

Pólipo bilateral de cuerda vocal. Presentación de un caso clínico

Bilateral vocal cord polyp. Case report

Gonzalo Ortega F¹, Alejandra Rivadeneira R², Felipe Cardemil M¹.

RESUMEN

Los pólipos de cuerda vocal son lesiones laríngeas benignas. Se asocian a micro-traumatismos por mal uso vocal que generan remodelación de la lámina propia y el epitelio. Es más frecuente en hombres entre los veinte y cuarenta años. En la gran mayoría de los casos se presenta de manera unilateral. Si bien estas lesiones están bien documentadas en la literatura, es raro encontrar presentaciones bilaterales, por lo que su enfrentamiento y manejo puede ser discutible. Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 41 años, fumadora, que consulta por disfonía de larga data. Se diagnostican pólipos bilaterales de cuerda vocal, realizando una intervención quirúrgica en un tiempo, con un resultado favorable.

Palabras clave: Pólipo cuerda vocal, fonomicrocirugía.

ABSTRACT

Vocal cord polyps are benign laryngeal lesions. They are associated to micro traumas because of vocal misuse, generating a remodeling of the lamina propria and the epithelium. It is more common in men between twenty and forty years of age. In the vast majority of cases it unilaterally occurs. While these are well documented injuries in the literature, it is rare to find bilateral presentations, so their confrontation and management may be debatable. We present the case of a female patient, smoker, who consulted for chronic dysphonia. Bilateral vocal cord polyps were diagnosed, performing a bilateral resection with a positive outcome.

Key words: Vocal cord polyp, phonomicrosurgery.

¹ Médico Servicio de Otorrinolaringología Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile.

² Interna de Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Antofagasta, Antofagasta.

INTRODUCCIÓN

Los pólipos de cuerda vocal son lesiones laríngeas que generan disfonía persistente o fluctuante de curso crónico. Corresponden a lesiones de carácter benigno, bien circunscritas, de aspecto sésil o pediculado, gelatinosa o hialinizada, de tamaño variable que se presenta en la cuerda vocal. Generalmente son unilaterales de ubicación en la unión del tercio anterior con el tercio medio de la cuerda vocal, naciendo del borde y/o cuerpo cordal, dado ya que en este punto el estrés de impacto, las fuerzas de colisión y contacto durante la fonación, son mayores^{1,2}. Por este motivo se asocia a un fonotrauma que genere pequeñas heridas que lleven a una remodelación de la lámina propia^{2,3}. Histológicamente muestra generalmente elementos inflamatorios inespecíficos como aumento de la irrigación con infiltrado de plasmocitos y células redondas. A la inmunohistoquímica se observa una membrana basal sin alteración en su grosor, con atrapamiento de fibronectina en relación a la neovascularización y menor colágeno tipo IV en las zonas superficiales de la membrana basal⁴.

La etiología exacta de las lesiones benignas laríngeas es compleja y aún no se logra dilucidar por completo⁵. Se ha visto que el origen de los pólipos fisiopatológicamente podría corresponder a una ruptura de los capilares de espacio de Reinke posterior a un microtrauma, llevando a una respuesta inflamatoria localizada que produce una interacción epitelial-estromal con cambios en receptores que llevan a modificaciones de la membrana basal^{4,6-8}. Las causas son multifactoriales, en donde un fonotrauma asociado a los factores del individuo, como alergias y reflujo, y del ambiente, infecciones respiratorias altas, tabaquismo, consumo de alcohol y alérgenos, llevan a una respuesta ineficiente al daño⁹⁻¹¹. La presentación clínica es más frecuente en hombres entre los veinte y cuarenta años. La presentación es en la mayoría de los casos unilateral. Si bien están documentados en la literatura, es raro encontrar presentaciones bilaterales^{8,10}.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 41 años, con antecedentes de resistencia a la insulina y tabaquismo crónico activo por 25 años, con un índice de paquetes/año de 18. Asiste a policlínico por disfonía de 2 años de evolución que progresa en los últimos 9 meses, sin odinofagia, sin disfagia, sin disnea, sin baja de peso, ni adenopatías cervicales. Consulta al servicio de otorrinolaringología de nuestro hospital en donde no destacan hallazgos al examen físico. Se realiza una nasofaringolaringofibroscoopia observando una laringe eritematosa, con pólipos pediculados bilobulados en tercio anterior de ambas cuerdas vocales. Por este motivo, considerando contexto de la paciente y evolución, se realiza microfonocirugía bajo laringoscopia directa con apoyo de ópticas de 0 y 30 grados. Se realiza un abordaje mediante microflap lateral a pólipos de acuerdo a lo descrito por Rosen y Simpson, disecándolos a través del espacio de Reinke¹². Se resecan con microtijeras respetando comisura anterior, el ligamento vocal y el resto del epitelio (Figura 1). La paciente evoluciona favorablemente en controles semanales en conjunto con fonoterapia. A los dos meses del alta la paciente presenta una mejoría vocal, sin disfonía y un menor esfuerzo vocal. La nasofaringolaringofibroscoopia y telarinoscopia con estroboscopia muestran ambas cuerdas vocales epitelizadas, sin pólipos, con movilidad conservada y una onda mucosa simétrica (Figura 1). Biopsia definitiva compatible con tejido polipoideo de cuerdas vocales, sin atipias.

