

Papilomatosis laríngea en el niño estudio de 16 casos

Dr. Hanns Niehaus *

Dr. José F. Ulloa **

INTRODUCCION

En general se considera que el papiloma laríngeo del niño, es una tumoración benigna posiblemente de origen viral (5), que se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino, en forma difusa diseminada.

Consideramos importante el estudio y conocimiento de esta patología laríngea, porque sus síntomas, que se presentan generalmente después de los dos años de edad (11), son suficientes para establecer el diagnóstico antes de que aparezcan complicaciones secundarias, que incluso pueden llevar a la muerte por asfixia (10).

ETIOLOGIA

A continuación se consignan las diferencias macro y microscópicas del papiloma laríngeo.

Es necesario señalar que existe una marcada diferencia entre el papiloma laríngeo infantil y el papiloma laríngeo del adulto. Se ha aceptado que el primero constituye una entidad anatomopatológica de origen viral, que por sus cambios reactivos no puede ser considerada como una verdadera neoplasia, mientras que el del adulto, que algunos autores denominan epiteloma papilar (2), evoluciona desde la fase benigna hasta la degeneración cancerosa infiltrante, cuyo grado de malignidad se determina por el examen histológico.

Se ha establecido macro y microscópicamente, que el papiloma infantil tiene un estroma de repartición más fina, en tanto que el papiloma del adulto es de constitución más gruesa, a veces hialina. El papiloma infantil presenta un estroma abundante, conjuntival, en el cual se introducen desde la periferia, formaciones papilares de epitelio cilíndrico que dan la impresión de una modalidad de reacción de la mucosa, debido a un estímulo irritante o infeccioso casi

(*) Asistente de Otorrinolaringología, Departamento de Cirugía, Hospital Nacional de Niños, San José, Costa Rica.

(**) Residente, Hospital Nacional de Niños.

siempre desconocido. Por su parte el papiloma del adulto se presenta con un estroma más hialino y con mayor número de trabeculaciones.

Según lo consignado por BERENDES (2), BJORK & TEIR opinan que aunque el papiloma del adulto parezca benigno, se debe sospechar siempre malignidad y KLEINSASSER considera que antes de los cincuenta años, los papilomas del adulto son benignos y que después de esa edad, cada segundo papiloma es o degenera en maligno.

Como características del papiloma infantil podemos anotar que:

- a) Es el tumor de la laringe más frecuente en el niño (3).
- b) Se presenta por lo general después de los dos años de edad, de preferencia entre los dos y los cuatro años.
- c) No degenera en maligno, por lo menos en la pre pubertad;
- d) A diferencia del papiloma del adulto, se implanta en tráquea, bronquios, boca, lengua y labios;
- e) La aplicación de hormonas estrogénicas aparentemente apresura el cambio del papiloma infantil al tipo adulto, cuando la extirpación no ha sido completa;
- f) Tiende a desaparecer hacia la edad púber, por lo cual se le asocia a problemas metabólicos hormonales;
- g) Es más frecuente en el sexo masculino;
- h) Se localiza en cualquier parte de la mucosa laríngea, generalmente en el borde libre y parte anterior de las cuerdas vocales, así como en las regiones supra y sub glóticas;
- i) El diagnóstico diferencial se debe hacer con los tumores benignos de la laringe, el más común de los cuales es el pólipo simple. Los fibromas, angiomas, hamartomas, lipomas y tumores malignos, son poco frecuentes en el niño. Cuerpos extraños, procesos agudos y crónicos de la laringe, malformaciones congénitas de la misma.

Los síntomas se presentan generalmente entre los dos y los cuatro años de edad, correspondiendo a la fase tardía, lo que algunos autores suramericanos (1) denominan "síndrome asfíctico del papiloma".

La evolución progresiva de los síntomas se presenta así:

- a) Niño aparentemente sano, que ha enronquecido en forma progresiva y sin causa evidente, hasta presentar una ronquera crónica, de intensidad variable pero permanente;
- b) En períodos más avanzados se presentan dificultad al hablar, tos y disfonías, hasta llegar a la afonía total;

- c) Posteriormente a los trastornos de la voz, se presenta la dificultad respiratoria tipo disnea, primero poco marcada y luego más importante. Todo el cuadro clínico es permanente y progresivo, aunque cortado por episodios agudos de tipo espasmódico, producidos por un esfuerzo a causa de una emoción, llanto, etc. Los accesos de tos son frecuentes.
- d) Disnea clásica con estridor inspiratorio, tos, sofocación, retracción esternal, ingurgitación del sistema venoso cervical, cianosis.
- e) Cuadro clásico de asfixia por obstrucción laríngea casi total, debido al crecimiento abundante y proliferativo de las masas papilomatosas

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio comprende 16 casos de pacientes portadores de papilomatosis laríngea, atendidos en el Hospital Nacional de Niños entre los años 1964 y 1970.

