

SOCIETAS OTO-RHINO-LARYNGOLOGICA LATINA

DECIMUSNONUS CONVENTUS

MATRITI, 3-9 APRIL 1972

PRAESIDENTE: DR. R. G.^a TAPIA

PONENCIA

LOS TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS
DE EVOLUCIÓN PROLONGADA DE LA
FARINGE, LARINGE Y TRÁQUEA



Cuncti gens una sumus
(CLAUDIEN XXIV, v. 159).

MADRID

1972

SOCIETAS OTO-RHINO-LARYNGOLOGICA LATINA
DECIMUSNONUS CONVENTUS

MATRITI, 3-9 APRIL 1972

PRAESIDENTE: DR. R. G.^a TAPIA

PONENCIA

LOS TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE EVOLUCIÓN PROLONGADA DE LA FARINGE, LARINGE Y TRÁQUEA



Cuncti gens una sumus
(CLAUDIEN XXIV, v. 159).

MADRID

1972

DECIMUSNONUS CONVENTUS
DE LA
SOCIETAS OTO-RHINO-LARYNGOLOGICA LATINA

PRAESIDENTE: DR. R. G.^a TAPIA

MATRITI, 3-9 APRIL 1972

(España)

SOCIETAS OTO-RHINO-LARYNGOLOGICA LATINA
DECIMUSNONUS CONVENTUS

MATRITI, 3-9 APRIL 1972

PRAESIDENTE: DR. R. G.^a TAPIA

PONENCIA

LOS TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE EVOLUCIÓN PROLONGADA DE LA FARINGE, LARINGE Y TRÁQUEA



Cuncti gens una sumus
(CLAUDIEN XXIV, v. 159).

MADRID

1972

Depósito Legal: M. 8.029-1972

Gráficas Reunidas, S. A. - Avda. de Aragón, 56. - Madrid-27

COMITE DE HONOR

Presidente de Honor

S. E. EL JEFE DEL ESTADO

Vicepresidente de Honor

S. A. R. EL PRÍNCIPE DE ESPAÑA

Comité de Honor

Excmo. Sr. Ministro de Asuntos Exteriores

Sr. D. GREGORIO LÓPEZ BRAVO

Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación

Sr. D. TOMÁS GARICANO GOÑI

Excmo. Sr. Ministro de Educación y Ciencia

Sr. D. JOSÉ LUIS VILLAR PALASÍ

Excmo. Sr. Ministro de Información y Turismo

Sr. D. ALFREDO SÁNCHEZ BELLA

Excmo. Sr. Director General de Sanidad

Sr. D. JESÚS GARCÍA ORCOYEN

Excmo. Sr. Alcalde de Madrid

Sr. D. CARLOS ARIAS NAVARRO

Ilmo. Sr. Presidente del Colegio de Médicos de Madrid

Sr. D. FRANCISCO GARCÍA MIRANDA

Ilmo. Sr. Decano del Gran Hospital del Estado

Sr. D. RAFAEL GARCÍA-TAPIA HERNANDO

COMITE DE DAMAS

SRA. DE TAPIA HERNANDO (*Presidente*)

SRA. DE BERTRÁN CARRASCAL (*Vicepresidente*)

SRA. DE TAPIA URRUTIA (*Secretario*)

SRA. DE ANTOLÍ-CANDELA

SRA. DE BARAJAS

SRA. DE BELTRÁN

SRA. DE GUTIÉRREZ ZAVALA

SRA. DE HINOJAR

SRA. DE LANCHA DE LARA

SRA. DE MARAÑÉS

SRA. DE SACRISTÁN

SRA. DE SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

COMITE DE ORGANIZACION

DR. GARCÍA-TAPIA HERNANDO. *Presidente*

DR. BERTRÁN CARRASCAL. *Vicepresidente*

DR. GARCÍA-TAPIA URRUTIA. *Secretario*

DR. ANTOLÍ-CANDELA

DR. BARAJAS

DR. BELTRÁN

DR. GUTIÉRREZ ZAVALA

DR. HINOJAR

DR. LANCH A DE LARA

DR. MARAÑÉS

DR. SACRISTÁN

DR. SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

LOS TUMORES DE LA FARINGE DE LA LARINGE Y TRAQUEA

Dr. D. RAFAEL GARCIA-TAPIA HERNANDO (Madrid)

INTRODUCCION

La evolución de nuestra especialidad creando métodos nuevos para la exploración y para el tratamiento quirúrgico de ciertas lesiones, especialmente en Otología, ha intranquilizado a gran número de especialistas que dedican y polarizan su trabajo en las afecciones de este órgano.

