



PATOLOGIA DE LARINGE

IMPORTANTE

El tema estrella es el cáncer de laringe, sobre todo en cuanto a las características clínicas en cada una de las localizaciones de la laringe, con su tratamiento y pronóstico. Se distinguen la etiología y la posición de las cuerdas vocales, según los tipos de parálisis laríngeas. Por último hay que saber las características típicas de la patología benigna de las cuerdas vocales.

LARINGE. ESQUELETO CARTILAGINOSO

El esqueleto de la laringe lo constituyen los cartílagos tiroides, cricoides y epiglótico y los dos cartílagos aritenoides. Además, la laringe está unida al hueso hioides por la membrana tirohioidea (se encuentra atravesada por el pedículo laríngeo superior, con arteria, vena y rama interna del nervio laríngeo superior) y la traquea por la membrana cricotraqueal.

LARINGE. ESQUELETO CARTILAGINOSO

Entre el ligamento vocal y el pericondrio interno del cricoides existe una membrana elástica debajo de la mucosa glotosubglótica que recibe el nombre de cono elástico. Además, entre el cricoides y tiroides esta la membrana cricotiroidea (donde se realiza la cricotomía)

LARINGE. ESQUELETO CARTILAGINOSO

En la laringe se distinguen 3 regiones:

Supraglotis o vestíbulo laríngeo: esta formado por epiglotis, repliegues aritenoepigloticos, bandas ventriculares o cuerdas vocales falsas y los ventrículos de morgani (separan la supraglotis de la glotis entre las bandas y las cuerdas vocales verdaderas). El vestíbulo laríngeo que se abre a la faringe esta delimitado por: borde libre de epiglotis por delante, repliegues aritenoepigloticos lateralmente y escotadura interaritenoidea por detrás.

LARINGE. ESQUELETO CARTILAGINOSO

Glottis: espacio libre entre las cuerdas vocales verdaderas, que esta formado por estas y los aritenoides. La comisura anterior posteríos, esta constituida por el ligamento interaritenoideo y la cara medial de las aritenoides. Las cuerdas vocales tiene unos dos tercios anteriores fibrosos con el ligamento vocal o tiroaritenoideo inferior y un tercio posterior cartilaginoso, formado por la apófisis vocal de las aritenoides. La mucosa de la cuerda vocal no esta adherida en ningún punto al ligamento vocal, quedando entre ambos un espacio virtual llamado espacio de reinke, de manera que, de lateral a medial, puede verse: musculo vocal o toriaritenoideo interno o medial, ligamento vocal, espacio de reinke y mucosa.

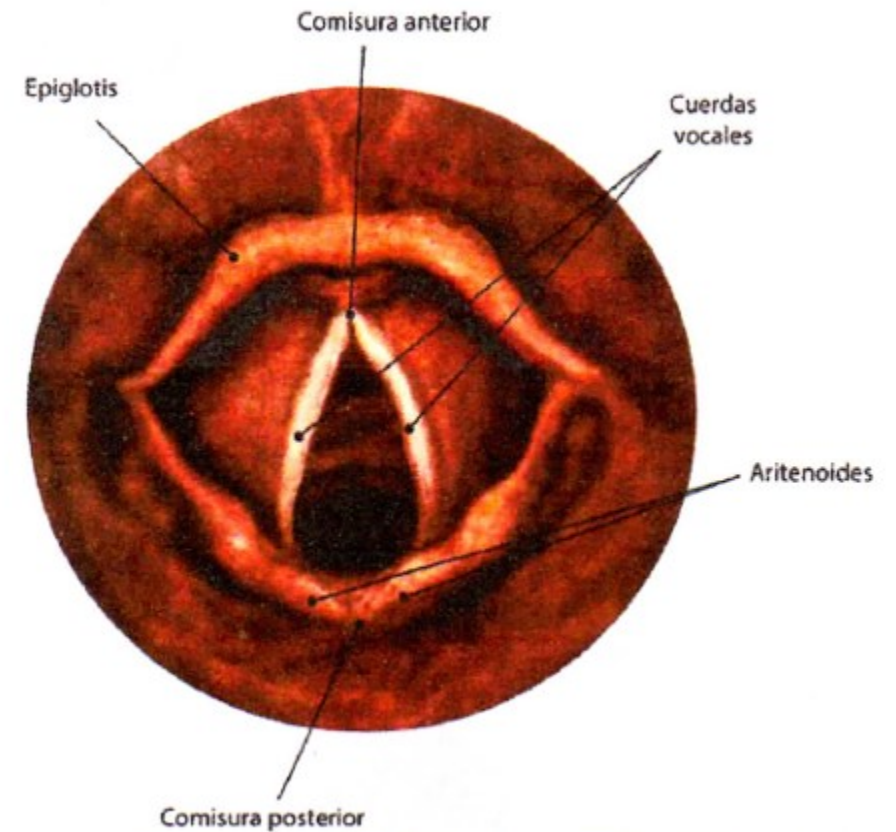
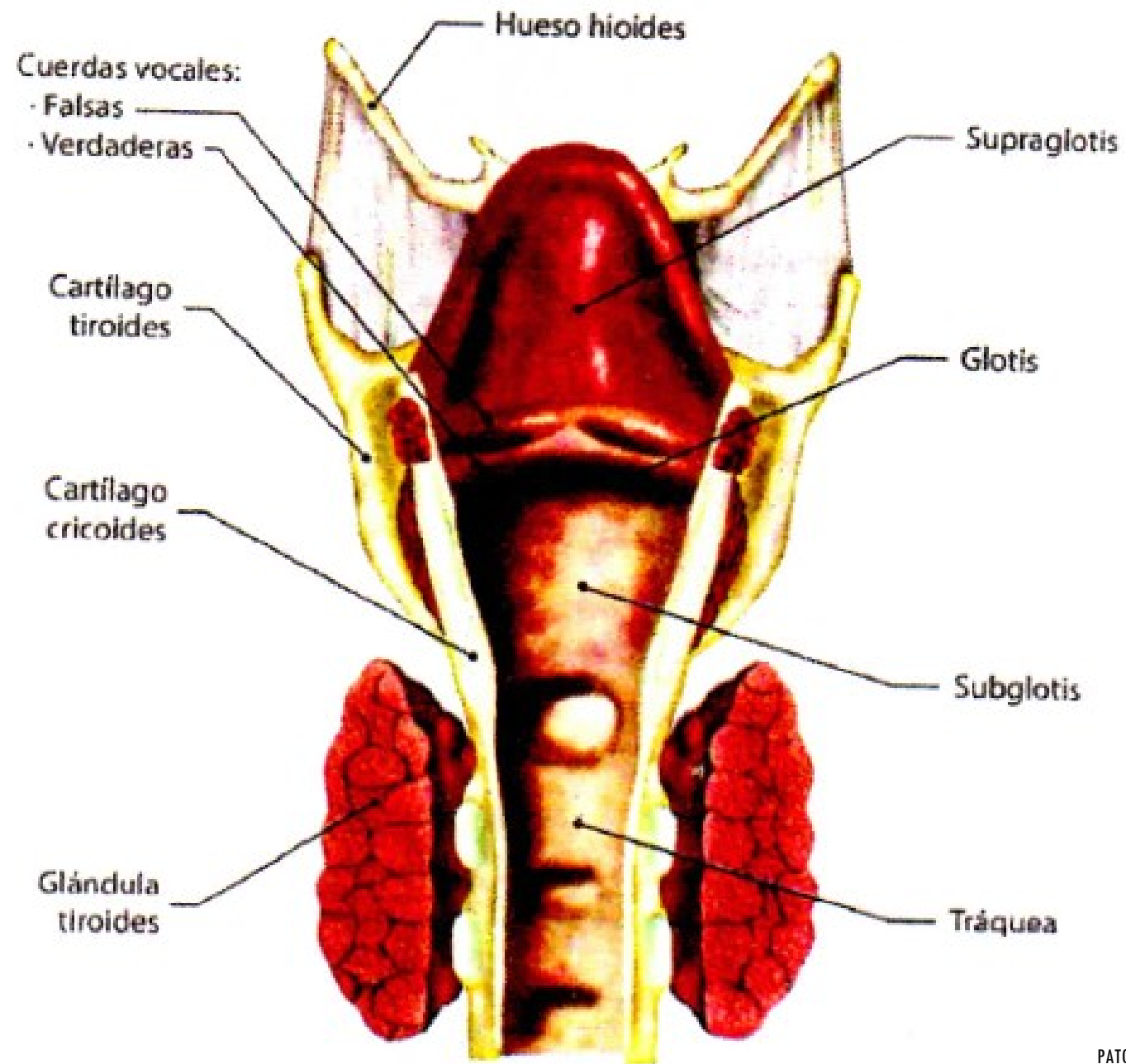


Figura 6.2. Nasofibrolaringoscopia de la laringe

LARINGE. ESQUELETO CARTILAGINOSO

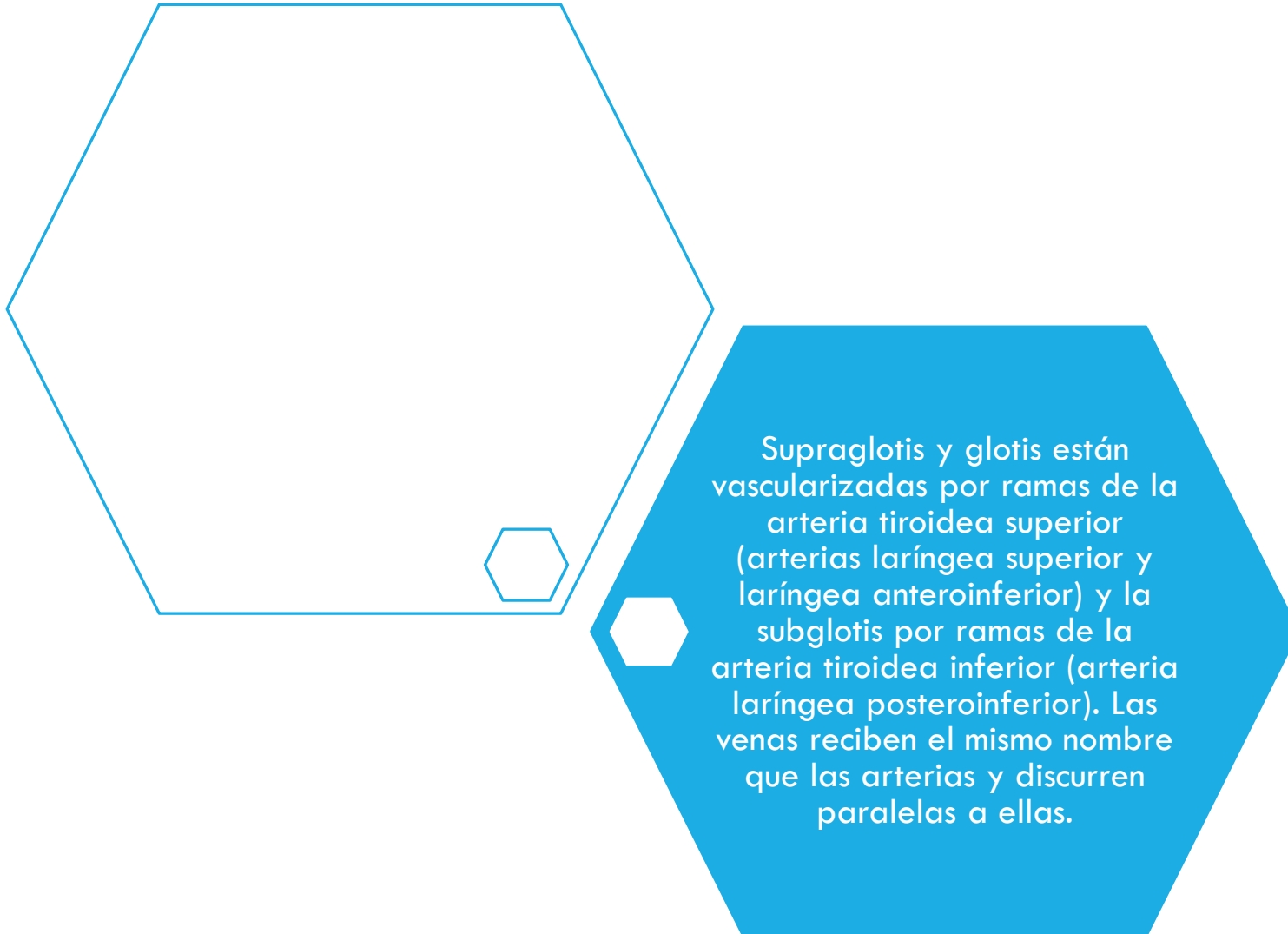
Subglotis: desde la cara inferior de la cuerda vocal al borde inferior del cricoides, llegando a la tráquea.



