



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**TEMA: PAPILOMATOSIS LARINGEA EN ADULTOS EN
EL HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO,
PERIODO 2017.**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO
REQUISITO PARA OBTENER EL TÍTULO DE MEDICO**

Autora: DALMA JANNEL MORÁN SANTANA

Tutor: DR. FRANCISCO ALTAMIRANO

GUAYAQUIL, MAYO 2018



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**TEMA: PAPILOMATOSIS LARINGEA EN ADULTOS EN
EL HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO,
PERIODO 2017.**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO
REQUISITO PARA OBTENER EL TÍTULO DE MEDICO**

Autora: DALMA JANNEL MORÁN SANTANA

Tutor: DR. FRANCISCO ALTAMIRANO

GUAYAQUIL, MAYO 2018



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



Presidencia
de la República
del Ecuador



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	PAPILOMATOSIS LARÍNGEA EN ADULTOS EN EL HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO, PERIODO 2017		
AUTOR(ES)	DALMA JANNEL MORÁN SANTANA		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)			
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		
UNIDAD/FACULTAD:	FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	ESCUELA DE MEDICINA		
GRADO OBTENIDO:	MÉDICO		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	MAYO 2018	No. DE PÁGINAS:	56
ÁREAS TEMÁTICAS:	OTORRINOLARINGOLOGÍA		
PALABRAS CLAVE:	PAPILOMATOSIS, VIRUS DE PAPILOMA HUMANO, CRIOTERAPIA, DISFONÍA, RECURRENCIA.		
RESUMEN/ABSTRACT:			
LA PAPILOMATOSIS RESPIRATORIA RECURRENTE (PRR) ES UNA ENFERMEDAD INFRECLENTE PERO POTENCIALMENTE MORTAL QUE ES FRUSTRANTE TRATAR POR LA ALTA INCIDENCIA DE RECIDIVAS. COMO OBJETIVO TIENE IDENTIFICAR EL NÚMERO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PAPILOMATOSIS LARÍNGEA EN PACIENTES ADULTOS EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO EN EL AÑO 2017. ES UN ESTUDIO OBSERVACIONAL, RETROSPECTIVO, BIBLIOGRÁFICO EN QUE SE ANALIZÓ LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS DEL HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO, PERIODO 2017 CON PAPILOMATOSIS LARÍNGEA. LA MUESTRA INCLUYE A 30 PACIENTES ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE PAPILOMATOSIS LARÍNGEA, QUE CUMPLIERON CON LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y QUE TUVIERON TRATAMIENTO MÉDICO EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO EN EL AÑO 2017.			
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0986129859	E-mail: dalma_1993_@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL – FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS – ESCUELA DE MEDICINA		
	Teléfono: 0422390311		
	E-mail: www.ug.edu.ec		



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

ANEXO 11

Guayaquil, 27 de Abril del 2018

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Yo, **DR. EDUARDO RIVAS TORRES**, Habiendo sido nombrado, tutor del trabajo de titulación, cuyo título es “Papilomatosis Laringea En Adultos En El Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, Periodo 2017” certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por **DALMA JANNEL MORÁN SANTANA** con CI.No.**1207135904**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de **MÉDICO**, en la escuela de MEDICINA, FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, ha sido **REVISADO Y APROBADO** todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

DR. EDUARDO RIVAS TORRES
DOCENTE TUTOR REVISOR
C.I. 0904985653



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

ANEXO 12

Guayaquil, 27 de Abril del 2018

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO
NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS**

Yo, **DALMA JANNEL MORÁN SANTANA** con **CI. No. 1207135904**, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **“Papilomatosis Laríngea En Adultos En El Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, Periodo 2017”** son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente

DALMA JANNEL MORÁN SANTANA

CI. 1207135904

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

ALTAMIRANO FRANCISCO, habiendo sido nombrado tutor del trabajo de Titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por **DALMA JANNEL MORÁN SANTANA CON C.I. 1207135904**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de **MÉDICO**.

Se informa que el trabajo de titulación: **Papilomatosis Laringea En Adultos En El Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, Periodo 2017**, ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa anti plagio (**URKUND**) quedando el **X %** de coincidencia.

<https://secure.orkund.com/view/37387174-901969-172305>

DR. ALTAMIRANO FRANCISCO

C.I. 0905169678



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

ANEXO 4

Guayaquil, 3 de Mayo del 2018

DOCTOR

CECIL HUGO FLORES BALSECA, MSc.

**DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación Papilomatosis Laríngea En Adultos En El Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, Periodo 2017 de la estudiante DALMA JANNEL MORÁN SANTANA. Indicando que ha cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación. Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, CERTIFICO, para los fines pertinentes, que el estudiante está apto para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,

DR. ALTAMIRANO FRANCISCO

C.I. 0905169678

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a Dios por sus bendiciones, por la vida y la salud. Agradezco a la Universidad de Guayaquil por haberme aceptado como parte de ella, en ella he marcado el inicio de mi carrera. A mi familia, en especial a mis padres Ing. Abdón Moran, Paula Santana y a mis hermanos por acompañarme y ser mi apoyo siempre. A mi esposo Oliver García y a sus padres por ayudarme y ser incondicionales en mi último año de carrera. A cada una de las personas que de una u otra forma me ayudaron a llegar a mi meta.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: EL PROBLEMA.....	2
1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.4 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	3
1.5 JUSTIFICACIÓN	4
1.6 DELIMITACIÓN	4
1.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	5
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	6
2.1 GENERALIDADES DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	6
2.2 CLASIFICACIÓN DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO	7
2.2.1 Bajo riesgo	7
2.2.2 Alto riesgo	7
2.3 EPIDEMIOLOGIA DEL VPH.....	8
2.4 DIAGNÓSTICO DEL VPH	8
2.5 FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VPH.....	9
2.6 FACTORES QUE AUMENTAN EL RIESGO DE VPH	9
2.7 LESIONES CAUSADAS POR EL VPH.....	10
2.7.1 Verruga vulgar:	10
2.7.2 Verrugas plantares:	10
2.7.3 Verrugas planas:	11
2.7.4 Condilomas Acuminados:	11
2.8 PAPILOMATOSIS LARINGEA.....	12
2.8.1 Generalidades	12
2.8.2 Epidemiología	13
2.8.3 Etiopatogenia	14

2.8.4 Formas de transmisión	15
2.8.5 Anatomopatología	16
2.8.6 Manifestaciones clínicas:	17
2.8.7 Tratamiento:	18
2.8.8 Terapias investigadas:	20
CAPITULO III: METODOLOGIA.....	22
3.1 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
3.2 TIPOS DE INVESTIGACIÓN.....	22
3.3 MATERIALES	22
3.4 POBLACIÓN:	23
3.5 MUESTRA:	23
3.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	23
3.7 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:.....	23
3.8 PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO:	24
3.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	24
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	25
TABLAS, GRÁFICOS Y RESULTADOS	25
DISCUSIÓN	35
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	38
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES	39
CAPÍTULO VI: BIBLIOGRAFÍA	40