Poco a poco estos métodos de cirugía microscópica, van entrando en el campo de la laringología y en la rinología, complicando tal vez las antiguas técnicas exploratorias.

Indudablemente, estos avances son dignos de tenerse en cuenta, pero no hay que olvidarse de aquellas técnicas que nos dejaron nuestros maestros de todos los países europeos y americanos y que perdurarán durante largos años.

Si no recuerdo mal, Mounier-Kuhn, en su discurso de Estrasburgo, dijo que estábamos en la época del cáncer y la Otoesclerosis.

Hoy en día, en nuestra especialidad siguen siendo éstos los más importantes temas a considerar, pero hay otros que nos siguen inquietando y que para los que trabajamos en un hospital nacional no pueden desdeñarse.

Esto nos hizo pensar que el tema para este Congreso podía ser el de tumores benignos y malignos de evolución prolongada de faringe, laringe y tráquea, ya que todos los días vemos en nuestras clínicas estas neoplasias.

Si repasáis el sumario de la ponencia, os encontraréis un gran número de tumores que, sin ser malignos, pueden ser graves, por su extensión, por la compresión que ejercen en órganos vecinos, porque su crecimiento proporciona alteraciones fisiológicas. Pongo por ejemplo: los papilomas laríngeos en la infancia y en el adulto, los fibromas y angiofibromas, los encondromas de la tráquea, amilosis de laringe y tráquea, etc.

En la representación sistemática de los tumores de la faringe se presentan ciertas dificultades, ya que primeramente el espacio faríngeo, en el que se pueden observar, no se trata de una formación

rigurosamente delimitada, sino de una serie de cavidades comunicadas y separadas solo imperfectamente.

Si se parte, para la consideración, de puntos de vista topográfico-anatómicos, entonces no se pueden evitar repeticiones, ya que la mayoría de las clases de tumores singulares se extienden sobre varias secciones, sin que siempre se pueda encontrar su origen.

Si por contra se basa uno en una clasificación anatomopatológica de los tumores en benignos y malignos, uno se encontrará ante la pregunta de cómo clasificar los tumores que se deben denominar benignos histológicamente, es decir, según su estructura celular, pero que clínicamente, por su forma de extensión y su base, se deben denominar malignos.

Al concepto «tumor» se le han dado las más diferentes definiciones, sin que hasta ahora alguna de ellas haya hecho completa justicia a todas las características de los tumores. Mas el concepto no se puede eliminar rigurosamente, ya que las transiciones de los tumores benignos a otras formas de crecimiento patológico son fluidas. Para nosotros sería recomendable utilizar la definición de Borst, que entiende como tumor «excesos de crecimiento de carácter autónomo».

Si quisiéramos, en este punto, reunir todo lo históricamente notable que se halla en la literatura de los tumores de la faringe, habría que mencionar mucho de lo que hay que mencionar en la parte clínica. Para evitar repeticiones, nos limitaremos a subrayar dos hechos que son de importancia básica para la clínica de estos neoplasmas: el reconocimiento por medio de espejo y la antiseptia.

