

Otorrinolaringología

Tema 24. Lesiones laríngeas relacionadas con factores inflamatorios crónicos



Carmelo Morales Angulo

Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas

Este tema se publica bajo Licencia:

[Creative Commons BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

LARINGITIS CRÓNICA

- **Laringitis crónica inespecífica:**
 - Factores inflamatorios externos: tabaco...
 - Factores inflamatorios internos: reflujo F-L.
- **Laringitis crónica específica:**
 - Laringitis tuberculosa.
 - Laringitis micótica.
 - Laringitis en enfermedades autoinmunes.
 -

LARINGITIS CRÓNICA INESPECÍFICA

- Laringe glótica de forma difusa.
- Componente inflamatorio crónico en el estroma y cambios epiteliales.
- POSIBILIDAD DE PROGRESIÓN HACIA CARCINOMA INVASIVO.

HISTOPATOLOGÍA

- **Displasia**: aparición de atipia en una parte amplia del epitelio. Neoplasia intraepitelial escamosa (NIE):
 - Hiperplasia escamosa: hiperplasia y/o queratosis.

HISTOPATOLOGÍA

- **NIE 1** (displasia leve): atipias en zona basal.
- **NIE 2** (displasia moderada): atipia en zona basal y media.
- **NIE 3** (displasia grave): atipias en todo el epitelio.

Membrana basal intacta.

HISTOPATOLOGÍA

- **Carcinoma microinvasivo**: capacidad metastásica en poco tiempo.

EPIDEMIOLOGÍA

- 2-3/100.000/año.
- 66-97%: localización glótica.
- Relación hombre/mujer: 8/1.
- 50-60 años (> NIE > edad).

ETIOLOGÍA

- **Tabaco:** benzopireno y la nitrosamina: alteración ADN con mutación de TP53.
- Alcohol.
- Radiaciones ionizantes.
- Exposición a níquel, polvo de madera y asbesto.

ETIOLOGÍA

- Reflujo faringo-laríngeo.
- VPH (serotipo 16).
- Carencia de vitaminas A, C y E.
- Inflamaciones crónicas vecinas.
- SUSCEPTIBILIDAD GENÉTICA.

HISTORIA NATURAL

- Habitualmente persistente.
- Normal-Hiperplasia-Displasia-Carcinoma in situ-Carcinoma invasivo.
- Progresión a carcinoma invasivo (cambios genéticos):
 - NIE 1: 2%, NIE 2: 13%, NIE 3: 23%
 - Global: 9-10%

PRESENTACIÓN CLÍNICA

- Disfonía habitualmente de años de evolución.
- Carraspera.
- Sensación de cuerpo extraño.

DIAGNÓSTICO

- Laringoscopia indirecta.
- Endoscopia rígida.
- Endoscopia flexible.
- Estroboscopia.

NARROW BAND IMAGING

- Capaz de representar claramente los patrones capilares y los márgenes entre diferentes tipos de tejido: dco. temprano de tumores.

http://www.youtube.com/watch?v=pCW_dOcoKQ

Nasaki T et al. Auris ansus Larynx 2009;36:712.

ASOCIACIÓN 2ª NEOPLASIA

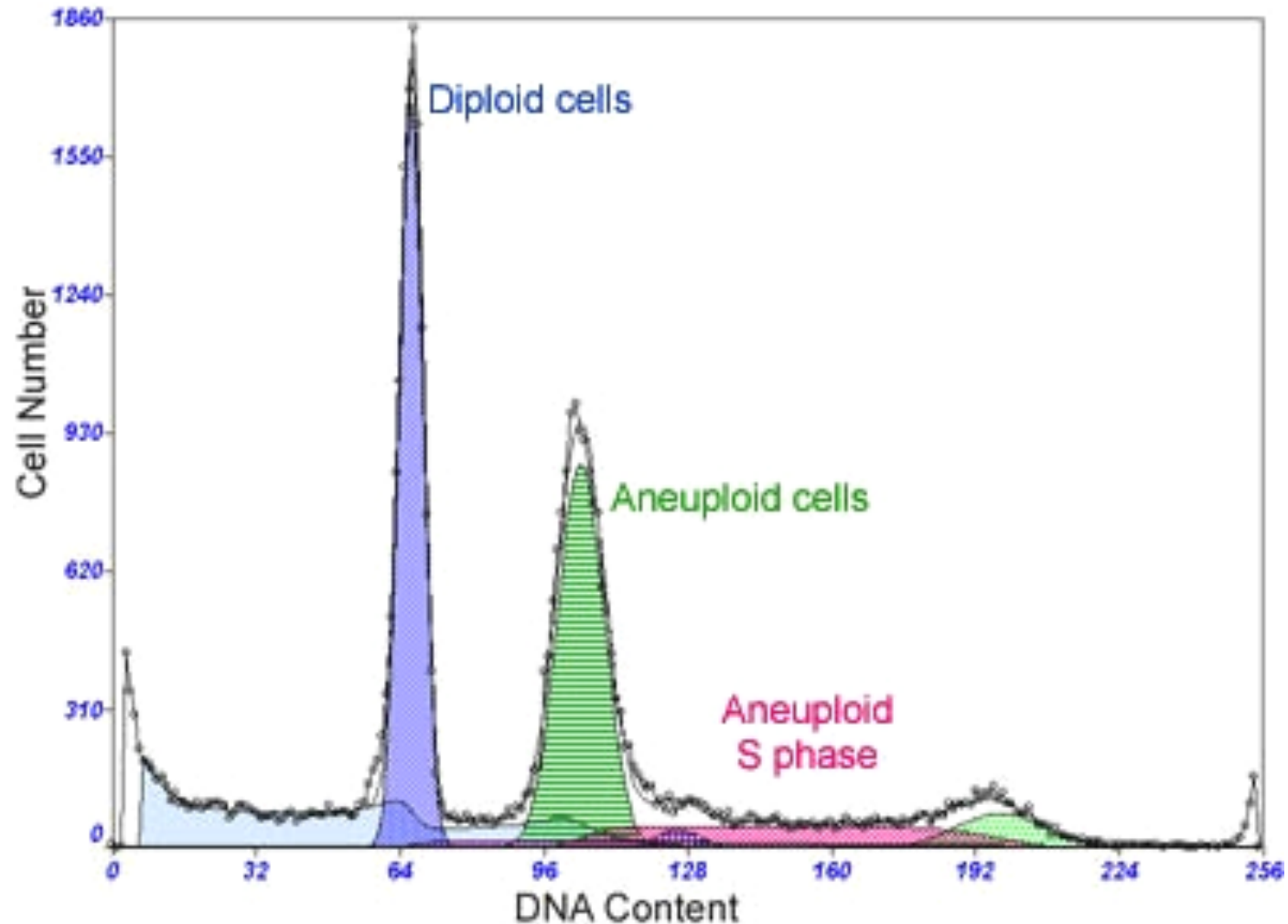
- VAS (8,2%).
- PULMÓN (4%).
- ESÓFAGO (2,3%).



