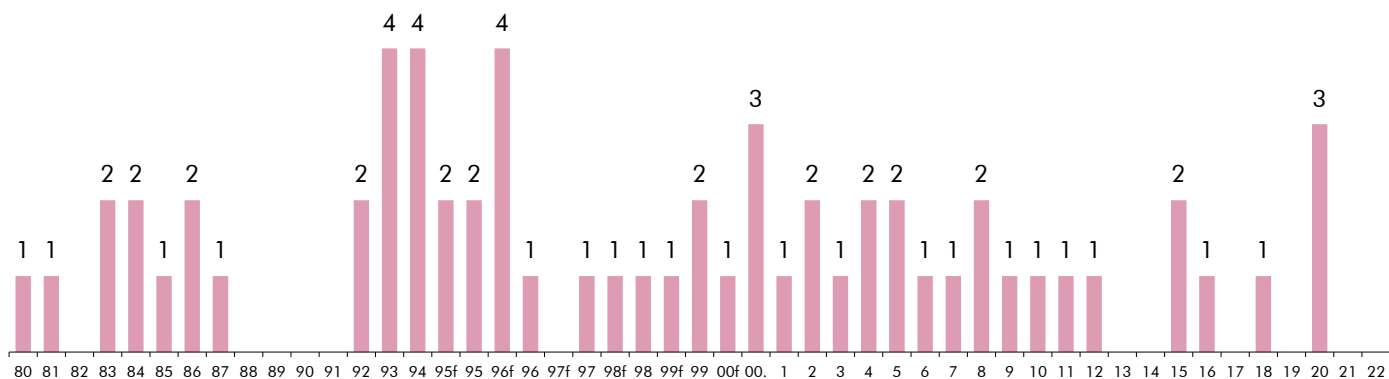




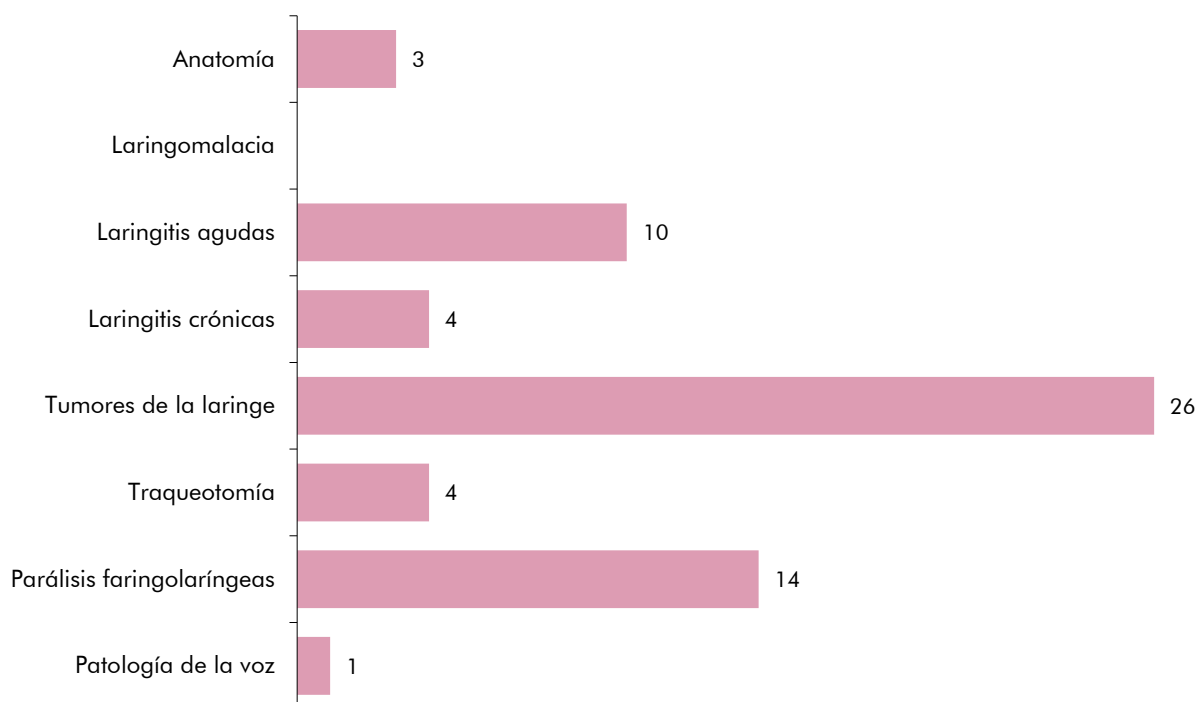
Laringe

IV

Número de preguntas del capítulo en el MIR



Número de preguntas de cada tema



Imprescindible

Es un capítulo **muy rentable**, del que prácticamente todos los años sale una pregunta en el MIR.

La enfermedad más preguntada de este apartado es la **epiglotitis**, de etiología bacteriana, que cursa con fiebre, dolor de garganta, estridor inspiratorio continuo, disnea, disfagia, babeo y voz gangosa o apagada. Se trata con cefalosporinas de 3ª generación (4MIR).

El tema que reúne el mayor número de preguntas es el de **tumores de laringe** (benignos y cáncer de laringe):

- **Nódulos de las cuerdas vocales**: lesión benigna, bilateral y simétrica, que se debe a alteraciones funcionales de la voz (4MIR).
- El **cáncer laríngeo** más frecuente es el carcinoma epidermoide, y su causa más frecuente es el tabaco (2MIR). Se clasifican en supraglóticos, glóticos y subglóticos. En España la localización más frecuente del cáncer de laringe es la supraglótica. El **cáncer de supraglotis** se caracteriza por antecedentes de tabaquismo y/o alcoholismo, sensación de cuerpo extraño al tragar, parestesias faríngeas, otalgia refleja y adenopatías cervicales (6MIR). El primer síntoma de los **tumores glóticos** suele ser una disfonía persistente y progresiva. Las adenopatías metastásicas **no** son frecuentes en esta sub-localización laríngea (4MIR).

El segundo tema que mayor número de preguntas incluye es el de las **parálisis faringolaríngeas**:

- La **parálisis del nervio laríngeo superior** cursa con disfonía leve, anestesia laríngea por encima de la glotis y *aspiración* de alimentos (3MIR).
- La causa más frecuente de **parálisis del nervio laríngeo inferior o recurrente** es la cirugía tiroidea. La **lesión unilateral** del nervio recurrente produce parálisis de la cuerda vocal, con voz bitonal y cuerda vocal en posición paramediana. La **lesión bilateral** produce disnea (2MIR).



La localización ideal para realizar una **traqueotomía** es entre el segundo y el tercer anillo traqueal (3MIR).

Es importante conocer el **diagnóstico diferencial** entre:

- Las distintas formas de laringitis infantiles, especialmente la **epiglotis** (laringitis *supraglótica*) y laringitis *subglótica*
- Los distintos tumores benignos de la laringe, sobre todo los **nódulos vocales**, los **pólipos** y el **edema de Reinke**.
- El **cáncer de laringe supraglótico y el glótico**, sobre todo las diferencias en su presentación, clínica, pronóstico y tratamiento.
- Las **parálisis del nervio laríngeo superior y parálisis del nervio laríngeo inferior o recurrente**.

CAUSAS MÁS FRECUENTES

La causa más frecuente de ...	es...
Disnea de causa laríngea en el recién nacido	Laringomalacia
Disnea de causa laríngea en el niño	Crup viral (laringitis subglótica)
Disnea de causa laríngea en el adulto	Tumores de laringe
Laringitis aguda en el adulto	Virus
Cáncer de laringe	Carcinoma epidermoide (MIR)
Parálisis del nervio recurrente	Cirugía del tiroides

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: LARINGITIS AGUDAS NIÑO

	EPIGLOTITIS AGUDA (MIR)	LARINGITIS SUBGLÓTICA	LARINGITIS ESTRIDULOSA (MIR)
Sinonimias	Laringitis supraglótica Crup Bacteriano	Laringo-traqueitis Crup viral	Laringitis espasmódica Falso Crup
Edad	2-7 años	3 meses-5 años	1-6 años
Etiología	Bacteriana (MIR)	Viral (Parainfluenzae)	
Obstrucción	Supraglótica	Subglótica	Espasmo laríngeo
Comienzo	Brusco (MIR)	Progresivo	Brusco (MIR)
Estridor	Inspiratorio	Inspiratorio y espiratorio (MIR)	Inspiratorio (MIR)
Babeo	Sí (MIR)	No	
Fiebre	Sí (MIR)	No	
Tos	No	Perruna	Seca y ronca (MIR)
Intubación o traqueotomía	Frecuente	Rara	No
Pronóstico	Muy grave	Menos grave	Resolución espontánea

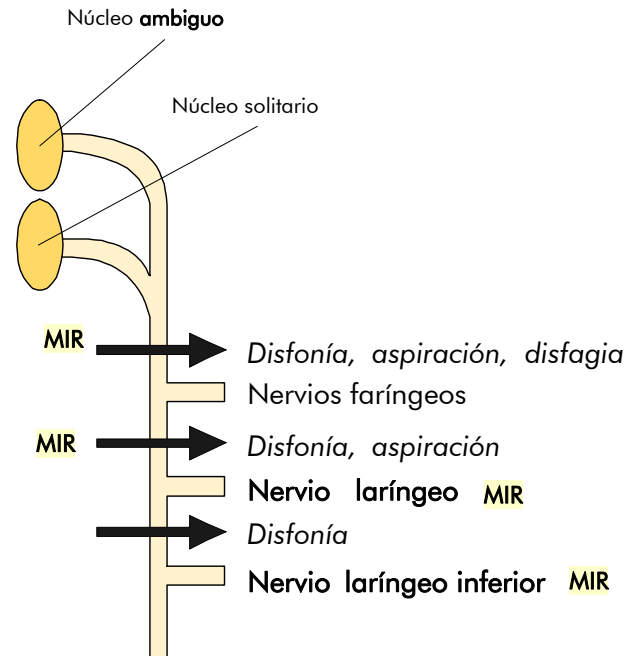
SIGNOS DE PRESENTACIÓN

El signo de presentación de ...	Es....
Cáncer de laringe supraglótico	Picor faríngeo. Disfagia. Adenopatías laterocervicales (3MIR)
Cáncer de laringe glótico	Disfonía (MIR)

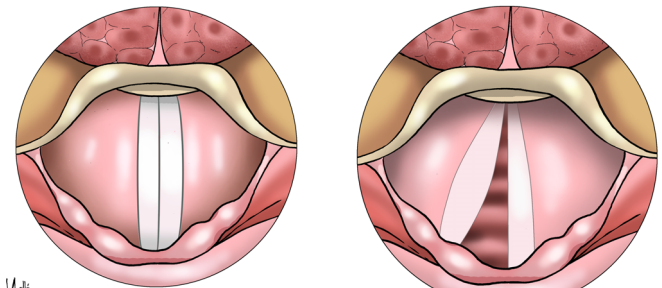
CLAVES PARA LOS CASOS CLÍNICOS

Sopear....	Ante...
Cáncer de laringe	Adulto con ronquera de más de 3 semanas de duración (MIR)

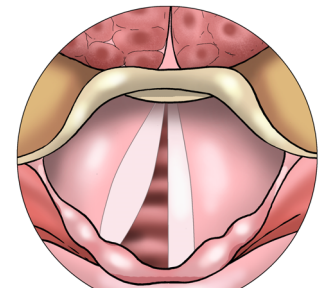
CLÍNICA DE LAS LESIONES DEL VAGO



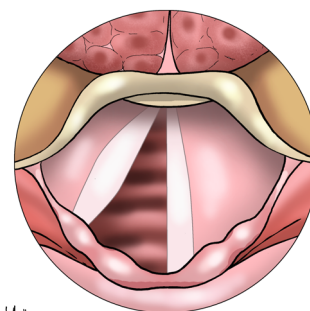
POSICIONES DE LAS CUERDAS VOCALES (FISIOLÓGICAS Y PATOLÓGICAS)



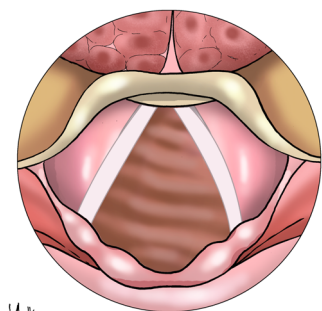
Posición de fonación



Posición paramediana:
parálisis recurrente
izquierda



Posición intermedia:
parálisis laríngea total
izquierda



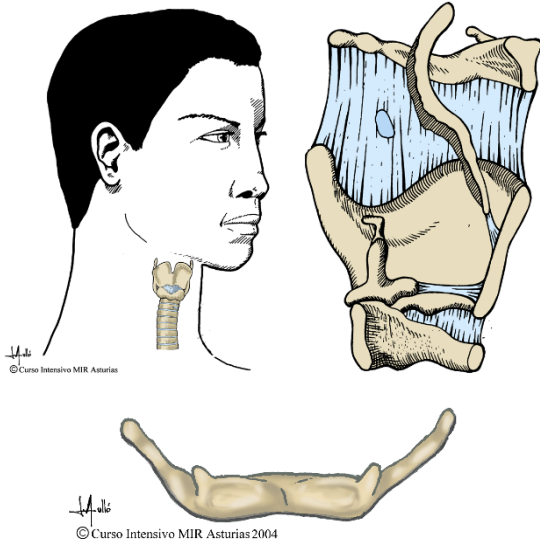
Posición de respiración



1. Anatomía

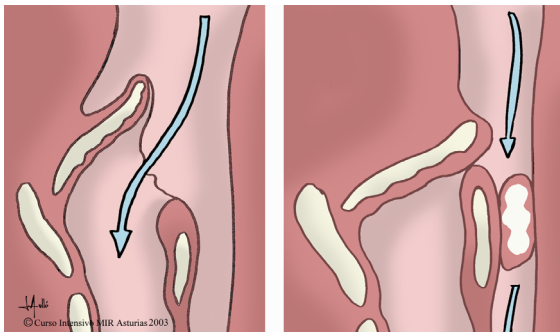
La laringe tiene funciones respiratoria, tusígena, protectora y fonadora.

La laringe está suspendida del hueso hioides por medio de la **membrana tirohioidea** y los ligamentos tiroideos laterales. **El hioides se situa en la posición más craneal de la laringe (MIR).**

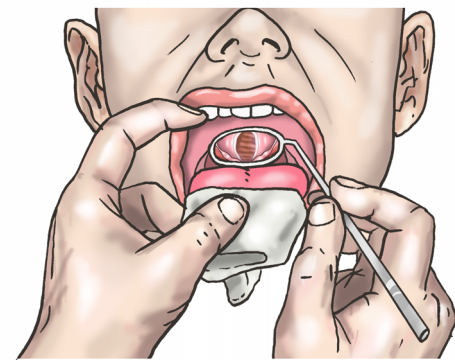


Hueso hioides y su relación con los cartílagos de la laringe

La **epiglotis** delimita la **apertura laríngea** y su posición varía en función de la posición lingual (MIR).



Cruce de las vías respiratoria y digestiva. La epiglotis cierra la vía respiratoria durante la deglución para evitar aspiraciones

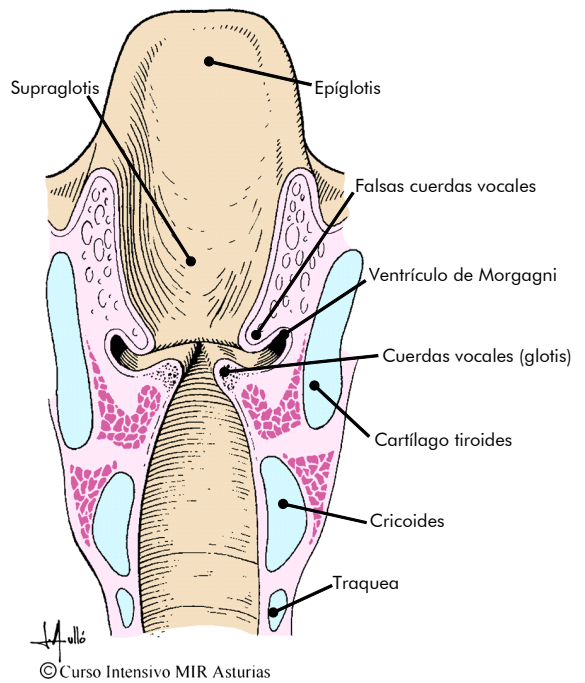


Laringoscopia indirecta. Cuando un paciente es difícil de explorar por razones anatómicas mediante laringoscopia indirecta, también lo suele ser mediante la directa

Las **cuerdas vocales falsas** se sitúan craneales a las **cuerdas vocales verdaderas** (MIR).

