

# *Papilomatosis Laríngea Recurrente*

*Francis Sánchez de Losada*

La papilomatosis laríngea recurrente (PLR) constituye el tumor benigno más frecuente de la laringe en edad pediátrica.

La PLR es de etiología viral, causada por el virus papiloma humano (VPH). Se han identificado más de 100 tipos de VPH. La tipificación está basada en la secuencia de ácidos nucleicos y se realiza por la reacción en cadena de la polimerasa y por hibridación directa. Los virus detectados con mayor frecuencia en PLR son el VPH 6 y 11, en aproximadamente un 90%; el 16 y 18 han sido aislados en menor frecuencia, pero son los que poseen mayor riesgo oncológico. El VPH 11 tiene mayor poder de replicación y mayor tendencia a recurrencias.

La sintomatología se inicia por lo regular con disfonía que se va a hacer progresiva y se puede acompañar de estridor laríngeo y dificultad respiratoria; por lo tanto tenemos que estar muy atentos ante aquellos niños que se presentan con cuadros etiquetados como laringotraqueítis recurrentes y realizarles una evaluación endoscópica para descartar la presencia de papilomas laríngeos.

Ahora bien, esta enfermedad es frustrante y difícil de tratar, debido a su tendencia a las recidivas a nivel local y al tracto respiratorio inferior.

El curso clínico de la papilomatosis laríngea es impredecible; puede responder a uno o dos tratamientos quirúrgicos, tener una evolución crónica y progresiva y al llegar a la pubertad puede desaparecer de forma espontánea.

Hasta ahora no existe ningún tratamiento, solo o combinado, que realmente pueda erradicar completamente el VPH

Aunque histológicamente es benigno, su comportamiento en ocasiones no lo hace tan benigno; uno es debido a su ubicación, un pequeño obstáculo en la vía aérea del niño va a producir una insuficiencia respiratoria muy severa que puede comprometer su vida y por otro lado aunque en pocos casos puede llegar a malignizarse.

El VPH tiene predisposición por el epitelio escamoso, no ciliado, pero si nosotros durante la exploración quirúrgica o en la intubación endotraqueal, traumatizamos el epitelio ciliado, este epitelio cicatriza como epitelio no ciliado, traumático, escamoso y entonces allí podemos sembrar papilomas.

En el ciento por ciento de los pacientes la vía laríngea está comprometida, las glotis es la más involucrada, seguida por la supraglotis y luego la subglotis, pero también puede tener localización extra-laríngea, comenzando por la tráquea, seguido por bronquios, pulmones, cavidad nasal, cavidad oral y esófago.

La edad de aparición de los síntomas es variable; pudiendo presentarse desde la etapa neonatal hasta cualquier edad en el adulto.

Se describen tres patrones clínicos según la edad de aparición de los síntomas 1.- Papilomatosis laríngea de inicio en edad pediátrica. 2.- Papilomatosis laríngea de inicio en edad adulta. 3.- Papilomatosis laríngea de inicio en edad pediátrica con persistencia en la adultez.

La vía de transmisión mas común es la vía sexual, pero también se ha comprobado que por objetos inanimados, el agua, el canal del parto. Es importante en estos pacientes investigar si la madre es portadora de condilomatosis genital porque se ha comprobado que estos mismos virus son los que producen la papilomatosis laríngea. Se presume que la PLR, la adquieren los niños en el momento del parto de una madre con condilomas genitales, pero hay casos de niños que a pesar de haber nacido por cesárea han contraído el VPH y padecen PLR, por lo que se sospecha también la vía hematógena como una importante vía de transmisión.

Macroscópicamente los papilomas laríngeos se aprecian como unas masas nodulares irregulares, pedunculadas, de diferentes tamaños. Pueden ser simples o múltiples, de coloración variable desde el rosado al rojo y consistencia firme, friables y fácilmente sangrantes.

