
Tumores benignos de laringe

Dr. Horacio Marulanda

1. GENERALIDADES

Son masas tumorales de tamaño variable, aunque no son malignas, estas lesiones pueden poner en peligro la vida, debido a que afectan la vía respiratoria obstruyéndola.

El objetivo de su atención es comprender la causa y las características de dichas lesiones y proporcionar el tratamiento más conservador posible.

En lo posible se evita cirugía, que debe reservarse para condiciones incohercibles, las técnicas a emplear deben acusar mínimas alteraciones estructurales y funcionales de la glotis.

1.1. LOCALIZACIÓN

Su localización es de mayor frecuencia en el vestíbulo laríngeo. Los tumores benignos se originan de elementos epiteliales o del tejido conectivo, se caracterizan por lento crecimiento, sus síntomas insidiosos y tendencias recidivar si su extirpación ha sido incompleta.

1.2. SINTOMATOLOGÍA

Los síntomas que producen, dependen de su sitio de implantación y de su tamaño. Los tumores de cuerdas vocales se anuncian con disfonía y luego suele sobrevenir disnea de acuerdo al volumen de su incremento.

Los tumores supraglóticos se anuncian con disfagia, voz apagada y disnea, cuando el tamaño es grande; hay casos en que la primera queja puede ser la sensación de presión o de un bulto en garganta.

Los tumores de localización subglótica se presentan con disnea. Asimismo en los tumores benignos existe tos y cuando se ulceran aparece una Hemoptisis.

Los tumores malignos suelen presentar dolor localizado o referido, lo que no es común en las lesiones benignas.

2. CLASIFICACIÓN DE LOS TUMORES BENIGNOS

Pseudotumores de laringe:

- Nódulos
- pólipos
- granulomas
- laringoceles
- tumor amiloide
- xantoma
- pseudotumor disquístico de banda ventricular

Tumores verdaderos de laringe:

- t. de origen epitelial: papiloma
- t. de origen cartilaginoso: condroma
- t. de origen neural: neurofibroma, neurolimoma
- t. de origen glandular: oncocitoma (adenoma exofítico)
- t. de origen vascular: angioma, hemangioma
- t. de origen adiposo: lipoma
- t. de origen muscular: rabdomioma
- t. de origen en tejido fibroso. fibroma

3. NÓDULO

Son condensaciones de tejido conectivo hialino de las cuerdas vocales y son la causa más común de disfonía en niños y en adultos.

3.1. ETIOPATOGENIA

Abuso de la función vocal crónica, conducta de gritar en forma repetida.

3.2. FISIOPATOGENIA

Son de naturaleza inflamatoria y se inician como un edema en la capa submucosa del tejido conectivo laxo de las cuerdas vocales, en la etapa aguda es blando y en la etapa crónica es un tumor fibroso.

3.3. FACTORES PREDISPONENTES

Disfunción vocal disquinética, con abuso de la voz y gritar repetidamente, stress emocional, uso inadecuado de la voz afectando los tonos agudos.

3.4. FACTORES PRECIPITANTES

Fumar, beber alcohol, alergia de vías respiratorias, infecciones, factores hormonales como tiroides y menopausia.

3.5. LOCALIZACIÓN

Borde libre de la cuerdas vocales, en la unión del tercio anterior con los dos tercios posteriores, bilaterales y simétricos.

3.6. CLÍNICA

Disfonía para tonos agudos.

3.7. DIAGNÓSTICO

Historia clínica, profesores, locutores, cantantes, personas que acostumbran gritar.

Laringoscopia indirecta y directa

Estroboscopia

Videolaringoscopia

3.8. TRATAMIENTO MÉDICO

Reposo vocal, en los niños procurar la colaboración de los padres, para evitar que griten mucho.

Apoyo foniatrico, consiste en la corrección de los defectos de la inspiración, técnica de canto, impostación de voz, para modificar en lo posible las causas que originan la patología.

Esta reeducación hace desaparecer los nódulos pequeños e impi-

den las recidivas.

Con la colaboración del otorrinolaringólogo y el foniatra se puede obtener una recuperación vocal de 80% de pacientes.

3.9. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Microcirugía laríngea, visión directa, anestesia general.

Laser dióxido de carbono

Microcirugía asociada a láser.

Después de un mes se indica foniatría complementaria.

4. PÓLIPO LARÍNGEO

Es el pseudotumor de laringe más frecuente, y más en el adulto que en niños.

4.1. ETIOPATOGENIA

Debido al mal uso de la voz, se presenta como una masa redondeada, monobulada o multilobulada, raramente ulcerada.