El **ventrículo de Morgagni** separa la supraglotis de la glotis y se sitúa entre las bandas ventriculares o cuerdas vocales falsas (por arriba) y las cuerdas vocales verdaderas (por abajo).

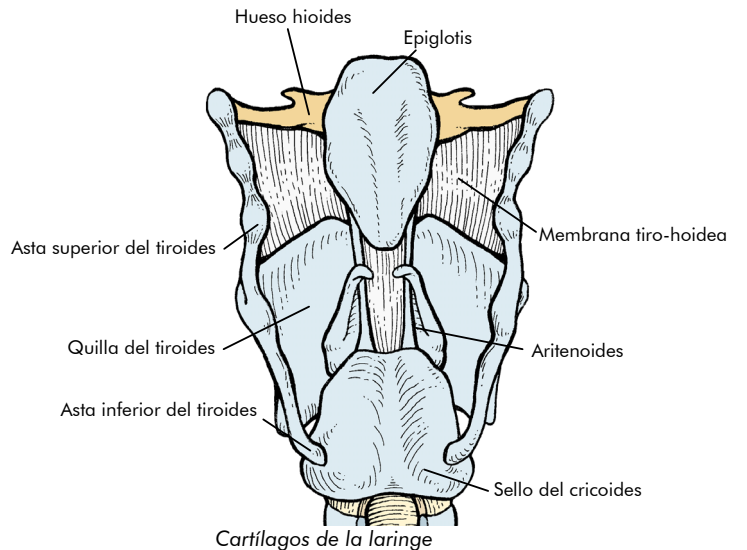
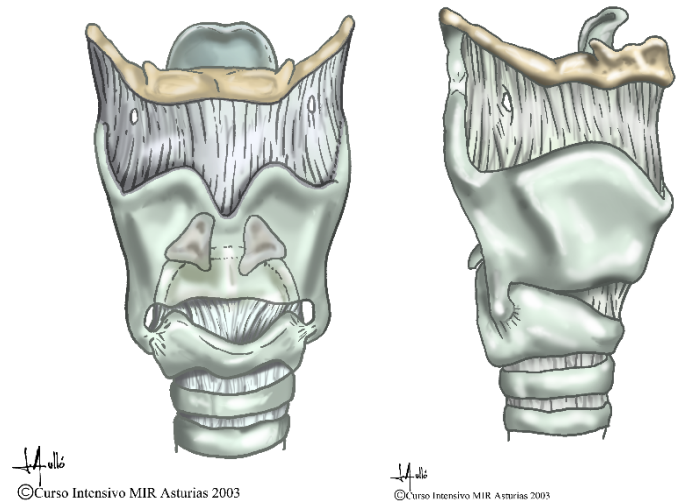
Las **cuerdas vocales** están formadas por el músculo vocal tiroaritenoides, el ligamento vocal, el espacio de Reinke y la mucosa superficial.

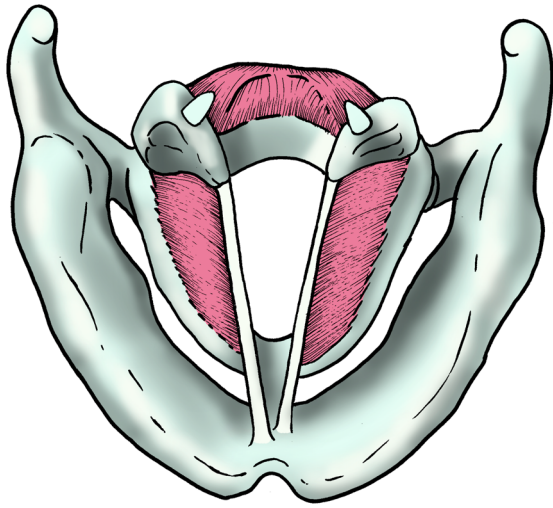


1.1. Cartílagos de la laringe

El esqueleto de la laringe está formado por los cartílagos **tiroides, cricoides y aritenoides** (cartílagos hialinos), por la **epiglotis** (cartílago elástico) y los **cartílagos accesorios de Santorini y Wrisberg** (cartílagos fibroelásticos, sin importancia funcional).

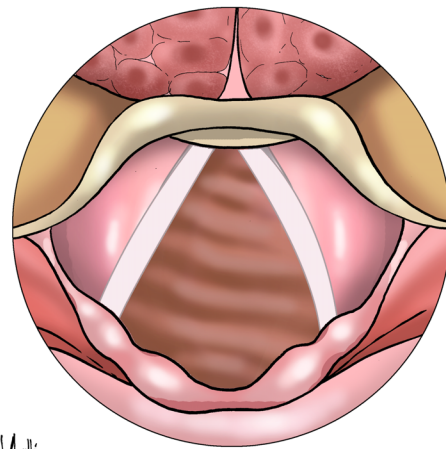
El tipo más frecuente de lesión traumática laríngea es la luxación del cartílago aritenoides





©Curso Intensivo MIR Asturias 2003

Glottis



©Curso Intensivo MIR Asturias 2003

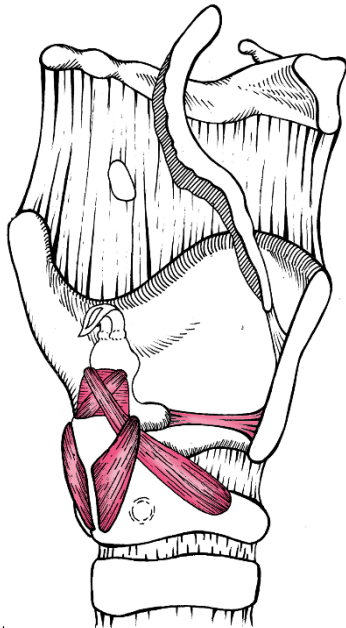
Posición de respiración

1.2. Músculos de la laringe

A. INTRÍNSECOS DE LA LARINGE

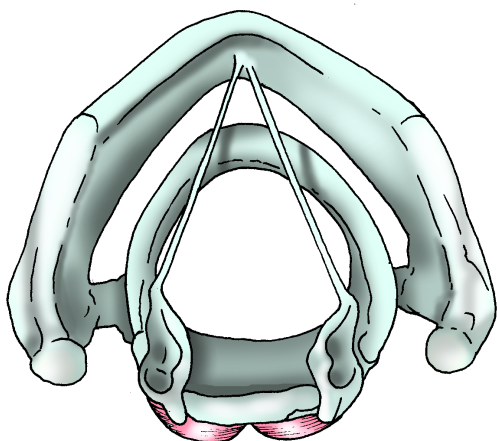
a. DILATADORES DE LA GLOTIS:

Cricoaritenoideos posteriores o **músculo posticus** (es el único músculo dilatador de la laringe)



©Curso Intensivo MIR Asturias 2003

El músculo cricoaritenoideo posterior es el único músculo dilatador de la glottis.

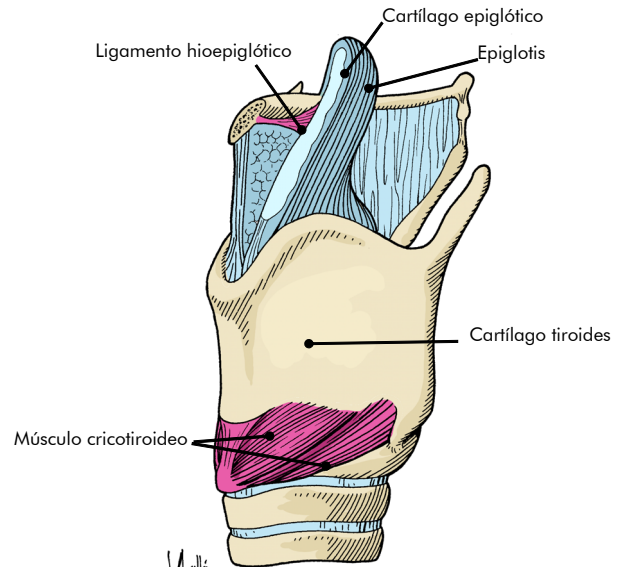


©Curso Intensivo MIR Asturias 2003

Músculos dilatadores de la glottis (cricoaritenoideos posteriores)

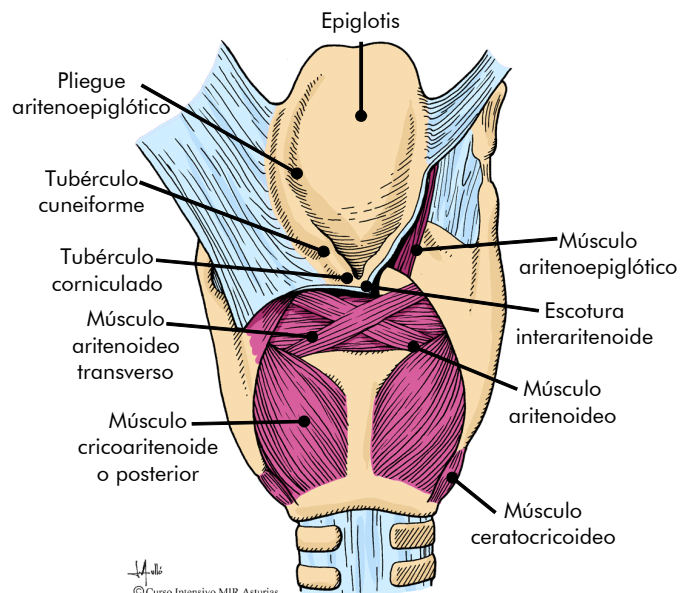
b. APROXIMADORES DE LA GLOTIS:

El resto de los músculos intrínsecos de la laringe son aproximadores: **cricotiroideo** o **músculo anticus** (músculo tensor de las cuerdas vocales, el único músculo inervado por el nervio laríngeo superior), **cricoaritenoideos laterales**, **interaritenoideo** (único músculo intrínseco impar y medio), **tiroaritenoideos**, **aritenopiglóticos** y **músculo vocal**.



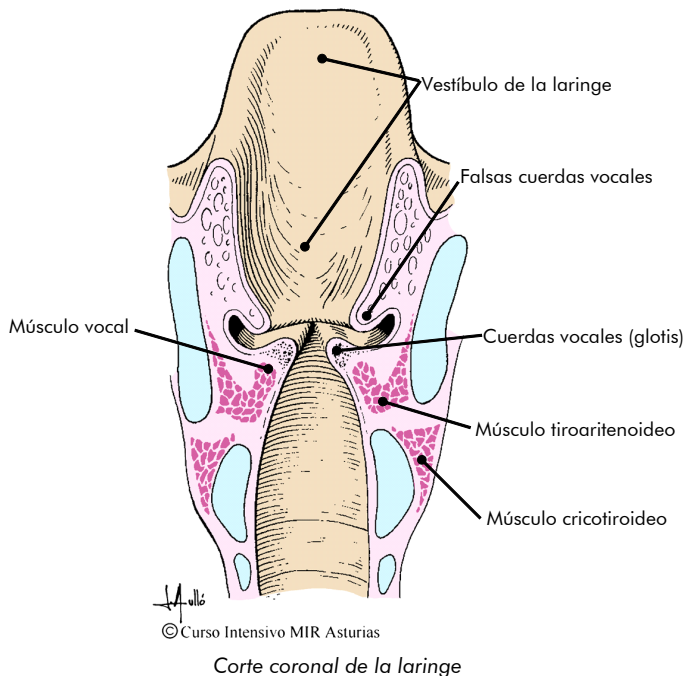
©Curso Intensivo MIR Asturias

Visión anterolateral de la laringe



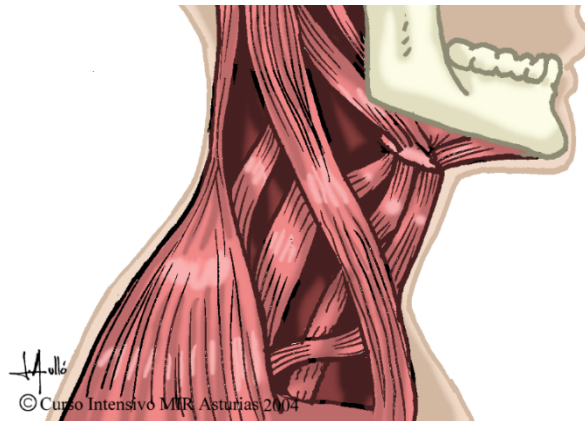
©Curso Intensivo MIR Asturias

Visión posterior de la laringe y sus músculos intrínsecos

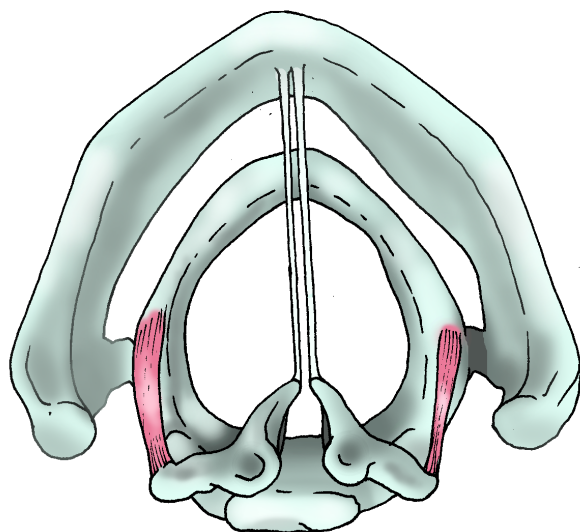


B. EXTRÍNSECOS O MÚSCULOS PRELARÍNGEOS

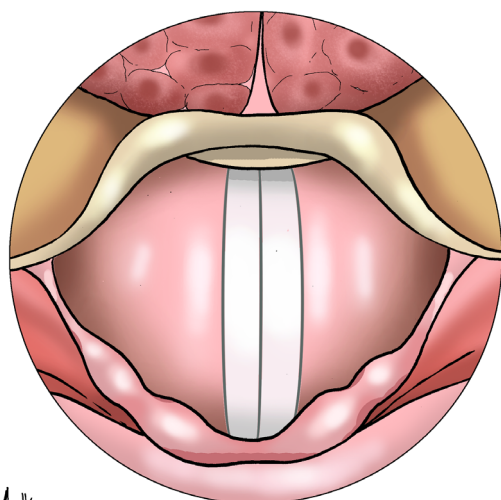
Esternohiideo, omohiideo, esternotiroideo y tirohiideo (MIR). Están inervados por el asa descendente del hipogloso.



El músculo tirohiideo forma parte de la musculatura extrínseca de la laringe y **no** actúa sobre las cuerdas vocales.



Músculos aproximadores de la glotis



©Curso Intensivo MIR Asturias 2003

Posición de fonación

1.3. Inervación de la laringe

La laringe recibe inervación del X par por medio de los nervios **laríngeo superior** y **laríngeo inferior** o recurrente.

A. INERVACIÓN MOTORA

a. NERVIOS LARÍNGEO SUPERIOR, RAMA EXTERNA

- Inerva el **músculo cricotiroido** o tensor de las cuerdas vocales.
- *La lesión unilateral de este nervio produce fatiga de la voz y pérdida del timbre de la misma (MIR)*

b. NERVIOS LARÍNGEO INFERIOR O RECURRENTE:

- *Inerva el resto de los músculos intrínsecos de la laringe (MIR).*
- *La lesión unilateral de este nervio produce disfonía y voz bitonal (5MIR). La cuerda vocal paralizada se coloca en posición paramediana (MIR)*
- *El nervio laríngeo recurrente rodea, formando un asa, a la arteria subclavia en el lado derecho y al arco aórtico en el lado izquierdo. Es más frecuente la lesión del recurrente izquierdo por su mayor trayecto intratorácico donde rodea al cayado de la aorta (MIR).*
- *Las causas más frecuentes de parálisis recurren son la cirugía de la glándula tiroidea (MIR), el cáncer broncopulmonar y los tumores mediastínicos.*



REGLA NEMOTÉCNICA

El nervio laríngeo **INFERIOR** Inerva la musculatura **INTRÍNSECA** de la laringe (a excepción del m. cricotiroido).