TABLA DE CUADROS

CUADRO 1: UNIVERSO: PACIENTES ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIRUS DE PAPILOMA HUMANO, HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO, 2017.	25
CUADRO 2: SEXO PREVALENTE EN PACIENTES ADULTOS CON PAPILOMATOSIS LARÍNGEA, HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO, 2017	26
CUADRO 3: EDAD PREVALENTE EN PACIENTES ADULTOS CON PAPILOMATOSIS LARÍNGEA, HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO, 2017.	27
CUADRO 4: NÚMERO DE PACIENTES ADULTOS CON VPH LATENTE VS PRIMOIINFECCIÓN CON PAPILOMATOSIS LARÍNGEA, HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO, 2017.	28
CUADRO 5: TIPO DE VPH ASOCIADO A PACIENTES ADULTOS CON PAPILOMATOSIS LARÍNGEA, HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO, 2017	29
CUADRO 6: FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES EN PACIENTES ADULTOS CON PAPILOMATOSIS LARÍNGEA, HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO, 2017	30
CUADRO 7: PARTE ANATÓMICA MÁS AFECTADA EN PACIENTES ADULTOS CON PAPILOMATOSIS LARÍNGEA, HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO, 2017.	31
CUADRO 8: SIGNOS Y SÍNTOMAS PREVALENTE EN PACIENTES ADULTOS CON PAPILOMATOSIS LARÍNGEA, HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO, 2017.	32
CUADRO 9: TIPO DE TRATAMIENTO REALIZADO A PACIENTES ADULTOS CON PAPILOMATOSIS LARÍNGEA, HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO, 2017	33

CUADRO 10: RELACIÓN DE INMUNIZACIÓN PREVIA FRENTE A LA PRESENTACIÓN DE PAPILOMATOSIS LARÍNGEA EN ADULTOS, HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO, 2017	34
---	----

TABLA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: UNIVERSO: PACIENTES ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIRUS DE PAPILOMA HUMANO, HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO, 2017.	25
GRÁFICO 2: SEXO PREVALENTE EN PACIENTES ADULTOS CON PAPILOMATOSIS LARÍNGEA, HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO, 2017	26
GRÁFICO 3: EDAD PREVALENTE EN PACIENTES ADULTOS CON PAPILOMATOSIS LARÍNGEA, HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO, 2017	27
GRÁFICO 4: NÚMERO DE PACIENTES ADULTOS CON VPH LATENTE VS PRIMOINFECCIÓN CON PAPILOMATOSIS LARÍNGEA, HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO, 2017.	28
GRÁFICO 5: TIPO DE VPH ASOCIADO A PACIENTES ADULTOS CON PAPILOMATOSIS LARÍNGEA, HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO, 2017	29
GRÁFICO 6: FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES EN PACIENTES ADULTOS CON PAPILOMATOSIS LARÍNGEA, HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO, 2017	30
GRÁFICO 7: PARTE ANATÓMICA MÁS AFECTADA EN PACIENTES ADULTOS CON PAPILOMATOSIS LARÍNGEA, HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO, 2017.	31
GRÁFICO 8: SIGNOS Y SÍNTOMAS PREVALENTE EN PACIENTES ADULTOS CON PAPILOMATOSIS LARÍNGEA, HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO, 2017.	32
GRÁFICO 9: TIPO DE TRATAMIENTO REALIZADO A PACIENTES ADULTOS CON PAPILOMATOSIS LARÍNGEA, HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO, 2017	33
GRÁFICO 10: RELACIÓN DE INMUNIZACIÓN PREVIA FRENTE A LA PRESENTACIÓN DE PAPILOMATOSIS LARÍNGEA EN ADULTOS, HOSPITAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO, 2017	34



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

**“Papilomatosis Laríngea En Adultos En El Hospital IESS Teodoro
Maldonado Carbo, Periodo 2017”**

Autora: DALMA JANNEL MORÁN SANTANA
Tutor: DR. FRANCISCO ALTAMIRANO

RESUMEN

Antecedentes: La papilomatosis respiratoria recurrente (PRR) es una enfermedad infrecuente pero potencialmente mortal que es frustrante tratar por la alta incidencia de recidivas.

Objetivo: Determinar la prevalencia de papilomatosis laríngea en pacientes adultos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2017.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, bibliográfico en que se analizó las historias clínicas del departamento de estadísticas del Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, Periodo 2017 con papilomatosis laríngea.

Muestra: Incluyó a 30 pacientes adultos con diagnóstico de papilomatosis laríngea, que cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación y que tuvieron tratamiento médico en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2017.

Resultados: De 30 pacientes adultos con Papilomatosis laríngea, se obtuvo 18 hombres y 12 mujeres llegando a la conclusión de que la prevalencia es más en hombres con un 60%, frente al equivalente a 40% en mujeres.

Palabras clave: Papilomatosis, Virus de Papiloma Humano, crioterapia, disfonía, recurrencia.



Universidad de Guayaquil
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

"Laryngeal Papillomatosis in Adults at IESS Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Period 2017"

Author: DALMA JANNEL MORÁN SANTANA
Tutor: DR. FRANCISCO ALTAMIRANO

ABSTRACT

Background: Recurrent respiratory papillomatosis (RRP) is an infrequent but potentially fatal disease that is frustrating to treat due to the high incidence of recurrences.

Objective: To determine the prevalence of laryngeal papillomatosis in adult patients at the Teodoro Maldonado Carbo Hospital in 2017.

Materials and methods: Observational, retrospective, bibliographic study in which the clinical histories of the department of statistics of the IESS Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Period 2017 with laryngeal papillomatosis were analyzed.

Sample: It included 30 adult patients with a diagnosis of laryngeal papillomatosis, who met the inclusion criteria of the investigation and who had medical treatment at the Hospital Teodoro Maldonado Carbo in 2017.

Results: Of 30 adult patients with laryngeal papillomatosis, 18 men and 12 women were obtained concluding that the prevalence is more in men with 60%, compared to the equivalent to 40% in women.

Key words: Papillomatosis, Human Papilloma Virus, cryotherapy, dysphonia, recurrence.

INTRODUCCIÓN

El virus del papiloma humano es un problema de salud pública a nivel mundial y nacional, es de gran importancia esclarecer los factores de riesgos de esta patología.

El Virus del Papiloma Humano es una enfermedad producto de los diferentes factores de riesgos como la falta de conocimientos respecto a esta patología, la mala relación de los adolescentes con sus padres, los hábitos sexuales (antecedentes de dos o más parejas sexuales o el inicio de una vida sexual a temprana edad), los factores de riesgos reproductivos en la mujer (como la multiparidad), consumo de drogas, la mala alimentación y los hábitos nocivos como el tabaquismo.

La Papilomatosis laríngea recurrente es una enfermedad crónica que consiste en la proliferación de lesiones benignas exofíticas en el tracto respiratorio superior, afectando fundamentalmente a las cuerdas vocales. En el 30% de las ocasiones puede extenderse al tracto respiratorio inferior y digestivo.

