

Papilomatose Laríngea Recorrente

Francis Sánchez de Losada

A papilomatose laríngea recorrente (PLR) constitui o tumor benigno mais freqüente da laringe na idade pediátrica.

A PLR é de etiologia viral, causada pelo vírus do papiloma humano (HPV). Foram identificados mais de 100 tipos de HPV. A classificação em tipos está baseada na seqüência dos ácidos nucléicos sendo feita pela reação da polimerase em cadeia e por hibridização direta. Os vírus detectados mais freqüentemente em PLR são o HPV 6 e 11, aproximadamente em 90%; os 16 e 18 foram isolados em freqüência menor, mas são os que têm um risco oncológico maior. O HPV 11 tem maior poder de replicação e maior tendência às recorrências.

Os sinais e sintomas começam, em geral, com disфонia que vai ser progressiva e pode ser acompanhada de estridor laríngeo e dificuldade respiratória; conseqüentemente, devemos estar muito atentos ante aquelas crianças que apresentam quadros etiquetados como laringotraqueíte recorrentes e fazer-lhes uma avaliação endoscópica para afastar a presença de papilomas laríngeos.

Entretanto, esta doença é frustrante e difícil de tratar, devido a sua tendência às recidivas localmente e no trato respiratório inferior.

O curso clínico da papilomatose laríngea é imprevisível; pode responder a um ou dois tratamentos cirúrgicos, ter uma evolução crônica e progressiva e ao chegar à puberdade pode desaparecer de forma espontânea.

Até agora não existe nenhum tratamento, único ou combinado, que realmente possa erradicar o HPV completamente.

Embora histologicamente seja benigno, seu comportamento às vezes não o faz assim tão benigno; primeiro devido a sua localização, um pequeno obstáculo na via aérea da criança vai produzir uma insuficiência respiratória muito grave que pode ameaçar sua vida e segundo, embora em poucos casos, pode começar a malignizar-se.

O HPV tem predisposição pelo epitélio escamoso, não ciliado, mas se durante a exploração cirúrgica ou na intubação endotraqueal, traumatizamos o epitélio ciliado, este epitélio cicatriza como epitélio não ciliado, traumático, escamoso e então poderemos aí semear papilomas.

Em 100% dos pacientes a via laríngea está afetada, a glote é a mais envolvida, seguida pela supraglote e logo depois pela subglote, mas também pode ter localização extra-laríngea, começando pela traquéia, seguido pelos brônquios,

pelos pulmões, pela cavidade nasal, pela cavidade oral e pelo esôfago.

A idade de aparecimento dos sintomas é variável; podendo ser desde a fase neonatal até qualquer idade no adulto.

Três padrões clínicos são descritos de acordo com a idade de aparecimento dos sintomas: 1. - papilomatose laríngea com começo na idade pediátrica. 2. - papilomatose laríngea com começo na idade adulta. 3. – papilomatose laríngea com começo na idade pediátrica e persistência na idade adulta.

A via de transmissão mais comum é a sexual, mas também foi verificada por objetos inanimados, o líquido placentário, e o canal do parto. É importante nestes pacientes investigar se a mãe é portadora de condilomatose genital pois tem-se verificado que estes mesmos vírus são aqueles que produzem a papilomatose laríngea. Presume-se que a PLR, é adquirida pelas crianças no momento do parto a partir da mãe com condilomas genitais, mas há casos de crianças que apesar de terem nascido por cesárea contraíram o HPV, e sofrem de PLR, razão pela qual também se suspeita da via hematogênica como uma importante via de transmissão.

Macroscopicamente os papilomas laríngeos aparecem como tumorações nodulares irregulares, pedunculadas, de tamanhos diferentes. Podem ser simples ou múltiplos, de coloração variável desde cor-de-rosa claro ao vermelho, com consistência firme, friáveis, sangrando facilmente.

Histologicamente são constituídos de projeções digitiformes de tecido conjuntivo, cobertos por um epitélio escamoso estratificado, extremadamente vascularizado e, de regra no achado histológico, encontramos a queratinização.

As crianças com idade menor de três anos, portadores de HPV 11 e o nível socioeconômico baixo, têm fatores de risco para adquirir PLR.

Os objetivos do tratamento são baseados em: 1. - manter a via aérea permeável. 2. - melhorar a qualidade da voz. 3. - prevenir as complicações.

No momento do tratamento cirúrgico é muito importante manter como princípios a preservação dos tecidos não acometidos, prevenir cicatrizes na laringe e a remoção total dos papilomas, sempre evitando traumatizar o epitélio para não provocar estenose nem disseminações.

O tratamento cirúrgico pode ser feito com pinças de microcirurgia, laser ou com o microdebridador.

Embora o laser tenha sido usado por muito tempo, a técnica com o microdebridador ganhou muito espaço na área da otorrinolaringologia, não somente para a cirurgia endoscópica da cavidade nasal e paranasal, mas também no tratamento da PLR.

Quando comparado com o laser, as vantagens do uso do microdebridador são diversas, na exérese dos papilomas. O tempo cirúrgico, o traumatismo dos tecidos moles e o custo são menores. A qualidade da voz fica melhor com o microdebridador. Não foram relatadas diferenças na intensidade da dor no pós-operatório. Entretanto há alguns relatos de maiores recorrências da papilomatose com o microdebridador.

As várias tentativas para o controle médico desta doença, reflete a dificuldade em encontrar uma terapêutica definitiva. Na atualidade, utilizam-se alternativas diferentes como tratamento coadjuvante. Dentre elas temos: interferon alfa,

indol-3-carbinol, terapêutica fotodinâmica (PDT), cidofovir, aciclovir, ribavirina e ácido cistiretínico. A terapêutica coadjuvante é usada naquelas crianças que apresentam muitas recidivas, apesar das múltiplas cirurgias.

Finalmente considero que, embora tenham sido desenvolvidos tratamentos promissores para a PLR, até agora não existe um procedimento, único ou combinado, que possa erradicar total e permanentemente o HPV.

É nosso compromisso tentar melhorar cada dia o diagnóstico e o tratamento destes pacientes para alcançar uma qualidade de vida melhor.

Leituras recomendadas

1. Pediatric Otolaryngology. Bluestone y cols. Recurrent Respiratory Papillomatosis. Fourth edition. Vol.2, 1558-1563
2. Head and Neck Surgery Otolaryngolgy. Byron J. Bayley. Recurrent Respiratory Papillomatosis. Third edition. Vol.1, 1025-1038
3. Laryngosope: Jan 2003; 113 (1): 139-143
4. Myer et al: Laryngoscope, Vol. 109(7, Part 1). July 1999. 1165-1166. Use of a Laryngeal Micro Resector System.
5. El Bitar Arch Otol HNS, 2002; 128
6. J. Virol. 2003 February; 77 (3): 1927-1939. HLA Class II Polymorphisms and Susceptibility to recurrent respiratory papillomatosis.
7. Anales Españoles Pediatr 2001; 55: 558-560. Papilomatosis laríngea recurrente: una causa de dificultad respiratoria progresiva.
8. Acosta L., Carrasquel B. Papilomatosis Laríngea en el Hospital de Niños J. M. de Los Ríos. 1990-1995. Acta Otorrinolaringológica de Venezuela, 1997;9 (2): 43-47.
9. Tipificación de Virus Papiloma Humano por reacción en cadena de polimerasa en Hospital de Niños J. M. de Los Ríos Caracas. Bastidas Yanet y cols. Acta Otorrinolaringológica de Venezuela