Hasta mediados del siglo pasado tan solo eran accesibles a la vista del investigador las formaciones de tumores de la faringe nasal a través de la boca abierta. Tan solo cuando el paladar estaba hendidado por naturaleza o por enfermedad se podía excepcionalmente obtener un examen de la faringe nasal, y ¡qué raro es este caso! Conseguir observar la hipo y la epifaringe era un problema en el que se ocupó como primero prácticamente Bozzini en 1807, que entonces, con su «conductor de luz», formuló el problema de «mirar detrás de la esquina», pero no consiguiendo ningún resultado práctico. Se podía enterar uno del tamaño de un tumor de la epi o hipofaringe, que denotaba su presencia a causa de dificultades en la respiración o al tragar y, como mucho, mediante palpaciones con el dedo. Estas palpaciones, como podemos observar en el más antiguo libro de medicina, el papiro de Eber, ya las utilizaban los antiguos egipcios (Von Eicken).

La introducción del laringoscopio en la medicina inició en los años 50 del pasado siglo una nueva época en la historia de la cirugía de los tumores de la faringe. Después de que Czermak inventase en 1858 también el espejo de la faringe nasal, se observa toda la

garganta, excepto la parte más baja de la hipofaringe, a la que consiguió llegar finalmente Von Eicken mediante el hipofaringoscopio con espátula curva.

Igual de importante que la invención del laringoscopio y del faringoscopio para el diagnóstico fue la introducción de la antisepsia para la terapéutica, ya que ella hizo posible tratar tumores quirúrgicamente, con los que antes nadie osaba atreverse. Otros importantes hitos en la historia de los tumores de la faringe son la utilización de la anestesia local y de los métodos directos de reconocimientos introducidos por Kirstein y perfeccionados por Killian y sus discípulos.

Estos nuevos medios necesitaban para su aplicación una experiencia especial, que al fin y al cabo es solo propia de los médicos que la utilizan día tras día. Así fue cómo poco a poco los tumores de faringe fueron cayendo en el campo de trabajo del otorrinolaringólogo, que también hoy aprovechará con ventaja los métodos desarrollados por los cirujanos generales, consiguiendo, sin embargo, simplificarlos esencialmente. Considérense tan solo las preocupaciones que eran antes necesarias para conseguir únicamente alcanzar el asiento de los tumores de la nariz o faringe. En esta cuestión se erigió como salvadora la Rinología (Gerber). Qué relativamente sencillo es el camino dado por Denker a través del seno maxilar hasta la cavidad nasal o faríngea, en comparación con los métodos que anteriormente se usaban y que en parte mutilaban bastante.

* * *

En cuanto a las neoformaciones benignas de la laringe, podemos preguntarnos primero: ¿Qué es una neoformación, neoplasma, absceso, tumor? Lieger, el anatomopatólogo, decía que se trata de neoformación si los elementos de la misma no se parecen a los de donde asiente, sino que, por el contrario, son extraños a él. Pero en muchos casos se reconoce que microscópicamente la estructura es diferente a la de su implantación. En otros casos es difícil establecer la diferencia entre una formación hiperplásica e inflamatoria y un tumor. En este caso ha de hacerse la diferenciación en el historial del tejido correspondiente.

Tanto el clínico como el patólogo pueden dudar de si se trata de un tumor o de una neoformación de tipo inflamatorio, y las proliferaciones hiperplásticas deben contarse entre los tumores. Cokenherin considera que los tumores propiamente dichos se forman generalmente a causa de la persistencia de la disposición de gérmenes embrionarios. Pero eso se refiere a los tumores en general, no especialmente a los de la laringe. En la laringe, con sus partes que se mantienen en constante movimiento, debido a sus pequeños, pero

vigorosos músculos, y que están sometidas permanentemente, por parte de la corriente de aire que sale y entra, a una presión alterna, frecuente y repentina, hay que considerar también otros motivos mecánicos para la formación de tumores e inflamaciones de tipo local. El aire que se respira puede contener también agentes nocivos de los tipos más diversos, que dan lugar a las neoformaciones. Brünings llama la atención en el sentido de que la laringe, como todos los esfínteres que tienen fuerte actividad funcional, frecuentemente presenta enfermedades (pequeños traumatismos) que conducen a la formación de tumores.