Inferior = musculatura **I**ntrínseca

B. INERVACIÓN SENSITIVA

a. NERVIOS LARÍNGEO SUPERIOR, RAMA INTERNA:

- Se encarga de la sensibilidad de la laringe *por encima* de las cuerdas vocales.
- *Su lesión produce anestesia laríngea y aspiración por falsas vías (3MIR).*

b. NERVIOS LARÍNGEO INFERIOR O RECURRENTE:

- Sensibilidad *por debajo* de las cuerdas vocales.



REGLA NEMOTÉCNICA

El nervio laríngeo **SUPERIOR** está encargado de la **SENSIBILIDAD** de la laringe por encima de la glotis, y del músculo cricotiroido (ó tensor de las cuerdas vocales).

Superior = **S**ensibilidad (+ m. cricotiroido o tensor)



2. Laringomalacia

A. EPIDEMIOLOGÍA

- Es la anomalía congénita más frecuente de la laringe.
- La laringomalacia es la causa más frecuente de estridor en el recién nacido.

B. PATOGENIA

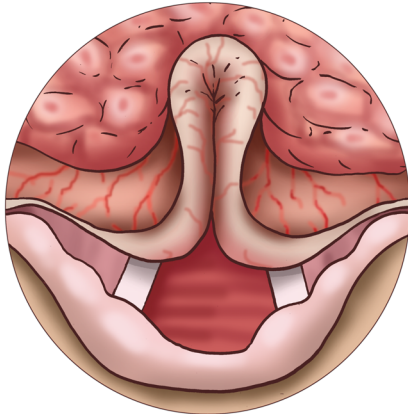
Calcificación insuficiente del esqueleto laríngeo y falta de consistencia, sobre todo, de la epiglotis

C. CLÍNICA

Estridor *inspiratorio*.

D. MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

Laringoscopia: epiglotis en forma de hendidura (omega Ω), blanda, que cae durante la inspiración, cerrando la laringe.



©Curso Intensivo MIR Asturias 2003

Laringomalacia

E. TRATAMIENTO

Observación (en el transcurso de unos meses los cartílagos se hacen más consistentes y desaparecen los síntomas). Traqueotomía en casos excepcionales.

3. Laringitis agudas

3.1. Laringitis agudas del niño

El signo más importante es la *disnea laríngea* (inspiración lenta y penosa con mucho esfuerzo). La aparición de *cianosis* en los labios es el *primer signo de gravedad*.

A. CRUP DIFTÉRICO

a. ETIOLOGÍA

Corynebacterium diphtheriae.

b. EPIDEMIOLOGÍA

Muy raro en la actualidad por las vacunaciones.

c. CLÍNICA

Membranas blancogrisáceas en la laringe.

d. TRATAMIENTO

Puede requerir traqueotomía. Antitoxina diftérica y penicilina o eritromicina.

B. LARINGITIS SUPRAGLÓTICA, EPIGLOTITIS AGUDA O CRUP BACTERIANO

a. ETIOLOGÍA:

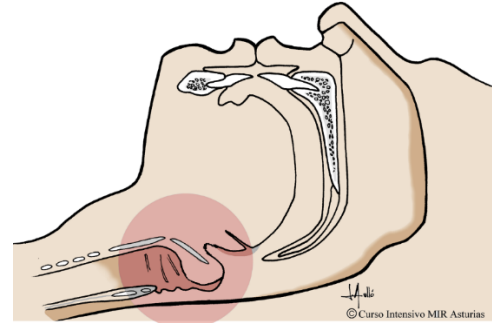
- El germen causal más frecuente de la epiglotitis aguda infantil *era* el *Haemophilus influenzae* tipo B (3MIR). La vacunación contra el H. Influenzare ha disminuido la incidencia de epiglotitis por Hib en la infancia en más del 90 %
- Recientemente se cita en algunos textos al *Streptococo beta-hemolítico del grupo A* como la causa más frecuente en niños y en adultos. También la producen neumococo, estafilococo, E. coli y anaerobios.

b. EPIDEMIOLOGÍA:

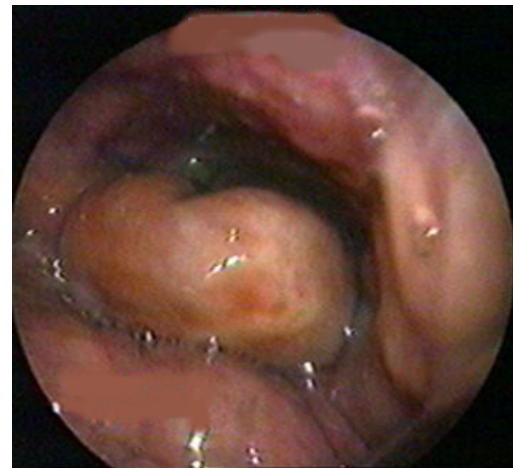
Niños de 2-7 años. La epiglotitis se ve raramente en adultos

c. CLÍNICA:

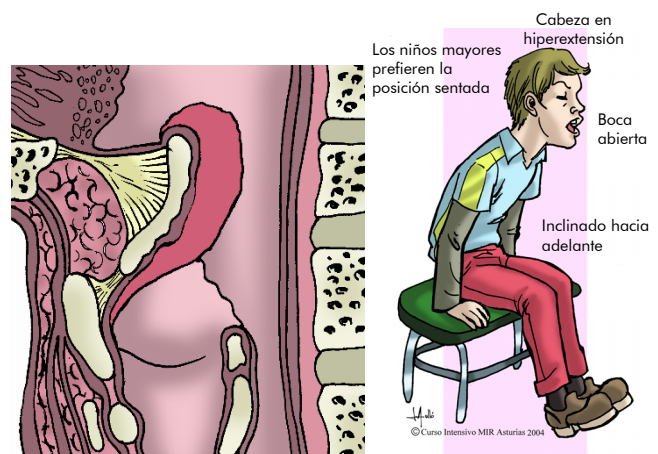
Comienzo brusco (MIR). Estado tóxico. Fiebre, dolor de garganta (3MIR). Estridor (2MIR) inspiratorio continuo (el estridor originado por obstrucción por encima de la tráquea suele ser inspiratorio). Disnea. Disfagia. Expulsión de secreciones (babeo, 2MIR) por dificultad para tragar por el dolor. Voz gan-gosa o apagada (en "patata caliente", MIR). Típicamente el paciente adopta la posición de sentado hacia delante con la boca abierta (posición de trípode), y babea (MIR). Es una **emergencia** médica con gran riesgo de obstrucción de la vía respiratoria. A diferencia de otras disneas laríngeas en las que el paciente está agitado induciendo el tiraje, en la epiglotitis se encuentra estático, evitando esfuerzos que agraven la situación.



Obstrucción de las vías respiratorias por una epiglotitis



La epiglotis es de color rojo cereza y está muy inflamada



Postura por epiglotitis. Típicamente el paciente adopta la posición de sentado hacia delante con la boca abierta, y babea

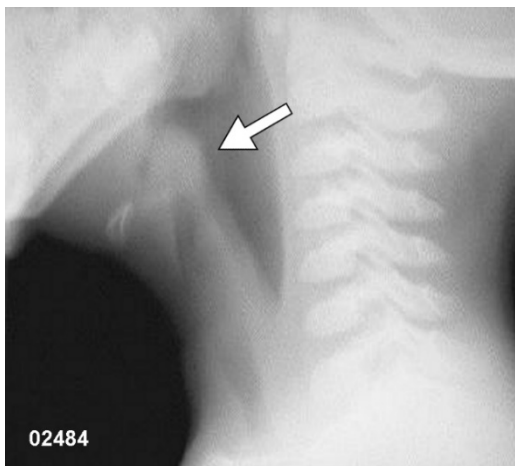
MIR 20 (11656): Acude a urgencias un niño de 3 años con sus padres porque el niño ha presentado de manera aguda y brusca fiebre alta, escalofríos, estridor, disnea, voz apagada y babeo. ¿Cuál es la sospecha diagnóstica más probable?:

1. Laringotraqueítis aguda.
2. Edema angioneurótico de la laringe.
3. Amigdalitis aguda.
4. Epiglotitis. *



d. MÉTODOS COMPLEMENTARIOS:

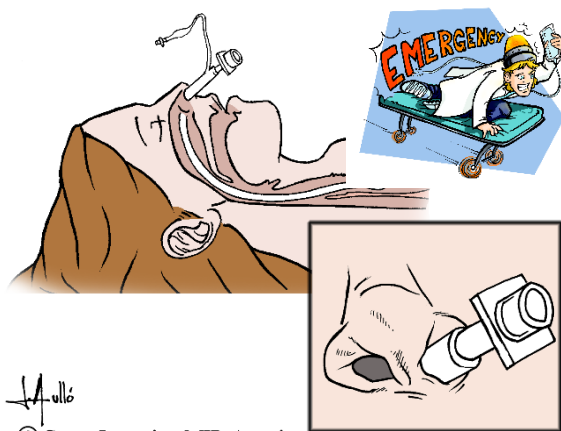
El hecho de deprimir la lengua al explorar una posible epiglotitis, puede empeorar la disnea o desencadenar una parada respiratoria. **No se debe explorar la garganta fuera de un medio hospitalario adecuado** (por ejemplo, un quirófano), pues se puede precipitar la oclusión completa de la vía respiratoria (**la laringoscopia indirecta está contraindicada**). La radiografía lateral del cuello puede mostrar una epiglotis engrosada (MIR), descrita como "signo del dedo gordo".



Radiografía cervical lateral que muestra una obstrucción parcial de la vía aérea en una epiglotitis.

e. TRATAMIENTO:

Es una urgencia. Hospitalizar. 2/3 de los niños necesitan intubación o traqueotomía. Humidificación. Monitorización con pulsioxímetro. Antibióticos: cefalosporina de tercera generación e.v (cefotaxima) o ampicilina/sulbactam. Los corticoides no han demostrado su eficacia en esta enfermedad.



Los pacientes con epiglotitis aguda requieren frecuentemente de control de la vía aérea mediante intubación o traqueotomía.

C. LARINGITIS SUBGLÓTICA, LARINGOTRAQUEITIS O CRUP VIRAL

a. ETIOLOGÍA: Virus Parainfluenza 1.

b. EPIDEMIOLOGÍA:

- Es mucho más frecuente que la epiglotitis aguda, y menos grave.
- Es la causa más frecuente de disnea de causa laríngea en la infancia (en el recién nacido la causa más frecuente es la laringomalacia y en el adulto los tumores).
- Afecta a niños de 3 meses a 5 años.

c. CLÍNICA:

Antecedente catarral. Comienzo progresivo en varios días. Estridor sólo con stress (el estridor originado por obstrucción en la subglotis o tráquea suele ser inspiratorio y espiratorio, MIR). Tos perruna. Ronquera. Normalmente puede deglutir las secreciones. Normalmente sin fiebre.

d. TRATAMIENTO:

Rara vez es necesario intubar.



Antecedente catarral en paciente con laringitis subglótica

D. LARINGITIS ESTRIDULOSA, LARINGITIS ESPASMÓDICA O FALSO CRUP

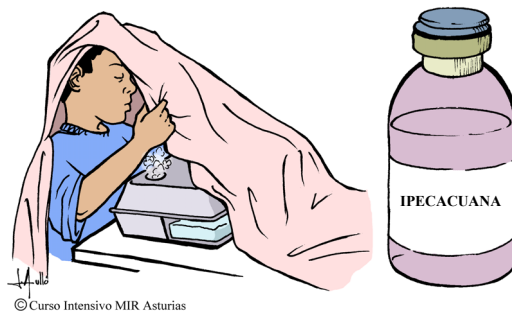
a. EPIDEMIOLOGÍA: Rara. Afecta a niños entre 1 y 6 años de edad. Más frecuente en varones y en invierno.

b. PATOGENIA: Espasmo de la laringe.

c. CLÍNICA: Comienzo brusco, frecuentemente durante el sueño (MIR). Dificultad respiratoria intensa, estridor inspiratorio y tos seca y ronca (MIR). No hay fiebre ni alteración del estado general (no es un cuadro infeccioso). La evolución es rápidamente favorable, y termina de forma brusca en el plazo de una hora, muchas veces con un vómito.

d. EVOLUCIÓN: Resolución espontánea. Puede recurrir.

e. TRATAMIENTO: Vapor de agua (meter al niño en el cuarto de baño con la ducha caliente abierta). Inducir el vómito con una cucharadita de ipecacuana. Antiespasmódicos, broncodilatadores y sedantes. Se puede prescindir de antibióticos y corticoides.



Humedad ambiental para el tratamiento de la laringitis estridulosa. Se puede inducir el vómito con una cucharadita de ipecacuana

REPOS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LARINGITIS DE LOS NIÑOS	REPOS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LARINGITIS DE LOS NIÑOS		
	Laringitis supraglótica Crup Bacteriano	Laringotraqueitis Crup viral	Laringitis espasmódica Falso Crup
Edad	2-7 años	3 meses-5 años	1-6 años
Etiología	Bacteriana Haemophilus (MIR)	Viral Parainfluenzae	
Obstrucción	Supraglótica	Subglótica	Espasmo larínge
Comienzo	Brusco (MIR)	Progresivo	Brusco (MIR)
Estridor	Inspiratorio	Inspiratorio y espiratorio	Inspiratorio (MIR)
Babeo	Sí (MIR)	No	No
Fiebre	Sí (MIR)	No	No
Tos	No	Perruna	Seca y ronca (MIR)
Intubación o traqueotomía	Frecuente	Rara	No
Pronóstico	Muy grave	Menos grave	Resolución espontánea



REPASO: TIPOS DE E ESTRIDOR	
Estridor	Localización de la obstrucción
Inspiratorio	Obstrucción en supraglotis
Inspiratorio + Espiratorio	Obstrucción en subglotis y tráquea (MIR)

REPASO	
Edad	Causa más frecuente de disnea laríngea
Recién nacido	Laringomalacia
Niño	Laringitis subglótica
Adulto	Tumores

3.2. Laringitis agudas del adulto

A. EPIGLOTITIS

- Es mucho más rara y, por lo general, de curso más benigno que la epiglotitis del niño.
- Los gérmenes causales pueden ser *estreptococo grupo A*, *H. Influenzae* (2MIR), neumococo, *H. Parainfluenzae*, y estafilococo.
- El cuadro se inicia con molestias países i que progresan rápidamente a dolor intenso de garganta que impide la deglución, fiebre, escalofríos, deglución dolorosa, disnea, voz apagada, escape comisural de saliva, orofaringe eritematosa con edema de úvula, región cervical anterior edematosa (3MIR). El paciente permanece sentado e inclinado hacia delante para facilitar la respiración (MIR).
- Leucocitosis con desviación izquierda (MIR).
- Radiografía lateral de cuello: edema de partes blandas a nivel supraglótico (MIR).
- El examen con fibroscopio en quirófano permite confirmar el diagnóstico: la epiglotis es de color rojo cereza y está muy inflamada (MIR).
- Tratamiento: Ingreso hospitalario, tratamiento I.V. con corticoides y cefalosporina de 3ª generación, y vigilancia estrecha de la evolución (MIR).

REPASO	
La causa más frecuente de ...	es...
Otitis media supurada	Neumococo y Haemofilus y Moraxella catarrhalis
Epiglotitis en el adulto	Haemophilus (2MIR)

MIR 06 (8433): Con historia previa de cuadro catarral, un hombre de 30 años inicia molestias faringéas que progresan rápidamente a dolor intenso de garganta que impide la deglución, y fiebre. Al ser asistido, se niega a acostarse en camilla, permaneciendo sentado e inclinado hacia delante. El diagnóstico más probable será:

- Laringitis catarral aguda.
- Amigdalitis bacteriana.
- Angina de Ludwick.
- Edema de Reinke.
- Epiglotitis bacteriana. *

MIR 09 (9203): Varón de 50 años que acude a la urgencia de un hospital con fiebre de 38,5°C, odinofagia intensa y voz gangosa, de 2 horas de evolución. Se establece el diagnóstico de epiglotitis aguda. Señalar la actitud más correcta de las que se relacionan a continuación:

- Prescribir corticoides asociados a amoxicilina-clavulánico por vía oral, y alta hospitalaria.
- Práctica de traqueotomía e ingreso ante la eventual aparición de disnea severa.
- Toma de muestra para hemocultivo, posponiendo el tratamiento hasta conocer el resultado de aquél.
- Intubación orotraqueal e ingreso en UVI.
- Ingreso hospitalario, tratamiento I.V. con corticoides y cefalosporina de 3ª generación, y vigilancia estrecha de la evolución.*

B. LARINGITIS AGUDA

a. ETIOLOGÍA:

- Virus: la causa más frecuente de laringitis aguda en el adulto y en el niño son las infecciones víricas.
- Bacterias: estreptococo, neumococo.

b. CLÍNICA:

El síntoma principal es la disfonía, a diferencia de la laringitis del niño en la que predomina la disnea laríngea. Ronquera. Dolor al hablar y al tragar. Tos. Garganta seca.

c. LARINGOSCOPIA:

Laringe edematosa y eritematosa.

d. TRATAMIENTO:

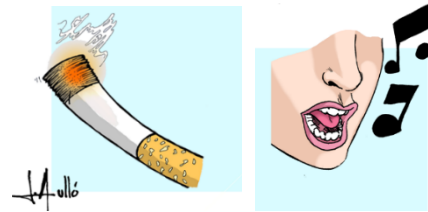
Reposo de voz. No fumar. Penicilina si es de causa bacteriana.