LARINGE. ESQUELETO CARTILAGINOSO

La mucosa que tapiza la laringe esta formada por un epitelio tipo respiratorio, clínico ciliado, excepto en las cuerdas vocales, donde es plano poliestratificado no queratinizante.

VASCULARIZACIÓN



INERVACIÓN

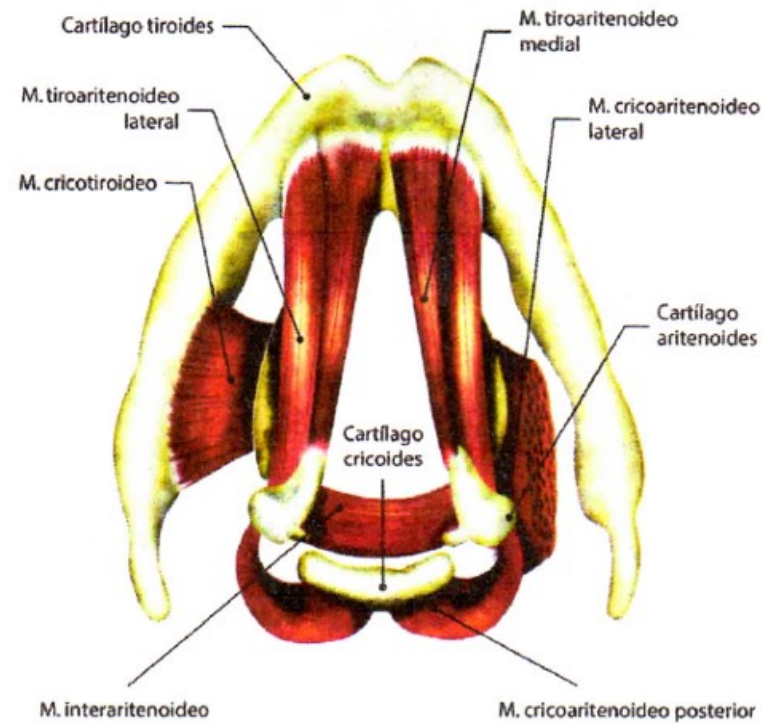


Figura 6.4. Músculos de la laringe

La laringe esta inervada por el X nervio craneal:

Motora: todos los músculos intrínsecos laríngeos están inervados por el nervio laríngeo inferior o recurrente (recurre en la arteria subclavia, en el lado derecho, y en el cayado aórtico en el lado izquierdo). Menos el cricotiroideo o anticus, que lo esta por la rama externa del nervio laríngeo superior.

Sensitiva: la rama interna del nervio laríngeo superior recoge la sensibilidad de supraglotis y glotis, y el inferior de la subglotis.

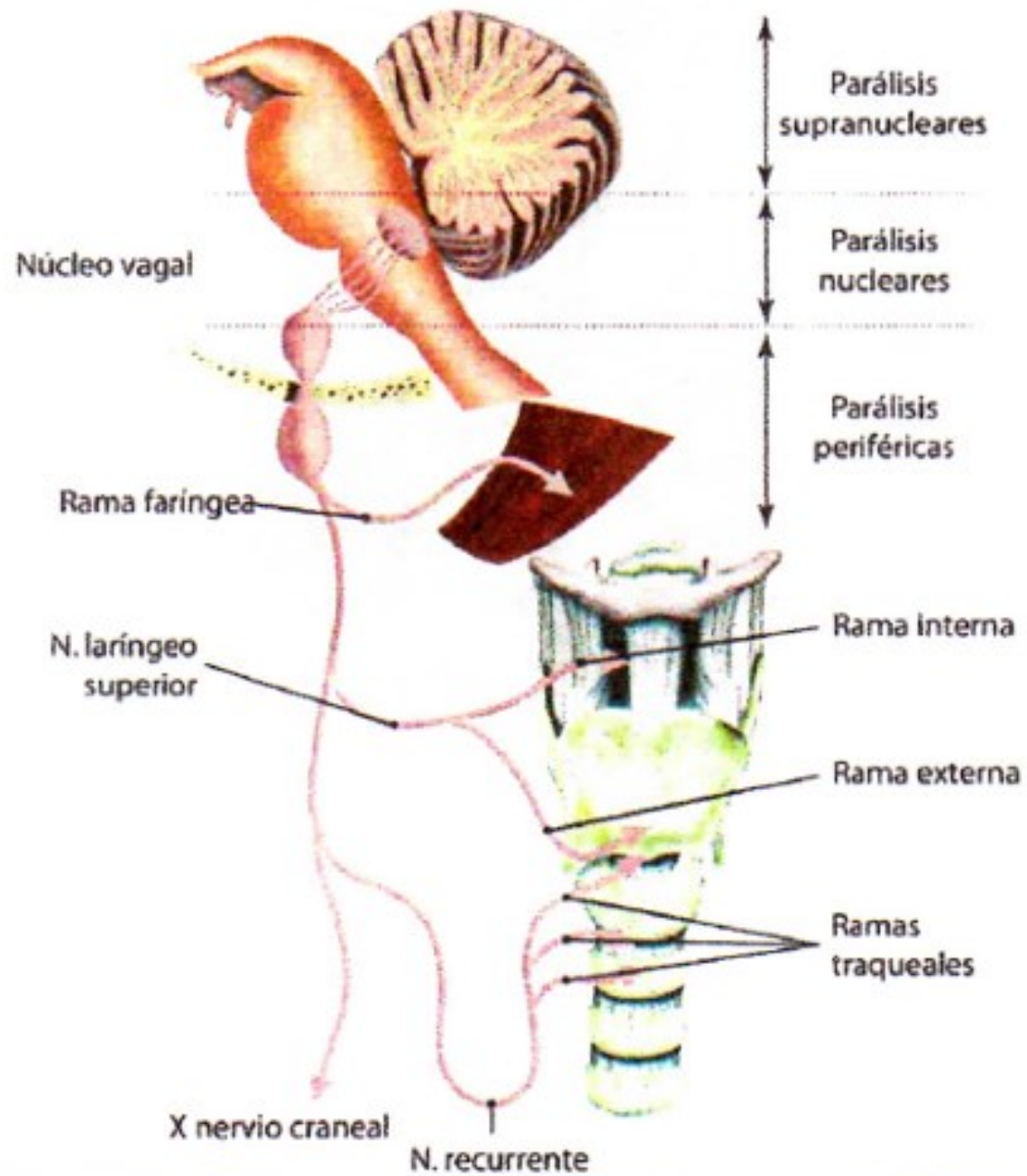


Figura 6.3. Recorrido del nervio vago y sus ramas

TABLA DE LAS FUNCIONES DE LOS MÚSCULOS LARÍNGEOS

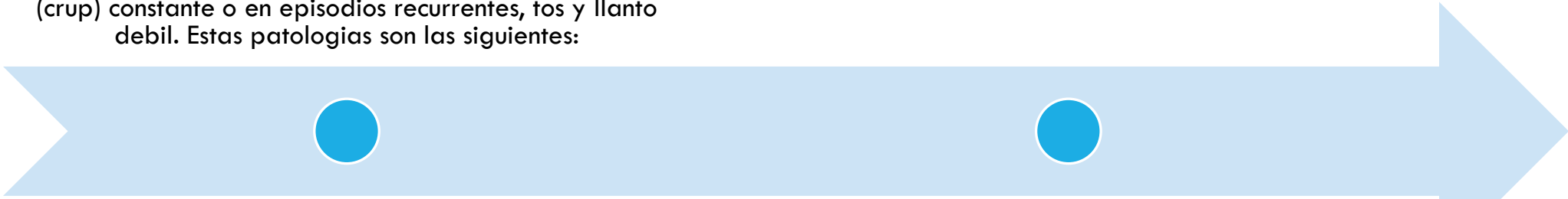
DILATAN LA GLOTIS	• CRICOARITENOIDEO POSTERIOR O POSTICUS
CIERRAN LA GLOTIS	<ul style="list-style-type: none">• CRICOARITENOIDEO LATERAL• INTERARITENOIDEO• TIROARITENOIDEO LATERAL
TENSAN LA GLOTIS	<ul style="list-style-type: none">• TIROARITENOIDEO MEDIAL (MUSCULO VOCAL)• CRICOTIROIDEO O ANTICUS

DRENAJE LINFATICO

Las cuerdas vocales (glotis) presenta un drenaje linfatico escaso. La supraglotis drena en la cadena yugular profunda superior y media, y la supragotis en las cadenas paratranqueales, mediastinicas y yugular profunda inferior.

PATOLOGIA CONGENITA

Debe sospecharse en niños menores de seis meses con estridor bifasico, de predominio inspiratorio, y disnea (crup) constante o en episodios recurrentes, tos y llanto debil. Estas patologias son las siguientes:



Laringomalacia: es la mas frecuente (75%) . Se produce por una flacidez o hiperlaxitud del esqueleto cartilainoso de la laringe en la supraglotis, fundamentalmente de la epiglottis. Se manifiesta por un estridor inspiratorio agudo que aumenta con el llanto y en decubito supino, que v disminuyendoprogresivamente, desaparecido antes del año de vida. El diagnostico se realiza por fibroscopia flexible. No precisa tratamiento.

PARALISIS DE CUERDA VOCAL

Es la segunda frecuencia (10%). Puede ser unilateral, por problemas cardiacos (cardiopatias congenitas) o mediastinicos, y traumatismos durante el parto, produciendo disfonia. Mas raras son las bilateralidades por problemas neurologicos cerebrales y provocan ademas disnea con estridor, que requiere realizar traqueotomia.

ESTENOSIS SUBGLOTICA CONGENITA.

Se produce por una disminucion de la luz a nivel del cricoides. Es a patologia congenita mas habitual que precisa traqueotomia en niños menores de un año.



MEMBRANAS Y ATRESIAS LARINGEAS

Hemangiomas subglóticos, quistes y laringoceles congénitos (raros, son más frecuentes los adquiridos)

PATOLOGIA INFLAMATORIA E INFECCIOSA AGUDA: LARINGITIS AGUDAS

La etiología suele ser infecciosa. En los adultos, suelen producir más disfonía, y en niños, más disnea con estridor. Esta diferencia viene condicionada por las peculiaridades anatómicas de la laringe infantil (colapsabilidad, epiglotis en forma de omega, cuerdas vocales más cortas, menor diámetro y mayor reactividad de la subglotis).

LARINGITIS AGUDA

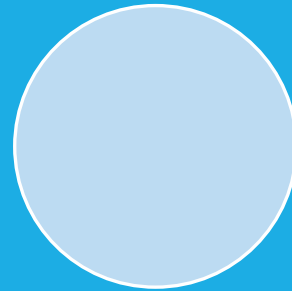
Suele estar asociada a una infección viral de las vías respiratorias superiores (rinovirus, parainfluenza e influenza, adenovirus) o a infecciones bacterianas (moraxella catarrhalis, bordetella pertusis, B. Parapertusis, H. influenzae, M. Tuberculosis, C. Diphtheria, Mycoplasma pneumoniae, S. Aureus, S. Pneumoniae, S. Pyogenes).