Las neoformaciones, que en la actualidad ocupan nuestra atención, se encuentran de tal manera en la superficie, están directa o indirectamente ante nuestros ojos, y es tan fácil y asequible nuestra observación, eventualmente la palpación con sonda y dedos, que nosotros no siempre podemos prescindir del reconocimiento microscópico, pero si decimos que figura en segundo lugar; con excepción de unos pocos casos, nosotros establecemos nuestros diagnósticos mediante la observación clínica.

Y así, el laringólogo experimentado sabe inmediatamente lo que es una inflamación, una hiperplasia y un tumor. En la mayoría de los casos, tras el primer reconocimiento, está claro para nosotros en lo que se refiere al concepto de benigno o maligno. El preparado microscópico confirma solamente el diagnóstico. Esto lo podemos decir tranquilamente, hoy en día, después de gran número de observaciones, de historiales de enfermos, de maravillosas y fidelísimas reproducciones del natural e innumerables reconocimientos microscópicos.

Nosotros hablamos de un típico papiloma, distinguimos el mismo, inmediatamente, del pólipo de mucosa; tenemos determinadas características para los tumores malignos y complementamos el diagnóstico en el primer reconocimiento, mediante la palpación del cuello exterior, de los ganglios y el reconocimiento general del estado del cuerpo, de tal manera que únicamente queda un escaso porcentaje de casos dudosos donde tiene que decidir el reconocimiento microscópico. El pequeño e insignificante laringoscopio ha pasado a convertirse en nuestras manos experimentadas en un medio auxiliar diagnóstico que frecuentemente es decisivo.

Según Thost, no es posible establecer una clasificación útil a base de hallazgos puramente histológicos, precisamente debido a que en la laringe se encuentran, con frecuencia, los tumores mixtos.

Particularmente, el diagnóstico microscópico de los trocitos de tejido que han sido objeto de prueba son, como todo el mundo sabe, muchas veces insuficiente, e incluso puede conducir a equivocaciones.

En la época anterior a la laringoscopia, en la cual se practicaron

un confusioismo que sería inútil deshacerlo, no se distinguen detalladamente los tumores benignos y malignos; todos los tumores carnosos, incluso los benignos, se consideran como sarcomas; los tumores que en casos de sífilis y de tuberculosis son tan frecuentes no se describen como granulomas, sino como neoformaciones, e incluso en el comienzo de la época laringoscópica, como, por ejemplo, en el caso de Turck, no se podían distinguir claramente los tumores benignos, malignos, sífilíticos y tuberculosos, como se puede comprobar al hojear los casos de Turck.

Los tumores primarios de la tráquea y bronquios se dan con muy poca frecuencia. Con anterioridad a la época en que se pudo ya observar el interior de la tráquea, con ayuda del laringoscopio, tales diagnósticos solamente se podían establecer «post mortem». Gracias a la introducción de la traqueoscopia indirecta, se consiguió el establecer también el diagnóstico «intra vitam», siempre y cuando existieran síntomas que llamaran la atención del médico hacia la tráquea. Simultáneamente, sin embargo, se ofrecían posibilidades limitadas de la terapia. Solamente, a partir de la introducción de los métodos de reconocimiento directos de las vías respiratorias inferiores y el perfeccionamiento de la técnica quirúrgica, se logró que el tratamiento fructífero de tales tumores estuviera apoyado en una base racional. No bastaba con observar el tumor, con ayuda del laringoscopio, y establecer con mayor o menor exactitud el lugar donde se encuentra, gracias a una observación perfeccionada de los síntomas registrados; había que tener la posibilidad, con la ayuda de métodos de tipo operatorio, de eliminar el impedimento que se oponían a la respiración y que ponía en peligro la vida del enfermo. A la par que se mejoraba la técnica, también se registró una ampliación de la zona asequible a nosotros, en primer lugar con referencia al establecimiento de los diagnósticos, pero también en forma muy amplia en relación con las posibilidades de tratamiento. Hoy en día, nuestra mirada penetra hasta en las más finas ramificaciones bronquiales, y no observa solamente las neoformaciones allí existentes, sino que también, mediante resecciones de prueba, estamos en condiciones de establecer un diagnóstico exacto de tipo científico sobre su característica patológico-anatómica.