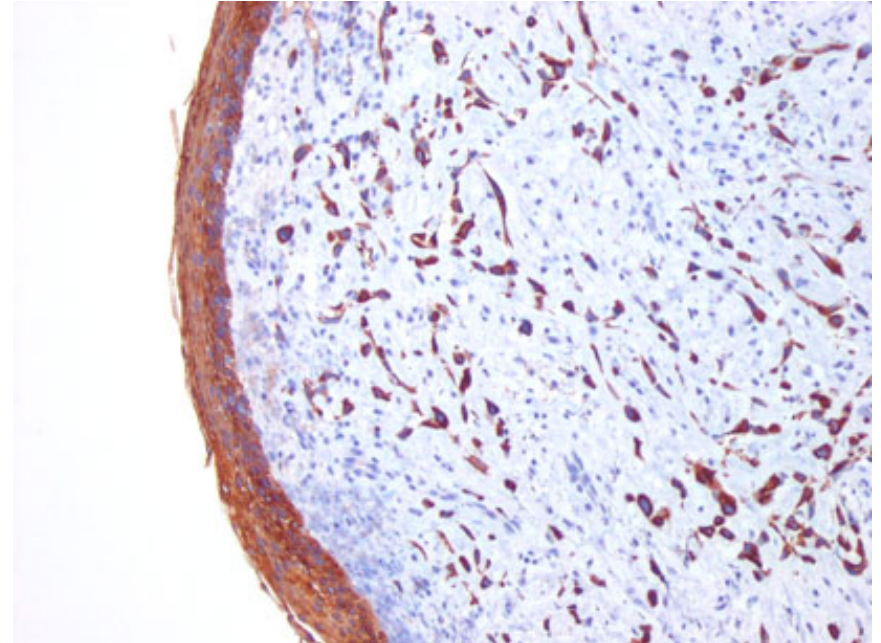
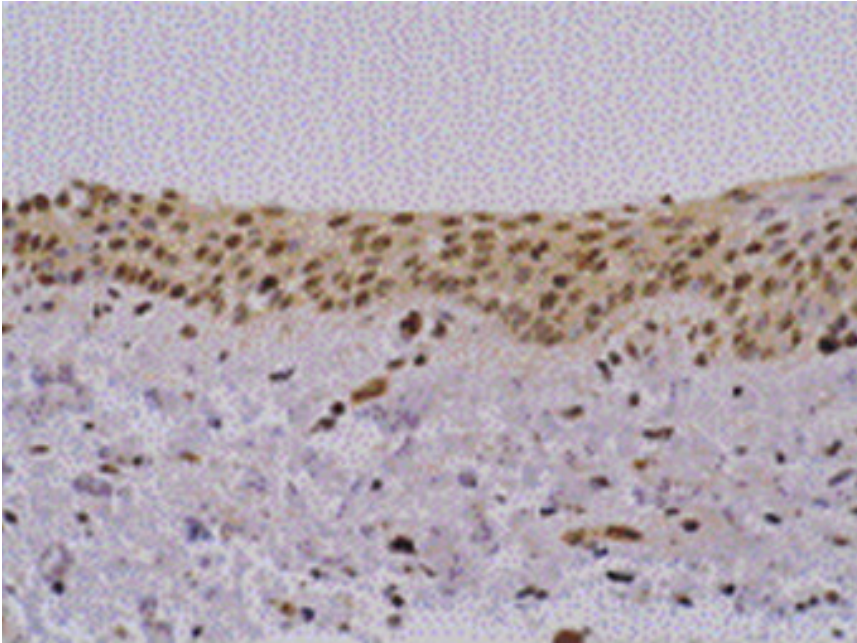
HISTOPATOLOGÍA

- **Hematoxilina/eosina:**
 - Poco reproducible interpatólogo.
- **Técnicas especiales:** citometría
flujo, Inmunohistoquímica, FISH.

CITOMETRÍA DE FLUJO



INMUNOHISTOQUÍMICA



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Laringitis específicas (TBC).
- Edema de Reinke.
- Carcinoma invasivo de laringe (frecuentemente se combina con áreas de NIE).

TRATAMIENTO

- **Preventivo**: no fumar (no garantiza la reversibilidad).
- **Médico**:
 - Inhibidores bomba de protones (IBP): omeprazol...
 - Retinoides sintéticos (isotretinoína):
 - Pacientes que rehusan la cirugía.
 - Lesiones extensas.
 - Quimioprevención de otros tumores.

- **Otros fármacos:**
 - Inhibidores de crecimiento (cetuximab...).
 - Fármacos antiangiogénicos.
 - Inhibidores de la tirosinquinasa (erlotinib...).
- **Radioterapia:** controvertida.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