4. Laringitis crónica

4.1. Laringitis crónicas no específicas

A. ETIOLOGÍA

Inflamación crónica de las cuerdas vocales por tabaco, alcohol, polución, excesos vocales, sinusitis crónica, etc.



Factores predisponentes para la laringitis crónica: tabaco y excesos vocales

B. CLÍNICA

Disfonía que dura semanas o meses. Tos seca. No hay dolor o éste es muy escaso.

C. LARINGOSCOPIA

Cuerdas rojas y engrosadas. La biopsia puede demostrar displasia (cambios pre malignos)

D. TRATAMIENTO

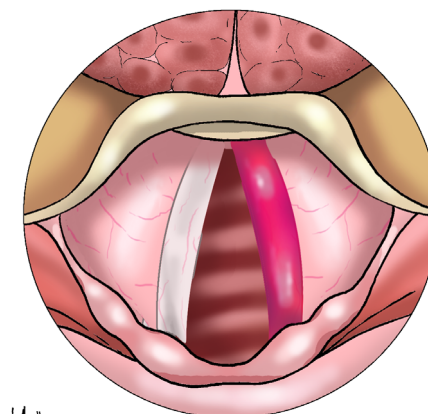
Dejar de fumar. Reposo de voz. Antibióticos y corticoides durante un período corto de tiempo. Extirpación de la mucosa de las cuerdas vocales con microcirugía laríngea ("stripping").

4.2. Laringitis crónica específicas

A. LARINGITIS CRÓNICA TUBERCULOSA (MIR)

Es más frecuente en adultos mayores. Es muy contagiosa. Suele asociarse a tuberculosis pulmonar. Granulomas caseificantes. Puede producir edema laríngeo e inflamación unilateral de las cuerdas vocales (monocorditis, MIR).

En la forma ulceroinfiltrante hay que hacer diagnóstico diferencial con el cáncer (a diferencia de en el cáncer, en la tuberculosis se conserva la movilidad de la cuerda vocal).



Monocorditis tuberculosa

**B. SARCOIDE LARINGEO**

Forma extrapulmonar de la sarcoidosis. Granulomas no caseificantes

C. SÍFILIS LARINGEA (MIR):

Placas mucosas (sífilis secundaria)

D. ESCLEROMA LARINGEO (MIR):

Edema, costras y cicatrices en la laringe que producen disfonía, tos y estridor progresivo.

E. ARTRITIS REUMATOIDE LARINGEA

Puede provocar anquilosis de la articulación cricoaritenoides.

F. AMILOIDOSIS.**G. MICOSIS (MIR)****H. LARINGITIS POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (2MIR)**

- La pirosis es la manifestación clínica más frecuente de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), pero **la ausencia de síntomas de reflujo (pirosis y regurgitación) no descarta la ERGE (MIR)**.
- **El reflujo gastroesofágico puede relacionarse con sintomatología "atípica", como sensación de cuerpo extraño faríngeo, laringitis (2MIRpaíses istis, broncoaspiración con broncoespasmo, neumonía recurrente, fibrosis pulmonar (MIR), o dolor torácico pseudoanginoso. Las manifestaciones extratorácicas pueden ser la única manifestación de reflujo.**
- Las manifestaciones ORL tienen una frecuencia del 25%. Se han descrito asociados a reflujo gastroesofágico: laringitis crónica, granulomas, nódulos, pólipos, y quistes de la cuerda vocal.
- **La laringitis puede manifestarse como afonía de meses de evolución. La exploración laríngea puede revelar edema de las cuerdas vocales y eritema o úlceras de la región interaritenoides (MIR).**
- **No existe evidencia de que la enfermedad por reflujo gastroesofágico sea un factor etiológico significativo de sinusitis crónica (2MIR).**

MIR 05 (8020): Un paciente de 42 años de edad consulta por molestias faríngeas y cierta afonía de dos meses de evolución. **No es fumador ni tiene una profesión en que deba forzar la voz.** Una exploración laríngea revela un **ligero edema de las cuerdas vocales y un ligero eritema de la región interaritenoides.** Interrogado el paciente **no refiere pirosis ni regurgitación ácida.** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

1. La presencia de mínimas lesiones laríngeas indican que muy probablemente el paciente tenga también lesiones de esofagitis y por tanto hay que indicar una endoscopia digestiva alta.
2. En ausencia de síntomas de broncoaspiración (tos y sibilancias), las molestias laríngeas no pueden ser atribuidas a enfermedad por reflujo gastroesofágico.
3. **La ausencia de síntomas de reflujo (pirosis y regurgitación) no descarta la enfermedad por reflujo.***
4. Puede averiguarse si la causa de los síntomas es una enfermedad por reflujo gastroesofágico con una prueba corta administrando ranitidina 150 mg al día durante dos semanas. La ausencia de mejoría sintomática descarta el reflujo como causa de los síntomas laríngeos.
5. Si un tránsito esófago-gástrico con bario muestra hernia hiatal, es altamente probable que los síntomas laríngeos sean debidos a reflujo gastroesofágico.

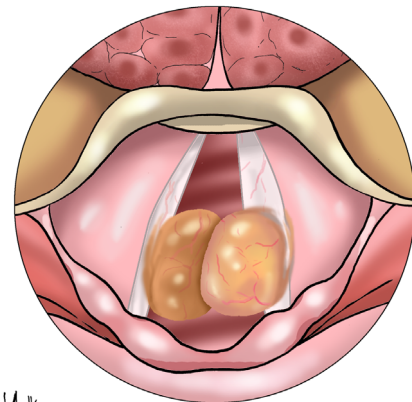
5. Tumores de laringe**5.1. Tumores benignos****A. GRANULOMA POSTINTUBACIÓN**

- Aparece en la **parte posterior de las cuerdas vocales**, por abrasión de las apófisis vocales de los aritenoides por el tubo de anestesia.
- Si son pequeños, se tratan con antiinflamatorios y corticoides
- Si no involuciona o son grandes está indicada la extirpación microquirúrgica y láser.



© Curso Intensivo MIR Asturias

© Curso Intensivo MIR Asturias



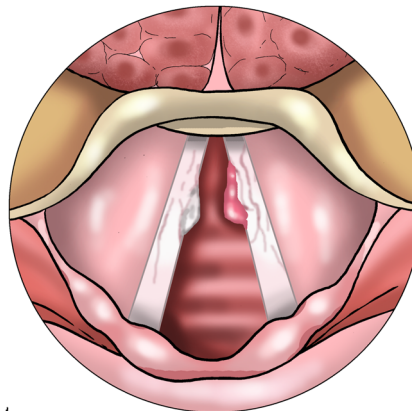
© Curso Intensivo MIR Asturias 2003

© Curso Intensivo MIR Asturias 2003

Granuloma postintubación

B. NÓDULOS VOCALES

- Son las lesiones benignas más frecuentes de la laringe. Son más frecuentes en **mujeres y niños que hablan mucho con tono inadecuado** (profesora 2MIR, locutora). Son la causa más frecuente de disfonía en mujeres y niños.
- Producen disfonía persistente y fonastenia (fatiga de la voz), que empeora según pasa el día y mejora en vacaciones y los fines de semana (MIR). La disfonía debida a nódulos en ambas cuerdas vocales debe ser considerada como una lesión funcional de la voz (3MIR).
- Es el tumor benigno de la laringe más frecuente en mujeres.
- Laringoscopia: nódulos pequeños, bilaterales, en la unión de los tercios anterior y medio de las cuerdas vocales.
- Tratamiento: Reposo de voz 10 días. **Tratamiento con el foniatra.** Si no se resuelve, cirugía.



© Curso Intensivo MIR Asturias 2003

© Curso Intensivo MIR Asturias 2003

Nódulos Vocales



MIR 02 (7390): Mujer de 38 años de edad, profesora de instituto, que consulta por presentar disfonía persistente. Es una mujer motivada por su trabajo, muy activa, con un elevado nivel de estrés y fumadora ocasional. ¿Cuál, entre las siguientes, sería el diagnóstico más probable?:

1. Carcinoma espinocelular de asiento glótico.
2. Edema de Reinke.
3. Parálisis del nervio recurrente.
4. Reflujo gastroesofágico.
5. Nódulos vocales.*

MIR 11 (9692): ¿Cual es la causa que con mayor frecuencia produce los nódulos de las cuerdas vocales?:

1. La tuberculosis laríngea.
2. La amiloidosis laríngea.
3. Las infecciones virales.
4. La infección por haemphilus influenzae.
5. Las alteraciones funcionales de la voz.*

MIR 20 (11596): Profesora de educación infantil que consulta por disfonía y fonastenia de 6 meses de evolución relacionada con el esfuerzo vocal. Durante la semana la voz empeora y en el fin de semana mejora parcialmente. De los siguientes, ¿cuál es el diagnóstico de sospecha más probable con la imagen de la laringoscopia que se aporta?:



1. Pólipos vocales.
2. Carcinoma de cuerdas vocales.
3. Nódulos vocales.*
4. Quistes vocales.

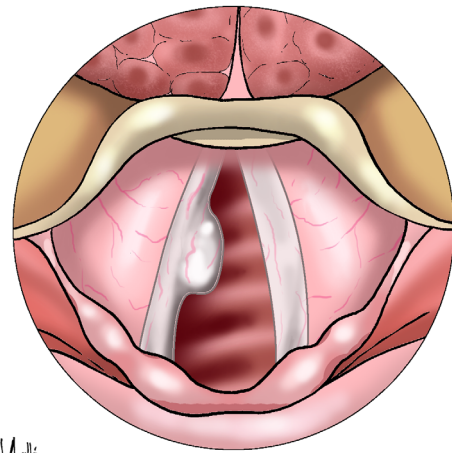


repeMIR

Nódulos de las cuerdas vocales: cursan con disfonía y fonastenia y se deben a alteraciones funcionales de la voz (3MIR)

C. PÓLIPOS LARÍNGEOS

- Por trauma por abuso o mal uso de la voz, tabaco, alcohol.
- Son más frecuente en varones. Es el tumor benigno de la laringe que más frecuentemente se interviene (aunque los nódulos vocales son más frecuentes, no se operan). Son más frecuentes en varones.
- Cursa con disfonía persistente con remisiones, pero que no desaparece totalmente. Sensación de cuerpo extraño.
- Laringoscopia: excrecencia lisa y uniforme en el borde libre de una cuerda vocal. (MIR). Suele ser unilateral y localizarse en la zona anterior de la glotis (unión del 1/3 anterior y medio de la glotis)
- Tratamiento: el tratamiento de elección es la extirpación con microcirugía laríngea. La investigación histológica de los pólipos extirpados es absolutamente necesaria (MIR) con vistas al diagnóstico diferencial. Debe realizarse tratamiento foniatrico antes y después de la cirugía.



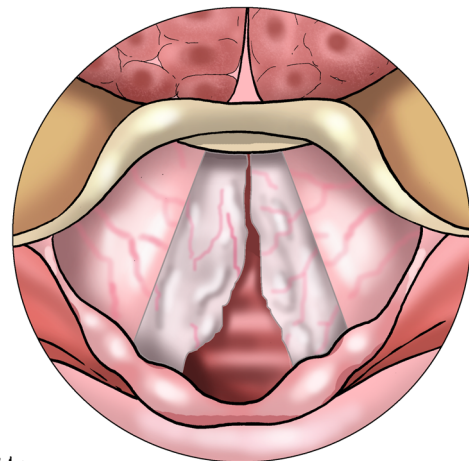
A. Valle

©Curso Intensivo MIR Asturias 2003

Pólipos laríngeos

D. EDEMA DE REINKE

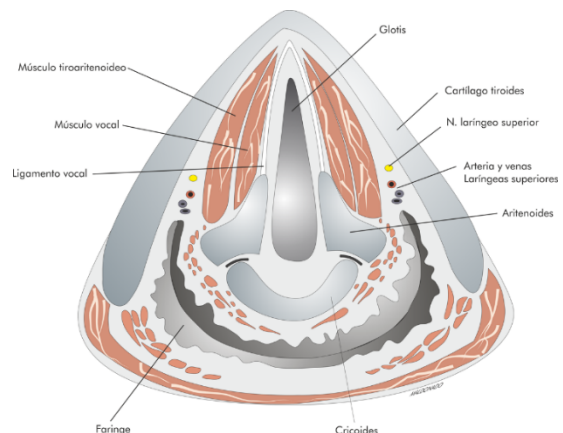
- Es una forma especial de laringitis crónica
- Es más frecuente en mujeres, fumadoras y bebedoras (MIR), con voz muy grave.
- Produce disfonía de larga evolución, bien tolerada, de predominio matutino, y que mejora a lo largo del día.
- Aparece un edema en el espacio de Reinke, entre el epitelio de la cuerda vocal y el músculo y ligamento vocal (MIR).
- Laringoscopia: masa edematosa bilateral (en ambas cuerdas vocales) de amplia base de implantación (MIR).
- Tratamiento: Suprimir el tabaco y los factores irritantes. Cordotomía superior y aspirado del edema, seccionando la mucosa sobrante sin lesionar el borde libre. Antes se hacía de-corticación "o "stripp"ng" (MIR), preservando el músculo vocal, pero podía persistir la disfonía por fibrosis. Inyecciones locales de corticoides. Rehabilitación vocal por el foniatra.



A. Valle

©Curso Intensivo MIR Asturias 2003

Edema de Reinke

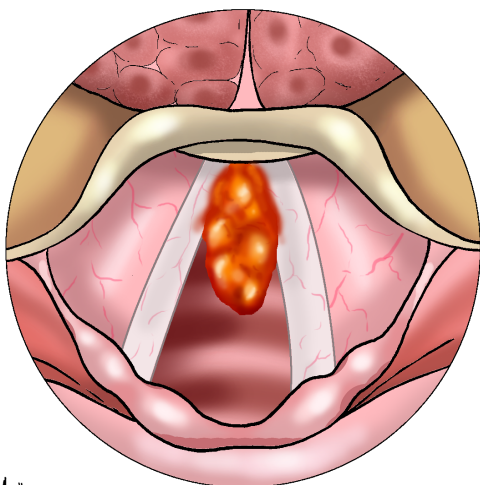


Corte de la glotis. El edema de reinke se desarrolla entre el epitelio de la cuerda y el ligamento y músculo vocal.



