la causa de que resulte difícil asesorar a los padres y a sus familiares. La mayoría de los niños afectados requieren laringoscopia y broncoscopia, con la resección de papilomas cada dos a tres meses durante los períodos de actividad de la enfermedad. Aunque se ha informado la remisión espontánea, es muy variable e impredecible. Es posible que intervengan factores desencadenantes endocrinos (inmunitarios u hormonales), aunque la presunta vinculación entre la remisión y el inicio de la pubertad es debatible.

La enfermedad puede reactivarse después de años de remisión, razón por la cual siempre es difícil asegurarle a un paciente que está curado.

Según la frecuencia de las recidivas y la extensión de las lesiones, se distinguen formas benignas y formas graves de papilomatosis laríngea.

En las formas benignas, las recidivas son espaciadas y poco floridas desde el punto de vista clínico. Los pacientes sólo necesitan una o dos laringoscopias anuales. El síntoma cardinal es la disfonía. Estas formas suelen evolucionar hacia la curación, ya sea espontánea o después de algunas sesiones de exéresis de los papilomas.

En las formas agresivas recidivan muy rápidamente después de cada sesión de endoscopia, con una clínica muy florida y gran extensión de los papilomas. En estas formas los tumores se propagan a los tres niveles de la laringe, así como a la tráquea y los bronquios.

Puede tratarse de una diseminación por contigüidad o por siembra a distancia de los papilomas o los viriones, ya que se detecta el antígeno viral en las capas superficiales del epitelio. A veces, en las formas graves, para salvar la vida del niño, es indispensable practicar una traqueotomía; la cual no es benigna en el contexto de la papilomatosis, ya que se forman papilomas en el ostoma y la tráquea en alrededor del 50% de los pacientes, tal vez por la introducción de una nueva unión escamoso ciliar. Finalmente habrá diseminación distal, a tráquea, en el 17-26% de los niños y diseminación broncopulmonar en menos del 5%.⁽³⁾

Por otra parte, pueden observarse lesiones pulmonares por siembra papilomatosa que dan lugar en ambos casos a imágenes radiológicas claras, redondeadas, dispersas y bilaterales.⁽¹⁾

La diseminación broncopulmonar puede ser el presagio de la transformación maligna.⁽³⁾

En los niños la degeneración maligna se presenta de modo preferencial en el parénquima pulmonar y el árbol broncopulmonar distal; mientras que en el adulto asientan en la laringe.⁽³⁾

Tratamiento

En cuanto se establece el diagnóstico hay que hacer saber a los pacientes y sus familias que no existe actualmente ningún tratamiento curativo de la papilomatosis laríngea, que las recidivas son prácticamente constantes tras la exéresis de las lesiones y que la evolución de la enfermedad es muy imprevisible.

Los objetivos de la resección quirúrgica son asegurar una vía respiratoria adecuada, mejorar la voz, y facilitar la remisión de la enfermedad al tiempo que se limita la morbilidad.⁽³⁾

En formas leves debe preferirse un tratamiento lo menos enérgico posible, para limitar los efectos secundarios y sus secuelas. Al principio es necesaria una laringoscopia directa para tomar una biopsia que permita confirmar el diagnóstico y precisar la extensión de las lesiones.

La técnica para reducir el volumen de los papilomas varía según el centro médico. No debe descartarse la exéresis con pinza: además de ser el único tratamiento posible en las regiones del mundo en las que no se dispone de láser (se trata de una enfermedad ubicua), permite conservar un fragmento de tejido tumoral para el estudio anatomopatológico y virológico, y logra desobstruir la laringe mucho más rápidamente que la vaporización con láser. Debe prestarse especial atención a la comisura anterior y, para evitar la formación de una sinequia, en esta zona sólo debe tratarse un lado por sesión.⁽¹⁾

En las formas graves la frecuencia de las endoscopias puede ser muy alta. A veces es necesario recurrir a la traqueotomía, pero en cuanto la extensión de las lesiones lo permita debe retirarse la cánula. Cuando se requiera una o más sesiones mensuales de laringoscopia directa se prescriben tratamientos coadyuvantes.⁽¹⁾

Durante la laringoscopia directa es necesaria una excelente cooperación entre el anestesiólogo y el otorrinolaringólogo. El cirujano puede operar durante períodos de apnea, lo cual ofrece la ventaja de dejar la laringe completamente libre.