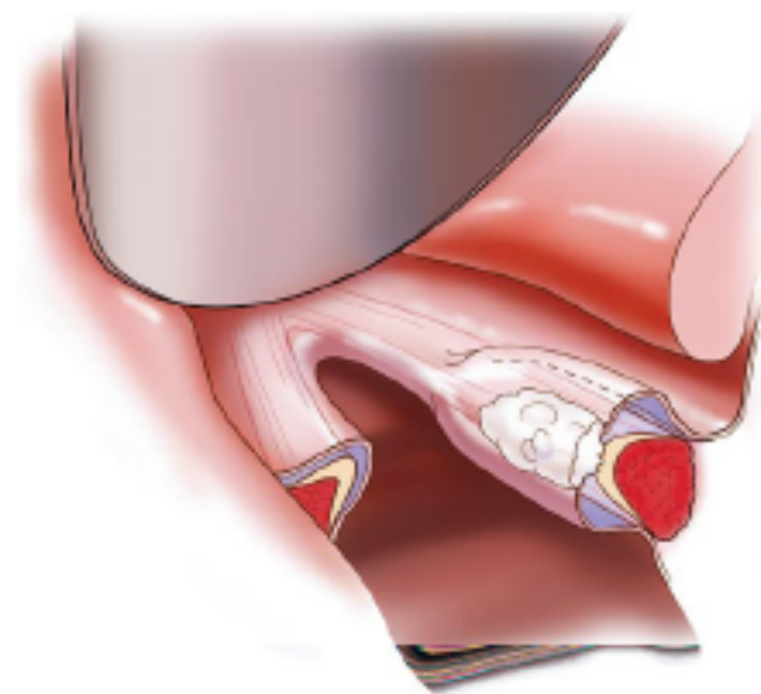
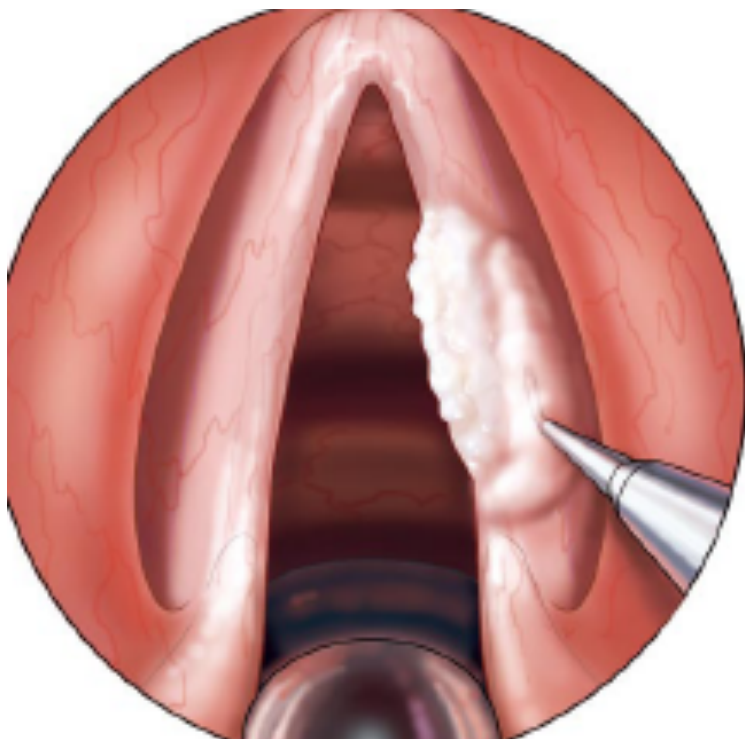
- **CELf (cirugía endoscópica laríngea funcional).**
 - Riancho-Colongues A., Diaz M., Borragán Torre A.
Cirugía endoscópica laríngea funcional. Acta Otorrinolaring Esp. 1995;46;239-40.

- **MCL (microcirugía laríngea):**
 - Técnica clásica.
 - Láser (CO²).