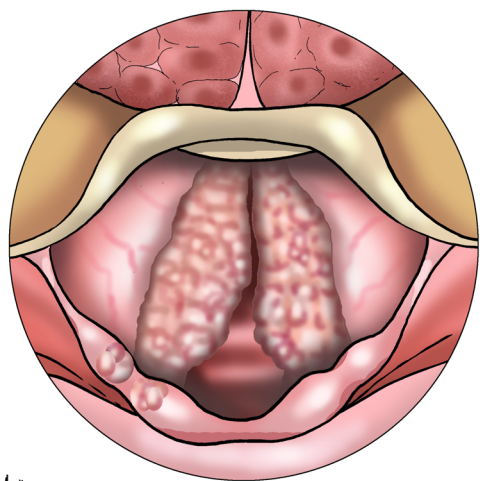
E. PAPILOMAS LARÍNGEOS

- La causa principal es el **virus del papiloma humano** (VPH tipos 6 y 11)
- Son más frecuentes en los niños (es el **tumor benigno laríngeo más frecuente de los niños**) Los papilomas laríngeos **difusos** son propios de los **niños**, recidivantes y sin tendencia a la malignización, mientras que su forma circunscrita es propia del **adulto**, menos recidivante, y con posibilidad de evolucionar hacia un carcinoma
- Tumoraciones laríngeas benignas con aspecto "e "coliflor".
- Tratamiento: Extirpación endoscópica con laser de CO₂. Interferón alfa (antivirico). En formas recidivantes, inyección intralesional de zidovudina.
- **Recidivan** con frecuencia. Mal pronóstico si se extienden hacia la laringe y bronquios (en la forma infantil o juvenil)



©Curso Intensivo MIR Asturias 2003

Papiloma laríngeo



©Curso Intensivo MIR Asturias 2003

Papilomatosis laríngea

MIR 07 (8692): Ante un paciente **fumador de 45 años** que presenta **disfonía** y mediante exploración se observa una **lesión vegetante rugosa en el borde libre de la cuerda vocal derecha**, ¿cuál es la conducta a seguir?:

1. Reposo vocal.
2. Conducta expectante.
3. **Derivación para biopsia.***
4. Supresión del tabaco.
5. Braquiterapia.

D. DISPLASIA, LESIONES PREINVASIVAS O LESIONES INTRAEPITELIALES LARÍNGEAS

Las tres lesiones anteriores deben ser biopsiadas, pues en su interior puede existir una displasia. Las células displásicas se caracterizan por presentar pleomorfismo (variaciones en la forma y tamaño), hiperchromatismo (núcleos fuertemente teñidos, nucleolos prominentes) y pérdida de la orientación normal.

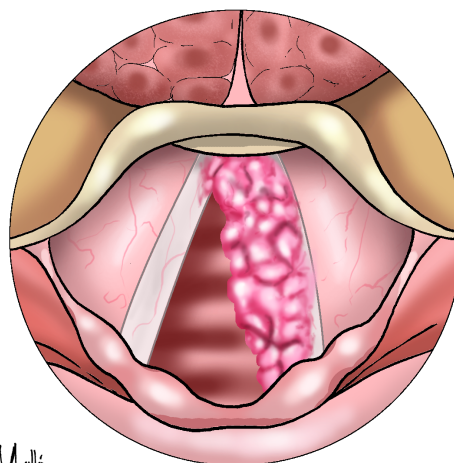
a. CLASIFICACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA:

- **Leve:** células inmaduras en el **1/3 inferior** del epitelio.
- **Moderada:** células inmaduras en los **2/3 inferiores** del epitelio. 20% degeneran a cancer.
- **Grave (carcinoma in situ):** células inmaduras en **todo** el epitelio que **no** sobrepasa la membrana basal. 50% degeneran

b. TRATAMIENTO:

No fumar. Cirugía (exéresis de la mucosa de la cuerda con microcirugía laríngea)

5.3. Tumores malignos: cáncer de laringe



©Curso Intensivo MIR Asturias 2003

Cáncer de laringe

5.2. Lesiones premalignas de la laringe

Las lesiones precancerosas son tratadas mediante la supresión de los factores causales, la vigilancia continua y las biopsias-exéresis repetidas para controlar su evolución (MIR).

A. LARINGITIS CRÓNICA

Cuerdas rugosas, deslustradas

B. LEUCOPLASIA

Hiperqueratosis localizada (mancha blanca).

C. PAPILOMA QUERATÓGENO

Es una forma de leucoplasia circunscrita y sobrelevada. Tratamiento: exéresis y seguimiento por riesgo de malignización (3MIR).

A. EPIDEMIOLOGÍA

Más frecuente en varones de más de 40 años. Su máxima incidencia se presenta a los 60 años de edad. Es diez veces más frecuente en el varón que en la mujer. En los últimos 20 años la incidencia ha cambiado y ahora un 20% aparecen en mujeres (por el tabaco)

B. ETIOLOGÍA

- El factor causal más importante es el **tabaco** (2MIR). El riesgo es igual para los fumadores de cigarrillos, pipa y puros (MIR). El riesgo es directamente proporcional al grado de exposición al tabaco, con una relación menor con la ingestión de **alcohol** (el consumo de alcohol tiene mayor relación con los carcinomas de oro e hipofaringe).





- **Virus del papiloma humano** (potencial oncogénico demostrado en el cáncer amigdalario y **menos** en el laríngeo).
- Asbesto. Mostazas nitrogenadas. Carencias vitamínicas (dietas pobres en vitamina A y C). Radiaciones ionizantes.
- Dado que todas las mucosas de la cabeza y el cuello están expuestas a los carcinógenos, es frecuente encontrar una segunda neoplasia (10-30%). Algunos autores intentan prevenir la aparición de segundas neoplasias mediante la administración de betacarotenos o de ácido retinoico, que parecen inducir la regresión de las lesiones premalignas.



RECUERDA

El **cáncer de cavum** se relaciona con el **VEB**
El **cáncer de orofaringe**, y en **menor** medida el de **laríngeo**, se relacionan con el **VPH**.

C. ANATOMÍA PATOLÓGICA

- El tipo más frecuente es el **carcinoma epidermoide** (3MIR).
- La clasificación TNM distingue tres regiones:
 - **Supraglotis**: es la localización más frecuente del cáncer de laringe en España y otros países mediterráneos (2MIR).
 - **Glotis**: es la localización más frecuente del cáncer de laringe en los países anglosajones
 - **Subglotis**.



repeMIR

El **cáncer laríngeo** más frecuente es el **carcinoma epidermoide**, y su causa más frecuente es el **tabaco** (2MIR)

- Según el **tumor primario (T)** se dividen en:
 - **Tis**: carcinoma in situ
 - **T1**: tumor limitado a una de las 3 regiones laríngeas con movilidad conservada de las cuerdas vocales
 - **T2**: tumor que afecta a más de una región laríngea, con movilidad normal o discretamente limitada de las cuerdas vocales
 - **T3**: tumor limitado a la laringe con **fijación de una o las dos cuerdas vocales**
 - **T4**: tumor que desborda la laringe.
- Las **adenopatías cervicales metastásicas** son muy raras en el **carcinoma glótico** (MIR), aparecen en el 20% de los carcinomas subglóticos y en el 40% de los supraglóticos (MIR) y transglóticos.
 - **N1**: adenopatía única de menos de 3 cm sin afectación extranodal
 - **N2**: adenopatía única de 3 a 6 cm, adenopatías múltiples o adenopatías bilaterales sin afectación extranodal
 - **N3**: adenopatías de más de 6 cm o con afectación extranodal
- Las **metástasis hematógenas** a distancia son raras en el momento del diagnóstico del cáncer de laringe:
 - **M0**: sin metástasis a distancia
 - **M1**: con metástasis a distancia



REPASO DE TNM

T3 hipofaringe	Desborda hipofaringe
T4 laringe	Desborda laringe



REPASO

La localización más frecuente de...	es...
Cáncer de senos paranasales	Seno maxilar
Cáncer de labio	Labio inferior
Cáncer de boca (excluyendo labio)	Lengua y suelo de boca
Cáncer de hipofaringe	Seno piriforme
Cáncer de laringe en España	Supraglotis
Cáncer de laringe países anglosajones	Glotis

D. CLÍNICA

- El **síntoma más frecuente del carcinoma epidermoide de laringe es la ronquera (disfonía)** (2MIR).
- **Toda ronquera en un adulto de más de 2 semanas de duración requiere descartar un carcinoma laríngeo** (2MIR).

a. SUPRAGLÓTICOS:

El **síntoma inicial más frecuente del cáncer supraglótico es el picor faríngeo** (2MIR), **sensación de cuerpo extraño y parestesias** (2MIR), que dificultan su diagnóstico. También son muy frecuentes las **metástasis ganglionares** (6 MIR). Pueden presentar **disfagia** (MIR), **odinofagia**, **otalgia refleja** (MIR). Disnea y disfonía sólo en estadios avanzados. **En los tumores supraglóticos la disnea puede presentarse antes que la disfonía** (MIR).

MIR 00 (6860): Una de las siguientes afirmaciones referidas al **tumor del compartimento supraglótico de la laringe es INCORRECTA**:

1. Es más frecuente en los países mediterráneos que en los sajones.
2. Es el tumor laríngeo que más adenopatías produce.
3. Se extiende rápidamente a la glotis. (*)
4. Se PUEDE extirpar conservando la función fonatoria laríngea.
5. SUELEN debutar con disfagia.

MIR 01 (7125): ¿Cuál, entre los siguientes, es el más frecuente **síntoma inicial del cáncer supraglótico**?:

1. Disfonía.
2. Disnea.
3. Disfagia.
4. Picor faríngeo. (*)
5. Odinofagia.

MIR 08 (8952): Ante un **varón con antecedentes de tabaquismo y alcoholismo** que consulta porque desde hace meses nota una **sensación de cuerpo extraño al tragar, parestesias faríngeas, pinchazos en los oídos y una adenopatía cervical**. ¿Qué debemos sospechar?:

1. Cáncer de las cuerdas vocales.
2. Cáncer de supraglotis.*
3. Cáncer de cavum.
4. Cáncer subglótico.
5. Laringitis aguda.

MIR 10 (9431): Paciente de **64 años** de edad, **fumador y bebedor importante** que refiere **adenopatía yugulodigástrica derecha no dolorosa de crecimiento progresivo en los últimos dos meses** cuya **punción aspiración con aguja fina** fue informada como **carcinoma epidermoide**. ¿Cuál de las siguientes **localizaciones** es la **más probable del tumor primario**?:

1. Cuero cabelludo.
2. Parótida.
3. Pulmón.
4. Esófago.
5. Laringe.*

MIR 16 (10819): **Hombre de 55 años, fumador de 1 paquete diario desde la juventud**. Presenta **disfonía de 3 meses de evolución** y desde hace un mes una **masa laterocervical pétrea** y cierta **dificultad respiratoria** con esfuerzos moderados. Señale el **diagnóstico** más probable:

1. Carcinoma indiferenciado nasofaríngeo.
2. Adenocarcinoma de base de lengua.
3. Carcinoma mucoepidermoide de hipofaringe.
4. **Carcinoma epidermoide de laringe.***



repeMIR

El **síntoma más frecuente del carcinoma epidermoide de laringe es la ronquera (disfonía)**. Toda **ronquera en un adulto de más de 2 semanas de duración** requiere descartar un **carcinoma laríngeo** (2MIR)



repeMIR

El **cáncer de supraglotis** se caracteriza por antecedentes de **tabaquismo y alcoholismo**, **sensación de cuerpo extraño al tragar, parestesias faríngeas, otalgia refleja y adenopatías cervicales**. En España la localización más frecuente del cáncer de laringe es la **supraglótica** (6MIR)

**b. GLÓTICOS:**

Los tumores glóticos son la localización laríngea donde la sintomatología es más precoz (MIR).

El síntoma de presentación de los tumores malignos de localización glótica es la disfonía persistente y progresiva (3MIR). Disnea. No metástasis ganglionares (el ligamento vocal no tiene drenaje linfático) (MIR).

MIR 03 (7650): En el cáncer de laringe una disfonía continuada (de más de 30 días) la lesión más lógica sería:

1. Tumor borde libre de epiglotis.
2. Tumor de vestíbulo laríngeo.
3. Tumor glótico.*
4. Tumor subglótico.
5. Tumor de vallécula.



Las adenopatías cervicales metastásicas son frecuentes en los cánceres supraglóticos y subglóticos, pero **NO** en los limitados a la glotis

**repeMIR**

El primer síntoma de los **tumores glóticos** suele ser la disfonía persistente y progresiva. Las adenopatías metastásicas no son frecuentes en esta sub-localización laríngea (4MIR)

c. SUBGLÓTICOS

Disnea y estridor.

MIR 05 (8172): Hacemos referencia a los **tumores malignos de laringe**. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es **ERRONEA**?:

1. El cáncer laríngeo más frecuente es el carcinoma epidermoide.
2. Los tumores subglóticos son los de localización más frecuente y sintomatología más precoz.*
3. En los tumores supraglóticos el primer síntoma **PUEDA** ser una adenopatía en la región laterocervical del cuello.
4. En los tumores glóticos el primer síntoma **SUELE** ser la disfonía persistente y progresiva.
5. En los tumores supraglóticos la disnea **PUEDA** presentarse antes que la disfonía.

**REPASO**

Sopechar....	Ante...
Cáncer de boca	Úlcera en la boca de más de 2-3 semanas de duración
Cáncer de laringe	Adulto con ronquera de más de 2-3 semanas de duración (MIR)
Cáncer de amígdala	Adulto con aumento unilateral del tamaño de la amígdala palatina (MIR)

**REPASO**

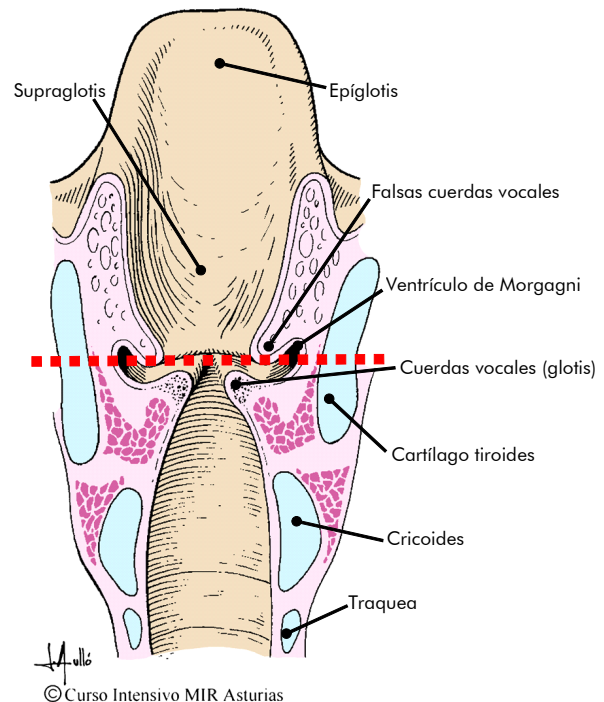
El signo de presentación de ...	Es....
Neurinoma acústico	Hipoacusia percepción unilateral (MIR)
Cáncer de cavum	Adenopatías laterocervicales (MIR)
Cáncer de hipofaringe	Adenopatías laterocervicales
Cáncer de laringe supraglótico	Picor faríngeo. Disfagia. Adenopatías laterocervicales (3MIR)
Cáncer de laringe glótico	Disfonía (MIR)

E. TRATAMIENTO

Depende de la localización y el estadio. En general:

a. TUMORES PEQUEÑOS:

- Cirugía (cordectomía, resección parcial vertical u horizontal de la laringe) o radioterapia.
- Los tumores limitados al compartimento **supraglótico** se pueden extirpar conservando la función fonatoria laríngea mediante laringectomía horizontal supraglótica (MIR), que preserva las cuerdas vocales. Asociar vaciamiento ganglionar.
- La cordectomía está indicada en T1 ó T2 de **glotis**, pero **no** en T3, es decir, tumores que **fijan** la cuerda vocal (MIR). En el cáncer glótico, el pronóstico empeora cuando una cuerda vocal se paraliza. En T1 -2 de glotis el riesgo de metástasis es de menos del 5%, por lo que no se realizan vaciamientos cervicales profilácticos (N0)



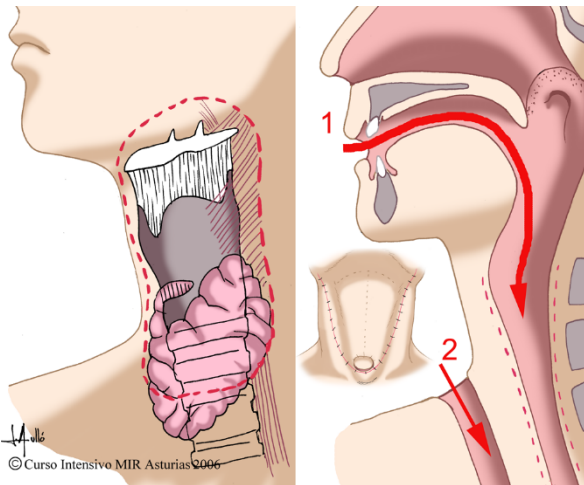
Los tumores limitados al compartimento supraglótico se pueden extirpar conservando la función fonatoria laríngea mediante laringectomía horizontal supraglótica

b. TUMORES GRANDES:

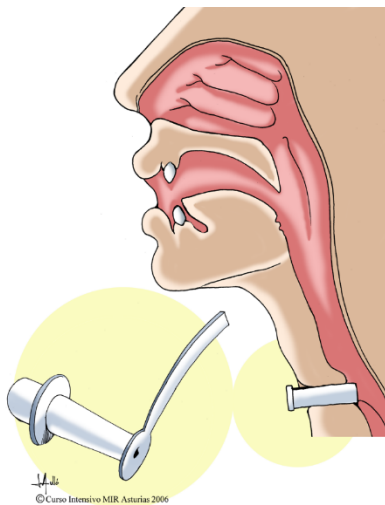
- Cirugía (laringectomía total, faringolaringectomía) o cirugía y radioterapia.
 - La laringectomía total está indicada en tumores T3 y T4.
 - En el cáncer de laringe siempre se trata el cuello (vaciamiento ganglionar), **salvo** en los tumores glóticos T1 y T2.