Cursa con rinorrea, disfonía y tos seca irritativa y, en ocasiones, con dolor.

En la exploración se ve la laringe con las cuerdas vocales y las bandas ventriculares hiperémicas y eritematosas debido al edema y la ingurgitación vascular de las mucosas.

El tratamiento se debe dirigir a la causa infecciosa subyacente de la disfonía, pero en general es sintomático con reposo de la voz, analgésicos, antiinflamatorios, humidificación, expectorantes y evitar irritantes (tabaco y alcohol).

EPIGLOTITIS DE ADULTO



La epiglotitis del adulto, se diferencia de la infantil, porque afecta a menudo a otras estructuras supraglóticas (pliegues arriepiglóticos, vallecula, base de lengua) y no se asocia a bacteriemia (<15%), además porque los gérmenes son distintos y H. Influenzae tipo B es menos frecuente, si se identifica una bacteria patógena, suele ser Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes o Neisseria meningitidis, y porque se puede explorar la laringe para confirmar el diagnóstico y para descartar que sea consecuencia de tumores, cuerpo extraño y laringoedemas.



EIGLOTITIS DE ADULTO

La incidencia aproximada reportada de epiglotitis del adulto es de 2 casos por cada 100.000 habitantes. Clínicamente el 80%-90% de los pacientes tienen odinofagia y dolor de garganta; solo el 20%-40% tiene fiebre, babeo o estridor.

La antibioticoterapia empírica comprende cefotaxima, ceftriaxona o ampicilina-sulbactam por vía intravenosa para cubrir estreptococos, neumococos, H. Influenzae y meningococos.

Habitualmente se requiere menos intubación en el adulto.

¡IMPORTANTE RECORDAR!





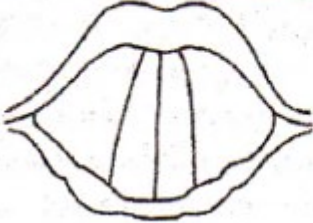

Sempre hay
que mantener
la via aerea
permeable en
una epiglotitis.

PARALISIS FARINGOLARINGEAS

La inervación de la laringe depende del X nervio craneal, con el nervio laríngeo superior (cuya lesión apenas influye en la posición de las cuerdas vocales, y, sin embargo, produce alteraciones sensitivas) y el nervio laríngeo inferior o recurrente (cuyo traumatismo produce grave alteración en la movilidad de las cuerdas vocales y pocas alteraciones en la sensibilidad laríngea).



Las lesiones son las siguientes.

	Unilateral	Bilateral
Laringeo superior	<ul style="list-style-type: none"> Aspiraciones, voz débil Posición normal con acortamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Aspiraciones, epiglottis fija Posición normal con acortamiento
Laringeo recurrente	<p>Disfonía, voz bitonal</p> 	<p>Disnea, estridor, voz susurrada</p> 
	Posición paramediana	Posición paramediana
Ambos	<p>Aspiraciones y disfonía (voz aérea)</p> 	<p>Gran riesgo de aspiraciones y disfonía (voz aérea)</p> 
	Posición intermedia	Posición intermedia
	Posición normal fonatoria	Posición normal respiratoria
		

PARALISIS CENTRALES.

Suelen ser parálisis supra o pseudobulbares (ACVA, parálisis cerebrales), se produce espasticidad y enlentecimiento en los movimientos de la laringe. También pueden provocar alteraciones en la movilidad laríngea, lesiones extrapiramidales (Parkinson, Shy-Drager, Corea de Huntington) y cerebelosas (disartria atáxica, Arnold-Chiari).

PARALISIS PERIFERICAS:

Son las mas frecuentes
(90%).

Se producen por lesiones en
el tronco del X nervio craneal
o de su ramas laringeas. De
la periferia hacia el cenro,
los diferentes puntos de
lesion son:

LESION DEL NERVIO LARINGEO INFERIOR O RECURRENTE.

Dentro de las causas torácicas (que lesionan con mayor frecuencia el nervio recurrente izquierdo debido a su recorrido) están sobre todo los tumores malignos de pulmón y de mediastino, las cirugías endotorácicas y las enfermedades cardíacas (estenosis mitral, aneurisma aórticos).

La cuerda paralizada se queda en posición paramediana (aducción) y aparece una disfonía con diplofonía (voz bitonal), que puede llegar a compensarse al cursar sin atrofia muscular con una oclusión glótica completa.

Es la más frecuente las causas más habituales son la cirugía sobre las glándulas tiroideas y paratiroideas, los tumores malignos cervicales, fundamentalmente de tiroideas, la intubación orotraqueal brusca, los traumatismos laringeos.

LESION DEL NERVIIO LARINGEO INFERIOR O RECURRENTE

Si la parálisis es bilateral (fundamentalmente por la cirugía de la glándula tiroides o por traumatismos laringeos), al quedarse las dos cuerdas vocales en posición paramediana, además de disfonía, aparecerá disnea, es necesaria la realización de una traqueotomía hay que diferenciarla del síndrome de Gerhardt, donde hay una parálisis en posición paramediana de ambas cuerdas, pero con fonación conservada.

LESION DEL NERVIIO LARINGEO SUPERIOR

Difícil de diagnosticar, debido a la escasa sintomatología que genera.
Suele ser secundaria a cirugías cervicales, sobre todo de la glándula tiroides.

Produce riesgos de aspiraciones, especialmente si es bilateral, por anestesia del vestíbulo laríngeo y si las cuerdas están en posición normal, pero con un cierto acortamiento que genera una voz con poca fuerza y con pérdida de frecuencias agudas y fatiga vocal.

No suelen precisar tratamiento.

LESION DEL TRONCO DEL VAGO

(Combinada de ambos nervios laringeos): suelen producirse por tumores de la base del craneo (cancer de cavum, parangangliomas, metastasis cervicales).

La cuerda vocal paralizada se situa en posicion intermedia o lateral (abduccion).

Se produciran aspiraciones durante la deglucion, con crisis de tos e infecciones traqueobronquiales (neunias espirativas), y unadifonia por deficit de cierre.

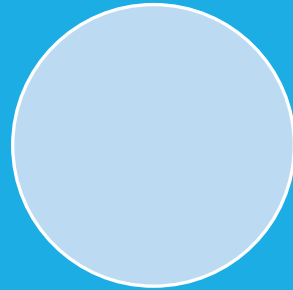
Cuando se produce por lesiones altas del vago por encima del ganglio nodoso o en el agujero yugular, se asociara disfagia y paralisis asociada de otros nervios craneales (síndromes de Vernet (IX, X, XI, XII), Villaret (IX, X, XI y simpatico cervical), Tapia (X, XII).

Cuando se produce por lesiones del vago inferiores a las ramas faringeas, no habra disfagia ni tampoco paralisis asociada de otros nervios craneales.

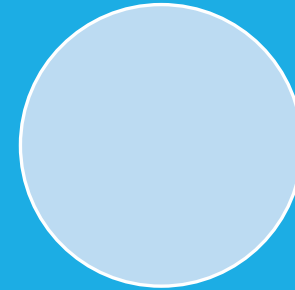
LESIONES EN EL BULBO



(Nucleo ambiguo) > iguales a las parálisis del vago altas (síndrome de avellis, jackson, schmidt, wallenberg, babinski/nageotte).



El diagnóstico se basa en la fibro o en la telarinoscopia con estroboscopia y pruebas de imagen, en el caso de las parálisis recurrentes, donde se solicita TC craneal, cervical y torácica.



El tratamiento de la disfonía generada en estas parálisis suele ser rehabilitador, encaminado a compensar el déficit de la cuerda paralizada, siendo raro precisar tratamiento quirúrgico sobre la cuerda paralizada, (inyecciones intracordales de grasa, teflón o hidroxiapatita y técnicas de medialización de la cuerda vocal mediante tiroplastias tipo 1).



DISFONIA ESPASMÓDICA

Consiste en un aumento de tensión de todo el sistema de fonación, sobre todo en la cuerda vocal, que genera una disfonía con múltiples tonos y tartamudeo glótico, manifestados en el discurso mediante ENGANCHES.

Su causa es desconocida.

En la exploración laríngea, se observa una hiperadducción de las cuerdas vocales en fonación.

El tratamiento más utilizado y eficaz es la infiltración en ambas cuerdas vocales de toxina botulínica, bajo anestesia local de forma ambulatoria, que mantiene un efecto beneficioso de tres a nueve meses.

LESIONES BENIGNAS

La etiología se basa fundamentalmente en el abuso vocal y o en la utilización de irritantes (el tabaco, el alcohol y el reflujo gastroesofágico), pero el resultado será el mismo. La alteración mantenida de la mucosa vocal.

La clínica se puede deducir de la localización de estas lesiones (borde libre de la cuerda vocal) disfonía con voz de tono grave con fallos vocales y diplofonía (sobre todo si están localizados entre el tercio anterior y en los tercios posteriores, que es la zona de máxima vibración) al alterar la capacidad vibratoria de las cuerdas y producir un cierre incompleto de las mismas en fonación, disnea, si son de gran tamaño y obstruyen la luz glótica, tos irritativa y carraspeo.

LAS CARACTERISTICAS DE CADA UNA DE ELLAS

Nodulos vocales.

```
graph TD; A[Nodulos vocales.] --- B[Afectan mas a mujeres (de hecho, son la neoforacion benigna mas frecuente en el sexo femenino) y a ninos, donde son la causa mas habitual de disfonia.]; A --- C[Aparecen por un mal uso y un abuso vocal prolongado, principalmente en profesionales de la voz (cantantes, profesores, etc.) al igual que los polipos, su localizacion es anterior, pero a diferencia de ellos, los nodulos vocales son bilaterales (kissing nodes).]; A --- D[El tratamiento inicial sera con foniatria y, si fracasa, con microcirugia endolaringea.];
```

Afectan mas a mujeres (de hecho, son la neoforacion benigna mas frecuente en el sexo femenino) y a ninos, donde son la causa mas habitual de disfonia.

Aparecen por un mal uso y un abuso vocal prolongado, principalmente en profesionales de la voz (cantantes, profesores, etc.) al igual que los polipos, su localizacion es anterior, pero a diferencia de ellos, los nodulos vocales son bilaterales (kissing nodes).

El tratamiento inicial sera con foniatria y, si fracasa, con microcirugia endolaringea.