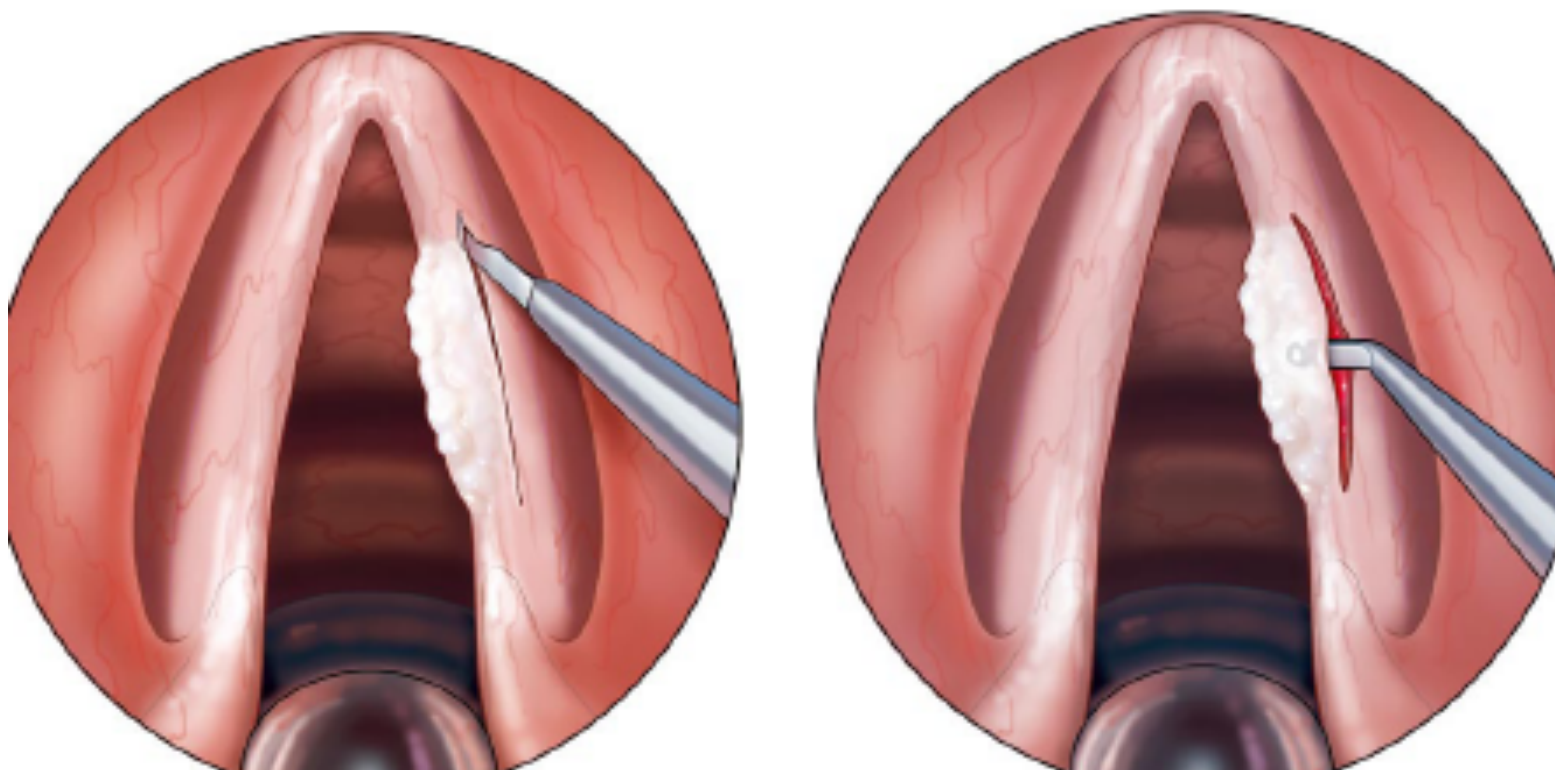


ENDOSCOPIA DE CONTACTO

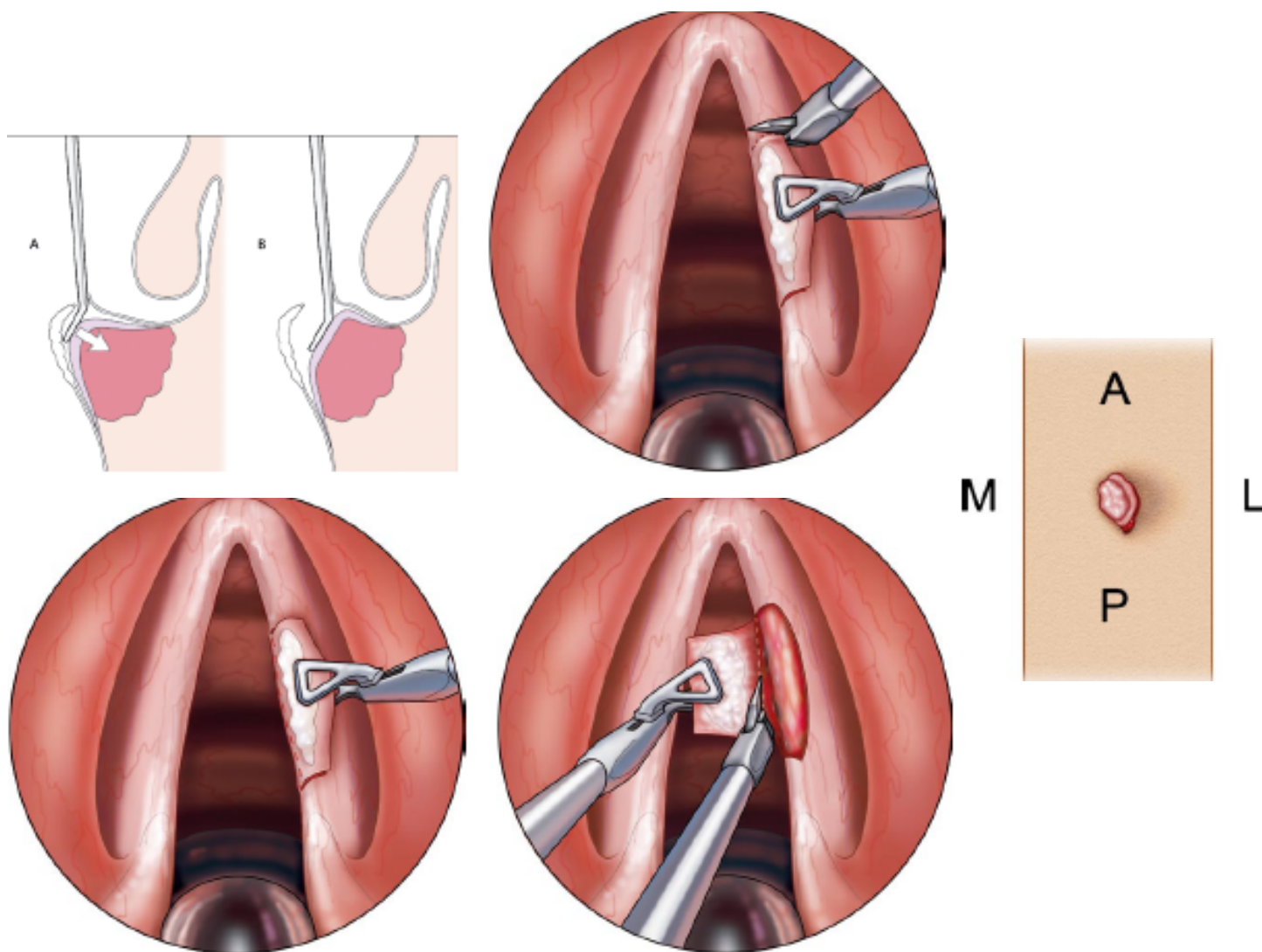
- Andrea *M et al.* Acta Otolaryngol (Stock). 1995;115:314-6.
- Copyright © 2006 - 2010, Akond.



Rosen C., Simpson C.B. «*Operatives techniques in Laryngology*». Ed Springer, 2008.