La reducción del volumen de los papilomas se realiza bajo control visual directo, manteniendo ex-

puesta la laringe con una hoja de laringoscopio. La utilización de un microscopio quirúrgico con una distancia focal de 400 mm ofrece una excelente visibilidad de los papilomas.(1) También puede realizarse bajo visión con óptica de 0°.

La exéresis puede realizarse con pinzas de microcirugía, destruirse o vaporizarse.

Vaporización con láser

Otras radiaciones láser vaporizan las lesiones: láser de diodo, láser de CO₂ y láser de argón. El láser de CO₂ tiene una longitud de onda de 10,6 µm y es absorbido por el agua.

Los disparos de láser son muy precisos, lo que permite vaporizar selectivamente los papilomas sin afectar a los tejidos sanos adyacentes. Se aconseja a los cirujanos el uso de mascarilla y gafas de protección para evitar el contagio.

En realidad, este riesgo es bastante teórico, porque probablemente los fragmentos de ADN encontrados no sean suficientes para resultar patógenos. La vaporización deja una zona desepitelizada que cicatriza al cabo de unos días.

Microdebridador

El microdebridador, una nueva alternativa a la resección con láser, ha ido ganando popularidad en los últimos tiempos.

El microdebridador laríngeo de 4 mm incorpora un dispositivo de succión que aspira los papilomas y los desintegra, haciendo más fácil la remoción de estos últimos.(8)

Este método no modifica la evolución de la enfermedad. En un estudio realizado por Pasquale y col. se demostró su eficacia, seguridad y menor tiempo quirúrgico.(8)

Sería una alternativa al láser, por su menor costo.

Complicaciones relacionadas con el tratamiento

Las laringoscopias con exéresis o vaporizaciones repetidas de los papilomas dejan a menudo cicatrices en las cuerdas vocales, sobre todo en la comisura anterior. Exponen también al paciente al riesgo de estenosis de las vías respiratorias superiores, que en algunos casos exige una intervención complementaria tras la curación de la papilomatosis laríngea. (1)

El tratamiento antirreflujo puede disminuir las complicaciones de tejidos blandos, por lo cual todo

paciente con papilomatosis que deba operarse varias veces al año debería recibir tratamiento con bloqueantes de la bomba de protones (omeprazol, pantoprazol, lansoprazol).(5)

Tratamientos coadyuvantes

Se han intentado todo tipo de tratamientos con fines curativos. Varias nuevas formas de tratamiento coadyuvante han mostrado resultados promisorios en cuanto a mejoría de control de la papilomatosis, si bien ninguna puede erradicar el genoma del VPH de los tejidos de mucosa.(2) Dado que la enfermedad sigue un curso muy imprevisible, se debe ser muy cauto en cuanto a la eficacia de cualquier método. Los artículos que informan sobre la eficacia en unos pocos pacientes y con un seguimiento inferior a 10 años no tienen ningún valor científico. Sólo deberían aceptarse los ensayos clínicos protocolizados.

En Rusia, en 1996, Garashchenko y col. evaluaron las características clínicas e inmunológicas de 96 niños con papilomatosis laríngea. Se encontró que tenían supresión de la inmunidad mediada por células T con disminución de IL-2 y de receptores para la misma, que empeoraba con el agravamiento y la recurrencia de la enfermedad. Se usó un esquema combinado con reoferón e inmunomoduladores sistémicos (Thymalin, T-activin) y corrección inmunológica local. Este procedimiento redujo el tiempo total de tratamiento y prolongó la recidiva 2,5 a 3 veces.(9)

Interferón α

El interferón α N1 es un polipéptido natural, obtenido por técnicas de ADN recombinante. Los disponibles en el mercado son el interferón alfa-2a (Royeron-A) y el interferón alfa-2b (Intron A).(3)

La actividad antivírica o antiproliferativa del interferón α se debe a que puede modular las respuestas inmunitarias, estimula las respuestas existentes del huésped a un estado antiviral, inhibe el crecimiento celular e induce varios sistemas enzimáticos. (3) También inhibe la replicación viral al degradar al ARN mensajero, interfiriendo la síntesis proteica en la célula huésped. No siempre se tolera bien el tratamiento; los principales efectos secundarios son la astenia, las cefaleas, la febrícula, los escalofríos, las mialgias y la alopecia; y los más graves disfunción hepática, leucopenia, coagulopatía, trombocitopenia, incremento de los índices renales y retraso del crecimiento.(3) La dosis de carga es de 5 MU/m² de superficie corporal durante un período comprendido entre 21 y 28 días, luego un mantenimiento de la



misma dosis tres veces por semana durante 6 meses, vigilando la función hepática, así como el hemograma y la fórmula sanguínea mensualmente.

