



## REPORTE DE CASO

---

# CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE CASOS DIAGNOSTICADOS CON PAPILOMATOSIS LARÍNGEA: UNA SERIE DE CASOS

Aramí María Centurión Villalba, María Belén Coria Pimienta, Alba Marina Chaparro Mancuello, Ana Claudia De Barros Barreto Mazó, Alejandro Tomás Destéfano Acosta, Cristina Duarte Martínez.

Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.

---

### **Autor de correspondencia:**

Aramí María Centurión Villalba  
aramicv\_192@hotmail.com

**Recibido:** 20/01/2018

**Aceptado:** 14/05/2018

---

### **Palabras clave:**

Papiloma, Laringe,  
Enfermedades  
Otorrinolaringológicas

### **RESUMEN**

**Introducción:** La Papilomatosis laríngea o Papilomatosis respiratoria recidivante (PRR) es una enfermedad infecciosa de la laringe. Se distinguen dos formas: juvenil y adulta. El objetivo fue determinar las características clínicas de casos con PRR.

**Reporte de caso:** serie de casos con PRR del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Clínicas de San Lorenzo, Paraguay, del 2010 al 2015. De los 10 casos el 70 % fue del sexo masculino. El 40% presentó recidiva. No se observaron casos de malignización. El 75 % de las recidivas fueron tratadas mediante microcirugía laríngea e infiltración con Interferón alfa.

**Conclusión:** Se encontró igual cantidad para ambas formas. La mayoría del sexo masculino. El motivo de consulta más frecuente fue disfonía. Se observó 40% de recidiva, más frecuente en la juvenil. La mayoría fue tratada con microcirugía laríngea e infiltración con Interferón Alfa. La proporción fue de 8 casos por cada 1000 pacientes.

# CLINICAL CHARACTERISTICS OF CASES DIAGNOSED WITH LARYNGEAL PAPILOMATOSIS: NUMBER OF CASES

## ABSTRACT

**Background:** Laryngeal Papillomatosis or Recurrent Respiratory Papillomatosis (PRR in Spanish) is an infectious disease of the larynx. It occurs in two forms: juvenile and adult. The objective was to determine the characteristics of the clinical cases with PRR.

**Methods:** A series of cases from 2010 to 2015 of the Department of Otorhinolaryngology at the Hospital de Clínicas of San Lorenzo, Paraguay, were studied.

**Results:** Of the 10 cases, 70% were male. 40% presented recurrent. No cases of malignancy were observed. 75% of the recurrent cases were treated with laryngeal microsurgery or infiltration with alfa interferon.

**Conclusion:** Equal quantities of both forms were found. The majority were males. The reason for consultation mostly was for dysphonia (hoarseness). It was observed that 40% were recurrent, more frequent in juvenile. Most were treated with laryngeal microsurgery or infiltration with alfa interferon. The proportion was 8 cases for every 1000 patients.

### Key words:

Papilloma, Larynx, Otorhinolaryngologic Diseases

## INTRODUCCIÓN

La Papilomatosis laríngea o Papilomatosis respiratoria recidivante (PRR) es una enfermedad infecciosa de la laringe. Se distinguen dos presentaciones clínicas: PRR juvenil (PRRJ) en menores de 12 años y PRR del adulto (PRRA) en mayores de 12 años. La PRRJ es más agresiva y más activa cuanto más precoz, sin predisposición en función al sexo o procedencia, mientras que la PRRA es menos activa, más localizada, menos recidivante, pero con más tendencia a la malignización (1-3).

El agente causal es el Virus del papiloma humano (VPH). Predominan los VPH de tipo 6 y 11, de bajo riesgo oncogénico; menos frecuentes los tipos 16 y 18, con alto riesgo de malignidad. El reservorio más amplio de estos tipos de VPH es el tracto urogenital, siendo la PRRJ de transmisión vertical durante el parto por vía vaginal o infección

intrauterina. En la PRRA la transmisión es oro-genital. El VPH infecta las células progenitoras de la capa basal de la mucosa donde puede expresarse de forma activa o permanecer latente (4-6).

Las dos formas clínicas difieren por su expresión clínica, su progresión y su gravedad. La PRRJ tiene un lapso de un año entre las primeras manifestaciones y el diagnóstico. Los papilomas aparecen inicialmente en el plano glótico y la disfonía es el primer síntoma. Puede haber remisiones espontáneas y cuanto más joven el niño, más agresiva la enfermedad con extensión a otros sitios, causantes de síntomas respiratorios como estridor al inicio inspiratorio luego bifásico, tos crónica, neumonía recurrente y disnea progresiva (2,7-9). En la PRRA la disfonía es también el síntoma principal relacionándose con la misma causa de afectación glótica, sobre todo en tercio anterior de las cuerdas

vocales. Debe hacerse un diagnóstico diferencial con asma, crup, alergias, nódulos vocales y bronquitis (1, 2, 10).