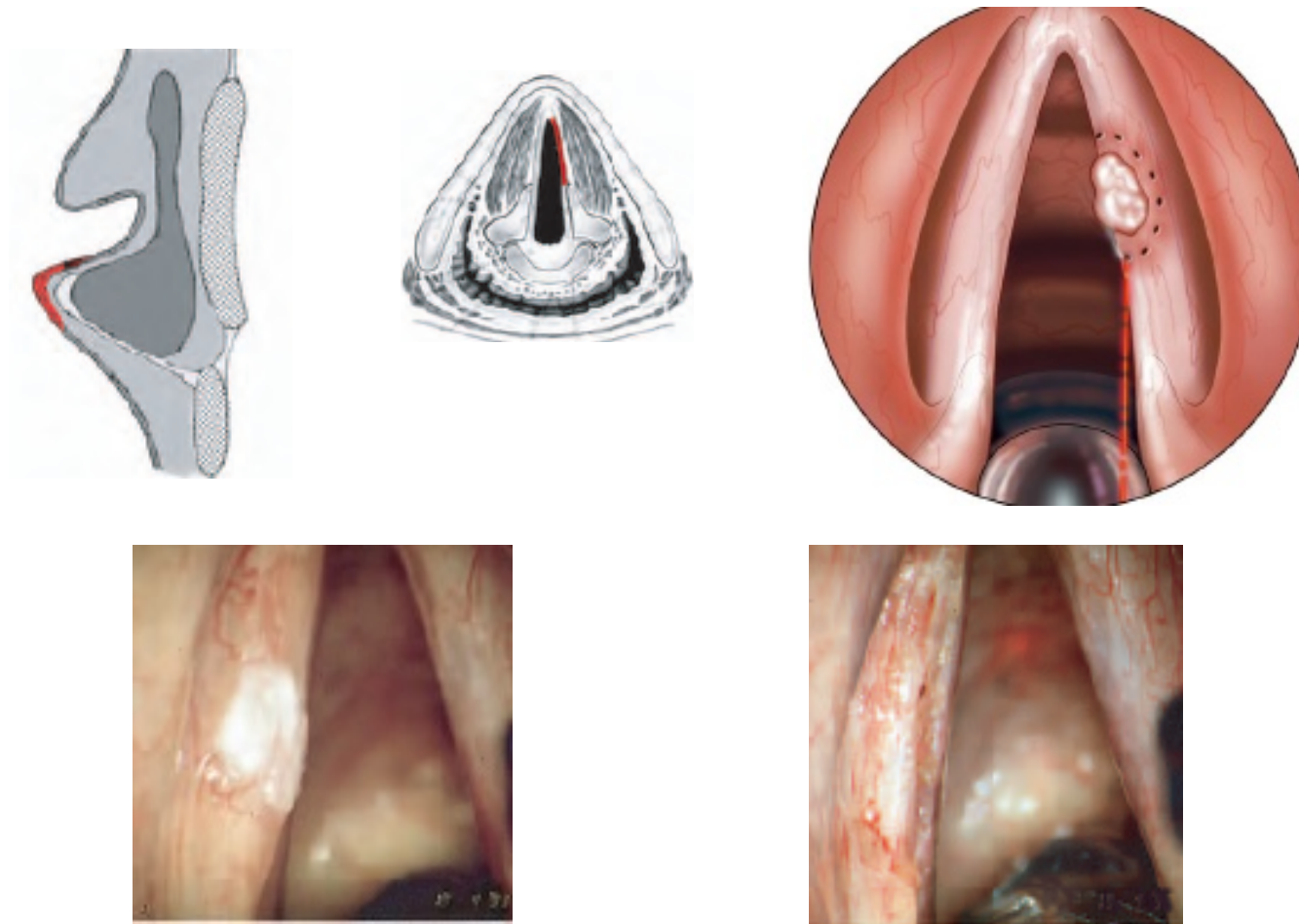


Rosen C., Simpson C.B. «*Operatives techniques in Laryngology*». Ed Springer, 2008.



Rosen C., Sympson C.B. «*Operatives techniques in Laryngology*». Ed Springer, 2008.

MCL LÁSER CO²



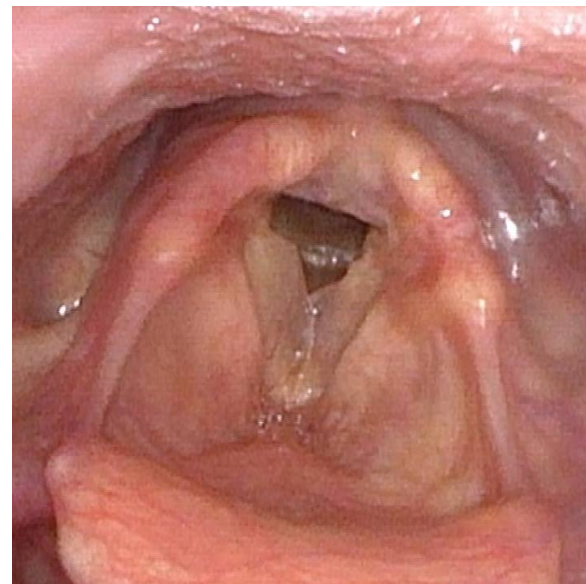
Rosen C., Simpson C.B. «*Operatives techniques in Laryngology*». Ed Springer, 2008.

EVOLUCIÓN

- **NIE de alto grado y carcinoma microinfiltrantes:** láser 90% de curación, (24-30% requieren reintervenir), función vocal aceptable.

EDEMA DE REINKE (POLYPOID CORDITIS)

- Alteración de la lámina propia: disfonía y voz tono grave.
- Afecta a toda la cuerda vocal.
- Bilateral.



EDEMA DE REINKE

- Ocupación del espacio de Reinke por tejido inflamatorio gelatinoso amorfo.
- Evolución progresiva, en años, que puede obstruir la vía aérea.

ETIOLOGÍA

- **97% fumadores:**
 - Reflujo f-l.
 - Abuso vocal.

SINTOMATOLOGÍA

- Disfonía persistente (voz característica de tono grave).
- Tos, carraspera, sensación de cuerpo extraño.
- Disnea (en casos de larga evolución).

EXPLORACIÓN LARINGOSCÓPICA

- Formación edematosa bilateral con amplia base de implantación sobre la cuerda vocal.

TRATAMIENTO

- No fumar.
- Medidas antirreflujo, IBP(omeprazol...).
- Rehabilitación vocal.
- Cirugía ¿cuando?

INDICACIONES QUIRÚRGICAS

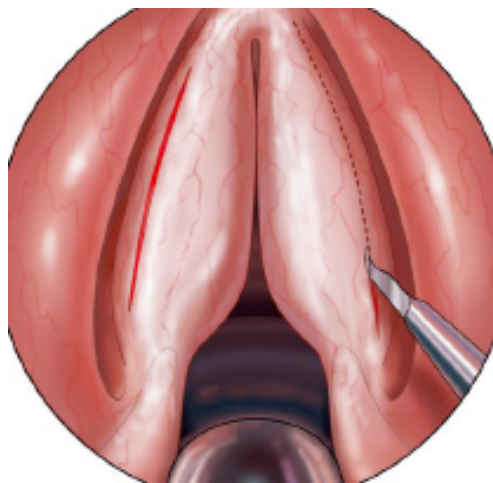
- Disfonía significativa (sobre todo en mujeres).
- Falta de respuesta a reeducación vocal, medicación antirreflujo y abandono del tabaco.
- Obstrucción de vas.
- Dudas sobre existencia de malignidad.

CONTRAINDICACIONES QUIRÚRGICAS

- Disfonía tolerada por el paciente.
- No dejar de fumar?

EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA

- ¿Cirugía unilateral o bilateral?
- Incisión adecuada importante.



Rosen C., Simpson C.B. «*Operatives techniques in Laryngology*». Ed Springer, 2008.