Histológicamente se ven como proyecciones digitiformes de tejido conectivo central que están cubiertas por un epitelio escamoso estratificado, extremadamente vasculares y la regla en el hallazgo histológico es la queratinización.

Niños con edad menor a los tres años, portadores de VPH 11 y bajo estrato socio-económico, tienen factores de riesgo para padecer PLR..

Los objetivos del tratamiento se basan en: 1.- Mantener la vía aérea permeable. 2.- Mejorar la calidad de la voz. 3.- Prevenir las complicaciones.

En el momento el tratamiento quirúrgico es muy importante mantener como principios la preservación de los tejidos no afectados, prevenir cicatrices en la laringe y la remoción total de los papilomas; siempre evitando traumatizar el epitelio para no provocar estenosis ni siembras.

El tratamiento quirúrgico lo podemos hacer con pinzas de microcirugía, LASER o con el microdebridador.

Si bien el láser se ha utilizado desde hace mucho tiempo; la técnica con el microdebridador ha ganado mucho campo en el área de la otorrinolaringología no solo para la cirugía endoscópica de cavidad nasal y senos paranasales sino también en el tratamiento de la PLR y debido a sus ventajas está siendo utilizada rutinariamente y preferiblemente a la ablación con láser.

Son varias las ventajas cuando se usa del microdebridador para la exéresis de papilomas cuando se compara con el láser; el tiempo quirúrgico, el trauma a tejidos blandos, el costo y el personal son menores; la calidad de la voz es mejor con el microdebridador. No se han reportado diferencias con el dolor post-operatorio; aunque si hay reportes de mayor recurrencias con el microdebridador.

La variedad de intentos para el control médico de esta enfermedad, refleja la dificultad en encontrar una terapia de curación definitiva. En la actualidad se utilizan diferentes alternativas como tratamiento coadyuvante; entre las cuales se encuentran: interferon alfa, indol-3-carbinol, terapia fotodinámica (PDT),

cidofovir, acyclovir, ribavirin, ácido cistiretinoico y la vacuna de la parotiditis. La terapia coadyuvante se utiliza en aquellos niños en los que a pesar de las podas quirúrgicas tienen muchas recidivas.

Finalmente considero que, aunque se han desarrollado tratamientos promisorios para la PLR, hasta ahora no existe un procedimiento, sólo o en combinación, que pueda erradicar total y permanentemente el virus del papiloma humano.

Es nuestro compromiso el tratar de mejorar cada día el diagnóstico y el tratamiento de estos pacientes para lograr alcanzar una mejor calidad de vida.

### **Lecturas recomendadas**

1. Pediatric Otolaryngology. Bluestone y cols. Recurrent Respiratory Papillomatosis. Fourth edition. Vol.2, 1558-1563
2. Head and Neck Surgery Otolaryngology. Byron J. Bayley. Recurrent Respiratory Papillomatosis. Third edition. Vol.1, 1025-1038
3. Laryngoscope: Jan 2003; 113 (1): 139-143
4. Myer et al: Laryngoscope, Vol. 109(7, Part 1). July 1999. 1165-1166. Use of a Laryngeal Micro Resector System.
5. El Bitar Arch Otol HNS, 2002; 128
6. J. Virol. 2003 February; 77 (3): 1927-1939. HLA Class II Polymorphisms and Susceptibility to recurrent respiratory papillomatosis.
7. Anales Españoles Pediatr 2001; 55: 558-560. Papilomatosis laríngea recurrente: una causa de dificultad respiratoria progresiva.
8. Acosta L., Carrasquel B. Papilomatosis Laríngea en el Hospital de Niños J. M. de Los Ríos. 1990-1995. Acta Otorrinolaringológica de Venezuela, 1997;9 (2): 43-47.
9. Tipificación de Virus Papiloma Humano por reacción en cadena de polimerasa en Hospital de Niños J. M. de Los Ríos Caracas. Bastidas Yanet y cols. Acta Otorrinolaringológica de Venezuela