La distribución por sexo muestra predominio del femenino sobre el masculino: 10 mujeres y 6 hombres, al contrario de lo que sostiene la opinión general.

En el Cuadro 1 aparece la distribución por edad.

CUADRO 1

Distribución por grupos de edad

Edad años	No. Casos	%
Total	16	100,0
Menos de 1	—	—
De 1 a -3	1	6,2
De 3 a -7	12	75,0
De 7 a 13	3	18,8

El mayor número de casos, doce, corresponde a las edades entre 3 y -7 años.

En el Cuadro 2 se anota la distribución por lugar de procedencia, correspondiendo a San José, Puntarenas y Alajuela, las cifras más altas: 4, 4 y 3, respectivamente.

CUADRO 2

Procedencia

Lugar	No. Casos	%
Total	16	100,0
PROVINCIA DE SAN JOSE	4	25,0
Cantón de:		
Aserri	1	
Pérez Zeledón	1	
Santa Ana	1	
Tibás	1	
PROVINCIA DE PUNTARENAS	4	25,0
Cantón de:		
Central	2	
Buenos Aires	1	
Esparta	1	
PROVINCIA DE ALAJUELA	3	18,75
Cantón de:		
Central	1	
Grecia	1	
Orotina	1	
PROVINCIA DE HEREDIA	2	12,50
Cantón de:		
Santo Domingo	1	
San Rafael	1	
PROVINCIA DE GUANACASTE	2	12,50
Cantón de:		
Liberia	1	
Nicoya	1	
REPUBLICA DE NICARAGUA	1	6,25

En el Cuadro 3 se muestra la distribución según el número de ingresos y días de estancia.

CUADRO 3

Distribución de acuerdo con el número de ingresos y días de estancia

No. Ingresos	No. Casos	Días de estancia	Estancia Promedio	Días de estancia Máxima	Días de estancia Mínima
1	6	83	13,8	34	4
2	5	1.153	230,6	1.036	2
3	2	89	44,5	42	2
4	2	106	53,0	23	2
8	1	63	63,0		

Seis de los pacientes fueron internados 1 sola vez, cinco tuvieron 2 ingresos, dos casos tuvieron 3, otros dos casos tuvieron 4 y un caso tuvo ocho ingresos.

En el Cuadro 4 se presentan los síntomas principales.

CUADRO 4

Síntomas principales

Síntoma	No. Casos
Afonía	8
Disnea	8
Estridor	8
Tiro	7
Disfonía	5
Cianosis	5
Tos	4
Fiebre	2
Fascies adenoidea	1

La afonía, la disfonía y el estridor, estuvieron presentes en el 50 % de los casos.

En el Cuadro 5 están consignados los reingresos por recidiva.

CUADRO 5

Reingresos por recidiva

Tiempo en meses	No. Casos
A los 3	4
A los 5	1
A los 6	2
A los 7	1
A los 9	2
A los 12	1
A los 24	1
Sin reingreso	4

Cabe mencionar que la mayoría de los reingresos se produjeron después de cinco meses.

RESULTADOS

El reporte de la biopsia fue positivo en los 16 casos, correspondiendo a la papilomatosis laríngea el 1,19 % en un total de 1.343 tumoraciones benignas de pacientes que ingresaron al Hospital Nacional de Niños entre 1964 y 1970, índice alto si se toma en cuenta que esta enfermedad es relativamente rara.

Al contrario de lo que se consigna en la literatura, el mayor número de casos correspondió al sexo femenino.

En cuanto a edad, observamos que la mayor frecuencia se registra en niños entre los 3 y los 7 años; después de los 7 años se aprecia disminución en la incidencia del padecimiento. Ninguno de nuestros pacientes era menor de 1 año (Cuadro 1).

La distribución por residencia no aportó ningún dato de interés.

En cuanto a reingresos, se anota que 6 pacientes reingresaron una vez y 5 de ellos, dos veces. El promedio de estancia varió de 13,8 a 230,6 días. Un paciente reingresó ocho veces y su estancia fue de 63 días. Vale la pena destacar, que la estancia de un paciente con dos hospitalizaciones, fue de 1.036 días, debido a complicaciones posteriores a la traqueotomía y al crecimiento incontrolable de los papilomas.