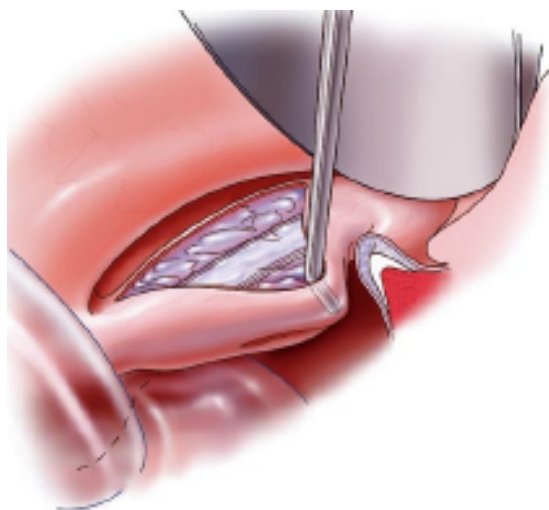


Fig. 18.4 A 30° flap elevator is used to separate the polypoid disease from the epithelium

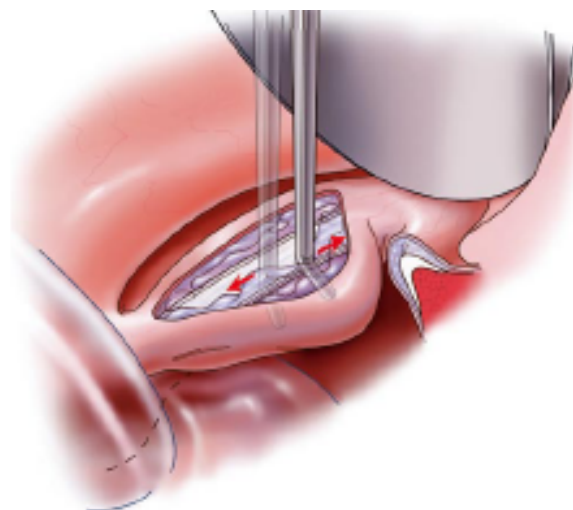
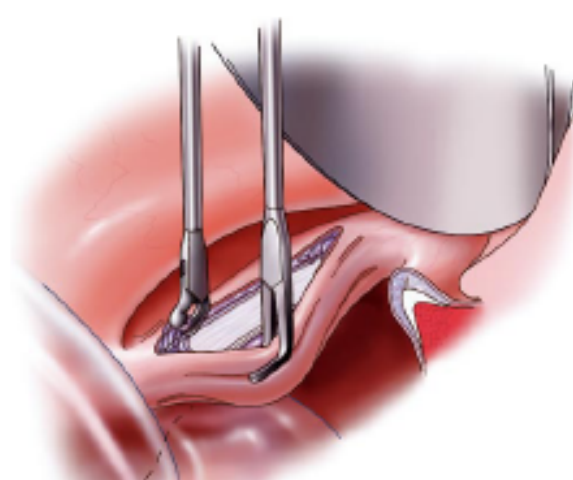
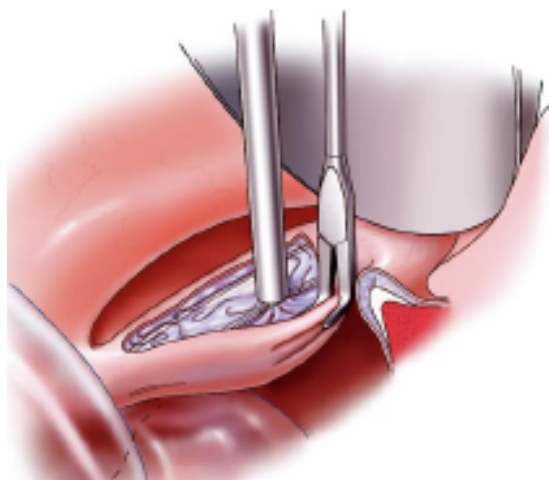
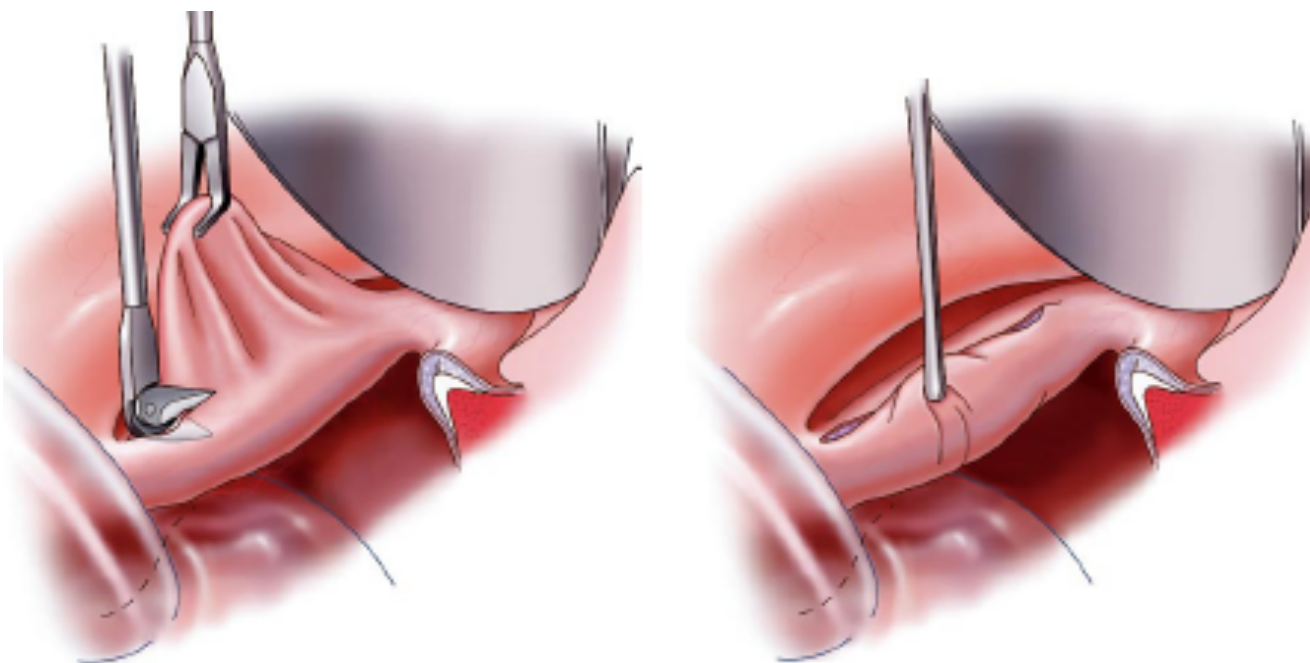


Fig. 18.5 Elevation is carried out between the vocal ligament and the polypoid disease





Rosen C., Sympson C.B. «*Operatives techniques in Laryngology*». Ed Springer, 2008.

