

LA ESTROSCOPÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA LARÍNGEA

La **Estroscopia Laringea** es el sistema más utilizado actualmente en el mundo para el diagnóstico de problemas de la voz. Esta valiosa tecnología, con que cuenta el Médico Otorrinolaringólogo, le permite detectar los cambios en la anatomía de los pliegues vocales y definir las alteraciones que ellos generan en la vibración. De esta manera podemos grabar en sistemas de video imágenes que no son de un tiempo real, sino es una ilusión de movimiento. Repasarlas para adelante y hacia atrás para descubrir alteraciones que con ningún otro método de diagnóstico podríamos observar.

Nos ocuparemos en este apartado de la valoración clínica de lesiones o tumoraciones glóticas **sospechosas de malignidad**; implica la descripción de su localización y de las alteraciones en el color y en el grosor del epitelio, con frecuencia en el contexto de una laringitis crónica. Muchas de estas lesiones pueden definirse como leucoplasias, eritroplasias o papilomatosis, que asientan en el epitelio de la cuerda vocal, siendo importante valorar la afectación del plano subyacente (espacio de Reinke o lámina propia superficial), es decir, si la lesión traspasa el límite de la membrana basal o si además de afectarse este espacio, la lesión infiltra el ligamento vocal (constituido por la lámina propia intermedia y la lámina propia profunda). El diagnóstico definitivo lo da el estudio anatómopatológico.

Las alteraciones de las propiedades visco-elásticas del epitelio, dificultan o impiden la propagación de la onda mucosa al fonar. La utilización del Estroboscopia permite valorar las alteraciones de vibración asociadas a estas lesiones e identificar las zonas epiteliales con mayor fijación al plano subyacente.

El estudio Estroboscópico sirve para distinguir las lesiones superficiales (que afectan sólo al epitelio de la cuerda), de aquellas lesiones que infiltran el plano subyacente y eventualmente valorar el grado de infiltración. Esto ayudaría al manejo clínico de los pacientes con laringitis crónica de las cuerdas vocales y tendría también implicaciones terapéuticas en el caso de que la lesión requiriera un tratamiento mediante cordectomía, puesto que el tipo de cordectomía podría indicarse en función de los hallazgos estroboscópicos.

Respecto a la utilidad de la **Videoestroboscopia Laringea** para distinguir la atipia epitelial, del cáncer y valorar el grado de infiltración del mismo, existen opiniones contrapuestas.

La exploración estroboscópica nos aporta información con respecto a la localización y características de la lesión, facilitando la valoración de posibles lesiones asociadas, y nos permite apreciar el comportamiento fonatorio de la laringe, posibles defectos de cierre y dificultades en la vibración, pero con objeto de evaluar la relación entre los hallazgos estroboscópicos y los resultados anatómopatológicos, clasificamos los resultados estroboscópicos en tres categorías:

- Onda mucosa ausente, cuando con luz estroboscópica no apreciamos ningún desplazamiento del epitelio lesionado sobre el plano subyacente.
- Onda mucosa limitada, cuando la onda no se desplaza con suficiente amplitud o no lo hace en forma ondulante sino que lo hace en bloque.
- Onda mucosa presente cuando el epitelio lesionado vibra con normalidad, o de modo similar al lado sano.

Según la Anatomía Patológica se puede agrupar como:

• **Histología benigna** cuando a pesar de haber hiperqueratosis, disqueratosis (queratinización en capas basales del epitelio) o paraqueratosis (persistencia de núcleos en células superficiales queratinizadas) no hay ni papilomatosis ni displasia en la muestra remitida.

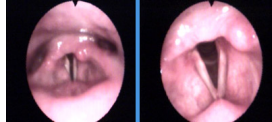
• La **papilomatosis** escamosa (proliferación neoplásica papilar con hiperqueratosis), se le puede asociar una:

1. **Displasia Leve** (pocas atipias y exclusivamente en capas basales)
2. **Displasia Moderada** (moderada cantidad de atipias que alcanza estratos medios),
3. **Displasia Severa** (atipia intensa estando afectadas todas las capas del epitelio),
4. **Carcinoma In Situ** (displasia severa con ausencia diferenciación celular incluso en el estrato superficial)
5. **Carcinoma Epidermoide** (displasia generalizada y falta de diferenciación con rotura de la membrana basal e invasión de capas subepiteliales).

El carcinoma epidermoide es **micro-invasivo** cuando las células displásicas subepiteliales se agrupan en nidos muy próximos a la membrana basal, **siendo infiltrante** cuando la displasia es más profunda pudiendo alcanzar ligamento y músculo vocal.

Los resultados obtenidos partir de las **Imágenes Estroboscópicas** son de gran valor clínico. Las imágenes estáticas permiten una evaluación muy detallada del borde libre de la cuerda vocal y de su forma geométrica. Por otro lado es el único procedimiento que permite analizar a la vez la ondulación de la mucosa y los movimientos sucesivos de apertura/cierre de las cuerdas vocales.

Todo ello permite detectar lesiones mínimas que habían sido pasadas por alto con estudios de **Endoscopia Rígida o Fibrolaringoscopia**, como pequeñas áreas de fibrosis o cicatrices.



Imágenes con Fibrolaringoscopia



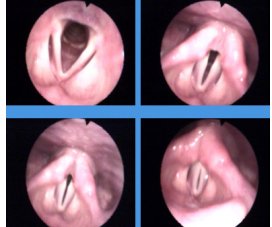
Imágenes con endoscopia rígida



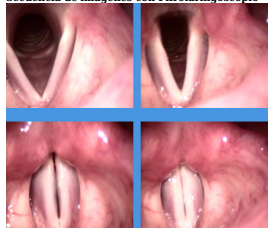
Imágenes con Estroboscopia

También pueden diferenciarse lesiones que pueden confundirse entre ellas en una laringoscopia convencional (lesiones morfológicamente parecidas pero con distinto patrón de vibración mucoso).

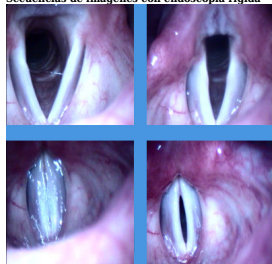
Finalmente, la Estroboscopia permite definir aspectos como por ejemplo la frecuencia fundamental, que nos da información acerca de si la voz es más grave o aguda que lo que corresponde al sexo y edad del paciente.



Secuencia de imágenes con Fibrolaringoscopia



Secuencias de imágenes con endoscopia rígida



Secuencias de imágenes con Estroboscopia

Cuando el paciente es muy nauseoso y la visión no es adecuada con el endoscopio rígido, puede utilizarse un **Nasofibroendoscopio** flexible. El endoscopio se introduce por el orificio nasal y se hace descender por el cavum hasta la orofaringe, la hipofaringe, y finalmente se coloca por encima de las cuerdas vocales. La imagen obtenida es de **menor calidad** que la que proporcionan los endoscopios rígidos, puesto que el número de fibras de los endoscopios flexibles es habitualmente menor, la imagen obtenida es más pequeña y la resolución de la imagen media. Recientemente, la introducción de fibroendoscopios con una pequeña cámara en la punta ha mejorado la resolución de la imagen, aunque sin llegar a la calidad de la endoscopia rígida.

Dr. Mazzarella Roberto

---

Aviso a pacientes, familiares o profesionales de atención primaria :

La información de este sitio está dirigida a pacientes, familiares o profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.