Los cambios histológicos ocurren en el corión y son múltiples; el edema podría estar acompañado de exudado fibinoide o hemorrágico, inflamatorio. En las lesiones antiguas existe fibrosis acompañada de depósitos amiloides.

El epitelio es generalmente normal, algunas veces adelgazado o ulcerado.

En el curso del desarrollo el epitelio se torna hiperplásico y podría mostrar un grado variable de acantosis y queratosis; debido a ello algunos patólogos suelen confundir pólipos y nódulos.

4.2. LOCALIZACIÓN

En el borde libre de la cuerda vocal, en la unión del tercio anterior y el tercio medio.

Tipos: Traslúcidos pedunculados
 Edematosos fusiformes
 Angiomatosos generalizados

4.3. CLÍNICA

Disfonía

4.4. DIAGNÓSTICO

Laringoscopia indirecta, se visualiza una vibración vocal asimétrica, con cierre glótico incompleto.
Fibroscofia.

4.5. TRATAMIENTO

Quirúrgico.

5. GRANULOMA

Es un pseudotumor de laringe producido por un trauma continuo.

5.1. LOCALIZACIÓN

Se sitúa en tercio posterior a nivel de la apófisis vocal del cartilago aritenoides.

5.2. ETIOLOGÍA

Secuela de intubación para anestesia general orotraqueal, la intubación produce una erosión al contacto con el tubo, sea por su permanencia prolongada, por ser de un diámetro excesivo, o por falta de esterilización del tubo.

Aparece semanas después.

Esta inflamación evoluciona hasta infectarse con una pericon-dritis y generación de granulomas localizados.

En pacientes sin antecedentes de intubación, pueden presentarse como consecuencias de esofagitis por reflujo gástrico.

5.3. CLÍNICA

Disfonía, a veces dolor, otalgia.

5.4. DIAGNÓSTICO

Clínicamente por antecedentes de intubación, reflujo gastro-esofágico.

Laringoscopia indirecta.

Fibroscofia.

5.5. TRATAMIENTO MÉDICO

Tratar la esofagitis, Omeprazol.

5.6. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Microcirugía endolaríngea.

Laser dióxido de carbono. Evitar la lesión de la superficie cartilaginosa.

6. LARINGOCELE

Es una hernia de la mucosa laríngea a nivel del sáculo o apéndice del ventrículo.

6.1. LOCALIZACIÓN

Nace en el orificio del apéndice ubicado en el extremo anterior del ventrículo.

6.2. ETIOPATOGENIA

Hay tres teorías:

- **Teoría mecánica.-** producida por las sobrepresiones al toser o en profesionales como músicos, sopladores de vidrio, grandes esfuerzos musculares, creándose la hernia a nivel del orificio del apéndice.
- **Teoría tumoral.-** Las carcinomas sobre todo los que se relacionan con el espacio ventricular, son causa probable de un laringocele. En un 10% de piezas operatorias de laringuec-tomías, pueden hallarse laringoceles de variado tamaño y desarrollo. La infiltración tumoral de los tejidos, el edema, el esfuerzo de la tos y el esfuerzo vocal provocado por la disfonía, serían desencadenantes en la génesis del laringocele.

6.3. TIPOS DE LARINGOCELES

- **Laringocele interno.-** es un saco aéreo limitado al área de la banda y el repliegue aritenopiglótico, por dentro de la membrana tirohioidea.
- **Laringocele externo.-** sobrepasa el cartílago tiroides, llegando a la vallecula, senos piriforme y cuello.

- **Laringocele mixto.-** es una combinación de tipos anteriores.

6.4. CLÍNICA

Disfonía, tos seca, tos productiva si hay infección, en el laringocele externo se le puede palpar y existir disfagia.

6.5. DIAGNÓSTICO

Son exclusivas del sexo masculino.

Laringoscopia indirecta, fibroscopia.

Radiografía lineal, TAC.

6.6. TRATAMIENTO

Las laringoceles internas pequeñas, que no dan síntomas, no requieren tratamiento, pero pueden ser extirpados mediante una marsupialización o laringoscopia directa.

Los laringoceles externos deben extirparse por abordaje cervical, realizando una disección como si se tratara de una tumoración quística y su pedúnculo debe ligarse lo más cerca posible al apéndice ventricular. No suelen recidivar

7. QUISTE LARÍNGEO

Son tumoraciones benignas de la laringe, ubicadas en cualquier zona de la luz laríngea, excepto en el borde libre de la cuerda vocal, ya que ahí no existen conductos o glándulas.

7.1. CLASIFICACIÓN

- **Quistes canaliculares.-** Se forman por destrucción de conductos colectores obstruidos, son los quistes laríngeos más frecuentes. Su localización más común es la cuerda vocal, en epiglotis, valleculas, ventrículos, bandas ventriculares, pliegues aritenoepiglóticos, cartílago aritenoides, senos piriformes y áreas subglóticas.