POLIPO VOCAL

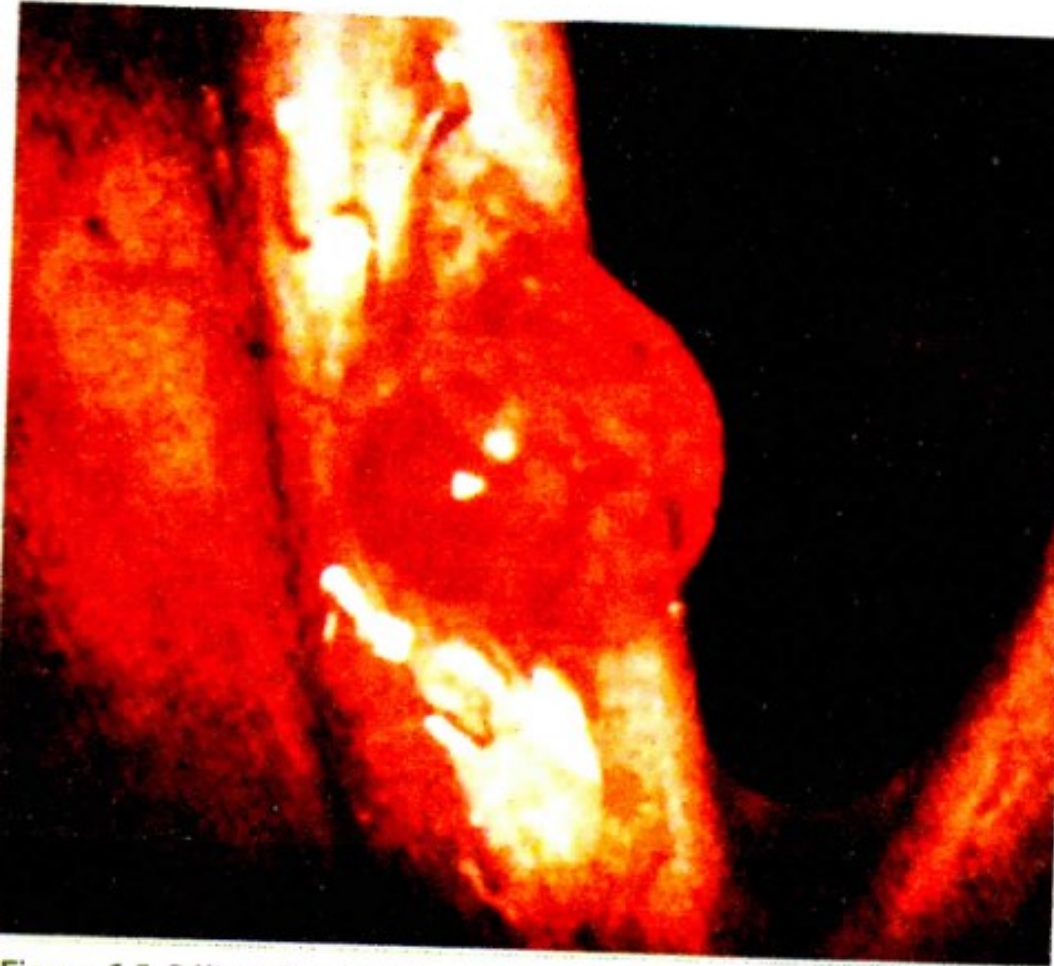


Figura 6.5. Pólipo de cuerda vocal derecha





Es la tumoración benigna de la cuerda vocal más frecuente en la población general, principalmente en varones.

Aparecen tras esfuerzos vocales puntuales, sobre todo si se preceden de catarros y fuman. Pueden ser sesiles o pediculados, suelen localizarse en la zona anterior de la glotis y ser unilaterales. Pueden producir lesiones por contacto en la otra cuerda.

El tratamiento de elección es microcirugía laringea, aunque se suele acompañar de foniatría.

EDEMA DE REINKE



	Nodulos de los cantantes	Polipo	Edema de reinke	Laringitis ERGE
				
Características	<ul style="list-style-type: none"> ■ Neoformacion benigna de cuerda mas frecuente en mujeres. ■ Bilaterales y anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Neoformacion benigna de cuerda mas frecuente en hombres. ■ Unilateral y anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bilaterales y posteriores. ■ Dolorosas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Edema e hiperemia interaritennoidea retrocricoidea. ■ Paquidermia posterior. ■ Dolorosa.
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> ■ Foniatria. ■ Cirugia, casi no responde 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cirugia. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cirugia (decorticacion en dos tiempos, si es bilateral) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Foniatria . ■ Cirugia, si no responde.

PAQUIDERMIA Y ULCERA DE CONTACTO





Aparece por una sobrecarga fonatoria, en tosedores compulsivos y asociado al reflujo gastroesofagico.



Produce disfonia dolorosa.



La localizacion es en la mucosa laringea que recubre la apofisis vocal de las aritenoides y suele ser bilateral.



El tratamiento se basa inicialmente en una rehabilitacion foniatrica, y si no cede en microcirugia. Deben anadirse siempre inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, lansoprazol, rabeprazol, etc.)

QUISTES INTRACORDALES

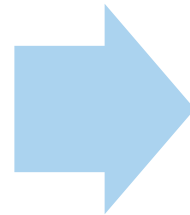
Lesiones de aspecto redondeado, cubiertas por mucosa en la cuerda vocal.

Pueden ser de origen congénito (epidérmicos o adquirido (mucosos).

El tratamiento es microcirugía laríngea.

LARINGOCELE

El laringocele es una dilatación del saculo o del apéndice del ventrículo laríngeo de Morgagni, que suele ser adquirido por aumentos de presión intralaringea (tosidores crónicos, sopladores de vidrio, trompetistas), o por obstrucciones del orificio sacular (carcinomas de ventrículo en el 2-10% de los casos), y más raros congénitos en niños.



Puede rellenarse de moco (laringomucocele) o pus (laringopioceles). La mayoría son asintomáticos, los más frecuentes son los unilaterales y en varones. Pueden ser...

LARINGOCELE

Internos. (35% de los casos) confinados al interior de la laringe, abombando la banda ventricular, produciendo disfonía, sensación de cuerpo extraño con tos y, si son muy grandes, pueden llegar a producir disnea.

mixtos. (los más frecuentes, 50%) con los dos componentes anteriores combinados.

externos (15%) se extienden superiormente atravesando la membrana tirohioidea, y produce una tumoración cervical lateral que aumenta con la maniobra de Valsalva, y disminuye al vaciarlo por compresión.



Figura 6.6. Laringocele interno

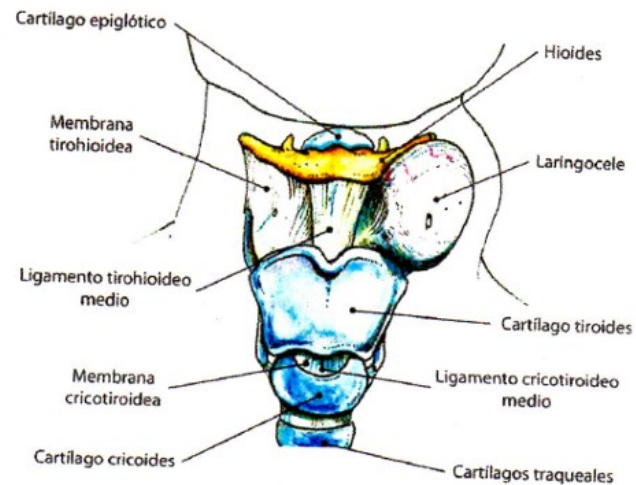
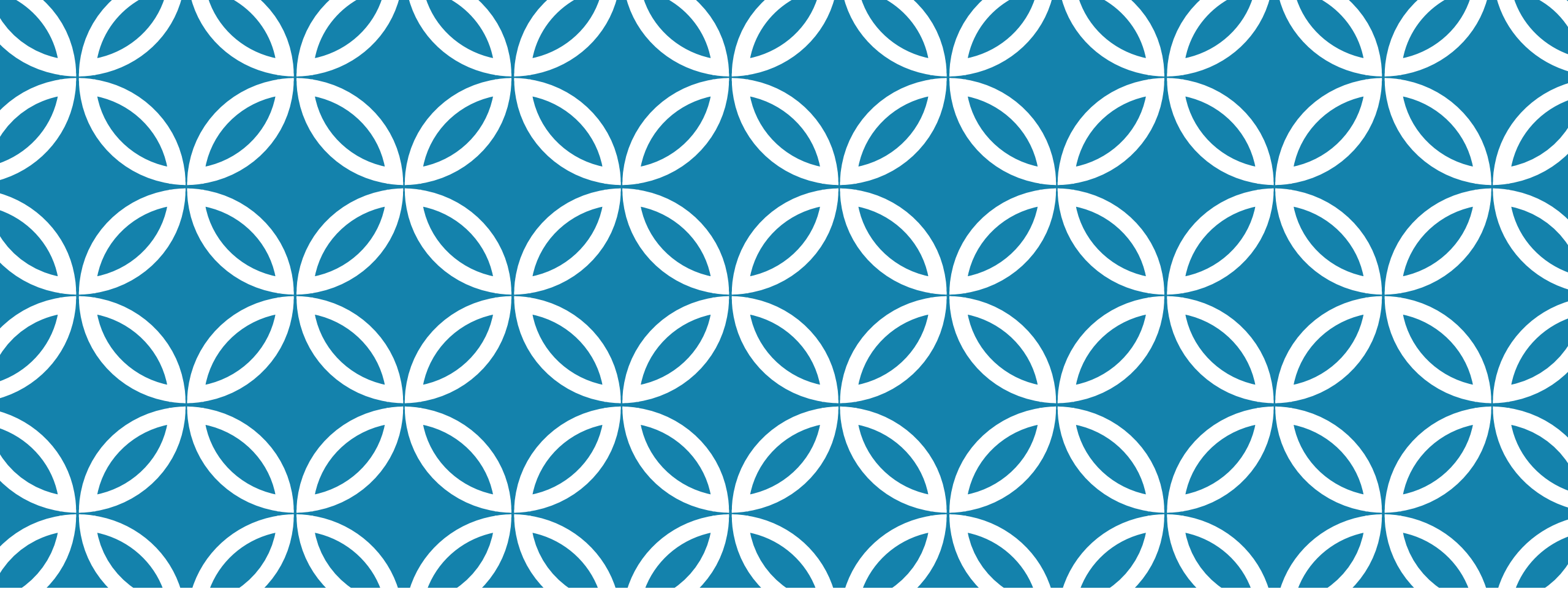


Figura 6.7. Laringocele externo o mixto, emergiendo por la membrana tirohioidea



Figura 6.8. Laringocele externo o mixto. Maniobra de Valsalva



LESIONES CRONICAS Y PREMALIGNAS.

LARINGITIS CRONICAS ESPECIFICAS

Las lesiones cronicas y premalignas se describen a continuacion.

Tuberculosis. Se produce de una manera secundaria a tuberculosis pulmonares muy baciliferas. Su aspecto puede simular un cancer y la clinica suele ser tambien parecida. Disfonia persistente (en general, dolorosas). Sin embargo, a diferencia del cancer no produce fijacion de la cuerda. La localizacion es fundamentalmente en la aritenoides, aunque aveces se manifiesta como una monocorditis. Su tratamiento el de la tberculosis, dado que se trata casi siempre a un afectacion secundaria a una tuberculosis pulmonar.

Papilomatosis laringe. Aunque es una enfermedad propia de ninos (la edad de inicio suele ser a los 3 anos) donde son multiples y recidivantes, puede presentarse a cualquier edad, tambien en adultos, donde casi siempre son unicos y tienen mas riesgo de transformacion maligna. Mas frecuentes en varones.

LARINGITIS CRONICAS ESPECIFICAS

El virus del papiloma humano (VPH) tipo 6 y 11 son los principales agentes etiologicos.