Existen publicados pocos trabajos epidemiológicos sobre el tema, a pesar de la importancia que tiene para mejorar la evolución de los enfermos con papilomatosis laríngea. Para conocer las características y el número de casos registrados de papilomatosis laríngea en nuestra consulta se decidió realizar la presente investigación.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La papilomatosis respiratoria recurrente (PPR) se caracteriza por el desarrollo de lesiones exofíticas proliferativas de tejido conectivo cubierto por epitelio que afectan la mucosa de las vías respiratorias. La condición es causada por el virus del papiloma humano (VPH), y también se denomina papilomatosis laríngea o papilomatosis glotal debido a la fuerte predilección por la laringe, aunque los papilomas pueden presentarse en cualquier lugar a lo largo del tracto respiratorio. El síntoma más frecuente es la disfonía. Se diferencian dos formas clínicas: la papilomatosis laríngea difusa (juvenil) múltiple, habitualmente en el niño, y el papiloma del adulto, generalmente único. (1)

La PPR presenta una distribución bimodal con una forma infantil y otra adulta. La de aparición infantil ocurre en niños menores de 5 años. El segundo pico de aparición ocurre entre los 20 y 40 años, posiblemente por activación de un virus latente desde la niñez o exposición en la vida adulta por contacto sexual, casi exclusivo del adulto, cuya malignización es más frecuente. En adultos, puede ocurrir una infección por VPH después del sexo oral. Sin embargo, la simple presencia de VPH en el tracto de las vías respiratorias superiores no necesariamente causa infección de la mucosa; sino que la Inmunodeficiencia e infecciones asociadas con el virus del herpes, podrían ser factores determinantes. (2)

A pesar que es una enfermedad benigna que normalmente involucra solamente la laringe, la PRR tiene un curso clínico impredecible, tiende a la recurrencia, a extenderse al resto del tracto aerodigestivo, y puede sufrir transformación maligna en 3 % a 7 %.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El virus del papiloma humano es muy frecuente a nivel mundial, existen más de 100 serotipos. Los HPV que afectan los tractos de la mucosa se pueden dividir

ampliamente en dos tipos: alto riesgo y bajo riesgo, en función de su capacidad para causar la transformación maligna de las células epiteliales.

Los tipos de alto riesgo: HPV-16 y HPV-18 son los más comúnmente asociados con el cáncer cervical, así como un subconjunto de carcinomas orofaríngeos.

Los de bajo riesgo: HPV-6 y HPV-11, son los generalmente no asociados a carcinomas. En la papilomatosis laríngea, la infección por VPH-11 ocurre con mayor frecuencia y la enfermedad presenta un curso clínico agresivo, seguido por HPV-6.

En raras ocasiones, la papilomatosis recurrente es causada por VPH tipos 16, 18, 31 y 33.

En Ecuador no está definida la cifra exacta de cuantos casos de papilomatosis laríngea existe por ser una patología poco frecuente.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de papilomatosis laríngea en adultos el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2017?

1.4 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1.4.1 Objetivo general

- Determinar la prevalencia de papilomatosis laríngea en pacientes adultos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2017.

1.4.2 Objetivos específicos

- Determinar la edad de inicio de los síntomas en la papilomatosis laríngea en adultos.

- Describir la parte anatómica más frecuente de la laringe donde se presenta la papilomatosis.
- Analizar el sexo más frecuente en la papilomatosis laríngea en adultos.

1.5 JUSTIFICACIÓN

Aunque la papilomatosis respiratoria recurrente es una enfermedad benigna de la parte superior tracto aerodigestivo causado por la infección con el virus del papiloma humano, el proceso de la enfermedad es impredecible, que van desde la enfermedad leve y la remisión espontánea a una enfermedad agresiva con diseminación pulmonar y requerimiento para procedimientos frecuentes de citorreducción quirúrgica. Puede presentar un curso clínico prolongado y causa compromiso potencialmente mortal de las vías respiratorias. A pesar de su baja prevalencia representa repercusiones importantes en la calidad de vida de los pacientes y en la de sus familiares por su recidiva y su manejo. (1) (2)

En nuestro medio no existen datos fijos de cuantos pacientes padecen papilomatosis laríngea, por ello nuestro estudio propone analizar de manera retrospectiva el perfil epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de papilomatosis laríngea.

En el Hospital IESS “Teodoro Maldonado Carbo”, hay una incidencia importante de esta patología con tendencia a incrementarse en el transcurso del tiempo. Es mi interés reportar esta serie de pacientes, comentar sobre su evolución clínica, correlacionar los factores de riesgo asociados que puedan predisponer a su aparición y evaluar los resultados.

1.6 DELIMITACIÓN

La ciudad de Guayaquil es una de las más grandes del Ecuador. Cifras manejadas por el INEC al 2017 indican que consta con una población de 2'644.891 habitantes. El presente estudio es realizado en el Hospital IESS “Teodoro Maldonado Carbo” de Guayaquil. Esta institución de atención de tercer

nivel, cuenta con todas las áreas de especialidades, incluyendo Otorrinolaringología.

1.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Escala	Variable	Definición	Escala
Edad	Edad del paciente	<20 años 20-30años >30 años	Historial de VPH	Antecedentes VPH	Si No
Género	Género del Paciente	Masculino Femenino	Síntomas y signos	Motivo de consulta	Disfonia Estridor Tos crónica Otros
Factores de riesgo	Factores que influyen en la presentación de la enfermedad	Múltiples compañeros sexuales. Relaciones de riesgo.	Inmunización previa	Inmunización de VPH	SI NO
Anatomía afectada	Sitio anatómicos más afectados	Nariz Paladar blando Epiglotis Cuerdas vocal Tráquea	Tipo de tratamiento	Manejo utilizado	Cirugía Remisión espontánea

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 GENERALIDADES DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

El Virus de Papiloma Humano, conocido también por sus siglas VPH o en inglés HPV (Human Papilomavirus). Este virus pertenece a la familia de los Papovaviridae, incluida en el género Papilomavirus.

Usualmente, el resultado de la infección con este virus es la formación de un crecimiento benigno, verruga, o papiloma, ubicado en cualquier lugar del cuerpo. Existe un gran interés en los VPH como causa de malignidad, particularmente en el cáncer cervical.

Existen más de 100 diferentes tipos de VPH, estos difieren en cuanto a los tipos de epitelio que infectan, algunos sitios cutáneos, mientras otros infectan superficies mucosas.

Es un virus ADN tumoral de doble cadena circular, con 8,000 pares de bases aproximadamente. (1)

El VPH puede infectar las células epiteliales basales de la piel o los tejidos del revestimiento interno y se clasifican como tipos cutáneos o tipos de mucosas.

- Los tipos cutáneos son epidermotrópicos e infectan la superficie queratinizada de la piel, dirigida a la piel de las manos y los pies.
- Los tipos de mucosas infectan el revestimiento de la boca, la garganta, el tracto respiratorio o el epitelio del tracto anogenital.

Algunos VPH están asociados con las verrugas, mientras que otros se han establecido bien como los principales factores de riesgo de cánceres de cuello uterino invasivos y sus lesiones precancerosas asociadas. Sin embargo, solo unas pocas personas infectadas con HPV progresan al cáncer invasivo de cuello uterino. La mayoría de las personas infectadas eliminan virus sin desarrollar una manifestación clínica reconocida. (2)

Más de 150 tipos diferentes de HPV han sido catalogados y alrededor de 40 pueden infectar el revestimiento epitelial del tracto anogenital y otras áreas de la mucosa del cuerpo humano.

Basado sobre su asociación con cáncer de cuello uterino y lesiones precursoras, los VPH también pueden clasificarse como tipos oncogénicos de alto riesgo (HR-HPV) y de bajo riesgo (LR-HPV).