DISCUSIÓN

Los pólipos de presentación bilateral son ocasionales, por lo que no existe un consenso sobre el tratamiento óptimo, generando que su enfrentamiento y manejo sea discutible.

En cuanto al manejo médico de esta patología, se pueden dividir en la fonoterapia, terapias médicas generales y específicas. Respecto a la primera, se sugiere que la terapia de voz guiada

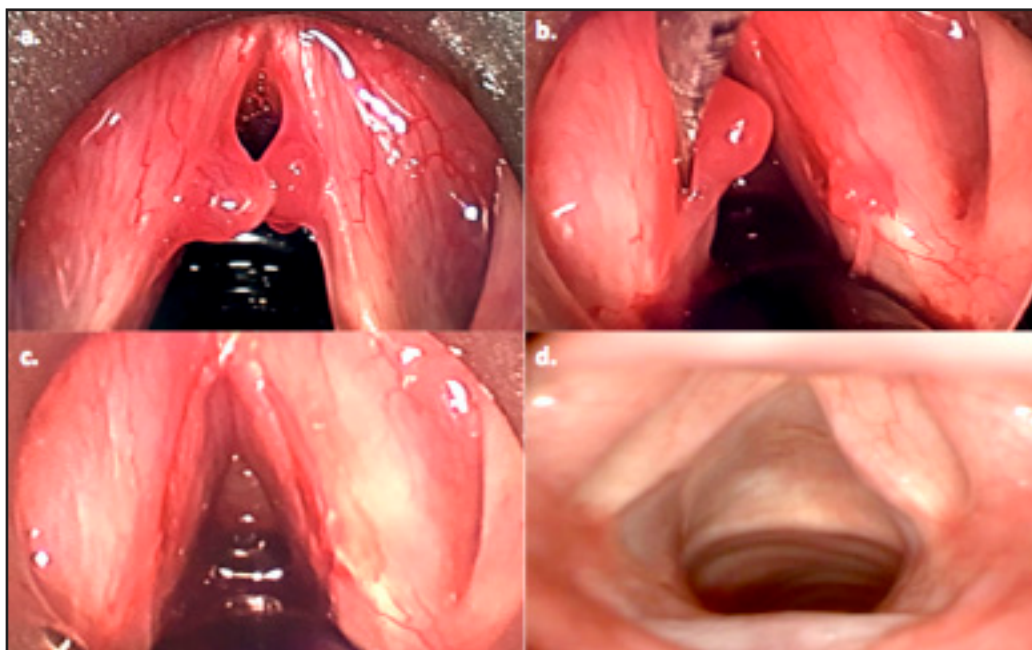


Figura 1. a. Laringoscopia directa con endoscopio de 0 grados, se observan pólipos bilaterales de tercio anterior de ambas cuerdas vocales. b,c. Resección bajo laringoscopia directa. d. Control con telaringoscopia.

por fonoaudiólogo especialista ayuda a mejorar la calidad de la voz en los pacientes¹³. Esta terapia debe considerar un programa de reposo vocal e higiene vocal, cuya principal meta es identificar los factores relacionados con el abuso o mal uso vocal del paciente, disminuyendo intensidad y el uso vocal, así como también eliminar otros factores de riesgo concomitantes. La reeducación vocal, aunque a veces se limite a un reducido número de sesiones, es tan indispensable en el tratamiento del pólipo como su extirpación quirúrgica, la cual debe ser en el pre y posoperatorio¹⁴. En determinados casos, como pólipos recientes y pequeños, la fonoterapia puede ser efectiva en resolver la patología en un periodo de 8 meses^{15,16}. Se ha descrito que la ausencia de la terapia de voz posoperatoria se asocia a una mayor tasa de recurrencia ($p = 0,02$), llegando hasta 56% de recurrencia de la disfonía sin terapia de la voz, contra una recurrencia de 22% en pacientes con terapia de voz¹⁷.