En todo caso, las neoformaciones de las vías respiratorias inferiores precisan el tratamiento, sean benignas o malignas, siempre y cuando ofrezcan síntomas clínicos, y éstos son siempre lo suficientemente urgentes, ya que en cualquier caso se trata, ante todo, de un síntoma que pone en peligro la vida. La mayoría de los tumores crecen lentamente, y, por tanto, no siendo en el caso de que el enfermo entre en tratamiento «in extremis», se pudo establecer el diagnóstico con tranquilidad y regular la forma de proceder más inofensiva en el aspecto terapéutico.

El primer diagnóstico de tumor traqueal que ha quedado registrado en la literatura es de Lieutaud, en el año 1767, quien, con ocasión de la muerte por asfixia de un muchacho, encontró un pólipo traqueal de largo pedículo. En 1861, Turck observó, por medio del laringoscopio, un tumor traqueal; fue el primer caso. A partir de entonces las observaciones han proliferado, pero ha sido la observación practicada por Killian, en el año 1897, y precisamente por primera vez a base de una traqueoscopia directa superior, la que ha motivado un aumento esencial de las observaciones. A pesar de todo, el número de los tumores primarios de tráquea es muy escaso, en comparación con el de los de la laringe.

NOZIONI EMBRIOLOGICHE DELLO SVILUPPO DELLA FARINGE

M. ARSLAN

La morfogenesi della faringe inizia con la comparsa, nel feto della 3.a - 4.a settimana, di due prominenze laterali dell'estremità cefalica (*processi mascellari superiori*). Lo spazio circoscritto medialmente da tali bozze è lo *stomodeo*, primo abbozzo dell'orificio orale. Il fondo de esso è chiuso temporaneamente dalla membrana orofaringea.

Un altro abbozzo compare un po' più tardi, ed è la *prominenza frontale*, posta medialmente al vertice e formante il tetto dello stomodeo: tale prominenza copre il telencefalo.

Nella parte più ventrale dell'estremità cefalica, una seconda coppia di formazioni si è nel frattempo costituita, corrispondente di due *processi mandibolari*: essi sono i primi a congiungersi sulla linea mediana, mediante un «ponte» di ispessimento dell'ectoderma.

All'incirca verso la 5.a settimana, nel tratto di confine fra il bordo superiore dei processi mascellari superiori e del bordo inferiore mediano della prominenza frontale, si formano due ispessimenti ectodermici rotondeggianti (aree olfattive) che presto si aprono, a forma di fessura aperta in basso e comunicante con lo stomodeo. Sono chiamate le due *fessure olfattive*: in ciascuna, i bordi laterale e mediale costituiranno, più tardi, le due ali del naso esterno (bordo laterale), la punta e il dorso della piramide nasale (bordo mediale) (fig. 1).

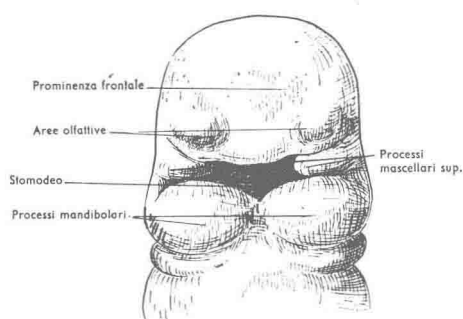


Fig. 1. Comparsa dello stomodeo e degli abbozzi delle strutture facciali primitive.

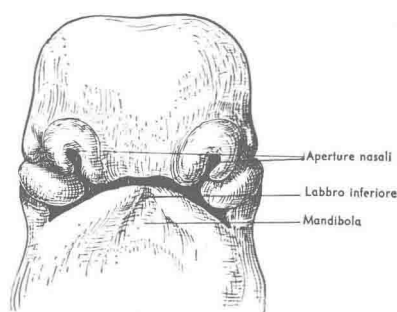


Fig. 2. Aspetto della parte anteriore dell'estremità cefalica, con la presenza delle fessure olfattive e la fusione dei processi mandibolari in embrione più avanzato.