POSTOPERATORIO Y COMPLICACIONES

- Recuperación y estabilización de la voz en 6-8 semanas.
- **Complicaciones:**
 - Sinequia de comisura anterior.
 - Scarring: pérdida de la capacidad vibratoria.

REFLUJO FARINGO-LARÍNGEO

- Movimiento retrógrado de contenido gástrico hacia la cavidad oral, nariz, faringe, vas y vai.
- Prevalencia ¿?
- Inexistencia de «gold standard» para el diagnóstico.

FACTORES FAVORECEDORES

- Alimentos.
- Hernia de hiato.
- Aumento de presión intraabdominal.
- Stress.
- Tabaco.
- Obstáculos vías aéreas endotorácicas.
- Predisposición genética.

FISIOPATOLOGÍA

- **Alteración barreras fisiológicas.**
- **Alteraciones anatómicas:** hernia de hiato.
- **Mecanismo de lesión:**
 - Contacto directo: mayor sensibilidad de epitelio laríngeo.
 - Reflejo neurovegetativo: espasmos laríngeo.

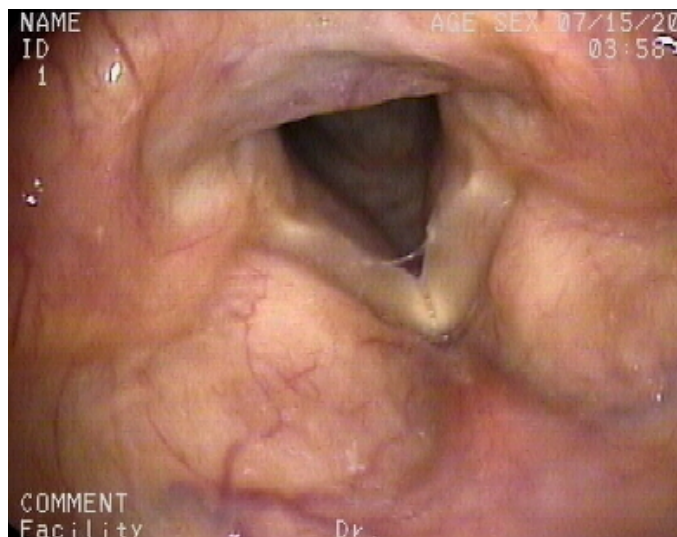
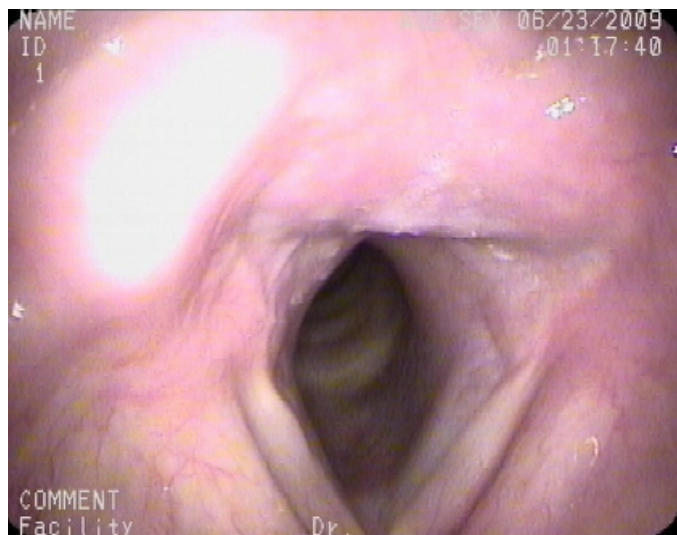
CLÍNICA

- Disfonía.
- Carraspeo.
- Sensación de cuerpo extraño.
- Globo faríngeo.
- Aumento de secreción nasal.
- Rinorrea postnasal.
- Tos crónica, disfagia, dolor cervical.
Laringospasmo, halitosis.

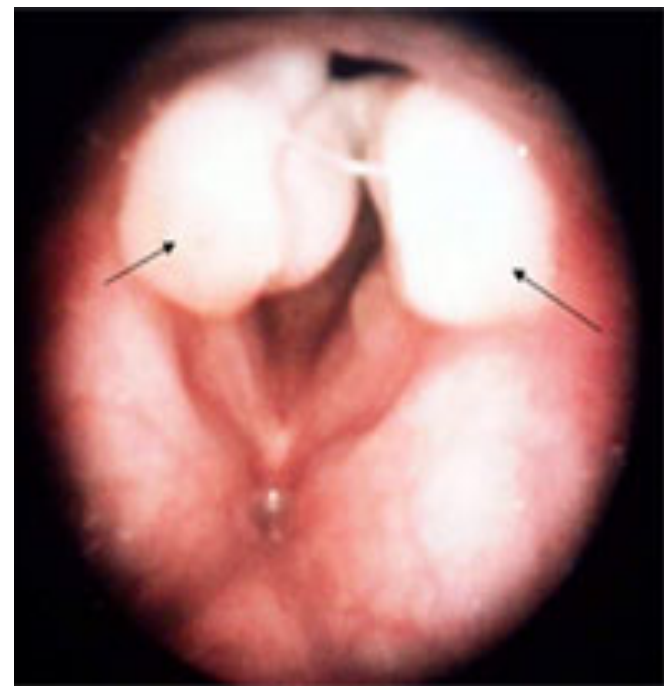
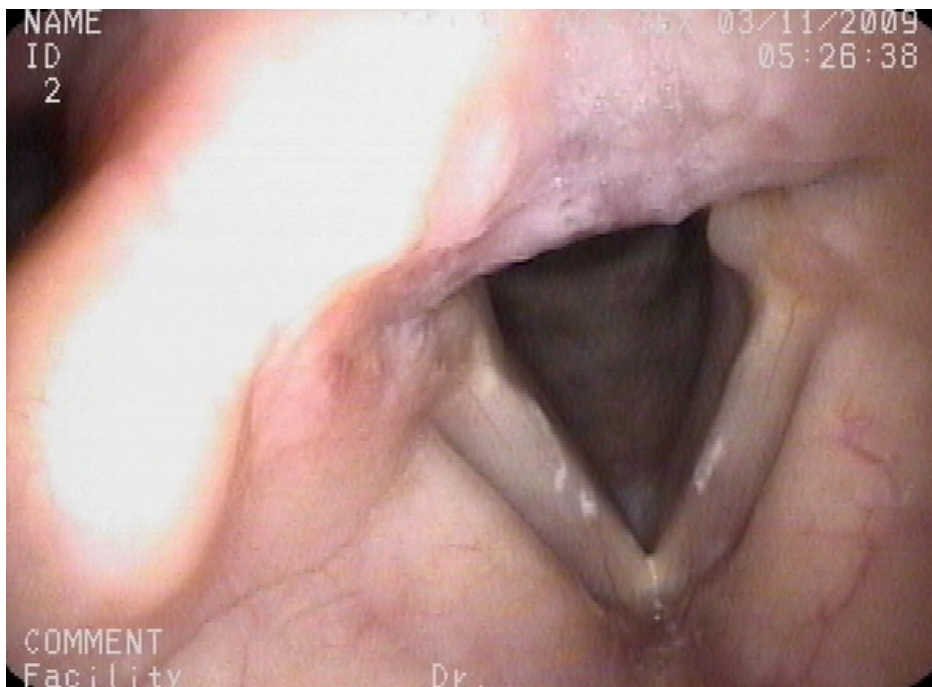
- **Síntomas propios del reflujo g-e:** pirosis, regurgitación, dolor torácico, síntomas respiratorios...
- **Niños:** tos crónica (51 %), congestión nasal (45%), vómito (39%), disfonía (34%)...