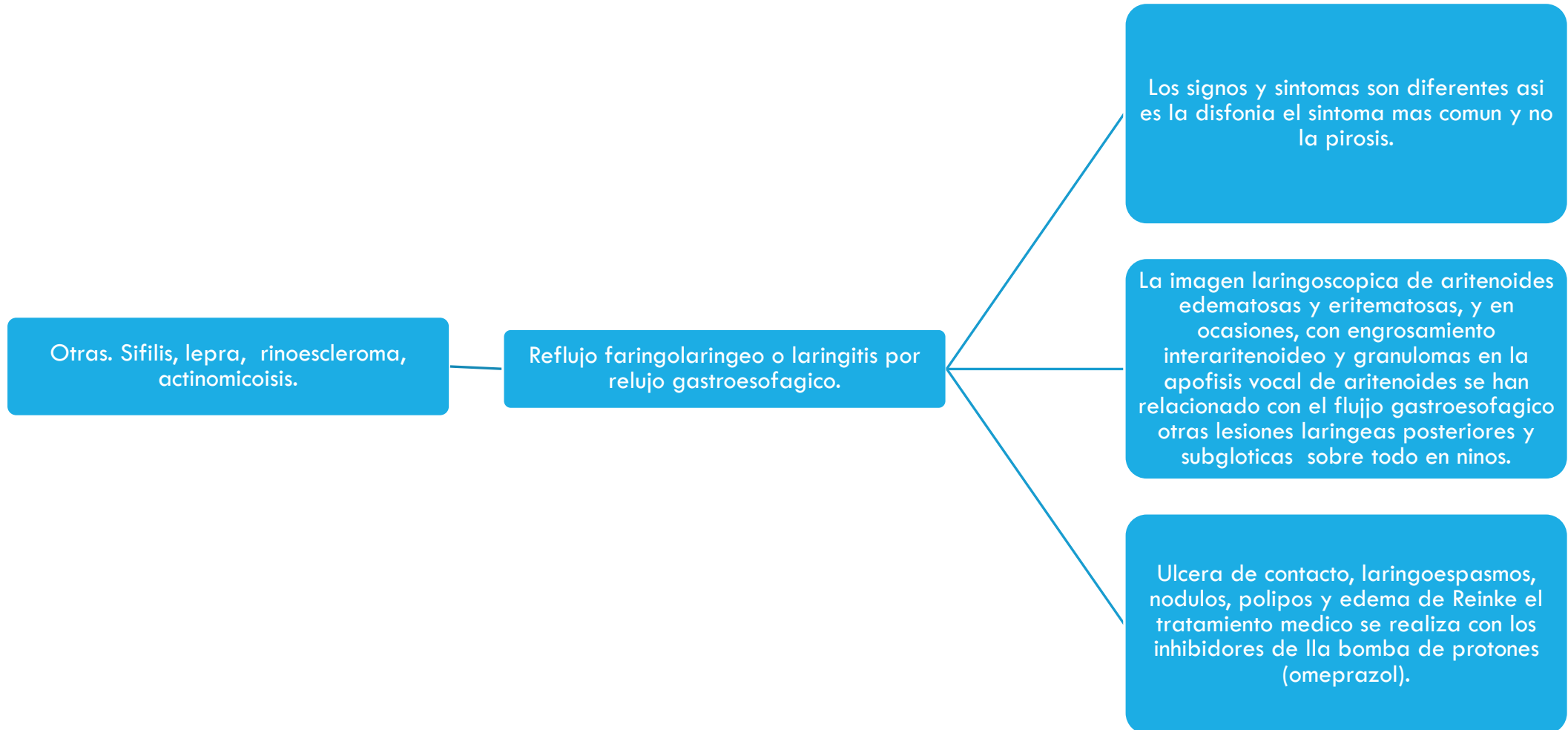
La evolucion es imprevisible, aunque la recidiv suele ser la norma es posible que afecte a cualquier zona de la laringe, pero sobre todo a la glotis, y que ocasione disfonia y o disnea,.

Pueden extenderse a la traquea (20% de los casos) y el arbol bronquial (5%).

En cuanto al tratamiento se a aprobado con numerosas medidas terapeutas.

Estenoides, retinoides (acido cisretinoico), a-interferon, cidofovir, aciclovir, etc.

LARINGITIS CRONICAS ESPECIFICAS



LARINGITIS CRONICAS PRECANCEROSAS



LARINGITIS CRONICAS PRECANCEROSAS

El único síntoma que generan es la disfonía.

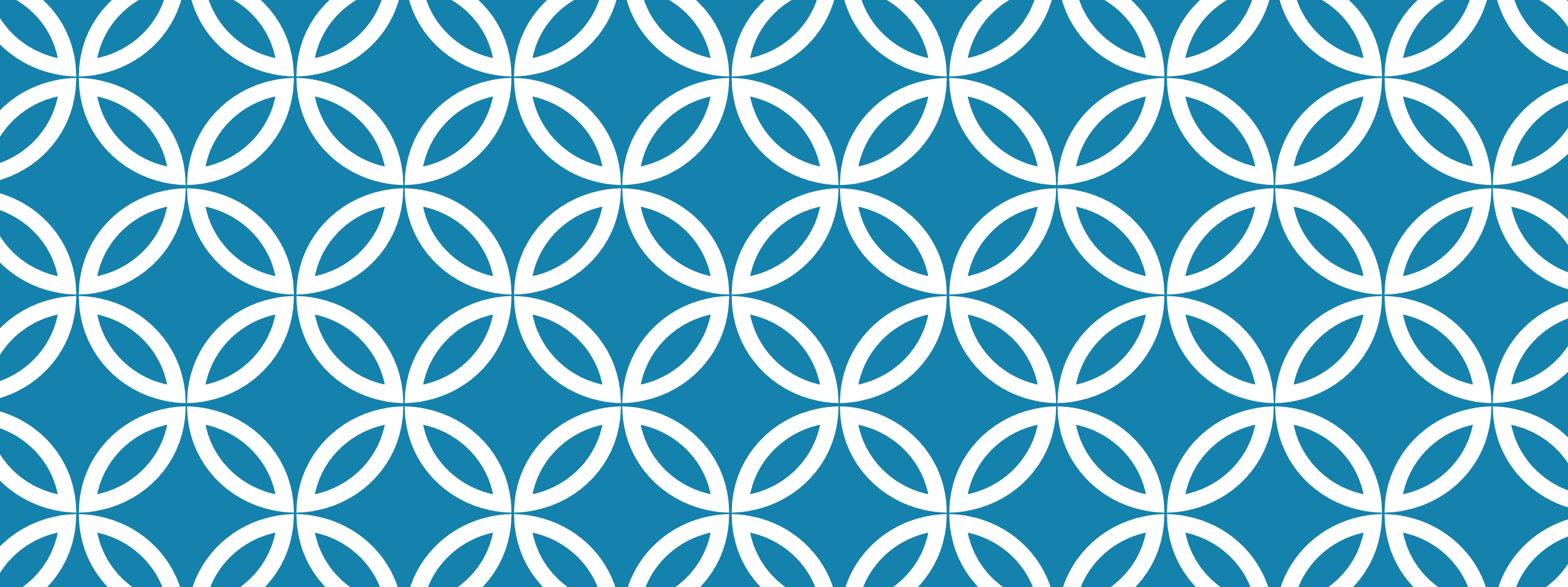
El diagnóstico se realiza mediante fibro y telaringoscopia, con estroboscopia (luz discontinua que permite ver la onda mucosa, indicativa de buena vibración de la cuerda vocal, presente en lesiones premalignas y ausente en las malignas, desde el carcinoma in situ al carcinoma infiltrante).

TRATAMIENTO

Además de la supresión,
del tabaco y del alcohol,
incluye una decorticación-
biopsia por microcirugía

RECUERDA!

Lesiones laríngeas sospechosas (biopsia siempre): leucoplasias, eritroplasias, pólipos, papilomas en adultos, ulceraciones y lesiones excrecentes.



PATOLOGIA TUMORAL

ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA

La localización más frecuente del cáncer de laringe en México es la glotis (59% de los casos) seguida por la supraglotis (40%) y la subglotis (1%).

Su frecuencia de aparición está relacionada directamente con el consumo de tabaco y afecta más a varones, de edades avanzadas (pico de frecuencia en la sexta década de la vida); muchas veces se asocia a hábito enólico (más en el caso de los supraglóticos), lo que multiplica el riesgo de padecer cáncer.

Todos los tumores de cabeza y de cuello, con la excepción de los nasosinuales y de cavum, parecen estar etiológicamente asociados con el consumo de tabaco y, en menor medida, con el de alcohol en cantidades importantes (más de 60 g/día).

La presencia de tabaquismo y alcoholismo en un mismo paciente es sinérgica en la génesis del carcinoma epidermoide de vías aéreas digestivas superiores (aumenta un 50% el riesgo).

FACTORES DE RIESGO

Otros factores de riesgo implicados son la exposición a los productos químicos derivados de la exposición ocupacional de trabajadores de la industria química (pinturas, barnices, ácido sulfúrico y clorhídrico, químicos para la elaboración de vidrio y níquel) polvo de madera, cemento, asbestos, derivados del petróleo, plásticos textil y el VPH (potencial oncogénico demostrado en el cáncer tonsilar y laríngeo, sobre todo el VPG-16).

La susceptibilidad genética, así como el haber padecido un cáncer previo en el tracto aerodigestivo superior, también constituyen factores de riesgo para desarrollar un cáncer de laringe.

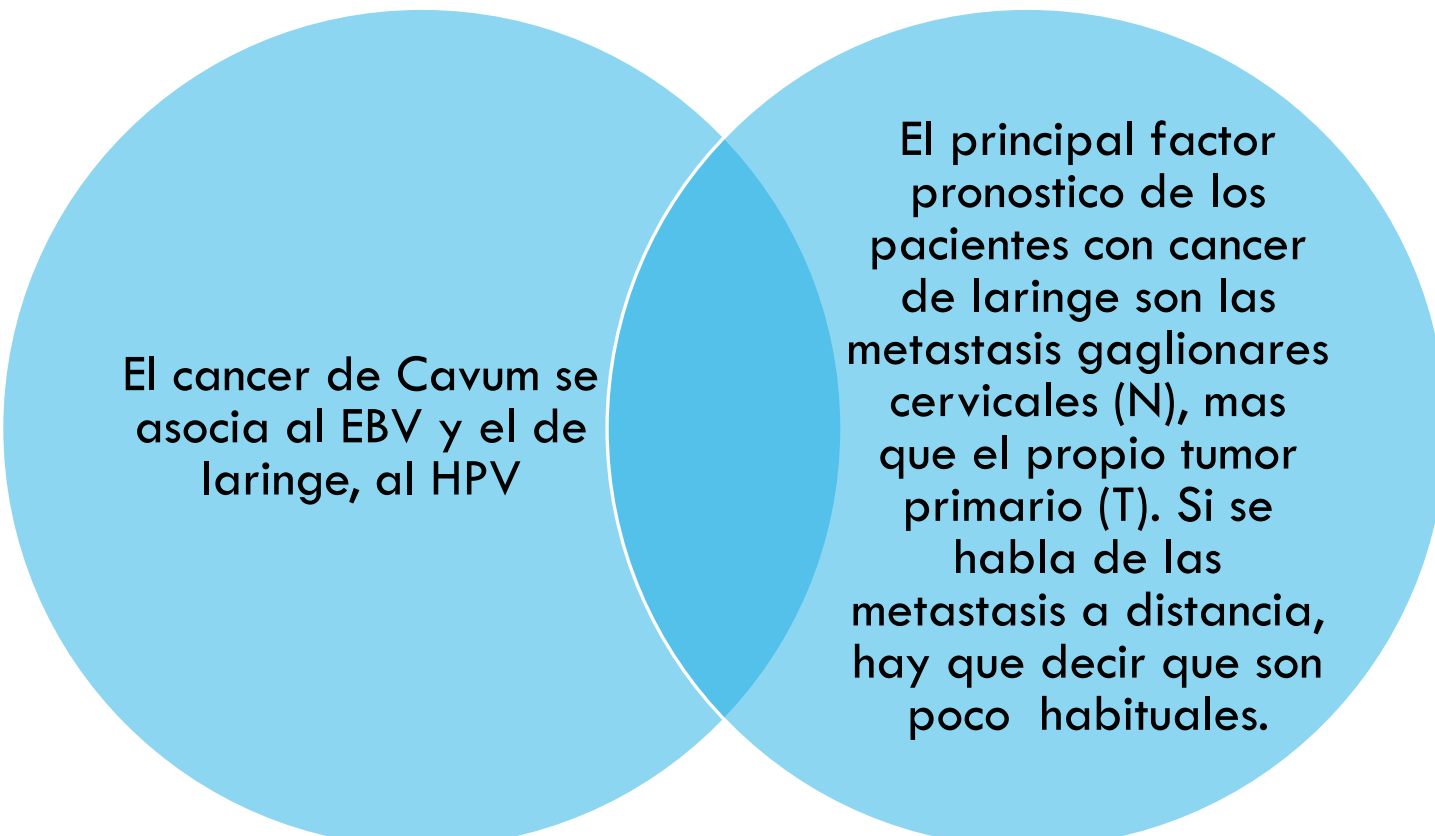
Parece existir una relación inversa entre el consumo de frutas y verduras y el cáncer de cabeza y cuello. Algunas vitaminas podrían actuar como protectoras contra esos tumores.