- Tipos bajo riesgo, como VPH 6 y 11, pueden causar verrugas genitales comunes o lesiones hiperproliferativas benignas con muy limitada tendencia a la progresión maligna.
- Los tipos de alto riesgo, destacando HPV 16 y 18, se asocian con la aparición de lesiones cervicales malignas premalignos y malignas. También están asociados con muchos carcinomas de pene, vulva, anales y de cabeza y cuello, y contribuye a más del 40% de los cánceres orales

Finalmente, un último grupo de VPHs se aíslan indistintamente en tejidos y lesiones cutáneas o mucosas (VPHs 2, 3, 7, 10, 27, 28, 29, 40, 43, 57, 61, 62 y 72) y su asociación con lesiones malignas está menos establecida. (3)

2.2 CLASIFICACIÓN DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO

Los virus de Papiloma humano se dividen en 2 grandes grupos dependiendo del riesgo que tienen de provocar lesiones cancerígenas:

2.2.1 Bajo riesgo

Son los más frecuentes y menos agresivos: 6,11,40,42,43,44,54,61.

Estos pueden causar cambios benignos o de bajo grado en las células cervicouterinos y verrugas genitales, pero rara vez. El VPH 6 y el VPH 11 son los virus de bajo riesgo que se encuentran con mayor frecuencia en las verrugas genitales. (4)

2.2.2 Alto riesgo

Son comunes :16,18,31,35,39,45,51,52,56,58,59,68,82.

Estos se consideran de alto riesgo porque pueden encontrarse asociados con cánceres invasivos de cuello uterino, vulva, pene o ano (así como otros sitios).

- El VPH 16 es el tipo que se encuentra en casi la mitad de todos los cánceres de cuello uterino.
- El VPH 18 es otro virus de alto riesgo bien frecuente no solo en lesiones escamosas sino también en lesiones glandulares del cuello uterino. El VPH 18 representa entre un 10% y un 12% de los cánceres de cuello uterino. (2)

2.3 EPIDEMIOLOGIA DEL VPH

La Organización mundial de la salud señala que, en Latinoamérica, se calcula que la prevalencia de la infección por el VPH es de 15,6% en las mujeres de la población en general. Lo silenciosa de esta enfermedad y el desconocimiento de ella, hacen que este virus se propague más rápido y cada día aumenten más los índices de incidencia. (5)

El VPH es una enfermedad que no tiene cura médica, pero las lesiones y verrugas pueden ser tratadas. (3)

Los sistemas de registro actualmente vigentes en nuestro medio, sobre estas enfermedades no nos permiten disponer con datos actualizados de cifras que nos informen sobre la incidencia o prevalencia de ésta y otras infecciones emergentes. Basándose en técnicas de recuperación del ADN viral a partir de citología exfoliativa, sería aceptable asumir una prevalencia de ADN de VPH del 10% en mujeres de países desarrollados y un 15% en mujeres de países en vías de desarrollo. Aplicando estos porcentajes a la población mundial de mujeres de más de 15 años, se obtiene una cifra de portadoras de ADN-VPH de 270 millones de mujeres. El 10% de estas (27 millones) tendrían Condilomas acuminados; una cifra similar tendría lesiones cervicales de bajo grado; alrededor de 1,5 millones de mujeres con lesiones cervicales de alto grado y cerca de 400.000 casos de carcinoma invasor. (6)

2.4 DIAGNÓSTICO DEL VPH

La gran mayoría de las personas infectadas por el VPH son asintomáticos y solo se dan cuenta a largo plazo cuando se manifiestan las lesiones. En el caso

de las mujeres se puede diagnosticar con el test del Papanicolaou que consiste en la toma de una prueba citológica que deberían realizarse periódicamente después de haber iniciado la actividad sexual. (7)

La colposcopia es un procedimiento diagnóstico que consiste en la observación y evaluación directa del tracto genital inferior femenino, en el cual se coloca un instrumento luminoso de aumento llamado colposcopio en donde se observa el epitelio de los tejidos con la aplicación de métodos de tensión con el cual se observan lesiones premalignas, infecciones por VPH, y cáncer invasor.

2.5 FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VPH

Hay varias formas de transmisión:

- Contacto genital con una persona que tenga la infección: puede ser a través del sexo vaginal, sexo oral o el sexo anal.
- Al momento del parto de madre a hijo por contacto con las mucosas oculares, nasales y orales. (6)

El VPH se transmite por contacto sexual, a través de erosiones mínimas de la piel y mucosas. El cuello del útero es especialmente vulnerable al contagio, probablemente a través del epitelio metaplásico de la unión escamoso-cilíndrica.

En otros estudios realizados sobre el VPH, menciona los fómites como otra forma de contagio tales como accesorios de aseo personal: toalla, sabana, ropa íntima y objetos contaminados. (2)

2.6 FACTORES QUE AUMENTAN EL RIESGO DE VPH

Se han considerado múltiples factores de riesgo:

- Nueva pareja sexual.
- Número de compañeros sexuales
- Historia de neoplasia por VPH.

- Bajo nivel socioeconómico ya que se dice que estas tienen menor acceso a sistemas de salud y cribado.
- Pobre estado nutricional
- Inicio de relaciones sexuales a temprana edad.
- Inmunosupresión
- Tabaquismo ya que produce metabolitos carcinogénicos que conllevan a anomalías celulares, disminución de la inmunidad e incremento de la displasia.
- Anticonceptivos orales aumentan el riesgo de cáncer cervical en mujeres con VPH preexistente.
- Etnia negra, tienen niveles más altos de infecciones con VPH comparadas con mujeres de otras etnias
- Contacto sexual con grupos de alto riesgo: prostitutas, drogadictos, personas infectadas, etc.
- Contacto con objetos contaminados

2.7 LESIONES CAUSADAS POR EL VPH

2.7.1 Verruga vulgar:

Son lesiones hiperqueratosis, sobreelevadas, por lo general menores de 1cm, aunque pueden confluir, color de la piel, les delimita un lado rosado. Aunque se pueden localizar en cualquier parte, son más frecuentes en el dorso de manos y zonas periungueales. En los niños también aparece en rodillas, zona perioral y tobillos. tienden a involucionar espontáneamente, dependiendo de la respuesta inmunológica de cada persona. El periodo resolutivo suele ser de 1 a 2 años. (7)

2.7.2 Verrugas plantares:

Mal denominadas “papilomas” se inoculan en zonas de la planta del pie donde se ha roto la piel por traumatismos diversos. Son frecuentes en personas que

caminan descalzas por lugares públicos o pocos higiénicos, así como también en personas con hiperhidrosis o con maceración continua por calzado inadecuado. Clínicamente se manifiestan como proliferaciones queratósicas aplanadas o poco sobre elevadas, de coloración blanco-amarillentas, con similitud a las callosidades. Un signo que facilita su diagnóstico es la presencia de pequeñas formaciones negruzcas en su interior (signo de Darier) que corresponden a la vasodilatación de capilares con hemorragia. (7)

2.7.3 Verrugas planas:

son lesiones mínimas de 1 a 5mm de diámetro, poco sobre elevadas, de color parduzco, con tendencia a agruparse. Se localiza en cara y manos, siendo difícil a veces su conservación. En verano tienden a pigmentarse.

2.7.4 Condilomas Acuminados:

Son lesiones verrugosas blandas, de aspecto papilomatoso, que a veces adquieren una forma de cresta de gallo y aspecto de coliflor. Como su forma de transmisión es por contacto sexual, suelen localizarse en la región genital, afectando a pene, vulva, vagina, cérvix uterino y zona anal.

En la actualidad, no existe algún fármaco específico contra el VPH, de uso sistémico, que presente bajo perfil de toxicidad, y con eficacia comprobada. La solución ha sido la utilización de métodos terapéuticos que destruyen las células infectadas (físicos, químicos o quirúrgicos).

