



ARTÍCULO ORIGINAL

Estenosis glóticas posteriores de origen cicatricial. Nuestra experiencia

Ana Maeso-Plaza^{a,*}, María Dablanca-Blanco^a,
Consuelo Ortega-Fernandez^b y Primitivo Ortega-del Álamo^a

^a Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, Madrid, España

^b Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

Recibido el 11 de agosto de 2015; aceptado el 21 de enero de 2016

PALABRAS CLAVE

Estenosis laríngeas;
Mitomicina C;
Láser CO₂

Resumen

Introducción y objetivos: Presentar los resultados obtenidos en el tratamiento de estenosis glóticas posteriores cicatriciales.

Métodos: Estudio retrospectivo de 34 pacientes diagnosticados y tratados de estenosis glóticas posteriores cicatriciales por nuestro servicio.

Resultados: El 85,36% de nuestros pacientes fueron decanulados. Los pacientes con estenosis de localización únicamente glótica fueron decanulados en un 80%, mientras que paradójicamente en los que tenían asociada además otro tipo de estenosis laringotraqueal, el porcentaje de decanulación fue del 92,9%.

El 70% de los pacientes requirieron más de un procedimiento quirúrgico, aunque la mayoría de ellos se hicieron por protocolo y con la finalidad de resolver pequeños problemas.

El número de reintervenciones está condicionado por la localización de la estenosis, siendo mayor cuando la estenosis glótica posterior se asocia a otro tipo de estenosis laringotraqueal ($p = 0,001$).

Conclusiones: Los resultados quirúrgicos obtenidos en el tratamiento de las estenosis glóticas posteriores cicatriciales son buenos, pero a diferencia de otro tipo de estenosis glóticas posteriores (como por ejemplo las parálisis de abductores de origen neurogénico) requieren más intervenciones para la decanulación definitiva.

Los procedimientos endoscópicos juegan un papel destacado y suponen nuestra principal herramienta de trabajo.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: ana.maeso@salud.madrid.org, anammaeso@hotmail.com (A. Maeso-Plaza).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.otorri.2016.01.008>

0001-6519/© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Laryngeal stenosis;
Mitomycin C;
CO₂ laser

Cicatricial posterior glottic stenosis. Our experience

Abstract

Introduction and objectives: Presentation of the results obtained in the treatment of cicatricial posterior glottic stenosis.

Methods: A retrospective study of 34 patients diagnosed and treated for cicatricial posterior glottic stenosis in our ENT Department.

Results: In our series, 85.36% of our patients were decannulated. Of these, 80% of the patients with glottic stenosis were decannulated, while 92.9% of the patients with other associated laryngotracheal stenosis were paradoxically decannulated.

Of all the patients, 70% required more than 1 surgical procedure, although most of these interventions were to resolve minor issues following our protocol.

The number of subsequent interventions was determined by the location of the stenosis, with there being more interventions when the posterior glottic stenosis was associated with another type of laryngotracheal stenosis ($p=.001$).

Conclusions: The surgical results for treating cicatricial posterior glottic stenosis are quite positive. However, unlike other types of posterior glottic stenosis (such as neurogenic abductor paralysis), it requires a greater number of interventions to achieve definitive decannulation. Endoscopic procedures play an important role and represent our main tool.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. All rights reserved.

Introducción

Las estenosis glóticas se clasifican en anteriores y posteriores. Dentro de estas últimas, se deben diferenciar de dos tipos¹:

- a) Las producidas por parálisis bilateral de los músculos abductores, debidas en su mayor parte a afectación directa de los nervios laríngeos inferiores, en accidentes de cirugía cervical o del mediastino alto (casi siempre tras tiroidectomía total, siendo esta la causa más frecuente).
- b) Las derivadas de procesos cicatriciales, que además de disminuir el calibre de la glotis posterior, ocasionalmente pueden comprometer en mayor o menor grado la movilidad de una o de las dos articulaciones cricoaritenoides. Estas estenosis, en su mayor parte, son secuelas de la intubación prolongada², aunque pueden deberse a otras causas, como por ejemplo a secuelas de traumatismo externo y excepcionalmente ser incluidas en las consideradas de origen idiopático, al no poderse atribuir a ninguna causa conocida.

Estas estenosis glóticas posteriores cicatriciales (EGPC) son más complejas y tienen un pronóstico más sombrío que las estenosis de origen neurogénico, habitualmente requieren más intervenciones quirúrgicas, dada su tendencia a la recidiva y con frecuencia a estar asociadas a otras estenosis.

El objetivo de este trabajo es mostrar nuestros resultados en el tratamiento quirúrgico de las EGPC (asociadas o no a otra estenosis laringotraqueal), centrándonos en los tipos de abordajes realizados y técnicas quirúrgicas empleadas.

Interpretamos como éxito del tratamiento la decanulación definitiva del paciente y la mejoría respiratoria que valoramos como la tolerancia al ejercicio habitual.

Material y método

Selección de los pacientes

Se revisaron todos los pacientes intervenidos por nuestro Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Móstoles de estenosis laringotraqueal en los últimos 25 años (desde enero de 1990 hasta diciembre del 2014), encontrando 144 pacientes.

El criterio de inclusión para este estudio fue la presencia de estenosis glótica posterior de origen cicatricial, asociada o no, a otras localizaciones de estenosis laringotraqueal.

De 36 pacientes que cumplían este criterio, excluimos 2, por falta de seguimiento mínimo (6 meses) o por carencia documental de los datos necesarios.

Con los 34 pacientes restantes se realizó una base de datos en relación con:

- La causa que originó la estenosis.
- Intervenciones previas sobre la EGPC en otro centro.
- La existencia o no de extensión subglótica o presencia simultánea de otro tipo de estenosis laringotraqueal.
- La presencia de traqueotomía o no en el momento de ser intervenidos en nuestro hospital (traqueotomía dependientes).
- El estado de la función laríngea previo a la cirugía, es decir, si la movilidad de las cuerdas vocales estaba conservada, limitada por la existencia de una brida, sinequia intercordal o interaritenoides; o presencia de parálisis de una o ambas cuerdas vocales.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5713566>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5713566>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)