IMPORTANTE

Dado que toda la mucosa de pulmon, esofago y area faringolaríngea esta expuesta a lo mismos carcinógenos, no es raro encontrar una segunda neoplasia primaria, lo que se observa en un 20-25% de los pacientes con cancer de laringe en los cinco años siguientes al diagnóstico.

Estas neoplasias suelen ser histológicamente similares a la primera (carcinomas epidermoides)

RECUERDA!



El cancer de Cavum se asocia al EBV y el de laringe, al HPV

El principal factor pronostico de los pacientes con cancer de laringe son las metastasis gaglionares cervicales (N), mas que el propio tumor primario (T). Si se habla de las metastasis a distancia, hay que decir que son poco habituales.

ANATOMIA PATOLOGICA

El tipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoide y, en cuanto, a la anatomía patológica macroscópica, hay formas vegetantes, ulceradas e infiltrantes.

Los supraglóticos con mayor frecuencia son poco diferenciados y, por tanto, con mayor riesgo de metastasis cervicales y localmente más agresivos, y, al contrario, los glóticos suelen ser más diferenciados y, por lo consiguiente, menos agresivos localmente y con menor número de metastasis.

CLINICA Y DIAGNOSTICO

La localizacion del tumor tiene gran importancia en el pronostico y en los sintomas que generan:

Los sintomas del tumor primario se aprecian antes en los gloticos (una disfonia que dure entre dos y tres semanas en un varon con factores de riesgo debe ser siempre explorada), lo que permite que se diagnostiquen como tumores mas pequenos. Y dada la escasez de vasos linfaticos en la glotis, es rara la afectacion ganglionar, por lo que el pronostico es bueno.

Los supragloticos producen sintomas mas vagos, como parestesias faringeadas o sensacion de cuerpo extraño, y solo cuando son avanzados provocan odinofagia con otalgia refleja y disfagia. Por ello, se diagnostican con un tamaño mas grande, y como dan metastasis ganglionares con mayor frecuencias (en el 40% de los casos), tendran peor pronostico.

DIAGNOSTICO

Se ha de realizar una exploración de la región de cabeza y cuello buscando asimetrías y regiones con un aumento patológico de volumen.

Especificar características de cada lesión (localización, tamaño, número, color, exofítico y endofítico, contornos, extensión, crecimiento).

Palpación del cuello en busca de ganglios linfáticos (localización, tamaño, número, crecimiento, movilidad).

Biopsia de la lesión, incluyendo tejido profundo (estroma) para valorar la infiltración de la lesión. Punción-aspiración con aguja fina en ganglios cervicales.

Pruebas de imagen: TC o RM para definir el tamaño y localización de la lesión, estructuras involucradas, si existe enfermedad metastásica o regional y poder definir así la etapa del tumor y establecer el plan

RECUERDA!

En todos los tumores ORL, el principal factor pronóstico es la existencia de ganglios afectados, al igual que en el cáncer de mama. En general, a mayor cercanía a la faringe, el riesgo de diseminación ganglionar es más alto y el pronóstico es peor. Los tumores ORL no suelen presentar metástasis a distancia (MO).

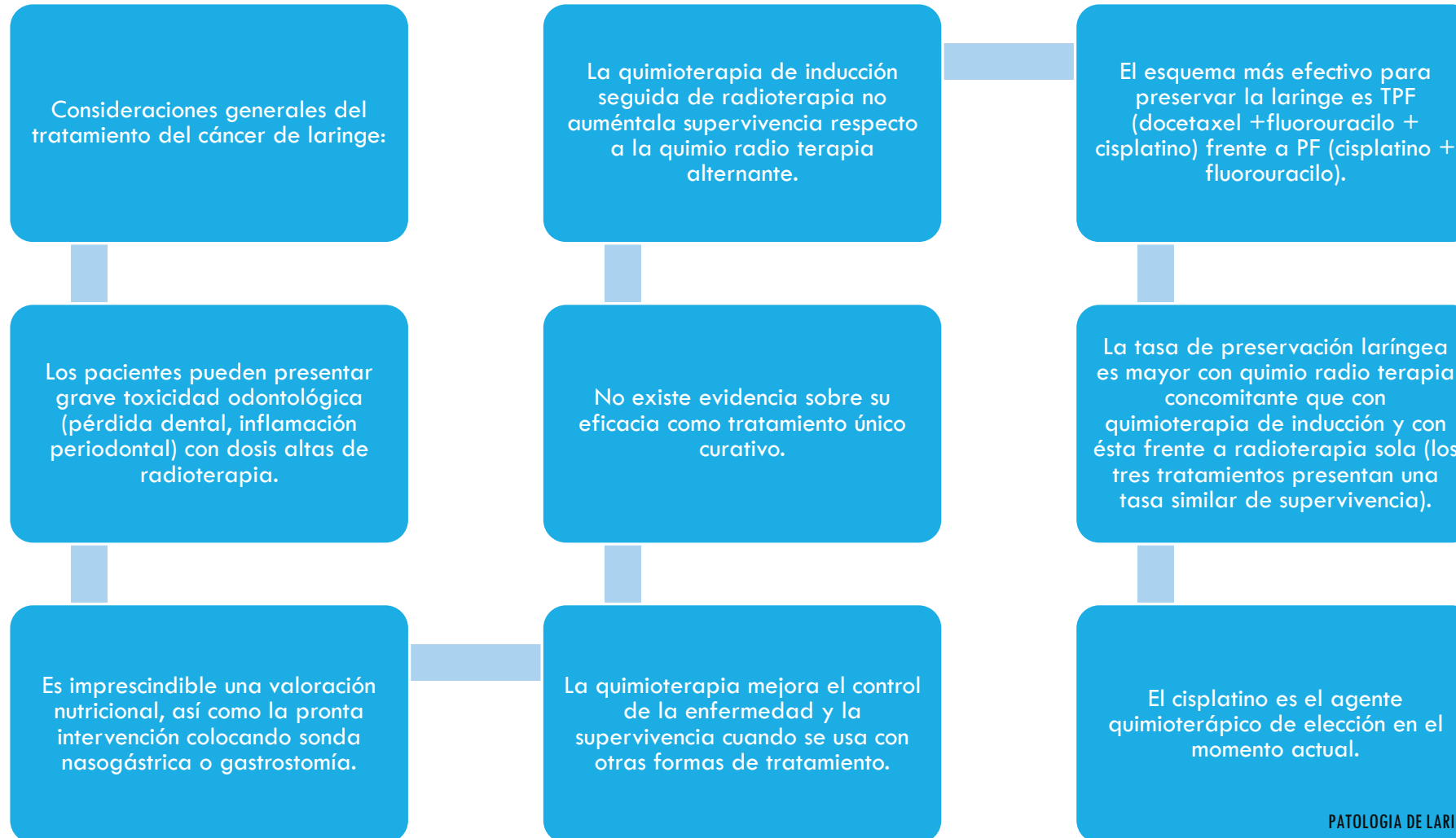
FACTORES PRONÓSTICOS

Conllevan mal pronóstico los tumores: tumores de alto grado, tamaño grande del tumor e invasión de estructuras adyacentes, invasión en profundidad > 4 mm, variantes basaloide y "spindle cell" o tumor en huso tienen peor pronóstico que el carcinoma verrugoso y papilar, patrón de crecimiento infiltrativo no cohesivo (sobre todo supraglotis), displasia severa e nel margen de resección, margen libre < 1 mm tras las resecciones, infiltración vascular y perineural.

Los tumores supraglóticos tienen peor pronóstico que los glóticos, y los de hipofaringe tienen peor pronóstico que los de laringe.

La afectación ganglionar es también un factor pronóstico adverso: número alto de ganglios afectados, invasión de ganglios de niveles inferiores del cuello, y afectación extracapsular micro o macroscópica, se relacionan con un pronóstico adverso.

TRATAMIENTO



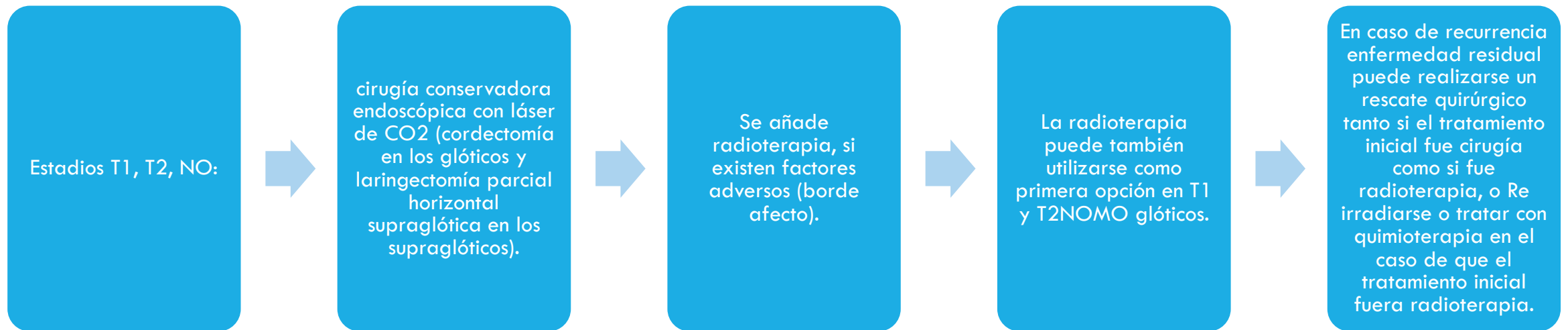
TRATAMIENTO

La radioterapia de fraccionamiento modificado mejora el control del tumor primario y la supervivencia en mayor medida que la radioterapia convencional, con menor efecto para la afectación ganglionar.

La quimiorradiación adyuvante posoperatoria mejora el control y la supervivencia en pacientes con alto riesgo de recurrencia. El régimen recomendado es cisplatino 100 mg/m² cada 21 días 3 ciclos, con dosis estándar de radioterapia convencional fraccionada.

Actualmente se intenta prevenir la aparición de segundas neoplasias y la degeneración de precancerosis laringeas mediante la toma de B-carotenos o de ácido retinoico; ambos parecen inducir la regresión de las lesiones pre-neoplásicas.

TRATAMIENTO LOCAL



TRATAMIENTO LOCAL

Estadios T3, NO; T1-3, N1-3; T4a, cualquier N: puede realizarse o bien cirugía, siempre que sea posible, se practicará cirugía parcial (laringectomía casi total, laringectomía con reconstrucción epiglótica de Tucker, laringectomía supracricoidea con cricoioidopexia); si no lo es, se llevará a cabo laringectomía total

Generalmente, se añade luego radioterapia.

La cirugía también es posible tras quimioterapia de inducción.

O bien, sobre todo, en tumores avanzados para evitar resecciones muy amplias de tejido, tratamiento conservador con quimiorradioterapia concomitante, reservándose la cirugía como tratamiento de rescate ante persistencia o recidiva tumoral.