COMENTARIOS SOBRE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

De acuerdo con nuestro criterio, el diagnóstico se fundamenta en:

- a) Historia Clínica del paciente
- b) Examen Clínico: 1) laringoscopia indirecta
2) laringoscopia directa
- c) Estudios Radiológicos
- d) Biopsia o examen microscópico.

Para nosotros, la exploración clínica y el examen microscópico constituyen la base del diagnóstico, para lo que también tienen valor las radiografías AP y lateral del cuello, profundas y tomadas en inspiración y expiración.

El diagnóstico de ingreso, en cinco de los casos fue laringitis crónica, en tres disfonía en estudio y en otros tres poliposis laríngea. Sólo en cinco se consignó la papilomatosis como impresión diagnóstica al momento de internar a los pacientes.

Es indiscutible que el establecimiento del diagnóstico en la etapa primaria de la enfermedad, es decir cuando el paciente presenta problemas leves, que pueden ser desde cambios de la voz hasta dificultades respiratorias de estridor y disnea poco acentuada, tiene gran importancia en la prognosis y tratamiento. De ahí que consideremos necesario hacer una evaluación detallada del paciente en esta primera etapa y anteponer al síndrome asfíctico del papiloma, que corresponde a la fase tardía, lo que nosotros denominamos "síndrome de las cinco S", característico de la primera fase y que interpretamos como la sintomatología sospechosa de la sofocación secundaria seria.

En nuestro criterio, como regla general el tratamiento del papiloma infantil debe ser quirúrgico. Sin embargo algunos autores opinan (1) que

en niños mayores de cuatro años, a quienes el crecimiento del papiloma no haya producido dificultad respiratoria y que tengan posibilidad de fácil acceso a una clínica especializada, se puede esperar hasta los siete años, edad a la que no sólo se inicia la involución natural del papiloma, sino que el lumen laríngeo es suficientemente amplio como para que no haya riesgo de asfixia. A esto agregaríamos nosotros, un examen endoscópico minucioso, para determinar el estado general de las cuerdas vocales y la importancia de la invasión papilomatosa.

Por otra parte consideramos que la expulsión espontánea del papiloma es poco frecuente, ya que no la hemos observado en ningún caso.

Ciertos autores recomiendan una terapia a base de magnesio, antibióticos, etc. (7, 9), cuyos resultados nos parecen dudosos.

Tampoco estamos de acuerdo con la aplicación de esclerosantes, que proponen algunos autores (5), por el peligro de que su uso repetido produzca estenosis laríngea.

No recomendamos la radioterapia, porque en general las tumoraciones de este tipo son resistentes y la laringe en proceso de crecimiento, particularmente sensible, por lo que puede ser lesionada fácilmente (8). En cuanto a la roentgenoterapia, puede provocar a veces congestión de las papilas y necrosis de los cartilagos, lo cual produce posteriormente una obstrucción severa de la laringe. El tratamiento inadecuado puede dejar cicatrices, que igualmente ocasionan estenosis de la laringe y disfonías irreversibles.

Si consideramos que en ciertos casos pueden ser importantes, el buen estado general del paciente y la administración de vitamina A.

De acuerdo con nuestra experiencia personal, el tratamiento de elección es el quirúrgico, extirpando los papilomas bajo anestesia general y por vía endoscópica, con pinzas cortantes de CHAVALIER JACKSON de 20 cm., diseñadas especialmente para este propósito. En esta intervención tiene un papel fundamental la anestesia, ya que ésta debe ser profunda y total el relajamiento de las cuerdas vocales, para que sea posible determinar claramente los puntos de inserción de los papilomas y proceder a su extirpación en las mejores condiciones en cuanto a visibilidad.

Posteriormente se debe realizar una broncoscopia, para descartar la posibilidad de crecimiento de papilomas en otras zonas bajas, tráquea o bronquios.

Se aplica luego una sustancia cauterizante, casi siempre Podofilina (4) y por último se lavan muy bien las zonas supra y sub glóticas con suero salino, para extraer la sangre y pequeñas partículas de papiloma que puedan haber quedado rezagadas, a fin de evitar la implantación en el tracto respiratorio.

Es indispensable además, vigilar estrechamente al enfermo en las primeras doce horas del post operatorio, por el peligro inmediato de que se presente edema de la glotis.