Por lo general su dimensión es de un centímetro de diámetro, se observan en la superficie o dentro de la mucosa. Están tapizados por epitelio pavimentoso estratificado.

- **Sintomatología.-** Suelen ser asintomáticos y ser descubiertos en un examen rutinario; los que ocupan el área de la

cuerda y bandas cursan con disfonía, tos seca, disnea.

- **Tratamiento.-** Se extirpan con microcirugía endolaríngea los pequeños, en los de tamaño considerable es mejor la marsupialización.

- **Quistes sacciformes.-** Se forman por destrucción del apéndice o sáculo del ventrículo laríngeo, son poco comunes, su tamaño varía entre 1 a 7 cm de diámetro.

Los quistes sacciformes anteriores están localizados cerca del orificio sacular, en el ventrículo anterior y muchas veces aparecen colgando en la zona anterior de la glotis.

Quistes sacciformes laterales eran considerados quistes pliegue congénitos de la laringe, se localizan en la banda ventricular, pliegue aritenoespiglotico, ventrículo, en la laringe supraglótica en toda su extensión, algunos en la membrana tirohioidea la atraviesan y se presentan en el cuello.

- **Sintomatología.-** El síntoma más común es la ronquera, en los lactantes se observa incapacidad para el llanto y dificultad respiratoria.

- **Tratamiento.-** Los quistes sacciformes pequeños suelen tratarse con resección laringoscópica, los laterales suelen ser abordados por una faringostomía entre el hioides y cartílago tiroideos; esta operación suele alterar la voz y conducir a la formación de una sinequia membranosa glótica anterior. Los quistes complicados por un infección, hay que drenarlos en primera instancia y luego programar su resección final.

En los lactantes se pueden realizar funciones aspirando su contenido, para lograr aliviar los síntomas, hasta que la laringe incremente su tamaño.

En el ventrículo laríngeo se puede presentar una diversidad de lesiones, variables en tamaño del sáculo, la comunicación de éste con la luz de la laringe y si hay inflamación o su ausencia.

El sáculo pequeño con luz aislante se puede presentar como un quiste sacciforme anterior. El sáculo grande que obstruye su luz puede presentarse como un saco aéreo, es el laringocele, que si se obstruye la luz de esta comunicación, se forma un quiste sacciforme. Su infección se reconoce como un laringopiocele.

8. TUMOR AMILOIDE

Es un tumor laríngeo debido al depósito submucoso de sustancia amiloidea.

8.1. LOCALIZACIÓN

Tercio anterior de la cuerda vocal y en la banda ventricular.

8.2. CLÍNICA

Disfonía

8.3. TIPOS

Pediculados, nodulares.

8.4. TRATAMIENTO

Quirúrgico por endolaringoscopia.

9. XANTOMA

Neoformación de coloración amarillenta, histológicamente caracterizada por grandes células de forma redondeada que acumulan tejidos lipóide, células espumosas; si el depósito es más difuso es xantelasma. Por lo común, el xantoma laríngeo no ofrece manifestación única en el organismo.

10. PSEUDOTUMOR DISQUÍSTICO DE BANDA VENTRICULAR

Son engrosamientos epiteliales de causa irritativa, pueden estenotar los conductos glandulares, sobre todo al nivel de los ventrículos, con espesamiento y acumulación de secreciones, que provocan un aumento bilateral de volumen de las bandas ventriculares.

10.1. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico diferencial con los quistes, los tumores ventriculares y las laringitis crónicas hipertróficas es difícil.

El estudio histológico muestra alteraciones glandulares.

10.2. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Excéresis por microcirugía endolaríngea.

11. PAPILOMAS

Es una afección que altera la mucosa respiratoria por el virus del papiloma humano.

11.1. FRECUENCIA

Todas las estadísticas indican es el tumor más frecuente en la infancia.

11.2. SEXO

Predomina en el sexo masculino.

11.3. EDAD

Entre 2 a 16 años, siendo más común entre 2 a 14 años.

11.4. ANTECEDENTES

Es frecuente encontrar una historia previa de padres con enfermedades de transmisión sexual: verrugas, condiloma.

11.5. ETIOPATOGENIA

Son múltiples las teorías, la más aceptada es la viral.

- a) Hay analogía estructural entre el papiloma y las lesiones como el condiloma y las verrugas.
- b) En los casos de presentación neonatal, con frecuencia se observa que la madre tiene condilomas.
- c) Hay hallazgo en el microscopio electrónico de partículas virales en el 20% casos.