En caso de mujeres gestantes el periodo del embarazo favorece la aparición de Condilomas en la región anogenital, ya que, durante los dos primeros trimestres de la gestación, la inmunidad está disminuida contra el VPH, que explica la mayor frecuencia de persistencia de los mismos durante el embarazo. Pero esta pobre respuesta se recupera de forma intensa al principio del tercer trimestre y se acentúa en el post-parto, con una depuración muy alta de la infección.

La frecuencia de los Condilomas en el embarazo oscila desde 1 al 3%. La localización más frecuente es: vulvo perineal (65%), vaginal (15%) y en cérvix (20%). Las lesiones pueden ser asintomáticas o sintomáticas (prurito, descarga vaginal, sangrado, síntomas obstructivos en uretra, vagina o recto y dispareunia).

Existen los siguientes tipos de condilomas:

- Acuminado clásico (coliflor).
- Queratinizante con superficie rugosa
- Micropapular
- Planas.

Se deberá hacer diagnóstico diferencial con: tejido microglandular y micropapular, molusco contagioso, Condilomalata, lunares y cáncer. La mayoría de los estudios demuestra que los Condilomas se deben de tratar dependiendo del: tamaño (lesiones grandes), sintomatología (dolor, obstrucción o hemorragia), número de Condilomas, y riesgo de transmisión del VPH al infante. (8)

Es importante mencionar que estudios anteriores refieren que el cáncer de cuello uterino es ocasionado por la infección de VPH, es decir, que de encontrarse en el canal del útero tiene que haber existido un contacto sexual previo donde se ocasionó el contagio. El momento exacto de la infección no se puede determinar porque el virus tarda entre 10 hasta 30 años en manifestarse.

2.8 PAPILOMATOSIS LARINGEA

2.8.1 Generalidades

La papilomatosis respiratoria recurrente (PRR) es una enfermedad relacionada con la infección del virus del papiloma humano (VPH).

Es una condición rara que se caracteriza por la presencia de papilomas dentro del tracto respiratorio. Su incidencia se estima en 2 por 100,000 en adultos y 4 por 100,000 en niños. La enfermedad se presenta en 2 formas según la edad de

inicio: la papilomatosis laríngea juvenil, que se produce en pacientes menores de 5 años, con el 25% de los casos presentación durante la infancia, y la papilomatosis en adultos, cuya primera presentación suele ser en la tercera y cuarta década de la vida. La forma juvenil se considera más agresiva que la adulta, aunque los casos graves de RRP pueden ocurrir en adultos. La infección con cepas de VPH más agresivas produce una proliferación más rápida de los papilomas y un inicio más temprano de los síntomas. (3)

2.8.2 Epidemiología

En EEUU la incidencia estimada es del 4,3 por cada 100.000 niños y 1,8 por cada 100.000 adultos. No existen diferencias étnicas y está presente en todo el mundo. Clásicamente se habla de la forma juvenil de papilomatosis cuando aparece en niños menores a 5 años y la forma adulta cuando aparece en edades superiores a los 20 años. Existe un patrón bimodal de distribución por edades con 2 picos de edad: de 2 a 5 años y de 20 a 30 años. (6)

La forma juvenil de papilomatosis respiratoria recurrente afecta a hombres y mujeres en igual número. La forma adulta afecta a los hombres un poco más a menudo que las mujeres. En los Estados Unidos, la incidencia de PRR se estima en aproximadamente 2 por cada 100,000 adultos y 4 por cada 100,000 niños. Hay aproximadamente 1,000 nuevos casos pediátricos en los Estados Unidos cada año. En los niños, el trastorno a menudo se diagnostica entre las edades de 2-4. En los adultos, el trastorno ocurre con mayor frecuencia en la tercera o cuarta década. (9)

En la población infantil no parece haber diferencias entre los niños y las niñas pero en adultos hay un predominio masculino. A pesar de que las formas más agresivas de papilomatosis laríngea recurrente se dan en adultos, cuando el diagnóstico se realiza antes de los 3 años de vida se triplica el riesgo de necesitar más de cuatro procedimientos quirúrgicos por año y se duplica el riesgo de afectación de dos o más lugares anatómicos. (4)

2.8.3 Etiopatogenia

El agente etiológico es el VPH, serotipos 6 y 11. Estos serotipos son los mismos que ocasionan más del 90% de los condilomas genitales. La transmisión vertical durante la gestación o durante el parto se considera la principal ruta de contraer la enfermedad en niños. Se cree que el riesgo es más alto en las mujeres con verrugas anogenitales abiertas o enfermedad de una infección reciente por VPH en el momento del parto.

La mayoría de los pacientes con papilomatosis juvenil son expulsados por vía vaginal, primogénitos hijos de madres adolescentes infectadas por VPH en comparación con los controles, lo que representa una tríada clínica que se ha determinado como un factor de riesgo predisponente para RRP.

En adultos, generalmente se acepta que la infección representa una reactivación de una infección latente por VPH latente o una enfermedad de transmisión sexual recién adquirida después del contacto oral-genital. (10)

Según estudios de ADN, se han identificado 130 tipos diferentes de VPH, clasificados en tipos de bajo y alto riesgo en su potencial de degeneración maligna. Riesgo bajo los tipos 6 y 11 están implicados casi universalmente en RRP. Los mismos tipos son fuertemente asociados con verrugas genitales. Los tipos de alto riesgo de VPH 16, 18, 31 y 33 rara vez han sido descritos en RRP. Los pacientes infectados por el tipo 11 desarrollan una enfermedad más agresiva (obstrucción significativa de la vía aérea), que requieren procedimientos quirúrgicos frecuentes y terapias médicas adyuvantes, a veces incluso traqueotomía para mantener la patente de las vías respiratorias. (9) (10)

El virus del papiloma humano tiene una predilección por el epitelio estratificado de la superficie cutánea o mucosa. La papilomatosis laríngea es inducida por la infección de células madre del VPH (principalmente queratinocitos) dentro de la basal capa de mucosa de las vías respiratorias. El Virus del papiloma humano puede activar el receptor del factor de crecimiento epidérmico e inactivan varias proteínas supresoras de tumores, lo que conduce a proliferación celular y diferenciación epitelial defectuosa. Estos mecanismos eventualmente resultan en crecimientos exofíticos tipo "coliflor", las lesiones típicas de Papilomatosis

laríngea. Ellos ocurren más comúnmente en áreas anatómicas donde el epitelio escamoso es adyacente a epitelio cilíndrico ciliado. Por lo tanto, los principales sitios anatómicos para RRP son vestíbulo de la nariz, la superficie nasofaríngea del paladar blando, la línea media de la superficie laríngea de la epiglotis, los márgenes superior e inferior del ventrículo laríngeo, la superficie inferior de las cuerdas vocales, la carina y la tráquea superior (especialmente en sitios de traqueotomía). Además, la extensión traqueal distal se extiende a los bronquios y se ha observado parénquima pulmonar. (8) (9)

2.8.4 Formas de transmisión

Hoy por hoy, se desconoce la forma de transmisión en el adulto. No se puede descartar una contaminación en el momento del nacimiento, dado que el virus puede permanecer latente mucho tiempo y tampoco una contaminación durante relaciones sexuales orogenitales con una persona portadora de condilomas genitales. Si la vacuna contra el VPH demostrase reducir la incidencia de las verrugas genitales y las lesiones en cavidad oral, la vacunación podría erradicar la papilomatosis laríngea recurrente en futuras generaciones. (11)

