SINEQUIA LARÍNGEA
POR GRANULOMA DE CUERDA VOCAL POSTQUIRÚRGICO

DRES. ARJONA MONTILLA C, GARCÍA GIRALDA M, SÁNCHEZ ROZAS JA. | HOSPITAL COMARCAL DE BAZA (GRANADA).

Las sinequias son fijaciones anómalas entre dos lugares, que por su cercanía pueden fusionarse al cicatrizar, después de una lesión o intervención quirúrgica.

En la laringe pueden producirse en las decortizaciones demasiado extensas de las cuerdas, en el edema crónico de Reinke. Pueden existir también las sinequias o membranas laringeas congénitas en el recién nacido. Si la sinequia obstruye parcialmente la laringe o produce disfonía, está indicado el corte con Láser.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 50 años, enfermera del hospital y cuyo marido es médico, viene a consulta para una revisión de oídos. Por otra parte, tiene una ligera disfonía desde hace mucho tiempo, por una sinequia de cuerdas vocales, adquirida por intervenciones laríngeas repetidas por una cicatrización anómala con granulomas.

En los antecedentes destaca una operación de nódulos de cuerdas vocales con microcirugía laríngea, en marzo de 1997, la cual se complicó con una cicatrización anómala con tejido de granulación que precisó limpieza quirúrgica en abril. Volvió a crecer el tejido de granulación con sinequia y se derivó a centro de referencia provincial, donde se realizó microcirugía laríngea biopsica más fotoresección con láser CO_2 en el mes de julio **(figura 1-2)**.

Esta misma maniobra se repite en noviembre del 1997, en mayo 1998 y en enero del 2000 (resultado anatomopatológico: tejido inflamatorio de granulación).

De nuevo se produce recidiva de lesiones granulomatosas en ambas cuerdas y comisura anterior, con clínica de disfonía, aparición de disnea leve con el esfuerzo y sensación de opresión laríngea.

Finalmente, se opera en mayo de 2000, en la Ciudad Sanitaria Universitaria de Bellvitche, realizándose una microcirugía laríngea biopsica e inyección intracordal de corticoides.

En la exploración fibroscópica actual de la laringe se aprecia una ligera sinequia entre el tercio anterior de las cuerdas vocales **(figura 3)**.

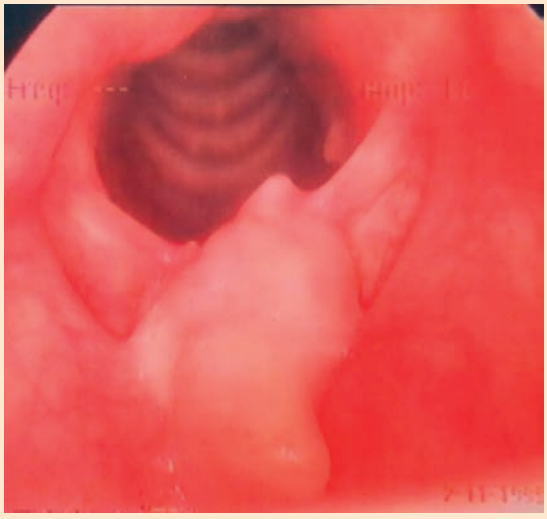

FIGURA 1: Formación granulomatosa en comisura anterior.

FIGURA 2: Imagen postquirúrgica con láser.

LOS GRANULOMAS RECIENTES PUEDEN DESAPARECER ESPONTÁNEAMENTE O DESPUÉS DE MEDIDAS CONSERVADORAS, NO ASÍ LOS MÁS EVOLUCIONADOS. FUNDAMENTALMENTE, CON REPOSO VOCAL, REHABILITACIÓN FONIÁTRICA Y/O TRATAMIENTO ANTIRREFLUJO.