11.6. LOCALIZACIÓN

En el interior de los órganos tubulares y ocupando su luz, requiere que éstos tengan contacto con el exterior como fosas nasales, boca, vagina, uretra, conducto auditivo externo, perianal.

Estas lesiones se desprenden como acúmulos de células maduras, con virus que siembran nuevas localizaciones. En la laringe la localización más frecuente es la glotis.

11.7. ANATOMÍA PATOLÓGICA

Macroscópicamente se observan tumoraciones de varios volúmenes, exofíticos, aspecto coliflor de color rosado gris, blandos y con componente mucoso.

Microscópicamente, epitelio malphigiano bien diferenciado en su superficie, que recubre los ejes conjuntivos arborescentes conectivos vasculares.

11.8. CLÍNICA

Disfonía, suele ser inicial y luego progresiva y poco valorada en los niños muy pequeños.

Disnea, se suma al avanzar el proceso y cuando existe una proliferación de tumoraciones, son muy alarmantes en aquellos casos que ocupan la glotis, la subglotis y lesiones traqueobronquitis, verrugas cutáneas.

- **Formas clínicas benignas.-** Se presenta en niños mayores de cinco años de edad, lesiones zona glótica, con recurrencias entre meses a varios años. La evolución espontánea es a la curación, hay casos que luego de tres a diez sesiones han sido necesaria, con espacios temporal de alivio mayores cada vez.
- **Forma clínica agresiva.-** Es menos frecuente, a veces dura toda la vida, las recidivas son múltiples y repetidas, se informa de recidivas mensuales, con extensiones aereodigestivas. Predominan las lesiones de glotis, subglotis, tráquea, bronquios, y pulmón. Siempre vigilar la malignización histológica.

11.9. PRONÓSTICO

No se puede hacer ningún pronóstico, la evolución de la enfermedad, podría durar años.

11.10. DIAGNÓSTICO

Mediante la laringoscopia endoscópica. Se recomienda limpiar lo posible de tumoraciones, para brindar una buena permeabilidad respiratoria.

11.11. RADIOLOGÍA

Evitar la radiación de estos pacientes al máximo.

11.12. TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

Calcioterapia, antibióticos, antiinflamatorios, antivirales, vitamina A, estrogenoterapia, Quimioterapia, podofilina, inmunoterapia, vacunoterapia autóloga, contraindicación absoluta de radiaciones: son temibles la malignización, radione-crosis y la estenosis de la laringe.

Ultrasonidos pueden aplicarse por vía percutánea o endo-laríngea.

11.13. TRATAMIENTO QUIRÚGICO

Microcirugía endolaríngea, láser es deseable.

12. ANGIOMAS

Son tumoraciones de tipo vascular, su incidencia es baja.

Angioma infantil, suelen ser de la forma cavernosa y de localización subglótica, más en sexo femenino en relación 2 a 1.

12.1. SINTOMATOLOGÍA

Asintomático al nacimiento, al promedio de tres meses de edad suelen aparecer disnea y estridor inspiratorio, estos se agravan en los procesos inflamatorios de la vía aérea, la sintomatología demora en ceder y persiste pasada la infección aguda.

Un síntoma que nos hace pensar en esta patología es el carácter fluctuante de la evolución clínica, variando de un día a otro, apareciendo en el ejercicio, la excitación y el llanto.

El timbre de la voz suele ser normal.

Es importante recordar que la mitad de estos niños tienen otro hemangioma en otra parte del cuerpo.

Generalmente se incrementan desde el nacimiento hasta los seis meses de vida o máximo hasta cumplir el primer año de edad,

luego se inicia una lenta regresión.
Algunos niños requieren la ayuda de una traqueostomía.

12.2. ANGIOMAS DEL ADULTO

Suelen localizarse en glotis o en la zona supraglótica; histológicamente cavernosos o mixtos.

12.3. DIAGNÓSTICO

Clínicamente, la radiología cuello, TAC. Laringoscopia Biopsia está contraindicada, por lesión hemorrágica.

12.4. TRATAMIENTO MÉDICO

Corticoides sistémicos, no olvidar que hay lesiones que regresan solas, sin tratamiento especial.
No se recomiendan los agentes esclerosantes por el difícil control de sus acciones y potencial peligro de estenosis cicatricial.

12.5. TRATAMIENTO RADIOTERAPIA

Se usan aplicaciones de 300 a 500 rad. hasta completar 4 000 rad. Puede inducir malignizaciones.

12.6. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Previa traqueostomía para obtener una vía aérea libre, hay ventaja con el láser e instrumental adecuado. Se usa láser argón o Yag. Tienen buena acción.