El VPH pasa a través del contacto genital, con mayor frecuencia durante el sexo. La mayoría de las personas que están infectadas con el VPH nunca desarrollan ningún síntoma. Existen más de 150 subtipos diferentes de VPH y aproximadamente 40 de estos subtipos pueden afectar el tracto genital. Dos subtipos específicos, VPH 6 y VPH 11, representan más del 90% de los casos de PRR. Estos dos subtipos son los mismos subtipos de VPH que se identifican con mayor frecuencia en las verrugas genitales (condiloma anogenital). Los subtipos de HPV 16 y 18 representan la mayoría de los casos restantes. (11)

La mayoría de los niños nacidos de mujeres con VPH no desarrollan RRP. Además, muchas personas con VPH en los tejidos del tracto respiratorio nunca desarrollan papilomas. Esto sugiere que factores adicionales, como inmunológicos o genéticos, son necesarios para el desarrollo de RRP en personas con VPH. Otros factores como el tiempo, la duración y el volumen de exposición al VPH pueden jugar un papel. (12)

Se han identificado ciertos factores de riesgo para el desarrollo de RRP. Los factores de riesgo son variables que se asocian con un mayor riesgo de enfermedad o infección. Tres factores de riesgo para papilomatosis respiratoria recurrente de inicio juvenil son el primogénito, el parto vaginal y la madre que es menor de 20 años de edad. Si la madre tiene verrugas genitales activas, el riesgo de transmitir el VPH es de aproximadamente 1 en 250-400. Estos factores de riesgo no se aplican a la papilomatosis respiratoria recurrente de inicio en la edad adulta. (13) (14)

En adultos, el modo de transmisión es menos claro. Algunos casos pueden representar una infección durante la infancia como se describió anteriormente, pero que permanece latente hasta que se desencadena por razones desconocidas en la edad adulta. Algunas pruebas circunstanciales sugieren que la PRR puede desarrollarse después de que el VPH se transmite por contacto sexual oral. (15) (16)

La papilomatosis respiratoria recurrente de inicio en el adulto puede verse agravada por la exposición al tabaco, el reflujo gastroesofágico o la radioterapia.

2.8.5 Anatomopatología

Las primeras lesiones suelen aparecer en las cuerdas vocales y se pueden extender a toda la laringe, e incluso sobrepasarla invadiendo orofaringe y árbol traqueobronquial. La localización extralaríngea de la papilomatosis respiratoria se ha identificado en el 30% de los niños y en el 16% de los adultos con PRR. Los lugares extralaríngeos más frecuentes en orden decreciente son: la cavidad oral, tráquea, bronquios y esófago. Estas localizaciones poseen características histológicas comunes: se trata de uniones entre dos tipos de epitelio, uno escamoso y otro ciliado. Los papilomas localizados en labios, vestíbulo nasal, velo del paladar o pilares amigdalinos tienen poca tendencia a extenderse y raras veces recidivan después de la exéresis. No ocurre lo mismo con los papilomas traqueales y bronquiales. (5) (17)

Macroscópicamente son lesiones grisáceas, blanquecinas o rosadas, pediculadas o sésiles cuyo aspecto puede cambiar debido a la presencia de

fibrosis y cicatrices laríngeas. El aspecto microscópico es de ejes conjuntivo-vasculares revestidos por epitelio escamoso hiperplásico y bien diferenciado con aspecto arborescente en ocasiones, recubierto por una capa córnea con pocas mitosis en sus células y con membrana basal íntegra. En ocasiones existen atipias celulares que son más numerosas cuanto más extendida este la enfermedad y más grave es su curso. (18) (19)

Estudios histoquímicos han encontrado la presencia de altas concentraciones de factor de crecimiento epidérmico (EGF) y proteína P53 en las células afectas. Su significado no está claro: puede ser un indicio de la actividad proliferativa del epitelio o fruto de una mutación del gen p53, lo que sería un factor favorecedor de transformación maligna. Es posible detectar ADN de VPH de los tipos 6 y 11 en las lesiones y mucosa adyacente. (20) (21)

2.8.6 Manifestaciones clínicas:

Los síntomas específicos, el curso de la enfermedad y la gravedad del RRP pueden variar mucho de una persona a otra. En algunos casos, la enfermedad puede resolverse sin tratamiento (remisiones espontáneas) o puede permanecer estable y solo requiere una intervención periódica. En otros casos, la enfermedad puede ser agresiva, requiriendo intervención médica frecuente y potencialmente más de 100 cirugías durante la vida de una persona. (22)

El síntoma de presentación más común de RRP es la ronquera. La ronquera puede empeorar progresivamente y la voz de un individuo afectado puede ser débil o de tono bajo o tenso. La gravedad de los problemas de voz puede variar de una persona a otra debido, en parte, al tamaño y la ubicación específica de los papilomas. Las personas afectadas pueden desarrollar respiración ruidosa y trabajosa (estridor) debido a la obstrucción de las vías respiratorias. Inicialmente, se puede producir estridor inspiratorio, pero finalmente ocurre tanto al inhalar como al respirar (estridor bifásico). Algunas personas pueden presentar disfonía o afonía. (23)

Los síntomas adicionales que pueden desarrollarse incluyen tos crónica, disfagia, disnea, sensación de cuerpo extraño en la garganta y episodios de asfixia.

Si no se tratan, los papilomas eventualmente pueden comprometer las vías respiratorias, dando como resultado dificultades respiratorias potencialmente mortales (dificultad respiratoria aguda). Si la PRR se propaga a los pulmones, las personas afectadas pueden experimentar neumonía recurrente, enfermedad pulmonar crónica (bronquiectasia) y, en última instancia, insuficiencia pulmonar progresiva. En casos extremadamente raros (es decir, menos del 1% de los casos), los papilomas pueden volverse cancerosos (transformación maligna) y convertirse en carcinoma de células escamosas. (24) (25)

2.8.7 Tratamiento:

No hay cura para RPP. El tratamiento está dirigido a eliminar los papilomas, disminuir la diseminación de la enfermedad, crear una vía aérea segura y permeable, preservar las estructuras anatómicas cercanas, mejorar la calidad de la voz si es necesario y aumentar el tiempo entre los procedimientos quirúrgicos. El tratamiento puede requerir los esfuerzos coordinados de un equipo de especialistas. Los pediatras, cirujanos, especialistas en otorrinolaringología, anestesiólogos, patólogos del habla y otros profesionales de la salud pueden necesitar planificar de forma sistemática e integral el tratamiento de un niño. (26)

Los procedimientos terapéuticos específicos y las intervenciones pueden variar, dependiendo de numerosos factores, como la frecuencia de recurrencias de la enfermedad; ubicación específica y propagación de la enfermedad; tamaño del papiloma; la presencia o ausencia de ciertos síntomas; la edad y la salud general de un individuo; y otros elementos.