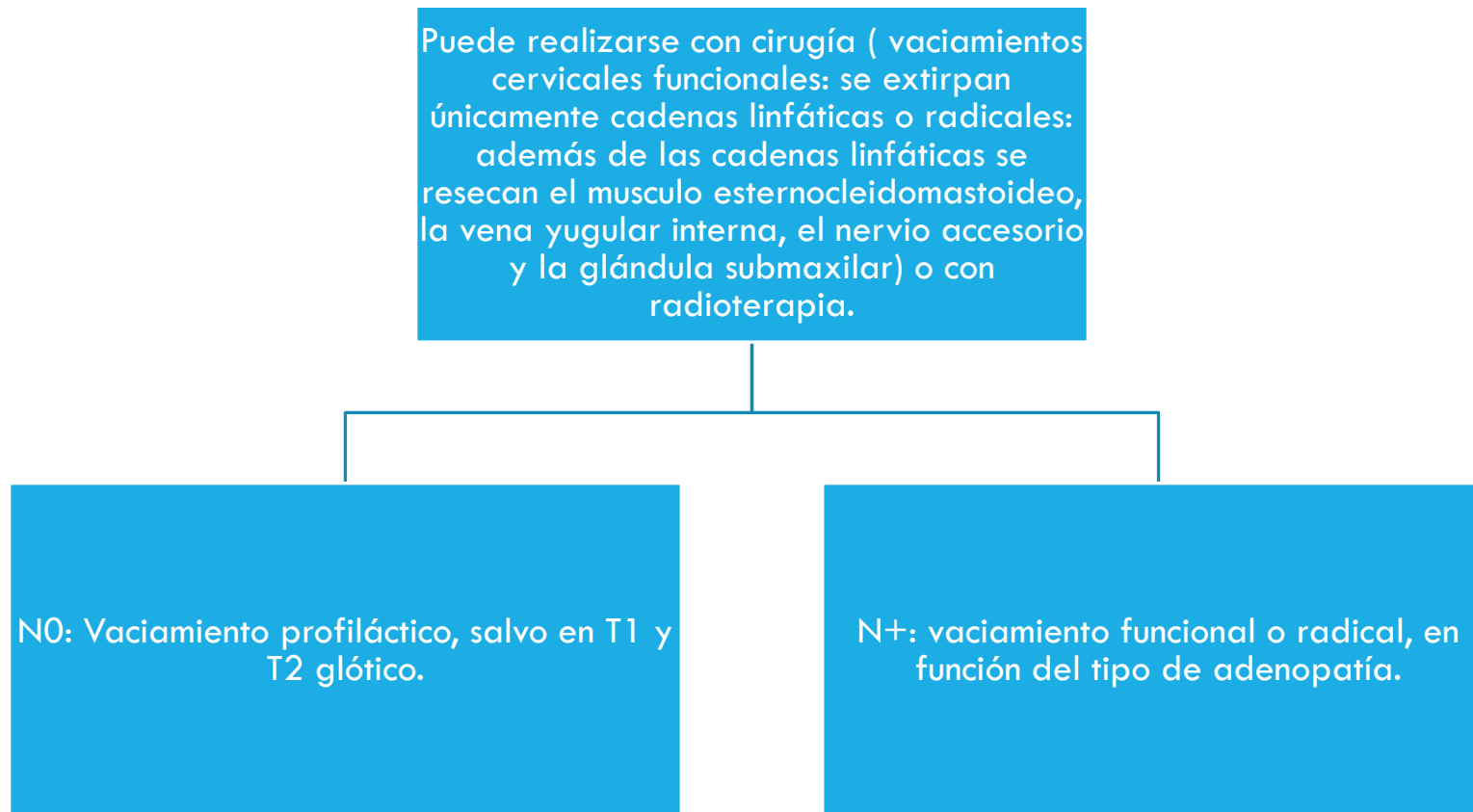


Figura 6.9. Carcinoma epidermoide de laringe: pieza de laringuectomía total

TRATAMIENTO LOCAL

Preservación laríngea en estadios III y IV: son candidatos menores de 70 años, sin metástasis, en los que el tumor primario es irresecable, y siempre que pueda vigilarse la toxicidad de la quimiorradioterapia, con rápido acceso de los pacientes al centro hospitalario.

TRATAMIENTO REGIONAL



TRATAMIENTO DE LA RECIDIVA

Los pacientes que presenten una recidiva locorregional se tratarán con quimioterapia en todos los casos, radioterapia en aquellos casos en los que no se irradiaran de forma inicial o si fueron radiados de forma inicial, pero puede valorarse la Re irradiación.

Cuando aparece metástasis a distancia el tratamiento será con quimioterapia paliativa y terapia de soporte.

En el caso de que la recidiva local sea resecable, el tratamiento quirúrgico es el que ofrece una mayor supervivencia.

En pacientes con enfermedad metastásica o irresecable, platino (o carboplatino) + 5-fluorouracilo + cetuximab es el esquema de quimioterapia que ofrece mejores resultados.

Aunque por razones económicas comparadas con el aumento de la supervivencia, no se recomienda el uso de cetuximab.

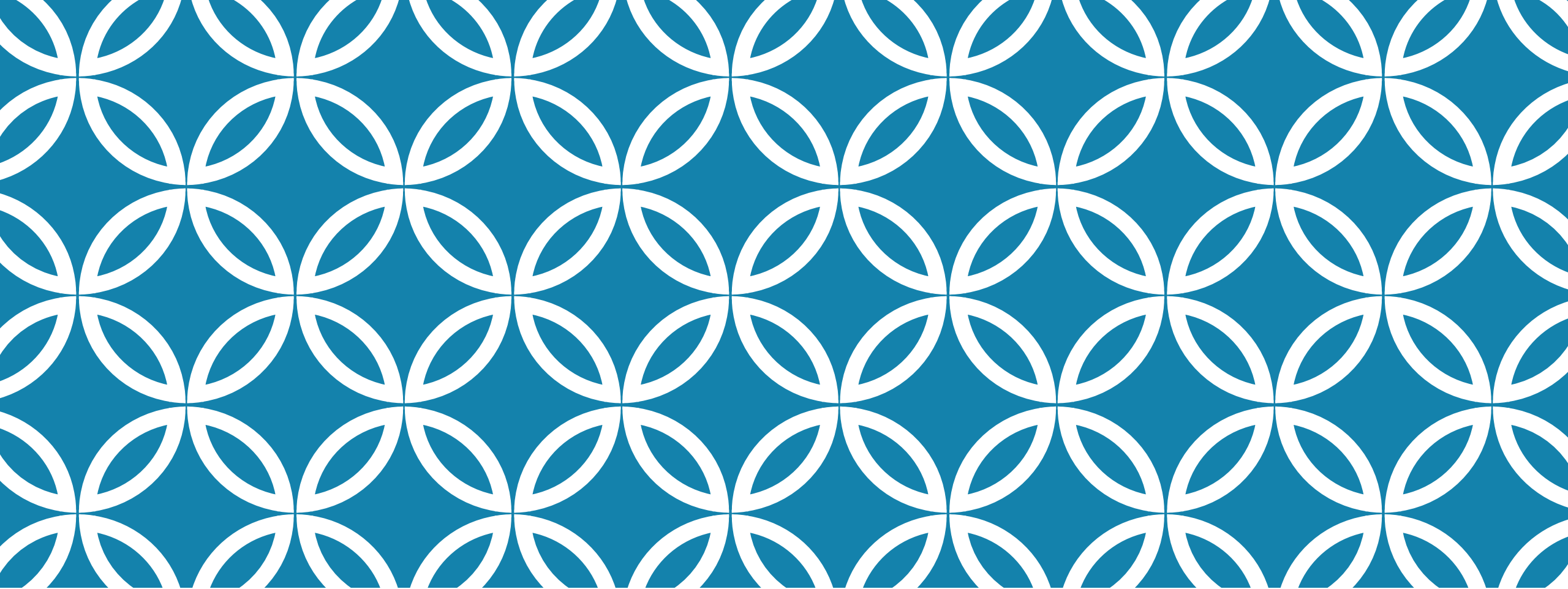
En el caso de contraindicación para el platino se recomienda el uso de gefitinib o metotrexato.

RECUERDA

Todos los cánceres ORL se tratan con vaciamiento ganglionar, independientemente del N. La única excepción son los tumores de las áreas correspondientes a la glotis, al labio inferior y a las fosas nasales, donde la probabilidad de invasión es baja (riesgo de afectación menor del 10%).

	Nasofaringe	Orofaringe	Hipofaringe	Laringe
Síntoma presentación	Epistaxis de repetición en varón joven	<ul style="list-style-type: none"> Adenopatía cervical Otitis serosa Neuralgia V nervio craneal Diplopía 	<ul style="list-style-type: none"> Adenopatía cervical. Disfagia Si amígdala: aumento unilateral o lesión ulcerada que no cura en menos de tres semanas 	<ul style="list-style-type: none"> Disfonía > 3 semanas (sobre todo los glóticos) La tos es infrecuente
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> Rinoscopia posterior Angiografía (NUNCA BIOPSIA) 	Rinoscopia posterior. + TC/RM	Biopsia. En 33% de los casos hay otro tumor primario	Laringoscopia y biopsia
A.P.	<ul style="list-style-type: none"> ANGIOFIBROMA No adenopatías 	Ca. epidermoide indiferenciado (Schmincke)	Ca. epidermoide	Ca. epidermoide
Epidemiología	<ul style="list-style-type: none"> Su comportamiento es "maligno" Recidiva a veces Aunque es raro, es el tumor benigno más frecuente del <i>cavum</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Relación con VEB, humos, salazones En el sudeste asiático 	Tabaco y alcohol <ul style="list-style-type: none"> Amígdala (2.º más frecuente de cabeza y cuello) Luego base lengua Luego paladar blando, pared posterior 	Tabaco, alcohol <ul style="list-style-type: none"> Seno piriforme Luego pared posterior Retro-cricoideo en Plummer-Vinson
Tratamiento	Cirugía, previa embolización	RT (+/- QT)	<ul style="list-style-type: none"> Cirugía +/- RT/QT La RT aislada es igual de eficaz en T1 N0 	<ul style="list-style-type: none"> Cirugía con vaciamiento +RT En cuerda vocal-T1: RT y cordectomía son igual de eficaces

Tabla 6.4. Lesiones tumorales de cabeza y cuello: diagnóstico diferencial



TRAUMATISMOS LARÍNGEOS Y ESTENOSIS LARINGOTRAQUEALES

Traumatismos laríngeos:

Si las lesiones son graves, se debe llevar a cabo traqueotomía sin demora, para asegurar la vía aérea, y luego reparar las lesiones laríngeas por un abordaje independiente y mediante tirotomía vertical.

pueden ser externos (accidentes, estrangulamientos y ahorcamientos) o internos (iatrogénicos postintubación y postraqueotomía).

Producen disfonía, hemoptisis y odinofagia, aunque son síntomas de gravedad la presencia de enfisema cervical, la disnea con estridor inspiratorio, la existencia de falsas vías, la falta de relieves cartilagosos del esqueleto laríngeo, las lesiones extensas de la mucosa laríngea con cartílagos expuestos y la parálisis de cuerdas vocales.

La valoración se realiza mediante palpación cervical, nasofibrolaringoscopia y TC cervical.

RECUERDA!

La traqueotomía se realiza en el segundo o en el tercer anillo tranqueal. La coniotomía, en la membrana cricotiroides, y solo en los casos de extrema urgencia.