Éste fármaco induce clínicamente resolución completa en alrededor de 30 a 50% de pacientes, y parcial en 20 a 42%. La magnitud y la duración del efecto del interferón α varían en los estudios donde se ha comprobado su eficacia, pero tienen demasiadas variables fundamentales, como el tipo, la dosis y la duración de su administración, el uso de testigos, el diseño del estudio, la selección del paciente y la duración de la vigilancia.(2)

En la actualidad se recomienda iniciar el tratamiento con interferón α en pacientes que requieren cuatro o más procedimientos quirúrgicos al año.(2)

Cidofovir

El cidofovir es un agente antiviral que se utiliza en el tratamiento de la retinitis por citomegalovirus en personas con SIDA. El cidofovir suprime la replicación viral por inhibición selectiva de la síntesis de ADN viral, al actuar sobre la ADN polimerasa. (7) También fue utilizado en el tratamiento del virus del Herpes y adenovirus.

El cidofovir se aplica en el sitio de implantación de los papilomas luego de su exéresis. Se utiliza en una concentración de entre 5 a 15 mg/ml, en una serie de cuatro aplicaciones con un intervalo de 15 días entre ellas. Si la patología recidiva, se reinterviene al paciente y se inyecta nuevamente este fármaco.(7)

Indol-3-carbinol

Es un potente inductor del citocromo P450 que interviene en el metabolismo de los estrógenos. Al modificar el sitio receptor de la hidroxilación del estradiol, el indol-3-carbinol reduce la producción de 16- α -hidroxiestrone y favorece así la producción de 2-hidroxiestrone, resultando de un efecto protector en un modelo experimental en el ratón.(1)

Se encuentra en estado natural en las plantas de la familia de las crucíferas (col, brócoli, repollito de Bruselas, coliflor). Este fármaco anula el efecto proliferativo de los estrógenos sobre los cultivos de células laríngeas. En la actualidad se prescribe este tratamiento como forma farmacéutica, en dosis de 200 a 400 mg/día en el adulto y de 100 a 200 mg/día en el niño de menos de 25 kg.(1)

Existen estudios que consideran el resultado favorable para los adultos, pero en niños su eficacia merece estudios futuros.(4)

Ribavirina

Es un análogo de ribonucleótido y un antiviral de amplio espectro que se utiliza comúnmente en el tratamiento de infecciones de virus sincicial respiratorio en lactantes y niños en riesgo pulmonar. Su acción la lleva a cabo inhibiendo la replicación viral al inhibir a la ARN polimerasa viral. La dosis utilizada es de 23 mg/kg por vía oral día durante 6 meses.(10)

En la actualidad aún se investiga su utilidad como coadyuvante en la papilomatosis. Los informes preliminares tienen la limitación de que su período de vigilancia fue breve.(3)

Vacuna antiparotiditis

La vacuna antiparotiditis es a virus atenuado y estimula al sistema inmune compitiendo con el HPV. Se infiltra en las zonas de implantación de los papilomas luego de su resección. Se utilizan 1,5-5,5 ml y de 1 a 10 infiltraciones (media: 4). Pashley y col., en 2002, trataron a 18 pacientes con este método y obtuvieron 78% de remisión.(11)

Conclusión

La papilomatosis laríngea representa la tumoración benigna de la laringe más frecuente en la infancia.

El agente etiológico es el virus del papiloma humano.

Presenta una evolución variable, en la cual la gran mayoría resuelve en forma espontánea en la adolescencia, con una historia de reiteradas recidivas. Algunos pocos casos presentan una clínica más agresiva, comprometiendo la vía aérea inferior e incluso pueden llegar a la malignización.

Se caracteriza por la proliferación de tumoraciones en forma de verrugas en las vías aerodigestivas, con clara predilección por la laringe. La disfonía es el síntoma principal de la papilomatosis, mientras que la obstrucción de la vía aérea es la que puede comprometer la vida.

El diagnóstico se realiza con la observación mediante la fibroscopía y se confirma con la anatomía patológica.

El tratamiento es la resección de los papilomas por medio de la microcirugía de laringe. La elección del método de resección debe realizarla cada cirujano en base a su experiencia y la disponibilidad de instrumental.

La intervención se realiza, en las recidivas, cuando el paciente presenta dificultad respiratoria y/o apneas obstructivas.

El tratamiento para el reflujo gastroesofágico disminuye el riesgo de complicaciones postquirúrgicas.