El pilar del tratamiento es la extirpación quirúrgica de los papilomas. Sin embargo, estos crecimientos a menudo regresan y requieren más cirugía. La recurrencia de los papilomas es impredecible. Algunas personas pueden requerir cirugía cada pocas semanas, mientras que otras solo pueden requerir

cirugía dos veces al año o solo unas pocas veces durante su vida. Las técnicas quirúrgicas utilizadas para tratar a las personas con PRR incluyen la escisión fría, microdebridamiento, varios láseres de colorante pulsado, crioterapia o láser de dióxido de carbono. La escisión en frío, a veces denominado "acero frío", es el uso de un equipo quirúrgico normal sin calefacción para eliminar los papilomas. (27)

La escisión en frío puede ser beneficiosa para la eliminación inicial (citorreducción) de los papilomas y para los papilomas localizados en ciertas áreas.

El microdebridamiento es un procedimiento cada vez más popular en el que se aplica succión al tejido afectado que luego se desbrida. Los láseres de colorante pulsado usan varias frecuencias de luz enfocadas en un haz único para destruir los vasos sanguíneos que irrigan los papilomas. La crioterapia es el uso del frío extremo para congelar y destruir los papilomas. Con la crioterapia, se aplica una sustancia congelante como nitrógeno líquido o gas argón directamente al papiloma. La ablación con láser de CO₂ genera un rayo láser al pasar electricidad a través de una mezcla de varios gases diferentes, incluido el dióxido de carbono. El láser se usa para destruir directamente los papilomas. (28)

En casos severos donde el crecimiento del tumor es agresivo, una persona afectada puede necesitar una traqueotomía para mantener abiertas las vías respiratorias. Una traqueostomía se usa solo como un método de último recurso porque el procedimiento puede permitir la diseminación de la enfermedad más adentro de las vías respiratorias.

Después de la cirugía, algunas personas pueden recibir ciertos medicamentos diseñados para retrasar el rebrote de los papilomas y aumentar el tiempo entre cirugías (terapia adyuvante). Los medicamentos que se han utilizado incluyen aciclovir, ribavirina o cidofovir, interferón e indol 3-carbinol (I3-C). El interferón es una droga que es una forma sintética de ciertas proteínas producidas por el sistema inmune. I3-C es un compuesto anticancerígeno que se encuentra en las verduras crucíferas como la col, la coliflor y el brócoli. Por lo general, se recomienda la terapia adyuvante según indicaciones específicas: someterse a más de cuatro cirugías en un año, volver a crecer rápidamente los papilomas

que causan compromiso de las vías respiratorias o diseminar la enfermedad por la garganta hacia los pulmones.

Se recomienda que las personas afectadas tomen medicamentos para el reflujo gastroesofágico (ERGE) ya que se sabe que esta afección empeora la PRR. (29)

2.8.8 Terapias investigadas:

Un medicamento antiviral más nuevo que se ha utilizado para tratar a las personas con papilomatosis respiratoria recurrente es el cidofovir. Este medicamento es una terapia adyuvante que se inyecta directamente en las lesiones (intralesional) o se inhala. Los estudios iniciales de cidofovir han demostrado que el fármaco es activo contra la PRR y provoca una respuesta parcial en algunos pacientes o una remisión completa en otros.

En algunos casos, cidofovir aumentó el tiempo entre cirugías. Sin embargo, el cidofovir se ha asociado con varios efectos secundarios, incluida la toxicidad para los riñones (nefrotoxicidad) y un potencial de transformación maligna de los papilomas. No se ha establecido el papel exacto y los casos específicos en los que el cidofovir será más beneficioso. Se necesita más investigación para determinar la seguridad y eficacia a largo plazo del cidofovir para el tratamiento de la PRR.

Se están estudiando fármacos adicionales como posibles terapias adyuvantes para personas con RRP. Dichos fármacos incluyen el anticuerpo monoclonal bevacizumab y celecoxib. Bevacizumab, especialmente cuando se combina con el uso de un láser de colorante pulsado, evita que los tumores generen nuevos vasos sanguíneos, que son necesarios para alimentar los nutrientes del tumor. Celecoxib puede funcionar a través de su efecto en las vías de estrógenos importantes para el crecimiento del papiloma. Se necesita más investigación para determinar la seguridad y eficacia a largo plazo de tales terapias para las personas con RRP. (30)

Dos vacunas contra el VPH (Gardasil y Cervarix) han sido desarrolladas y aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para proteger a las mujeres del cáncer de cuello uterino, que también está asociado con la infección por VPH con los mismos subtipos que causan la PRR.

Gardasil es una vacuna contra los tipos de VPH 6, 11, 16 y 18 (recuerde, la PRR es causada por los tipos 6 y 11), mientras que Cervarix es una vacuna contra los tipos de VPH 16 y 18. Gardasil ahora está disponible como vacuna de 9 valentes que aún incluye los tipos 6 y 11. Los investigadores esperan que el uso de la vacuna Gardasil en niños y niñas antes de que estén expuestos al virus disminuirá la propagación del VPH en la población general. Teóricamente, esto también reduciría la incidencia de RRP. Desafortunadamente, este tipo de vacuna no hace desaparecer las infecciones existentes. Todavía no se ha establecido el papel exacto de las vacunas contra el VPH con respecto a la PRR, pero se ha llevado a cabo un estudio clínico financiado por el CDC para ayudar a determinar el efecto de la vacuna sobre la incidencia y la prevalencia de PRR.

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio de corte transversal porque se desea conocer todos los casos de personas con la patología en el periodo propuesto; descriptivo porque tiene como finalidad definir, clasificar, catalogar o caracterizar el objeto de estudio; observacional no experimental porque se intenta recabar datos sin introducir ningún tipo de artificio, ni ejercer un control sobre población estudiada, simplemente observando las conductas que espontáneamente ejecutan los éstos, y cualitativo porque se recoge información basada en la observación de la muestra a estudiar para la posterior interpretación de significados

3.2 TIPOS DE INVESTIGACIÓN

Fue de tipo descriptivo porque este se centró precisamente en la descripción y categorización en forma ordenada de los datos obtenidos de la población muestra. La investigación no solo se limitó a la recolección de datos, sino también a la correlación producida entre las variables, fue no experimental, observacional del tipo Estudio de caso.

3.3 MATERIALES

Recursos humanos

- Interno de medicina
- Tutor del trabajo de titulación

Recursos físicos:

- Historias clínicas
- Recursos de oficina
- Bibliografía

- Base de datos
- Encuesta

3.4 POBLACIÓN:

Pacientes adultos con papilomatosis laríngea En El Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, Periodo 2017.

3.5 MUESTRA:

Pacientes adultos con papilomatosis laríngea En El Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, Periodo 2017, sometidos a criterios de inclusión y exclusión.

- **Criterios de inclusión:** Pacientes adultos. Ambos sexos. Pacientes con factores de riesgo. Pacientes con enfermedades concomitantes.
- **Criterios de exclusión:** Niños con papilomatosis laríngea.
- **Tamaño de la muestra:** 30 pacientes adultos con diagnóstico de papilomatosis laríngea En El Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, Periodo 2017.

3.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Los datos serán obtenidos de forma indirecta de la historia clínica de los pacientes que se encuentren en el departamento de estadística del Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo. Se recolectarán los datos en un formulario elaborado por el autor con las respectivas variables.

3.7 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Los datos se recolectarán de las historias clínicas que se encuentren en el departamento de estadística del Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo de todos los pacientes que fueron atendidos, luego los datos obtenidos se llenaran en el formulario elaborado por el autor.

3.8 PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO:

Se calcula un gasto no considerable para la realización de la investigación, el cual será financiado por el responsable del trabajo de titulación.