El tratamiento es siempre quirúrgico. Resección de los papilomas mediante pinzas y tijeras, láseres diversos o microdesbridador. La finalidad es mantener la permeabilidad de las vías respiratorias y conservar o restaurar la voz. Debido a la frecuencia de recidivas luego de la exéresis quirúrgica, se impone un tratamiento complementario con cidofovir, indol-3-carbinol, ribavirina, celecoxib, vacuna contra parotiditis y fototerapia (8,11-14).

El objetivo de este trabajo fue determinar las características clínicas de casos diagnosticados con Papilomatosis Laríngea en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Clínicas entre el 2010-2015.

## REPORTE DE CASO

Se observaron 10 casos diagnosticados con papilomatosis laríngea en el Servicio de Otorrinolaringología - Región Cabeza y Cuello del Hospital de Clínicas, entre el 2010-2015; de los cuales el 50 % correspondía a la PRRJ, mientras que el resto correspondía a PRRA.

La edad media general fue de 26,2 años, con un rango de edades entre 1-79 años. Se observaron dos picos etarios: la edad media de la PRRJ fue 4,4 años, con un rango de 1 a 9 años; y la edad media de la PRRA fue 48 años, con un rango de 23 a 79 años.

La mayoría fue del sexo masculino (7 de los 10 casos), con 3 casos del sexo femenino.

La procedencia fue variada, siendo la mayoría del Departamento Central (70 %), luego del Departamento de Alto Paraná (20 %) y del Departamento de Concepción (10 %). El motivo de consulta más frecuente fue la

disfonía, encontrándose en 7 de cada 10 casos. Los demás motivos fueron: disfagia, dificultad respiratoria y lesión en paladar; cada uno con 1 caso.

El 40 % de los casos presentaron recidivas de las lesiones papilomatosas laríngeas, siendo el 75 % de las recidivas en la forma juvenil, con una media de recidivas en ese grupo de 1,4 por paciente. De los 3 casos juveniles, dos casos tuvieron una sola recidiva y un caso tuvo dos recidivas. El único caso de la forma adulta presentó la más alta frecuencia con tres recidivas. No se observaron casos de malignización. El 75 % de las recidivas fueron tratadas mediante microcirugía laríngea e infiltración con Interferón Alfa en cada episodio de recidiva, el 25 % restante solo con microcirugía laríngea sin infiltración.

En 8 de los 10 casos se indicó la microcirugía laríngea, de los cuales 5 (62,5 %) fueron tratados complementariamente con infiltración de Interferón Alfa, 3 eran jóvenes y 2 eran adultos; a 1 caso (el de mayor edad: 79 años) se le indicó únicamente la infiltración con Interferón Alfa. No se especifica el tratamiento propuesto para un caso.

Se encontró una proporción de 8 casos por cada 1000 pacientes que acudieron al Servicio, durante el tiempo de estudio.

## DISCUSIÓN

Entre los casos diagnosticados con PRR, se observó que la mitad correspondían a la PRRJ y la otra mitad a PRRA, mientras que según la literatura es más frecuente en los niños (15,16).

Se observaron dos picos etarios. Coinciden con otras series como Castillo et al. (16) con edad media en la forma juvenil de 5,7 años; así como con Derkay et al. (17), en la que los picos de edad se encuentran entre la pri-

mera infancia (2–5 años) y adultos jóvenes (20–30 años) (15–17), siendo el rango del último pico un poco menor al obtenido en esta investigación; aproximándose la edad media en adultos con la serie de Gutiérrez et al., en la que se revisaron 29 casos de Papilomatosis Laríngea con una edad media en adultos de 51–56 años, sin poder contrastar en el pico infantil por la escasez de muestra de la misma (18).

El sexo masculino fue el más frecuente, tanto en la PRRJ como en la PRRR. Se asemeja a otros estudios para la PRRR, pero se contrasta en la PRRJ, en la que no se observa predisposición alguna de sexo (15–20).

El motivo de consulta más frecuente fue la disfonía, además de otros motivos menos frecuentes como disfagia, dificultad respiratoria y lesión en paladar. La disfonía suele ser el primer motivo de consulta por ocurrir en la zona de asentamiento primario de la lesión con mayor frecuencia (18), pero contrasta con la disnea como motivo de consulta más frecuente en las series de Castillo et al. (16). Se mencionan igualmente los otros motivos de consulta (15, 18, 20, 21).