El manejo médico general apunta a eliminar los factores del paciente y ambientales con riesgo de influir en el resultado del paciente, sea con manejo antirreflujo, fundamental para el resultado posope-

ratorio, como con el cese del tabaco, el cual lleva a una mayor queratinización, displasia y degeneración hialina del pólipo¹⁸⁻²⁰. Se han descrito terapias médicas específicas para las lesiones benignas de cuerda vocal. Una de éstas es la inyección de corticoides de manera percutánea, sin embargo las tasas de recurrencia son mayores si existe abuso vocal después de la administración de la terapia corticoesteroidal en pacientes profesionales de la voz, por lo que sigue siendo una alternativa en estudio²¹.

El manejo de preferencia es el quirúrgico, realizando microfonocirugía bajo microscopía, endoscopia e incluso láser de CO_2 , demostrando una significativa mejoría en la percepción del paciente como con estudios de fonación²²⁻²⁴.

En cuanto a los resultados posoperatorios se describe la irregularidad del borde libre en el punto de implantación del pólipo extirpado, que por lo general desaparece en algunas semanas. De modo excepcional puede suceder que tras una exéresis demasiado extensa que haya cortado el ligamento vocal y afectado al tejido muscular, aparezca una muesca definitiva. Se plantea que si el paciente

presenta un granuloma de cuerda vocal en el posoperatorio, éste debe ser resecaado de manera oportuna²⁵. Respecto a la ubicación del pólipo, los ubicados en la comisura anterior son más complejos, dado que pueden generar una sinequia anterior de difícil manejo. No se ha descrito qué procedimiento realizar en caso de pólipos bilaterales de ubicación paralela. Algunos plantean dos cirugías para evitar las sinequias, sin embargo otros autores plantean un solo procedimiento quirúrgico. Nosotros optamos por realizar un procedimiento quirúrgico dada la dificultad de lograr una intervención quirúrgica en un hospital público como el nuestro.

En términos generales se ha descrito una disfonía recurrente en 30% de los pacientes en un intervalo de 5,2 años después de la cirugía y la aparición de nuevas lesiones benignas de las

cuerdas vocales como nódulos o edema de Reinke en 18% de los pacientes. La aparición de nódulos o pólipos de las cuerdas vocales pueden repetirse durante un período de 5 años, requiriendo en consecuencia seguimiento durante al menos 5 años en la práctica clínica¹⁷.