- Una alternativa para intentar conservar la laringe es la **quimio-irradiación**.
 - Después de una laringectomía el paciente debe respirar por una **traqueotomía** permanente.
 - Para la **rehabilitación vocal** de los laringectomizados se pueden utilizar
 - Aprendizaje de la "voz esofágica" con un logopeda
 - Aparatos especiales que producen vibración del aire en la boca o la faringe (laringe electrónica).
 - Comunicación traqueoesofágica obturada por una válvula unidireccional que permite el paso de aire a la faringe durante la espiración, para poder hablar
- c. TUMORES INOPERABLES:**
Radioterapia o quimio-radioterapia



Laringectomía total



Rehabilitación vocal del paciente laringectomizado mediante comunicación traqueoesofágica obturada por una válvula unidireccional que permite el paso de aire a la faringe durante la espiración

F. PRONÓSTICO

- La presencia de adenopatías cervicales es el factor pronóstico más importante en el cáncer de laringe y, en general, en los carcinomas epidermoides de cabeza y cuello (MIR).
 - Las metástasis linfáticas son más frecuentes en los tumores **supraglóticos** (2MIR) y transglóticos (40%).
 - En los cánceres **subglóticos** dicha frecuencia es aproximadamente del 20%.
 - Por el contrario, las adenopatías metastásicas son muy raras en el cáncer de **glotis** (MIR). El pronóstico es mejor en los tumores glóticos que en los supraglóticos (MIR).
- Son muy raras las metástasis a distancia en el momento del diagnóstico (MIR).
- La mayoría de las recidivas tras tratamiento aparecen antes de los dos años (MIR).

MIR 00 (6859): Indicar cuál de las siguientes respuestas sobre el **cáncer de laringe** es **INCORRECTA**:

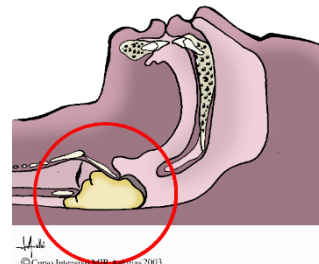
1. El factor causal más importante es la fracción sólida del tabaco.
2. Las metástasis linfáticas son más frecuentes en los tumores supraglóticos.
3. Son muy raras las metástasis a distancia en el momento del diagnóstico.
4. Los tumores glóticos tienen mejor pronóstico que los supraglóticos.
5. El tratamiento de elección en los tumores glóticos con inmovilidad de la cuerda y extensión subglótica (T3) es la cordectomía. (*)

MIR 04 (7910): Varón de 57 años, que consulta por **sensación de cuerpo extraño faríngeo** de semanas de evolución, **disfagia** y **otalgia derecha**. A la palpación cervical, **no se aprecian adenopatías**, y mediante **laringoscopia indirecta** se aprecia una **neoformación ulcerada** a nivel del **repliegue aritenoepiglótico derecho**, con **movilidad conservada de las cuerdas vocales**. Se solicita una **TAC** donde se confirma la citada lesión, **invadiendo la cara laríngea de la epiglotis** y el **repliegue aritenoepiglótico derecho**, sin apreciarse **adenopatías** sospechosas de malignidad. Señale la respuesta correcta:

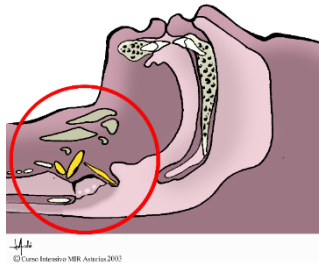
1. En los países anglosajones predominan los carcinomas de localización supraglótica sobre los de glotis y subglotis.
2. La probabilidad de que este paciente presenta adenopatías metastásicas es inferior al 5%.
3. La presencia de metástasis ganglionares cervicales es el principal factor pronóstico en los pacientes con carcinoma epidermoide de cabeza y cuello. (*)
4. En este paciente (estadio **T2**) la laringectomía horizontal suprahyoid, conllevaría peores tasas de control local de la enfermedad que la laringectomía total.
5. Entre los factores de riesgo establecidos para el desarrollo de los carcinomas laríngeos, se encuentra la infección por el virus de Epstein-Barr.

Nota: Realizando una laringectomía suprahyoid en tumores T2, el control de los tumores alcanza el 90% con una buena selección de los casos (es decir, siempre que las cuerdas vocales y los aritenoides estén libres de tumor)

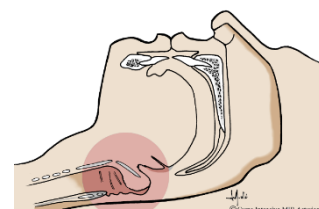
6. Traqueotomía



Obstrucción de las vías respiratorias por un tumor de laringe



Obstrucción de las vías respiratorias por un traumatismo de laringe



Obstrucción de las vías respiratorias por una epiglotitis aguda

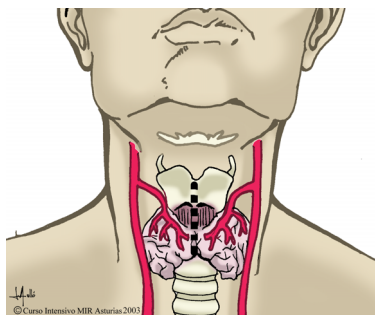


A. DE EMERGENCIA: CONIOTOMIA



En la **membrana cricotiroides**. Se debe mantener sólo durante cortos periodos de tiempo por la alta incidencia de estenosis subglóticas asociadas.

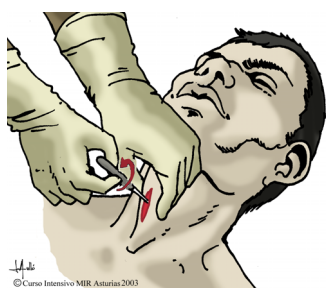
Cuando la intubación o la broncoscopia de urgencia o la traqueotomía son posibles, **no** debe realizarse coniotomía.



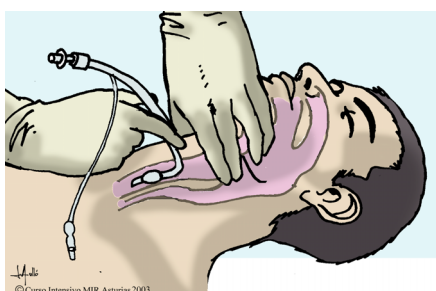
Incisión para una cricotirotomía



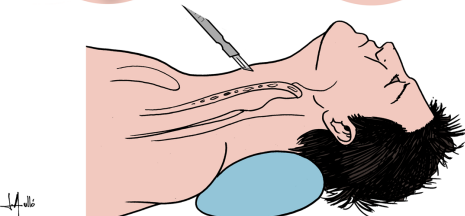
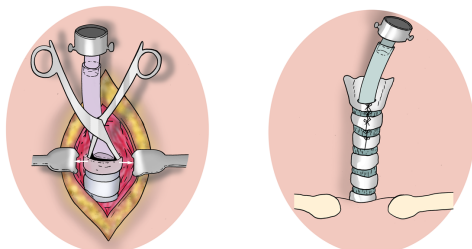
Incisión cutánea



Incisión membrana cricotiroides



Intubación



Cricotirotomía

B. TRAQUEOTOMÍA REGLADA

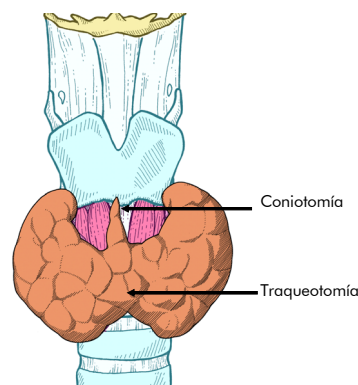


La tráquea se sitúa **ventral al esófago y dorsal al istmo tiroideo (MIR)**.

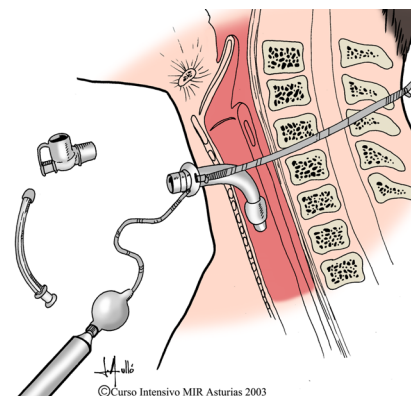
El estridor está provocado por una **vía aérea estrechada u obstruida**. Puede ser inspiratorio, espiratorio o bifásico. El estridor **inspiratorio** puede ser indicativo de **obstrucción grave de las vías respiratorias** a nivel supraglótico o glótico (epiglotitis, cuerpo extraño alojado en la vía aérea, un tumor de laringe) **potencialmente solucionable mediante intubación, o si esta no es posible, mediante traqueotomía (MIR)**.

Cuando se dispone de tiempo suficiente, debe realizarse una traqueotomía **media** (entre el segundo y el tercer anillo traqueal, 3MIR), a nivel del istmo del tiroides. En los niños debe efectuarse siempre la traqueotomía **inferior**; por debajo del istmo tiroideo. La **intubación prolongada es la causa más frecuente de estenosis laringotraqueal adquirida (MIR)**. La indicación más frecuente para realizar una traqueotomía es **prevenir las estenosis traqueales en pacientes que requieren un periodo de intubación endotraqueal prolongado** (normalmente por estar ingresados en la UCI), superior a 10-15 días.

repeMIR
La localización ideal para realizar una **traqueotomía** es entre el segundo y el tercer anillo traqueal (3MIR)



Localización de la coniotomía y de la traqueotomía media



Neumotaponamiento tras colocar la cánula de traqueotomía

MIR 02 (7389): La **localización ideal para hacer una traqueotomía** es:

1. La membrana crico-tiroidea.
2. La membrana mio-tiroidea.
3. Primer anillo traqueal.
4. **Segundo o tercer anillo traqueal.***
5. Cuarto o quinto anillo traqueal.

MIR 18 (11287): Le llaman a las 2 de la madrugada porque hay un paciente en urgencias que **se está asfixiando**. La enfermera le tiene preparado un gotero con teofilina y un bisturí para realizar una traqueotomía. **Sin dudar, usted elige el bisturí porque:**

1. El paciente presenta estridor espiratorio y signos evidentes de edema pulmonar.
2. El paciente está muy cianótico.
3. El paciente está taquicárdico y sudoroso.
4. **El paciente presenta estridor inspiratorio y tiraje.***

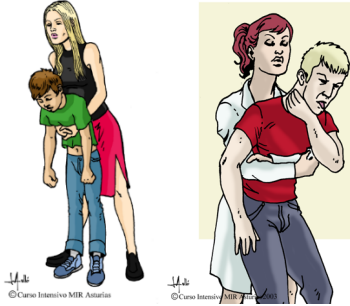


C. ESTENOSIS TRAQUEALES

La intubación prolongada es la causa más frecuente de estenosis laringotraqueal adquirida (MIR). Estenosis traqueales con luz menor de 6 mm de diámetro son indicación de cirugía. Puede researse hasta el 50% de la longitud de la tráquea y hacer una anastomosis término-terminal

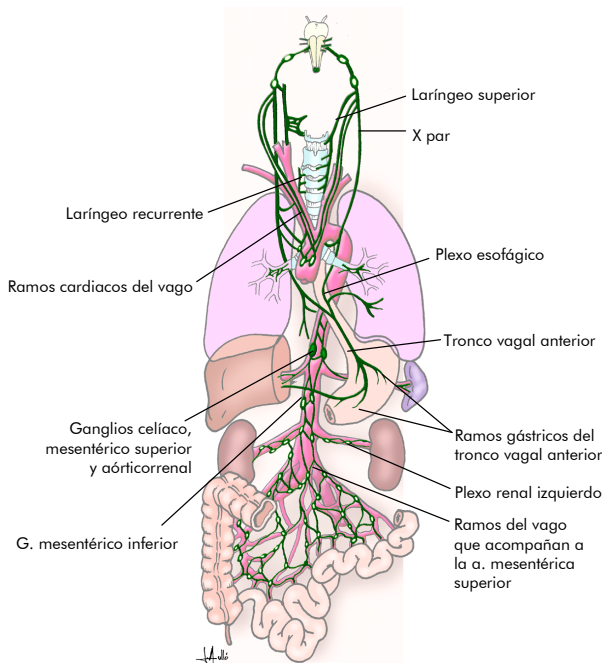
D. ASPIRACIÓN POR FALSA VÍA: MANIOBRA DE HEIMLICH

Cualquier cuerpo extraño que se localice en la laringe constituye una urgencia inmediata. El paciente debe ser remitido a un centro hospitalario para su adecuado tratamiento. En el caso de que el cuerpo extraño cause un daño vital, se intentará forzar su expulsión comprimiendo el tórax desde la parte posterior (**maniobra de Heimlich**); si ésta no es efectiva está indicado realizar una coniotomía.



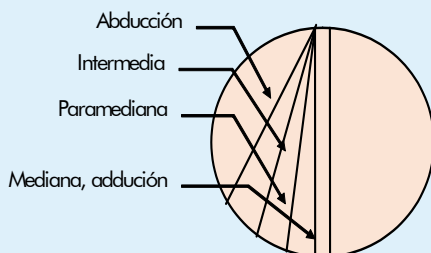
Maniobra de Heimlich en un niño y en un adulto

7. Parálisis faringolaringeas



Inervación visceral del vago

REPASO: POSICIONES DE LAS CUERDAS VOCALES



Las cuerdas vocales paralizadas en **aproximación (aducción)** producen disfonía leve o voz relativamente bien conservada, mientras que las que se sitúan en **abducción** dan lugar a una disfonía importante.

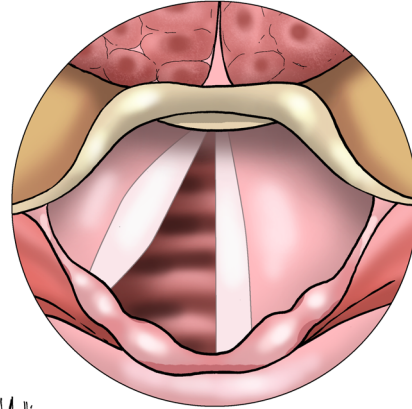
7.1. Parálisis central

A. SUPRANUCLEAR (LESION DE FIBRAS CORTICOBULBARES)

- Parálisis **espástica** por lesión de la **primera** neurona.

B. NUCLEAR (LESIÓN EN EL BULBO)

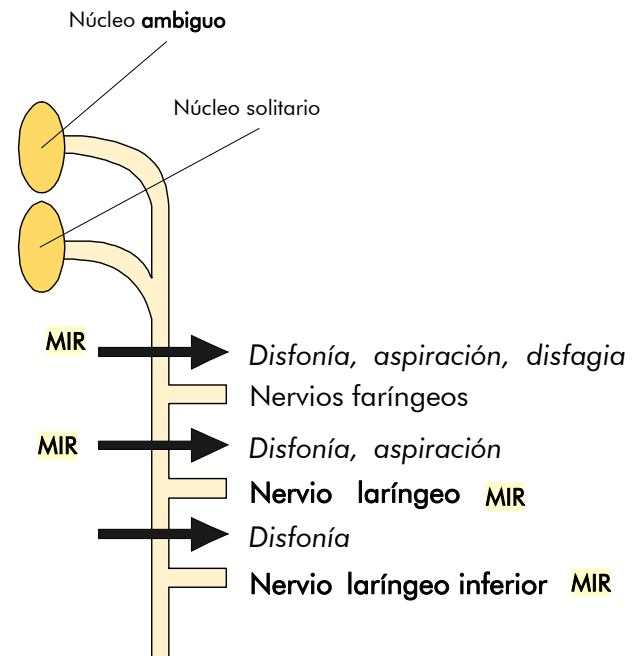
- Lesión núcleo motor (ambiguo)**. Parálisis **flácida** por lesión de la **segunda** neurona (**neuronas motoras del núcleo ambiguo**). **Cuerdas en posición intermedia** (disfonía) por parálisis completa del nervio laríngeo superior y del nervio recurrente (parálisis de todos los músculos aproximadores y separadores de las cuerdas). **Disfagia**.
- Lesión núcleo sensitivo (tracto solitario)**. **Aspiración de alimentos por anestesia laríngea** (lesión de las neuronas sensitivas del núcleo solitario).