DIAGNÓSTICO

- No «gold standard».
- Fibroendoscopia.
- Endoscopia digestiva alta.
- Tránsito faringo-esofágico.
- Manometría esofágica, biopsia mucosa.
- Escalas RSI y RFS.



New York University Voice Center
<http://www.med.nyu.edu/voicecenter>



New York University Voice Center
<http://www.med.nyu.edu/voicecenter>

DIAGNÓSTICO

- **Confirmación del diagnóstico:**
 - Terapia empírica (IBP3 meses) ¿placebo?
 - Endoscopia digestiva.
 - pHmetría.
 - Impedanciometría luminal multicanal.

TRATAMIENTO

- Dieta y modificaciones de hábitos.
- **Fármacos:**
 - IBP (omeprazol...): 2 v/día, 3-4 meses.
 - AntiH₂.
 - Antiácidos.
 - Procinéticos.
- **Cirugía:** funduplicatura, técnicas endoscópicas.

HISTOPATOLOGÍA

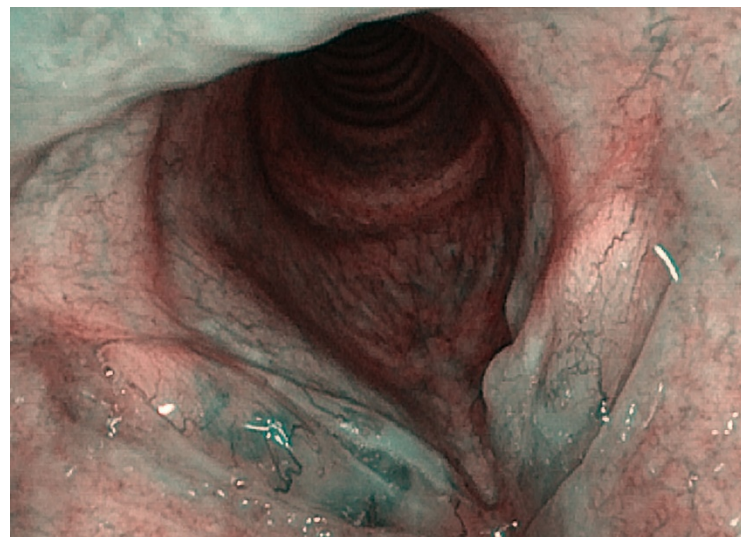
- **Estroma**: infiltrado inflamatorio crónico (linfoplasmocitos), edemas, hemorragias y tejido fibroso.
- **Epitelio**: queratosis (queratina superficial) e hiperplasia (> n° de células).
 - Atipia:
 - **Alteraciones en la proliferación**: nuclearidad, > tamaño, hipercromatismo, > n° mitosis
 - **Alteraciones en la maduración**: basalización nuclear, disqueratosis, papilomatosis.

NARROW BAND IMAGING (NBI)

- Visualización de la estructura microvascular intraepitelial mediante endoscopia con iluminación con filtros de banda estrecha (415nm) con sistema secuencial de iluminación rojo-verde-azul.
- Gomo K et al. «Endoscopic observation of tissue by narrow band illumination». Opt. Rev. 2003;10:211–215.
- Nasaki T et al. *Auris ansus Larynx* 2009;36:712.

DIAGNÓSTICO: BIOPSIA/EXTIRPACIÓN

- Cirugía endoscópica laríngea funcional (CELF).
- **Microcirugía laríngea (MCL):**
 - Sin endoscopia rígida.
 - Con endoscopia rígida:
 - Endoscopia de contacto.



ANATOMÍA PATOLÓGICA

- Edema submucoso con inflamación crónica e hiperplasia epitelial.



- **Tratamiento médico:**

1. No exposición a factores irritantes: no tabaco.
2. Mucolíticos. Corticoides.

- **Tratamiento quirúrgico:**

- Microcirugía endolaríngea diagnóstica:
 - Extirpar las lesiones sospechosas de malignidad para estudio A-P.



3. LARINGITIS CRÓNICAS INFECCIOSAS

- Son enfermedades crónicas de tipo granulomatoso con tendencia a la ulceración y a la necrosis.
- La más frecuente en la laringe es la **tuberculosis** (secundaria a la TBC pulmonar).
- **Diagnóstico: biopsia** mediante microcirugía laríngea diagnóstica. Descartar neoplasias malignas de laringe.



4. LARINGITIS CRÓNICAS POR ENFERMEDADES SISTÉMICAS

- **ARTRITIS REUMATOIDE:**
Afectación de la articulación cricoaritenoides.
- **AMILOIDOSIS:**
Depósitos amiloideos en subglotis y c.v.
- **GRANULOMATOSIS DE WEGENER:**
Granulomas necrosantes en la subglotis.
- **SARCOIDOSIS:**
Granulomas en epiglotis y bandas ventriculares.