Sinequia laríngea por granuloma de cuerda vocal postquirúrgico

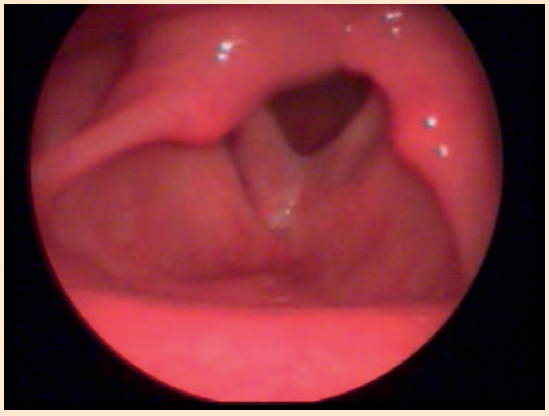

FIGURA 3: Sinequia anterior de cuerdas vocales.

DISCUSIÓN

Los granulomas inespecíficos son lesiones pseudotumorales producidas, en la mayoría de los casos, como reacción a un trauma, existiendo cuatro tipos diferentes según el agente causal: granulomas de contacto, granulomas postintubación, granulomas postquirúrgicos y granulomas postinyección. Está, además, descrita otra forma muy infrecuente de granulomas inespecíficos de aparición espontánea, que pueden localizarse en cualquier área de la laringe, forma denominada laringitis granulomatosa seudoblastomatosa.

Los granulomas específicos y las laringitis específicas corresponden a otro apartado. Histológicamente es una masa polipoide formada por un tejido de granulación exuberante, constituido por fibroblastos, vasos capilares e infiltrado celular inflamatorio. La lesión de la mucosa alcanza hasta el pericondrio de la apófisis y está recubierta por este material de granulación fungoso. Se diferencia del granuloma del pólipo por que carece de patrón lobular típico. En algunos casos puede haber una hiperplasia celular pseudoepiteliomatosa, lo que simula un carcinoma.

Los granulomas postquirúrgicos son lesiones mamelonadas de coloración blanquecina o rojiza que pueden asentar en cualquier zona de la laringe tras una lesión tisular quirúrgica importante.

El tejido de granulación se produce durante la cicatrización, o bien por segunda intención sobre el relieve de la cicatriz. Muchas veces es fruto de una infección. En su evolución natural, frecuentemente, parte del granuloma se recubre de tejido cicatricial y adquiere una cubierta epitelial. Raramente hay granulomas que permanecen años o que puedan recidivar como granulomas de repetición.

Los síntomas y la intensidad de los mismos varían según el grado de afectación: disfonía. Fatiga vocal. Carraspeo continuo. Ocasionalmente, discreta expectoración hemoptoica. Dolor en la fonación, sensación de cuerpo extraño. Psicológicamente son pacientes con gran tensión emocional. Hay que hacer diagnóstico diferencial con la tuberculosis y el carcinoma laríngeo.

TRATAMIENTO

Los granulomas recientes pueden desaparecer espontáneamente o después de medidas conservadoras, no así los más evolucionados. Fundamentalmente, con reposo vocal, rehabilitación foniátrica y/o tratamiento antirreflujo.

El tratamiento quirúrgico está indicado cuando se duda de la naturaleza histológica de la lesión, en los muy extensos o con masas de gran volumen, en los casos rebeldes al tratamiento conservador. Se realiza extirpación quirúrgica con láser CO_2.

Se aconseja, como la mejor medida para evitar su recidiva postquirúrgica, el tratamiento foniátrico, e incluso, el psicoterapeútico.

Bibliografía

www.Otorrinoweb.com

Cervera FJ, Vega F, García-Tapia R. (1996). Lesiones benignas de las cuerdas vocales. En García-Tapia R, Cobeta I. (eds). Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la voz (pp223-240). Madrid: Garsi.

Díaz P, Gascón MC, Lacosta JL. (2006). Pólipos. Nódulos, quistes, edema de Reinke y laringoceles. Microcirugía de laringe. En Libro virtual de formación en ORL (cap. 108).

Heuillet-Martin G, Garson-Bavard H, Legré A. (2003). Las disfonías con lesiones adquiridas. En Una voz para todos (pp23-39). Marsella: Solal.

Le Huche F, Allali A. (1994). Disfonías disfuncionales complicadas (con laringopatías disfuncionales). En La voz, tomo 2 (pp79-102). París: Marsson.