©Curso Intensivo MIR Asturias 2003

Posición intermedia: parálisis laríngea completa (izquierda). Puede tratarse con una tiroplastia tipo I, que consiste en empujar la cuerda vocal paralizada con una prótesis de silicona que la desplace hacia la línea media.

7.2. Parálisis periférica



A. LESIÓN DEL VAGO POR ENCIMA DE LA SALIDA DE LOS NERVIOS FARÍNGEOS: LESIÓN DE NERVIOS FARÍNGEOS Y LARÍNGEOS

Clínica como en una parálisis nuclear.



B. LESIÓN DEL VAGO POR DEBAJO DE LOS NERVIOS FARINGEOS

- **Lesión de ambos nervios laríngeos.** Nervios faríngeos conservados. Cursan con *disfonía, cuerda vocal en posición intermedia, aspiración (MIR)*. **No** hay disfagia.

MIR 94 (3755): Una parálisis faringolaríngea con las cuerdas vocales en posición intermedia, que produce disfonía y aspiración de los alimentos por anestesia laríngea, a que nivel del X par se localizará más probablemente.

1. Supranuclear.
2. En el núcleo ambiguo.
3. Por debajo de los nervios faríngeos. (*) (nota: no hay disfagia)
4. Por encima de los nervios faríngeos.
5. Debajo del nervio laríngeo superior.

C. LESIÓN DEL NERVIYO LARÍNGEO SUPERIOR

- La **parálisis del nervio laríngeo superior únicamente cursa con aspiración por falsas vías** (lesión de la rama interna, sensitiva) y *leve disfonía* (lesión de la rama externa, motora) (3MIR). El músculo cricotiroides es el encargado de la variación del tono vocal

repeMIR

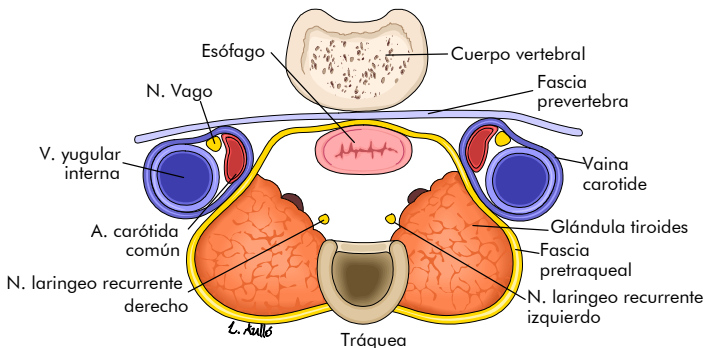
La **parálisis del nervio laríngeo superior** cursa con disfonía leve, anestesia laríngea por encima de la glotis y aspiración de alimentos (3MIR)

- La **parálisis de la rama externa (motora) del nervio laríngeo superior únicamente cursa con fatiga de la voz y pérdida del timbre de la misma (MIR)**.

D. LESIÓN DEL NERVIYO LARÍNGEO INFERIOR (RECURRENTE)

a. ETIOLOGÍA:

- La **causa más frecuente de lesión del nervio recurrente es la cirugía tiroidea (MIR)**, (este nervio se lesiona en el 1-3% de estas cirugías).
- **Cáncer de tiroides.** Se aconseja la **cirugía sin demora de un nódulo tiroideo que se acompañe de parálisis del nervio recurrente, por indicar que probablemente estamos ante un proceso maligno (MIR)**.
- **Aneurisma aórtico (recurrente izquierdo) (MIR)**.
- **Carcinoma bronquial (2MIR)**.
- **Carcinoma de esófago (MIR)**.



El nervio laríngeo recurrente asciende hacia la laringe por el surco tráqueo-esofágico

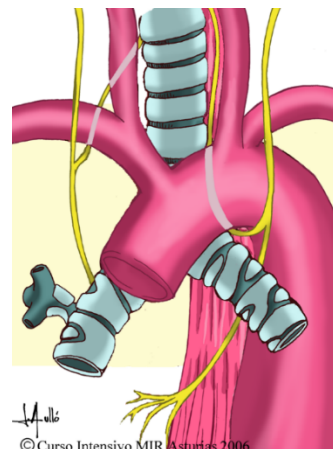
MIR 15 (10472): Una paciente diagnosticada de bocio multinodular es sometida a una **tiroidectomía total**. La imagen muestra el **campo quirúrgico al finalizar la intervención (lado izquierdo)**. ¿Cuál es la **estructura señalada con la pinza quirúrgica**?



1. Conducto torácico.
2. Nervio laríngeo recurrente. *
3. Nervio vago.
4. Nervio laríngeo superior.

b. RECUERDO ANATÓMICO:

- El **nervio recurrente más frecuentemente lesionado es el izquierdo**, porque tiene un trayecto intratorácico mayor que el derecho (*rodea al cayado aórtico antes de ascender por el surco tráqueo-esofágico, MIR*), y puede ser lesionado en ese trayecto por un carcinoma bronquial o esofágico, adenopatías mediastínicas o un aneurisma de aorta.
- El **nervio recurrente derecho pasa por debajo de la arteria subclavia derecha (MIR)** antes de ascender por el surco tráqueo-esofágico hasta la laringe.



El recurrente **derecho** rodea a la subclavia derecha, y el recurrente **izquierdo** rodea al cayado aórtico

MIR 04 (7999): El **nervio laríngeo recurrente derecho**, punto de referencia importante en la cirugía de la glándula tiroides, **pasa por debajo de una de las siguientes arterias:**

1. Arteria cervical transversa.
2. Arteria tiroidea superior.
3. Arteria tiroidea inferior.
4. Arteria subclavia derecha. *
5. Arteria tiroidea inferior.

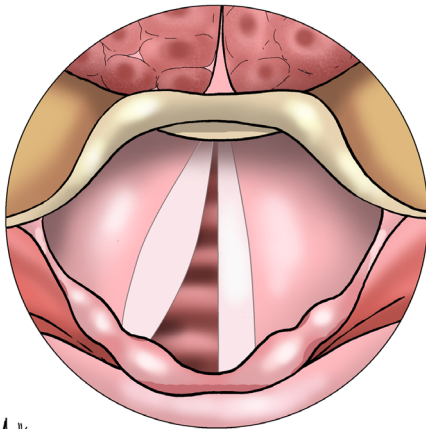
MIR 08 (8843): Un hombre **fumador de 50 años**, consulta por **ronquera, afonía e hipo**. En la exploración ORL se evidencia **parálisis de la cuerda vocal izquierda** como única anomalía. ¿Dónde localizaría la lesión?:

1. Cavum.
2. Mediastino posterior. * (NOTA: es la localización del cayado aórtico)
3. Lígula.
4. Pleura.
5. Esófago distal.



c. CLÍNICA:

- Laringoscopia: **Cuerdas vocales en posición paramediana (MIR)**, por parálisis de todos los músculos intrínsecos de la laringe excepto del cricotiroides, innervado por el laringeo superior, que aproxima las cuerdas vocales y coloca la cuerda vocal paralizada en posición paramediana. **En las parálisis bilaterales las dos cuerdas vocales situadas en posición paramediana, son las responsables de la disnea y el estridor (MIR)** que presenta el paciente
- **Disfonía (voz bitonal, MIR)**
- No hay disfagia (nervios faríngeos conservados).
- No hay anestesia de la glotis (nervio laringeo superior conservado). No hay broncoaspiraciones.



©Curso Intensivo MIR Asturias 2003

Posición paramediana de la cuerda vocal en la parálisis del nervio recurrente

MIR 00 FAMILIA (6621): Si durante una intervención quirúrgica de tiroides seccionamos el nervio recurrente derecho de un paciente, ¿cuál será, entre las siguientes alteración clínica más probable?:

1. Disnea y posición media de la cuerda vocal derecha.
2. Disfonía y posición paramediana de la cuerda vocal derecha.(*)
3. Vos bitonal y posición intermedia de la cuerda vocal izquierda.
4. Disnea intensa con posición paramediana bilateral.
5. Posición lateral o respiratoria de la cuerda ipsilateral.

MIR 12 (9905): Le toca ayudar a sacar de quirófano a una paciente después de una tiroidectomía total. Cuando le retiran el tubo de intubación, la paciente inicia una clínica de obstrucción respiratoria con estridor. La herida está bien. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos debe considerar en primer lugar?:

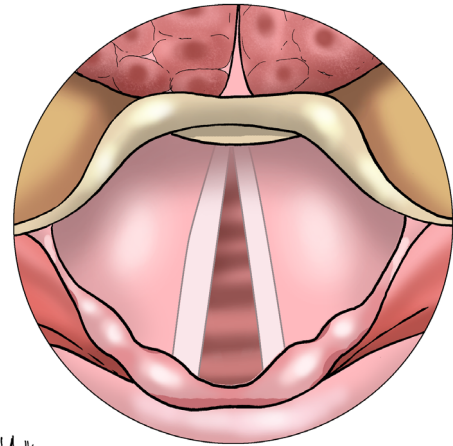
1. Edema de glotis.
2. Edema agudo de pulmón.
3. Parálisis bilateral de las cuerdas vocales. *
4. Laringitis subglótica.
5. Estenosis subglótica post intubación.

MIR 15 (10596): Hombre de 55 años que consulta por disfonía. En la anamnesis refiere llevar un mes con astenia y pérdida de peso no cuantificada. La radiografía de tórax presenta un aumento de densidad en lóbulo superior izquierdo y ocupación de la ventana aortopulmonar. La broncoscopia constata una parálisis de la cuerda vocal izquierda, sin imagen endoscópica sugestiva de neoplasia. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Neoplasia pulmonar. *
2. Sarcoidosis.
3. Silicosis.
4. Tuberculosis.

d. TRATAMIENTO

- **Parálisis unilateral:** La laringe compensa habitualmente los casos de parálisis unilateral por movimiento compensador de la cuerda vocal sana. Si no mejora se puede inyectar teflón o colágeno en la cuerda vocal paralizada para acercarla más a la línea media.
- **Parálisis bilateral:** Traqueotomía en la fase aguda. Posteriormente, para mejorar los síntomas respiratorios (aunque la fonación se verá muy afectada):
 - **Cordectomía posterior o cordectomía láser:** En uno de los lados se realizará sección o extirpación de una de las cuerdas en la zona donde se inserta en la apófisis vocal del cartílago aritenoides. La cuerda vocal se separa y migra a una posición anterior, ampliando la vía aérea.
 - **Aritenoidectomía por vía endoscópica y cordepexia** (fijación lateral de la cuerda vocal).



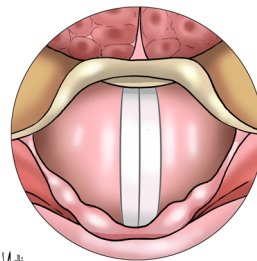
©Curso Intensivo MIR Asturias 2003

En la parálisis bilateral de los nervios recurrentes las dos cuerdas vocales están en posición paramediana, obstruyendo la vía aérea



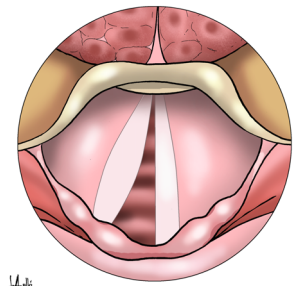
REPASO

POSICIÓN DE LAS CUERDAS VOCALES (FISIOLÓGICAS Y PATOLÓGICAS)



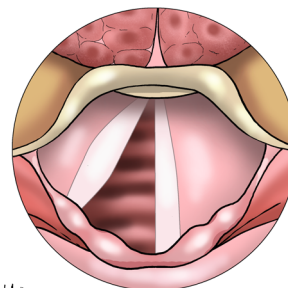
©Curso Intensivo MIR Asturias 2003

Posición de fonación



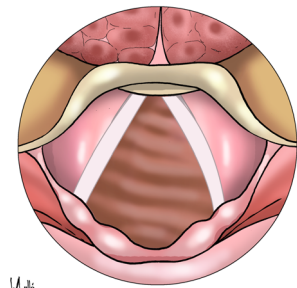
©Curso Intensivo MIR Asturias 2003

Posición paramediana: parálisis recurrente izquierda



©Curso Intensivo MIR Asturias 2003

Posición intermedia: Parálisis laringea total izquierda



©Curso Intensivo MIR Asturias 2003

Posición de respiración



repeMIR

La causa más frecuente de **parálisis del nervio laríngeo inferior o recurrente** es la cirugía tiroidea. La lesión unilateral del nervio recurrente produce parálisis de la cuerda vocal, con voz bitonal y cuerda vocal en posición paramediana. La lesión bilateral produce disnea (2MIR)



8. Patología de la voz: disfonías

Las disfonías pueden ser agudas (menos de 1 semana) y crónicas (más de un mes de duración).

Las disfonías pueden ser orgánicas o funcionales, siendo estas últimas las más frecuentes.

Los métodos complementarios para el estudio de la voz son la laringoscopia, la estroboscopia laríngea, la espectrografía vocal, el análisis acústico de la voz y el EMG de los músculos intrínsecos de la laringe.



RECUERDA

La prueba de elección para el estudio de las disfonías es la **estroboscopia laríngea**, por la que se obtienen imágenes dinámicas en video del movimiento de las cuerdas vocales iluminadas con flashes de luz intermitente desde un endoscopio rígido o flexible.

8.1. Disfonías orgánicas

Las **disfonías orgánicas** están relacionadas con enfermedades orgánicas de la laringe: malformaciones congénitas, inflamaciones, tumores, parálisis, traumatismos, enfermedades neurológicas y **disfonías espasmódicas**.

A. DISFONÍA ESPASMÓDICA (DISTONÍA LARÍNGEA)

La **disfonía espasmódica** o **distonía laríngea**, es una distonía focal caracterizada por contracciones involuntarias disrítmicas de la musculatura de la cuerda vocal resultando una voz con contracciones espasmódicas que alteran el ritmo del habla y la capacidad de comunicación. Esta forma de distonía laríngea puede asociarse a otras distonías del organismo, especialmente del territorio de la cabeza y el cuello. Son más frecuentes en **mujeres**, sobre los 40 años.

Los **espasmos laríngeos tónicos** pueden afectar a la musculatura aductora -aproximadora (90% de los casos, por afectación del músculo tiroaritenoides) o abductora-separadora (10% de los casos, por afectación del músculo cricoaritenoides posterior).

- **La disfonía espástica en ADUCCIÓN** produce una voz "estrangulada" (porque los espasmos cierran más la glotis), entrecortada, con altibajos, y con temblor en la voz (MIR). La disfonía espasmódica se produce al hablar, pero no aparece al cantar o al reír, al menos en los casos no muy severos y durante los primeros años de la enfermedad, y esta particularidad ayuda en el diagnóstico. Se trata con inyección de **toxina botulínica (MIR)** en el músculo tiroaritenoides (músculo de la cuerda vocal). La inyección produce una mejoría clínica de varios meses de duración, siendo necesario después repetir la inyección.
- **La disfonía espástica en ABDUCCIÓN** provoca una voz "aérea" porque el espasmo separa las cuerdas y el flujo aéreo se escapa sin producir vibración. Se trata con inyección de **toxina botulínica** en el músculo cricoaritenoides posterior.

MIR 20 (11657): Mujer de 56 años que consulta por presentar, desde hace 6 meses, habla entrecortada, con altibajos, como estrangulada, y temblor en la voz. Después de la exploración endoscópica laríngea, del análisis acústico de la voz y del habla, la sospecha diagnóstica es una **distonía laríngea** o **disfonía espasmódica aductora**. ¿Cuál de las siguientes propuestas de **tratamiento** está indicada?:

1. Sección del nervio laríngeo inferior o recurrente.
2. Extirpación del músculo tiroaritenoides.
3. Tratamiento logopédico y administración de relajantes musculares.
4. **Inyección de toxina botulínica en el músculo de la cuerda vocal.** *

8.2. Disfonías disfuncionales

Son alteraciones de la voz debidas, en la mayoría de los casos, a un mal uso o abuso de la voz. Son las más frecuentes (suponen el 90% de todas las consultas por disfonías).