En todos nuestros casos se usó cámara de oxígeno, compresor y abundante humedad. Asimismo se les administraron por vía sistémica, antibióticos de amplio espectro y corticoesteroides. En las ocasiones en que fue necesaria la traqueotomía, se trató de retirar la cánula lo más pronto posible. El tiempo quirúrgico varió de cinco minutos a una hora y treinta y cinco minutos. El tiempo máximo de anestesia, fue de una hora y cincuenta minutos.

Entre las complicaciones, el motivo principal de preocupación es el edema de la glotis.

Dos de nuestros casos presentaron para cardio respiratorio y en uno se reportó enfisema y neumotórax post traqueotomía.

Se agotaron esfuerzos para evitar la traqueotomía, practicándola sólo en 2 casos que presentaban peligro de asfixia a su ingreso al Hospital. A tres de los pacientes se les había hecho la traqueotomía en otras instituciones.

Nuestro interés en evitar la traqueotomía, obedece a que estos pacientes se transforman con mucha facilidad en portadores crónicos de la cánula, debido a que la función de la laringe se vuelve perezosa, como consecuencia de la atonicidad de los músculos y las inflamaciones frecuentes no permiten que la herida cicatrice, lo que hace que sea muy difícil retirarla.

En nuestro concepto, las únicas indicaciones precisas para la realización de la traqueotomía son:

- a) cuando no sea posible controlar el crecimiento de los papilomas, sobre todo en los niños de poca edad
- b) cuando el enfermo llega al Hospital en inminente peligro por asfixia
- c) en los casos en que, por vivir muy lejos, no sea posible el control regular

RESUMEN

Se realizó un estudio completo de la papilomatosis en el niño, destacando las diferencias principales entre el papiloma infantil y el del adulto.

Ninguno de nuestros casos era menor de un año de edad y la experiencia demostró que en general, su condición mejoró después de los 7 años.

En cinco de los dieciséis casos incluidos en este estudio, el diagnóstico fue correcto; en tres se creyó que se trataba de una poliposis laríngea y en el resto no se sospechó siquiera el padecimiento.

El examen clínico, con laringoscopia indirecta y directa y el estudio microscópico, son fundamentales para establecer el diagnóstico. También son útiles para este objeto, las radiografías profundas AP y lateral del cuello.

El resultado de la biopsia fue positivo en todos los casos.

El plazo más corto a que se presentó la recidiva, fue de 3 meses y el más largo dos años.

Existe la posibilidad de regresión total del cuadro, en cuatro casos que no reingresaron.

En dos casos hubo complicación anestésica. En ambos se trató de paro respiratorio, que en uno fue irreversible debido a la mala condición del paciente.

En quince pacientes se anotó como condición de salida "Mejorado". Uno falleció.

Es importante establecer el diagnóstico en la etapa inicial de la enfermedad, antes de que se presenten problemas serios de asfixia. A ese primer período corresponde lo que hemos denominado "Síndrome de las 5 S".

BIBLIOGRAFIA

1. ALONSO, JUSTO M.
Tratado de Otorrinolaringología, Vol. I, pág. 278.
Editorial Díaz Montalvo, Madrid, 1964.
2. BERENDES, J., R. LINK, F. ZOELLNER & L. BAND
Hals nasen ohren heilkunde, pág. 84 & 216.
Georgthiem Verlag, Stuttgart, 1963.
3. BIRREL, J. F.
The ear, nose and throat diseases of children, pág. 299, Cassel, London, 1960.
4. ECKET, A. BOEBIUS
Lehrbuch der hals nasen ohren heilkunde, pág. 231.
Ed. Leipzig, Leipzig, 1964.
5. JACKSON, CH. & CH. JACKSON
Diseases of the nose, throat and ear, 5th Ed. Saunders,
Philadelphia and London, 1959.
6. LAFFONT, A. & F. DURIEUX
Encyclopedie medico-chirurgicale O.R.L. Tomo I, pág.
Edite sur fascicules mobiles fonde, París, 1929.
7. LEMARIEY, A. & H. MULFR
Otorrhino-laringologie infantile, pág. 54 & 644.
Masson et Cia., París, 1956.
8. LUESCHER, F.
Lehrbuch der Ohrenheilkunde, pág. 143.
Wein-Soriger-Verlag, 1952.
9. PALESTRINE, E.
Manuale de otorrinolaringologic, pág. 126 & 341.
Societa Editrice Universo, Italia, 1963.
10. PORTMAN, G.
Otorrinolaringologic, pág. 715.
G. Doin & Cia. Editeurs, París, 1960.
11. WILSON, T. G.
Diseases of the ear-nose and throat in children, pág. 223.
Grune-Stratton, New York and London, 1962.