CONCLUSIÓN

Si bien las lesiones benignas de laringe están bien documentadas en la literatura, es raro encontrar presentaciones bilaterales de estas lesiones. Nosotros planteamos una intervención quirúrgica para el manejo de ambos pólipos, con un cuidado posoperatorio cercano junto al equipo de voz, con un resultado favorable.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALTMAN KW. Vocal fold masses. *Otolaryngol Clin North Am* 2007; 40(5): 1091-108.
2. TITZE IR. Mechanical stress in phonation. *J Voice* 1994; 8(2): 99-105.
3. DIKKERS FG, NIKKELS PG. Lamina propria of benign lesions of the vocal folds. *Laryngoscope* 1999; 109(10): 1684-9.
4. DIKKERS FG, NIKKELS PG. Benign lesions of the vocal folds: histopathology and phonotrauma. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1995; 104(9 pt 1): 698-703.
5. JOHNS MM. Update on the etiology, diagnosis, and treatment of vocal fold nodules, polyps, and cysts. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 11(6): 456-61.
6. BYKOVA VP, KOCHESOKOVA EA, IVANCHENKO GF, ROTOVA ID. The morphology of vocal fold polyps and mucosa in Reinke's edema. *Arkh Patol* 2015; 77(1): 30-7.
7. NUNES RB, VEDLA M, NUNES MB, PAULINO JG. Clinical diagnosis and histological analysis of vocal nodules and polyps. *Braz J Otorhinolaryngol* 2013; 79(4): 434-40.
8. MARTINS RH, DEFAVERI J, DOMINGUES MA, DE ALBUQUERQUE E SILVA R. Vocal polyps: clinical, morphological, and immunohistochemical aspects. *J Voice* 2011; 25(1): 98-106.
9. HOCEVAR-BOLTEZAR I, RADSEL Z, ZARGI M. The role of allergy in the etiopathogenesis of laryngeal mucosal lesions. *Acta Otolaryngol Suppl* 1997; 527: 134-7.
10. NAGATA K, KURITA S, YASUMOTO S, MAEDA T, KAWASAKI H, HIRANO M. Vocal fold polyps and nodules. A 10-year review of 1 156 patients. *Auris Nasus Larynx* 1983; 10: 27-35.
11. RATAJCZAK J, GRZYWACZ K, WOJDAS A, RAPIEJKO P, JURKIEWICZ D. Role of psychological factors in pathogenesis of disturbances of voice caused with vocal nodules. *Otolaryngol Pol* 2008; 62: 758-63.
12. ROSEN CA, SIMPSON B. Operative techniques in laryngology. Springer Science & Business Media; 2008 Aug 26.
13. COHEN SM, GARRETT CG. Utility of voice therapy in the management of vocal fold polyps and cysts. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 136(5): 742-6.
14. ZHUGE P, YOU H, WANG H, ZHANG Y, DU H. An Analysis of The Effects of Voice Therapy on Patients With Early Vocal Fold Polyps. 2015 Sep 21. pii: S0892-1997; (15)00: 189-7.
15. JEONG WJ, LEE SJ, LEE WY, CHANG H, AHN SH. Conservative management for vocal fold polyps. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2014; 140(5): 448-52.

16. NAKAGAWA H, MIYAMOTO M, KUSUYAMA T, MORI Y, FUKUDA H. Resolution of vocal fold polyps with conservative treatment. *J Voice* 2012; 26(3): e107-10.
17. BÉQUIGNON E, BACH C, FUGAIN C, GUILLERÉ L, BLUMEN M, CHABOLLE F, WAGNER I. Long-term results of surgical treatment of vocal fold nodules. *Laryngoscope* 2013; 123(8): 1926-30.
18. EFFAT KG, MILAD M. A comparative histopathological study of vocal fold polyps in smokers versus non-smokers. *J Laryngol Otol* 2015; 129(5): 484-8.
19. CHUNG JH, TAE K, LEE YS, JEONG JH, CHO SH, KIM KR, PARK CW, HAN DS. The significance of laryngopharyngeal reflux in benign vocal mucosal lesions. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009; 141(3): 369-73.
20. KANTAS I, BALATSOURAS DG, KAMARGIANIS N, KATOTOMICHELAKIS M, RIGA M, DANIELIDIS V. The influence of laryngopharyngeal reflux in the healing of laryngeal trauma. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2009; 266(2): 253-9.
21. LEE SW, PARK KN. Long-term efficacy of percutaneous steroid injection for treating benign vocal fold lesions: A prospective study. *Laryngoscope* 2016 Mar 12.
22. ZHOU Z, GE P, LIU Q, LIU M, ZHANG W. Observation of the dysphonia severity index in evaluating curative effect of vocal cord polyp surgery. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi* 2015; 50(8): 673-6.
23. PETROVIC-LAZIC M, JOVANOVIĆ N, KULIĆ M, BABAC S, JURISIC V. Acoustic and perceptual characteristics of the voice in patients with vocal polyps after surgery and voice therapy. *J Voice* 2015; 29(2): 241-6.
24. YANG C, SUN Q, CHEN L, LUO Y, ZHANG S, LIU H, LIU Y. Observation of postoperative recovery time with different surgical procedures for treatment of vocal polyps. *Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi* 2014; 28(8): 564-5.
25. QIU Z, JIANG X, YUAN X. A case of vocal cord contact granuloma after vocal cord polyp surgery. *Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi* 2016; 30(2): 152-3.

Dirección: Felipe Cardemil M.

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital San Juan de Dios - Facultad de Medicina, Universidad de Chile

E mail: felipecardemil@med-uchile.cl