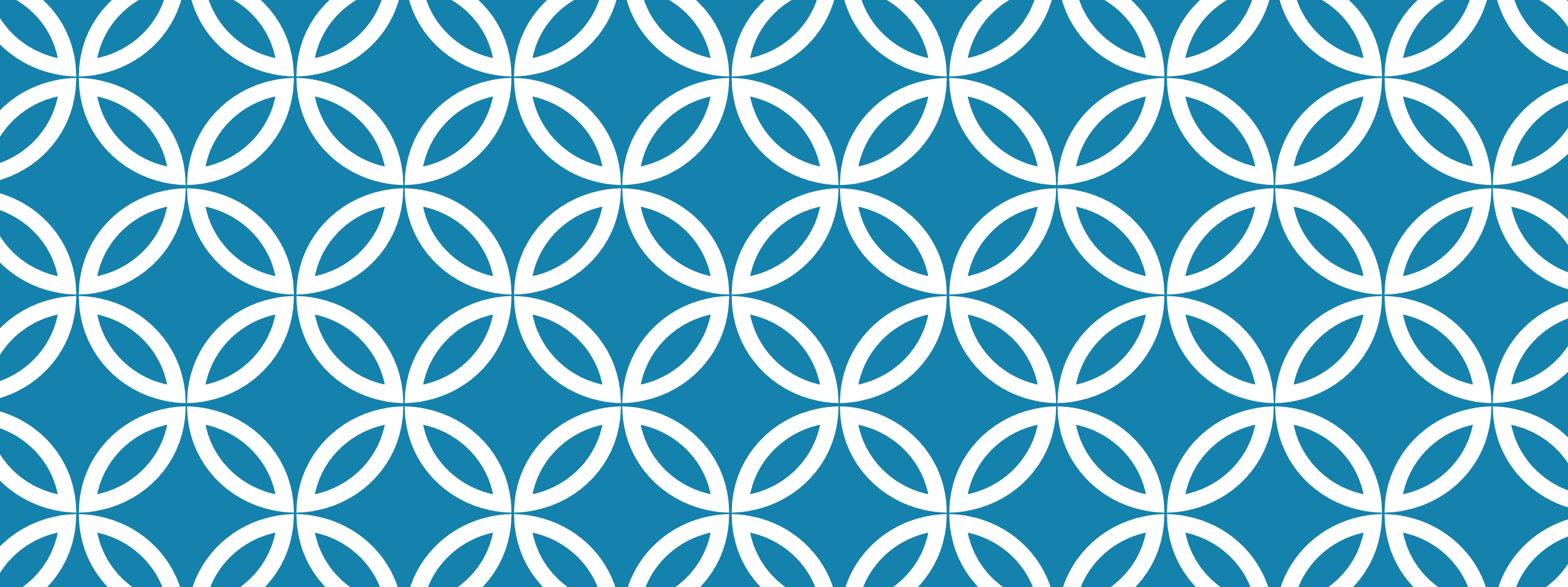
Estenosis laringotraqueales
adquiridas:

Pueden originarse por intubación
orotraqueal prolongada, por
coniotomía o traqueotomías
realizadas en primer anillo, por
traumatismos laríngeos externos y
asociadas a reflujo faringolaríngeo.

Se diagnostican mediante
fibroscopio y TC cervical, y pueden
ser:

Glóticas: granulomas de comisura
posterior y aritenoides, suelen
tratarse por vía endoscópica con
CO₂.

Subglototraqueales: exigen en
ocasiones, resección con
anastomosis término-terminal o
técnicas de expansión del marco
laríngeo en la quilla del cartílago
tiroides o la zona posterior del
cricoides.



TRAQUEOSTOMIA

La traqueotomía continúa siendo una herramienta útil en el manejo de la obstrucción aguda de la vía aérea, para la administración de la anestesia general en cirugía selectiva oncológica de cabeza y cuello y cirugías maxilofaciales.

Indicaciones

Ventilación mecánica prolongada Enfermedad respiratoria.

- Enfermedad neuromuscular.
- Estado mental deprimido (incapacidad para proteger las vías respiratorias) aseo pulmonar.

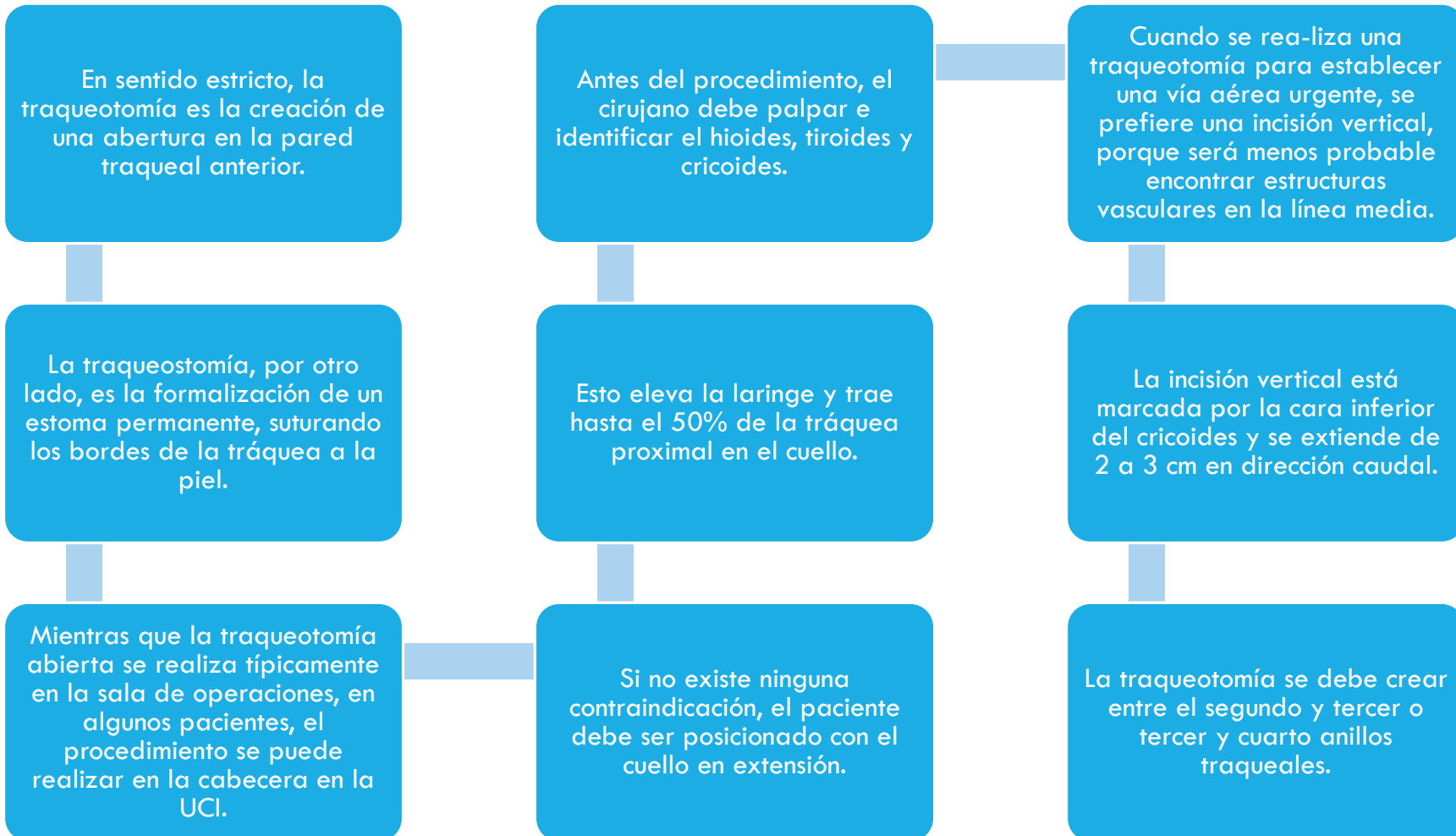
Acceso quirúrgico

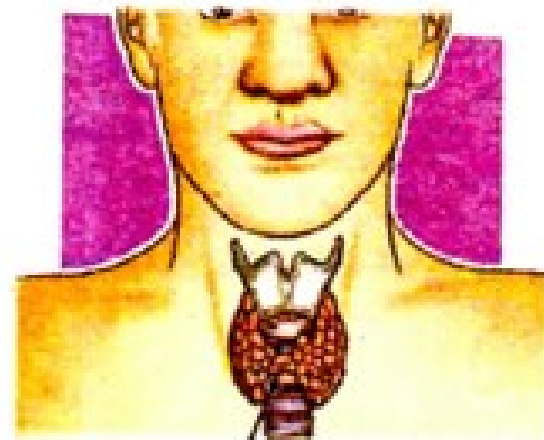
- Cáncer de cabeza y cuello y reconstrucción.
- Fracturas maxilofaciales extensas obstrucción de la vía aérea.
- Epiglotitis / supraglotitis.
- Tumor.
- Parálisis bilateral de las cuerdas vocales.

RECUERDA!

Casi dos tercios de traqueotomías se realizan en pacientes intubados en la unidad de cuidados intensivos (UCI); actualmente, es una de las operaciones realizadas con mayor frecuencia en el paciente en estado crítico.

TRAQUEOTOMÍA ABIERTA





Incisión



Rate faringeo

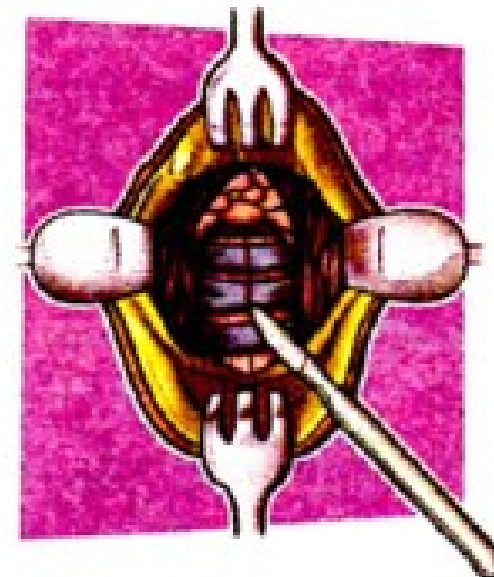


Figura 6.10. Técnica de incisión en traqueotomía

COMPLICACIONES

Aunque es un procedimiento aparentemente rutinario, la traqueotomía no está exenta de riesgos. La tasa de mortalidad por complicaciones relacionadas al procedimiento es de aproximadamente 0,6%. Las tasas de complicaciones son mayores en pacientes con infecciones en las vías respiratorias superiores, obesidad y la insuficiencia cardiaca congénita.

Sangrado.

Durante la intervención, la mayoría sangrado es secundaria una lesión anterior de la vena yugular o desde el borde de la tiroides. Normalmente, puede ser fácilmente controlada, pero se debe tener cuidado con el uso del cauterio.

Neumotórax / Neumomediastino.

Son poco comunes después de la traqueotomía. Los posibles mecanismos incluyen una lesión directa a la pleura, la disección de aire a lo largo de la tráquea, o ruptura de un vaso alveolar.

Complicaciones tempranas.

Infección: las infecciones del sitio de traqueotomía ocurren en aproximadamente el 6,6% de los pacientes.

Decanulación accidental: se ha asociado con pacientes con alteración del estado mental, aumento de las secreciones, y cambios de cánula por enfermería.

COMPLICACIONES TARDÍAS

Estenosis traqueal: cuando la presión del manguito supera la presión de perfusión capilar, el resultado es la necrosis isquémica condritis de los cartílagos traqueales subyacentes. La punta de un tubo mal posicionado también puede dañar la mucosa traqueal. Tal trauma puede conducir potencialmente a estenosis subglótica o traqueal.

Fistula traqueo-innominada: ocurre en aproximadamente el 0,7% de los pacientes tanto de manera aguda (<2 semanas) como crónica (>2 semanas). El dato centinela es el sangrado, aunque no siempre precede una hemorragia masiva. Cualquier paciente con hemorragia grave debe someterse a traqueobroncoscopia. En el 78% de los casos, el evento se produce entre 3 y 4 semanas después de la traqueotomía.

Fistula traqueo-esofágica: ocurre en menos del 1% de los pacientes que se someten a traqueotomía. El riesgo de formación de fistulas a través de la pared se incrementa cuando el tubo nasogástrico es de gran calibre. Aunque la colocación de stents para eludir la fístula es una opción.

Fistula traqueo-cutánea: de los pacientes que tienen un tubo de traqueostomía durante más de 4 meses, el 70% presentará una fistula traqueo cutánea persistente como resultado de la epitelización del estoma. La fístula debe ser cerrada debido al riesgo de neumonía por aspiración e irritación de la piel.



¡GRACIAS!

¡SIGUE ESTUDIANDO! ¡TU PUEDES CON ESO Y MUCHO MÁS!