Las lesiones **orgánicas** que aparecen en la disfonía disfuncional **complicada** constituyen en su conjunto la **laringopatía disfuncional**. Ésta se presenta como lesiones exudativas del espacio de Reinke, que según la extensión se clasifican como nódulos vocales (mínima afectación), pólipos y edema de Reinke (máxima afectación, ocupando toda la cuerda vocal), o como quistes submucosos.



REPASO: LARINGOPATÍAS DISFUNCIONALES

1. Lesiones exudativas del espacio de Reinke:
 - a. Nódulos vocales (MIR)
 - b. Pólipo laríngeo (MIR)
 - c. Edema de Reinke (MIR)
2. Quiste submucoso

En las **disfonías funcionales** siempre es necesario el **tratamiento rehabilitador o foniatrico**, y en algunas ocasiones es necesario, además, recurrir a la cirugía. Los pólipos laríngeos deben ser extirpados y analizados siempre, los nódulos vocales raramente y los edemas de Reinke según su tamaño.



RESUMEN DE LARINGE

1. ANATOMÍA DE LA LARINGE

1.1. ESQUELETO Y PARTES DE LA LARINGE

- El **hioides** se sitúa en la posición más craneal de la laringe (MIR).
- La **epiglotis** delimita la apertura laríngea y su posición varía en función de la posición lingual (MIR).
- Las **cuerdas vocales falsas** se sitúan craneales a las **cuerdas vocales verdaderas** (MIR).

1.2. MÚSCULOS DE LA LARINGE

- El músculo cricoaritenideo posterior o músculo posticus es el **único músculo dilatador de la laringe**.
- El músculo cricotiroideo o músculo anticus es el **único músculo inervado por el nervio laríngeo superior**.
- El músculo interaritenideo **es el único músculo intrínseco impar y medio**.

1.3. INERVACIÓN DE LA LARINGE

A. Motora

- **Nervio laríngeo superior, rama externa:** Inerva al músculo cricotiroideo.
- **Nervio laríngeo inferior o recurrente:** Inerva al resto de los músculos intrínsecos. **La lesión unilateral de este nervio produce disfonía y voz bitonal (MIR), y la cuerda paralizada se coloca en posición paramediana (MIR). Es más frecuente la lesión del recurrente izquierdo por su mayor trayecto intratorácico donde rodea al cayado de la aorta (MIR). La causa más frecuente de lesión del nervio recurrente es la cirugía de tiroides (MIR). REGLA NEMOTÉCNICA:** El nervio laríngeo Inferior inerva la musculatura Intrínseca de la laringe (a excepción del músculo cricotiroideo).

B. Sensitiva

- **Nervio laríngeo superior, rama interna:** encargado de la sensibilidad de la laringe por encima de la glotis. **Su lesión produce anestesia laríngea y aspiración por falsas vías (MIR). REGLA NEMOTÉCNICA:** El nervio laríngeo Superior está encargado de la Sensibilidad de la laringe por encima de la glotis.
- **Nervio laríngeo inferior o recurrente:** encargado de la sensibilidad por debajo de la glotis.

2. LARINGOMALACIA

- La laringomalacia es la **causa más frecuente de estridor en el recién nacido**.
- Es la **anomalía congénita más frecuente de la laringe**.

3. LARINGITIS AGUDAS

3.1. LARINGITIS AGUDAS DEL NIÑO

A. Laringitis supraglótica, epiglotitis aguda o crup bacteriano

- **Etiología:** El **germen más frecuente era antes de las vacunaciones** el Haemophilus influenzae (MIR). La vacunación ha reducido la incidencia de la epiglotitis por este microorganismo en más del 90%. Ahora es el Streptococo beta-hemolítico del grupo A.
- **Epidemiología:** Niños de 2-7 años.
- **Clínica:** Comienzo brusco. Fiebre, dolor de garganta. Estridor inspiratorio. Disnea. Postura de trípode. Disfagia. Expulsión de secreciones (babeo MIR). Es una emergencia médica con gran riesgo de obstrucción de la vía respiratoria. No se debe explorar la garganta fuera de un medio hospitalario adecuado, pues se puede precipitar la oclusión completa de la vía respiratoria (**la laringoscopia indirecta está contraindicada**). "Signo del dedo gordo" en la radiografía lateral del cuello.
- **Tratamiento:** Ingreso hospitalario. Frecuentemente requieren control de la vía aérea por intubación o traqueotomía. Cefalosporinas de tercera generación e.v. (MIR), o ampicilina/sulbactam

B. Laringitis subglótica, laringotraqueitis o crup viral

- **Epidemiología:** Es la **causa más frecuente de disnea de causa laríngea en la infancia (en el recién nacido la causa más frecuente es la laringomalacia y en el adulto los tumores)**. Afecta a niños de 3 meses a 5 años.
- **Clínica:** Comienzo progresivo. El estridor originado por obstrucción en la subglotis o tráquea suele ser inspiratorio y espiratorio (MIR). Tos perruna.

C. Laringitis estridulosa, laringitis espasmódica o falso crup

- Resolución espontánea, coincidiendo frecuentemente con un vómito.

3.2. LARINGITIS AGUDAS DEL ADULTO

A. Epiglotitis aguda

- Los **gérmenes causales** pueden ser H. Influenzae, estreptococo grupo A, neumococo, H. parainfluenzae, y estafilococo.
- **Clínica:** el cuadro se inicia con molestias faríngeas que progresan rápidamente a dolor intenso de garganta que impide la deglución, fiebre, escalofríos, deglución dolorosa, disnea, voz apagada, escape comisural de saliva, orofaringe eritematosa con edema de úvula, región cervical anterior edematosa (MIR). El paciente permanece sentado e inclinado hacia delante para facilitar la respiración (MIR).
- **Métodos complementarios de diagnóstico:** Leucocitosis con desviación izquierda (MIR). Radiografía lateral de cuello: sugiere edema de partes blandas a nivel supraglótico (MIR). El examen con fibroscopio en quirófano permite confirmar el diagnóstico: la epiglotis es de color rojo cereza y está muy inflamada (MIR).
- **Tratamiento:** Ingreso hospitalario, tratamiento I.V. con corticoides y cefalosporina de 3ª generación, y vigilancia estrecha de la evolución (MIR).



B. Laringitis Aguda Inespecífica

- **La causa más frecuente de laringitis aguda en adultos y niños** son las infecciones víricas.
- **El síntoma más frecuente en adultos** es la disfonía, **en niños** la disnea.

4. LARINGITIS CRÓNICA

4.1. LARINGITIS CRÓNICAS ESPECÍFICAS

- **Etiología:** Laringitis crónica tuberculosa (monocorditis o inflamación unilateral de las cuerdas vocales **MIR**, y forma úlcero-infiltrante), sífilis laringea (**MIR**), escleroma laríngeo (**MIR**), micosis (**MIR**).

4.2. LARINGITIS POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

- La pirosis es la **manifestación clínica más frecuente de la enfermedad por reflujo gastroesofágico** (ERGE), pero la ausencia de síntomas de reflujo (pirosis y regurgitación) **no** descarta la ERGE (**MIR**).
- El reflujo gastroesofágico puede relacionarse con **síntomatología "atípica"**, como sensación de cuerpo extraño faríngeo, laringitis (**2MIR**), traqueitis, broncoaspiración con broncoespasmo, neumonía recurrente, fibrosis pulmonar (**MIR**), o dolor torácico pseudoanginoso. Las manifestaciones extratorácicas pueden ser la única manifestación de reflujo.
- Las **manifestaciones ORL** tienen una frecuencia del 25%. Se han descrito asociados a reflujo gastroesofágico: laringitis crónica, granulomas, nódulos, pólipos, y quistes de la cuerda vocal. La laringitis puede manifestarse como afonía de meses de evolución. La exploración laríngea puede revelar edema de las cuerdas vocales y eritema o úlceras de la región interarite-noidea. (**MIR**).

5. TUMORES DE LARINGE

5.1. TUMORES BENIGNOS

- **Granuloma postintubación:** Aparece en la parte posterior de las cuerdas vocales.
- **Nódulos vocales:** **La disfonía debida a nódulos en ambas cuerdas vocales, debe ser considerada como una lesión** funcional de la voz (**3MIR**), por abuso vocal. En la **laringoscopia** aparecen como nódulos pequeños en la unión del tercio anterior con los dos tercios posteriores de las cuerdas vocales (**MIR**).
- **Pólipos laríngeos:** Cursan con disfonía. **Laringoscopia:** excrecencia lisa y uniforme en el borde libre de una cuerda vocal (**MIR**). El **tratamiento de elección** es la extirpación quirúrgica (biopsia, **MIR**).
- **Edema de Reinke:** **Es más frecuente en** fumadores y bebedores (**MIR**). **Laringoscopia:** masa edematosa bilateral (en ambas cuerdas vocales) de amplia base de implantación (**MIR**). **El tratamiento de elección** es la cordotomía superior y aspirado del edema, seccionando la mucosa sobrante sin lesionar el borde libre. **Antes** se hacía decorticación o "stripping" (**MIR**), preservando el músculo vocal, pero podía persistir la disfonía por fibrosis.
- **Papilomas laríngeos:** VPH. Recidivas frecuentes, puede ser grave en niños si se extiende a tráquea y bronquios.

5.2. LESIONES PREMALIGNAS DE LA LARINGE

- **Las lesiones precancerosas son tratadas mediante** la supresión de los factores causales, la vigilancia continua y las biopsias-exéresis repetidas para controlar su evolución (**MIR**).
- **Papiloma queratígeno. Tratamiento** exéresis y seguimiento por riesgo de malignización (**3MIR**).
- **Leucoplasia**
- **Laringitis crónica**

5.3. TUMORES MALIGNOS: CÁNCER DE LARINGE

A. Etiología

- Tabaco (el riesgo es igual para los fumadores de cigarrillos, pipa y puros, **MIR**). Fumar cigarrillos es la **principal causa de cáncer de laringe** (**MIR**). Alcohol. VPH (en menor medida).

B. Anatomía Patológica

- **El tipo histológico más frecuente es** el carcinoma epidermoide (**2MIR**).
- **La localización más frecuente del cáncer de laringe en España** es la supraglotis, **en países anglosajones es** la glotis. **Los tumores supraglóticos son más frecuentes en** los países mediterráneos que en los sajones (**MIR**).
- **Clasificación TNM: T1:** tumor limitado a una de las 3 regiones laríngeas (supraglotis, glotis o subglotis). **T2:** tumor que afecta a más de una región laríngea, **T3:** tumor limitado a la laringe con fijación de una o las dos cuerdas vocales. **T4:** tumor que desborda la laringe. Si es de origen subglótico, puede afectar la hipofaringe (región retrocricoidea), la tráquea o la piel (**MIR**).
- Las **adenopatías cervicales** metastásicas son muy raras en el carcinoma exclusivamente glótico. **N1:** adenopatía única de menos de 3 cm. **N2:** adenopatía única de 3 a 6 cm, o adenopatías múltiples. **N3:** adenopatías de más de 6 cm o con afectación extranodal.

C. Clínica.

- **El síntoma más frecuente del carcinoma epidermoide de laringe es** la ronquera (disfonía) (**MIR**). **Toda ronquera en un adulto de más de 2-3 semanas de duración requiere descartar** carcinoma laríngeo (**MIR**).
- **Supraglóticos:** **El síntoma inicial más frecuente del cáncer supraglótico es** el picor, sensación de cuerpo extraño y parestesias faríngeas (**2MIR**). **También son muy frecuentes** las metástasis ganglionares (**6MIR**), disfagia (**MIR**), odinofagia, otalgia refleja (**MIR**). Disfonía y disnea sólo en estadios avanzados. En los tumores supraglóticos la disnea puede presentarse antes que la disfonía (**MIR**).



- **Glóticos:** No da metástasis ganglionares (el ligamento vocal no tiene drenaje linfático) (MIR). **El síntoma de presentación de los tumores malignos de localización glótica es** la disfonía (MIR).

D. Tratamiento

- **Tumores pequeños:** cirugía conservadora de la voz (cordectomía, laringectomía parcial) o radioterapia. Los tumores limitados al compartimento supraglótico se pueden extirpar conservando la función fonatoria laríngea (MIR), mediante laringectomía horizontal supraglótica.
- **Tumores grandes:** laringectomía total o quimio-radioterapia (protocolo de conservación del órgano).
- Siempre se debe, además, tratar **el cuello** salvo en los tumores pequeños (T1 y T2) de *glotis*.

E. Pronóstico

- La presencia de adenopatías cervicales es el **factor pronóstico más importante en el cáncer de laringe**
- **Las adenopatías metastásicas son muy raras en** el cáncer de glotis (**mejor pronóstico**) (MIR). **Las metástasis linfáticas son más frecuentes en** los tumores supraglóticos (MIR).
- La **mayoría de las recidivas tras tratamiento aparecen** antes de los dos años (MIR).
- Son muy raras las **metástasis a distancia** en el momento del diagnóstico (MIR).

6. TRAQUEOTOMIA

- **De emergencia: Coniotomía,** en la membrana cricotiroides.
- **Traqueotomía reglada:** Entre el segundo y el tercer anillo traqueal (3MIR). El **estridor inspiratorio** puede ser indicativo de obstrucción grave de las vías respiratorias, que requiera tratamiento con intubación o traqueotomía (MIR).

7. PARÁLISIS FARINGOLARINGEAS

7.1. PARÁLISIS CENTRAL

A. Supranuclear (lesión de las fibras corticobulbares):

- Parálisis espástica por lesión de la *primera* neurona.

B. Nuclear (lesión en el bulbo):

- **Lesión núcleo motor (ambiguo):** Parálisis flácida por lesión de la *segunda* neurona (neuronas motoras del núcleo ambiguo). Cuerdas en posición intermedia. Disfagia.
- **Lesión núcleo sensitivo (tracto solitario):** Aspiración de alimentos por anestesia laríngea (lesión de las neuronas sensitivas del núcleo solitario).

7.2. PARÁLISIS PERIFÉRICA

A. Lesión del vago por encima de los nervios faríngeos:

- Disfagia, aspiración, disfonía, cuerda vocal en posición intermedia.

B. Lesión del vago por debajo de los nervios faríngeos

- Disfonía, cuerda vocal en posición intermedia, aspiración (MIR). No hay disfagia.

C. Parálisis del nervio laríngeo superior

- Disfonía leve, aspiración (3MIR). No hay disfagia.

D. Parálisis del nervio laríngeo inferior (recurrente)

- **Etiología:** La **causa más frecuente de lesión del nervio recurrente es** la cirugía tiroidea (MIR). **Se aconseja la cirugía sin demora de un nódulo tiroideo que se acompañe de** parálisis del nervio recurrente, por indicar que estamos probablemente ante un proceso maligno (MIR).
- **Recuerdo anatómico:** **El nervio recurrente más frecuentemente lesionado es el** izquierdo. **El nervio recurrente izquierdo** rodea al cayado aórtico antes de ascender por el surco tráqueo-esofágico (2MIR). **El nervio recurrente derecho** rodea a la arteria subclavia, antes de ascender por el surco tráqueo-esofágico (MIR).
- **Clínica:** **Cuerdas vocales en posición** paramediana (MIR). Disfonía (**voz** bitonal, MIR). **No hay** aspiración ni disfagia. **En las parálisis bilaterales** las dos cuerdas vocales situadas en posición paramediana son responsables de la disnea y el estridor (MIR).

8. PATOLOGÍA DE LA VOZ: DISFONÍAS

8.1. DISFONÍAS ORGÁNICAS

A. Disfonía espasmódica o distonía laríngea:

- Es una distonía focal caracterizada por contracciones involuntarias disrítmicas de la musculatura de la cuerda vocal resultando una voz con contracciones espasmódicas que alteran el ritmo del habla y la capacidad de comunicación.
- **Se trata con** inyección de toxina botulínica (MIR). La inyección se realiza en el músculo tiroaritenario (músculo de la cuerda vocal) para la disfonía espasmódica en aducción y en el músculo cricoaritenario posterior para la disfonía espasmódica en abducción.

8.2 DISFONÍAS DISFUNCIONALES

- Son alteraciones de la voz debidas, en la mayoría de los casos, a un mal uso o abuso de la voz. Son las más frecuentes (suponen el 90% de todas las consultas por disfonías).