El 40 % de los casos presentó recidiva de las lesiones, siendo más frecuente en el pico juvenil, con una media general de 1–2 episodios y una media de recidivas en el grupo juvenil de 1,4 por paciente; mientras que el único caso observado en la PRRR presentó la más alta frecuencia con 3 recidivas. El porcentaje de recidivas en el grupo de estudio y la mayor frecuencia en la PRRJ (1, 6, 22, 23) coincide con lo observado por Gutiérrez et al., con una media general de recidivas de 2–3 por paciente (18), una media en el pico juvenil de 4,4 recidivas por año (24, 25) y con un máximo de 12 recidivas (18) que pueden llegar a presentar recidivas hasta en 150 oportunidades (3, 26), superando ampliamente estos hallazgos. No se observaron casos de malignización, a diferencia de

lo referido en las revisiones, las cuales mencionan que ocurre hasta con una frecuencia del 2 % (18, 23). Según datos de la Sociedad Americana de Otorrinolaringología Pediátrica, un paciente tendrá en promedio 10 cirugías a lo largo de su vida (26), siendo dos el máximo número de cirugías observadas en nuestros casos juveniles.

El tratamiento propuesto más frecuentemente fue el quirúrgico, complementado con Infiltración de Interferón Alfa en el 62,5 % de los casos; encontrando un caso tratado únicamente con infiltración. Ninguno fue tratado con Cidofovir u otro tratamiento médico. El tratamiento habitual de esta patología requiere procedimientos quirúrgicos múltiples, debido a su carácter recurrente (18). Aunque la cirugía de las lesiones es el pilar del tratamiento en la papilomatosis, algunas formas de tratamiento adyuvante son necesarias en al menos el 20 % de los casos (19). El Interferón y el Cidofovir son los más utilizados actualmente según las revisiones. Según las series de Gutiérrez et al., recibieron tratamiento tópico adyuvante al quirúrgico, con Cidofovir tópico 2 casos, no presentando recidiva posteriormente; y 2 casos con Interferón tópico, que han alargado el periodo entre recidiva (más de 1 año) (18). A pesar de las controversias sobre la efectividad y los efectos secundarios del fármaco, la inyección intralesional de cidofovir tras la extirpación quirúrgica de las lesiones es, para muchos autores, el tratamiento adyuvante con resultados más favorables para la PRR y el más utilizado en la actualidad a nivel mundial (19). Se desconoce la causa del no empleo de Cidofovir como tratamiento adyuvante en el servicio.

Se encontró una proporción de 8 casos por cada 1.000 pacientes. No se obtuvieron datos nacionales sobre la proporción de casos diagnosticados con PRR.

## CONCLUSIÓN

Se encontraron igual cantidad de casos para las dos formas de PRR. La mayor parte de los casos fueron del sexo masculino. La mayoría provino del Departamento Central. El motivo de consulta más frecuente fue disfonía. Se observó un 40% de recidivas, con mayor frecuencia en la forma juvenil. La mayoría fueron tratados con microcirugía laríngea, complementado con Infiltración de Interferón Alfa. La proporción fue de 8 casos diagnosticados por cada 1000 pacientes que acudieron al Servicio.

## Agradecimientos:

A la Cátedra y Servicio de Otorrinolaringología.

## Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## Financiamiento:

Autofinanciado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. François M. Papilomatosis larínges. In: Encyclopédie Médico Chirurgicale. 2000. p. 705–10.
2. Bauman NM, Smith RJH. Papilomatosis respiratoria recurrente. Clin pediátricas Norteamérica. 1996;6:1299–316.
3. Anderson JR. Patología de Muir. México: Editorial Espax; 1977.
4. Abramson AL, Dilorenzo TP, Slejberg BM. Is papillomavirus detectable the plume of laser-treated laryngeal papilloma? Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1990;116:604–7.
5. Abramson AL. Variable light-dose effect on photodynamic therapy for laryngeal papillomas. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1994;120:832–55.
6. Anderson JA. H-ras oncogene mutation and human papillomavirus infection in oral carcinomas. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1994;120:755–60.
7. Holland W, Koufman JA, Postman GN. Laryngopharyngeal reflux and laryngeal web formation in patients with pediatric recurrent respiratory papillomas. Laryngoscope. 2002;112:1926–9.
8. Nodarse Cuní H, Iznaga Marin N, Viera Alvarez D, Rodríguez Gómez H. Interferon alpha-2b as adjuvant treatment of recurrent respiratory papillomatosis in Cuba: Nacional Programme (1994-1999 report). J Laryngol Otol. 2004;118:681–7.
9. Peyton SW, Wiatrak B. Is cidofovir a useful adjunctive therapy for recurrent respiratory papillomatosis in children? Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2004;68:413–8.
10. Pashley NR. Can mumps vaccine induce remission in recurrent respiratory papilloma? Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2002;128(7):783–6.
11. Green GE, Bauman NM, Smith RJH. Patogenia y tratamiento de la papilomatosis respiratoria recurrente de inicio juvenil. Clínicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica. 2000;1:179–97.
12. Rosen CA, Bryson PC. Indole 3 Carbinol for recurrent respiratory papillomatosis: long term results. J Voice. 2004;18(2):248–53.
13. Pasquale K, Wiatrak B, Woolley A, Lewis L. Microdebrider Versus CO2 Laser Removal of Recurrent Respiratory Papillomas: A Prospective Analysis. Laryngoscope. 2003;113:139–43.
14. McGlennen RC, Adams GL, Lewis CM. Pilot trial of ribavirin for the treatment of laryngeal papillomatosis. Head Neck. 193AD;15(6):504–12.
15. Harman E, Talavera F, Manning H. Recurrent Respiratory Papillomatosis. Medscape [Internet]. 2015; Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/302648-overview>
16. Castillo HK, Caro V de los Á, González Blanco M, Acosta L, Correnti M, Suárez J. Papilomatosis laríngea juvenil y su relación con la infección genital por virus del papiloma humano durante el embarazo. Rev Obs Ginecol Venez [Internet]. 2015;75(4):260–8. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322015000400006&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000400006&lng=es)
17. Armstrong LR, Derkay CS, Reeves WC. Initial results from national registry for juvenile-onset recurrent respiratory papillomatosis. RRP Task orce. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1999;125(7):743–8.
18. Gutiérrez Castillo C, Moneris García E, Dolores Durán M, Sancho Mestre M, Ramón Gras J. Papilomas y papilomatosis laríngea. Tratamiento con Láser CO2, nuestra experiencia en 15 años. Rev Acta Otorrinolaringológica Española [Internet]. 2010;61(6). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-acta-otorrinolaringologica-espanola-102-articulo-papilomas-papilomatosis-laringea-tratamiento-con-13184430>
19. Pérez Delgado L, De Miguel García F. Papilomatosis respiratoria recurrente: actualización y controversias acerca del cidofovir intralesional. Rev la Soc Aragon Otorrinolaringol. 2014;17(1):10–7.
20. Rodríguez V, Michalski J. Papilomatosis Laríngea Infantil. Trabajo de Revisión Bibliográfica. Rev FASO [Internet]. 2010;17(2). Disponible en: <http://www.faso.org.ar/revistas/2010/2/nota2.pdf>
21. Fita AM, Díaz Manzano SB, Reyes Domínguez P, Pastor Costa A, Navarro M. Disfonía infantil precoz como síntoma de alerta de la papilomatosis laríngea juvenil. An Pediatría España [Internet]. 2015;83(3):211–2. Disponible en: <http://www.analesdepediatría.org/es/disfonia-infantil-precoz-como-sintoma/articulo/S1695403315001022/>
22. Kumar Bhandar S, Srinivas Bhat V. Multiple Laryngeal Papillomatosis in an Adult Masquerading as a Lary-

ngeal Malignancy: A Case Report. *World Artic Ear, Nose throat* [Internet]. 2013;6(1). Disponible en: <http://www.waent.org/archives/2013/Vol6-1/20121125-Laryngeal-Papillomatous/laryngeal-papillomatous-manuscript.htm>

23. Alarcón L, Arias J, Arce C, Lee C, Torres A, Ioffe I, et al. Papilomatosis Laríngea recurrente con transformación a carcinoma pulmonar- Reporte de Caso. *Rev la Soc Paraguaya Cirugía* [Internet]. 2013;37(1). Disponible en: <http://sopaci.org.py/wp/wp-content/uploads/2016/03/Alarcon-Leticia-jun13.pdf>

24. Magdalena C, Dinescu F, Cosgarea M. A case report of recurrent respiratory papillomatosis progressed into a loco-regionally advanced laryngeal carcinoma.

*Int J Bioflux Soc Rom* [Internet]. 2015;7(4). Disponible en: <http://www.hvm.bioflux.com.ro/docs/2015.260-263.pdf>

25. Shetty N, Prabhash K, Joshi A, Sharma S, Noronha V, Deshmukh A, et al. Case of childhood laryngeal papillomatosis with metastatic carcinoma esophagus in adulthood. *Indian J Med Paediatr Oncol* [Internet]. 2013;34(1):34–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3715978/>

26. Sedaghat NS. Papilomatosis respiratoria recurrente y el rol de la vacunación antiVPH. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* [Internet]. 2013;73(1):89–93. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48162013000100015&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162013000100015&lng=es)

---