En lo posible se debe evitar la traqueotomía, por el riesgo de diseminación a vía aérea inferior.

Los tratamientos coadyuvantes son prometedores, aunque no curativos, y deben utilizarse de acuerdo a las posibilidades de cada centro asistencial.

Bibliografía

1. François M. Papilomatosis laríngeas. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. 2000 - E - 20-705-A-10.
2. Bauman NM, Smith RJH. Papilomatosis respiratoria recurrente. Clínicas pediátricas de Norteamérica. 1996, Vol 6:1299-1316.
3. Green GE, Bauman NM, Smith RJH. Patogenia y tratamiento de la papilomatosis respiratoria recurrente de inicio juvenil. Clínicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica. 2000, Vol. 1:179-197.
4. Rosen CA y Bryson PC. Indole 3 Carbinol for recurrent respiratory papillomatosis: long term results. J Voice 2004 Jun;18(2):248-53.
5. Holland W, Koufman JA, Postman GN. Laryngopharyngeal reflux and laryngeal web formation in patients with pediatric recurrent respiratory papillomas. Laryngoscope. 2002. 112: 1926-1929.
6. Nodarse Cuni H, Iznaga Marin N, Viera Alvarez D, Rodriguez Gómez H. Interferon alpha-2b as adjuvant treatment of recurrent respiratory papillomatosis in Cuba: National Programme (1994-1999 report). The Journal of Laryngology & Otology 2004. 118:681-687.
7. Peyton SW y Wiatrak B. Is cidofovir a useful adjunctive therapy for recurrent respiratory papillomatosis in children? International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2004. 68:413-418.
8. Pasquale K, Wiatrak B, Woolley A, Lewis L. Microdebrider Versus CO2 Laser Removal of Recurrent Respiratory Papillomas: A Prospective Analysis. The Laryngoscope. 2003. 113:139-143.
9. Garashchenko T, Markova T, Chuvirov D. Immunological indicators in children with laryngeal papillomatosis and possible ways of immunocorrection. Vestn Otorinolaringol 1996. 4:15-18.
10. Mc Glennen RC, Adams GL, Lewis CM. Pilot trial of ribavirin for the treatment of laryngeal papillomatosis. Head Neck 1993. 15(6):504-12.
11. Pashley NR. Can mumps vaccine induce remission in recurrent respiratory papilloma? Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2002. 128(7): 783-6.



INSTRUMED
INSTRUMENTAL MEDICO PARA OTORRINOLARINGOLOGIA
CLAUDIO A. CAPARRA

YA CON MAS DE 25 AÑOS EN EL MISMO LUGAR, Y CON LA MISMA DISPOSICION DE SIEMPRE PARA ATENDERLO





DISTRIBUIDOR OFICIAL DE: ORZAN INSTRUMENTAL QUIRURGICO (Córdoba - Argentina):
TODA LA LINEA COMPLETA EN INSTRUMENTAL PARA MICROCIRUGIA DE LARINGE, NARIZ, OIDO, ENDOSCOPICA Y ENDONASAL, EN ACERO INOXIDABLE DE PRIMERA CALIDAD Y PRECISION, CON MAS DE 25 AÑOS DE EXPERIENCIA Y TRADICION.

Y además, como siempre: tubos de ventilación, "diabólos", vinchas para protección auditiva, tapones de siliconas para oídos y tapones oclusores nasales.
Y productos GNICAR, IVALON, KIFER, MICROMEDICS, SANJOR, SILFAB y WELCH ALLYN

PAGOS CON CHEQUES, TARJETAS DE CREDITO VISA, MASTERCARD, AMERICAN EXPRESS Y NARANJA. HASTA EN 3 CUOTAS O CON TARJETAS DE DEBITO VISA ELECTRON Y MAESTRO EN UN PAGO, SIN RECARGO.

ENVIENOS SU DIRECCION ELECTRONICA Y RECIBA SIN CARGO LISTAS DE PRECIOS E INFORMACION SOBRE CURSOS Y CONGRESOS REGULARMENTE

Sánchez de Bustamante 1695 - 4° D - C1425DUG CIUDAD DE BUENOS AIRES -
TELEFAX (011) 4821-6870 / 4824-3875
Email: instrumed@hotmail.com
HORARIO DE ATENCION: LUNES A VIERNES DE 14 A 19 HS

Con su compra, Usted contribuye a la Fundación "Felices los Caparra".
Muchas gracias por su colaboración.