3.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Escala	Variable	Definición	Escala
Edad	Edad del paciente	<20 años 20-30años >30 años	Historial de VPH	Antecedentes VPH	Si No
Género	Género del Paciente	Masculino Femenino	Síntomas y signos	Motivo de consulta	Disfonia Estridor Tos crónica Otros
Factores de riesgo	Factores que influyen en la presentación de la enfermedad	Múltiples compañeros sexuales. Relaciones de riesgo.	Inmunización previa	Inmunización de VPH	SI NO
Anatomía afectada	Sitio anatómicos más afectados	Nariz Paladar blando Epiglotis Cuerdas vocal Tráquea	Tipo de tratamiento	Manejo utilizado	Cirugía Remisión espontánea

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

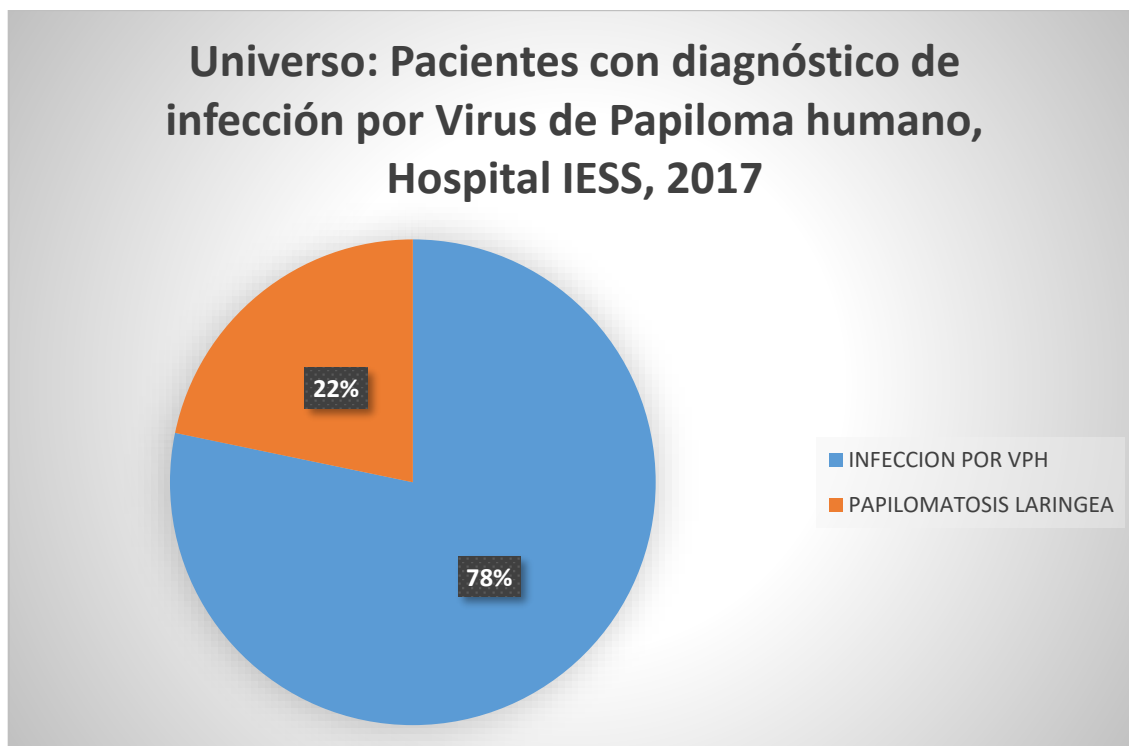
TABLAS, GRÁFICOS Y RESULTADOS

Cuadro 1: Universo: Pacientes adultos con diagnóstico de infección por virus de papiloma humano, Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, 2017.

UNIVERSO	No. PACIENTES	PORCENTAJE
PACIENTES ADULTOS CON INFECCIÓN POR VPH	108	78%
PACIENTES ADULTOS CON PAPILOMATOSIS LARINGEA	30	22%
TOTAL	138	100%

Los pacientes con diagnóstico de infección por VPH fueron el 78%, de estos, solo el 22% desarrolló Papilomatosis laríngea recurrente.

Gráfico 1: Universo: Pacientes adultos con diagnóstico de infección por virus de papiloma humano, Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, 2017.



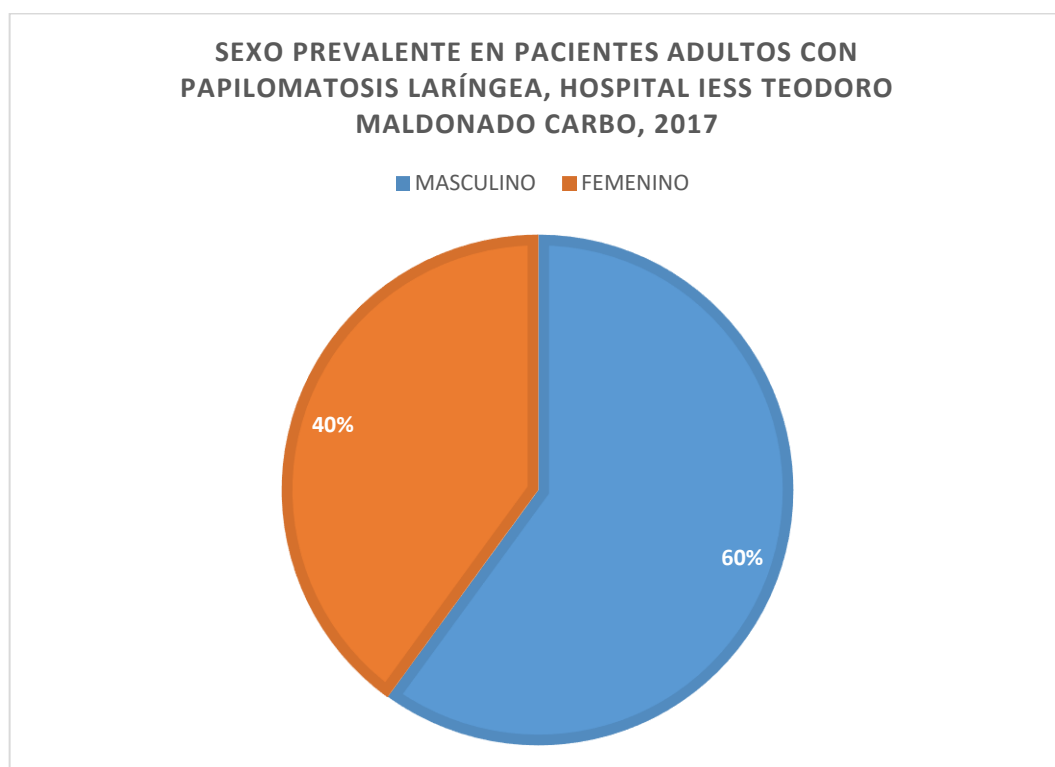
Fuente: Base de datos

Cuadro 2: Sexo Prevalente en Pacientes adultos con Papilomatosis laríngea, Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, 2017

SEXO	No. PACIENTES	PORCENTAJE
MASCULINO	18	60%
FEMENINO	12	40%
TOTAL	30	100%

El mayor porcentaje de pacientes fue de Sexo Masculino: 60%; le sigue el Sexo femenino con 40%.

Gráfico 2: Sexo Prevalente en Pacientes adultos con Papilomatosis laríngea, Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, 2017



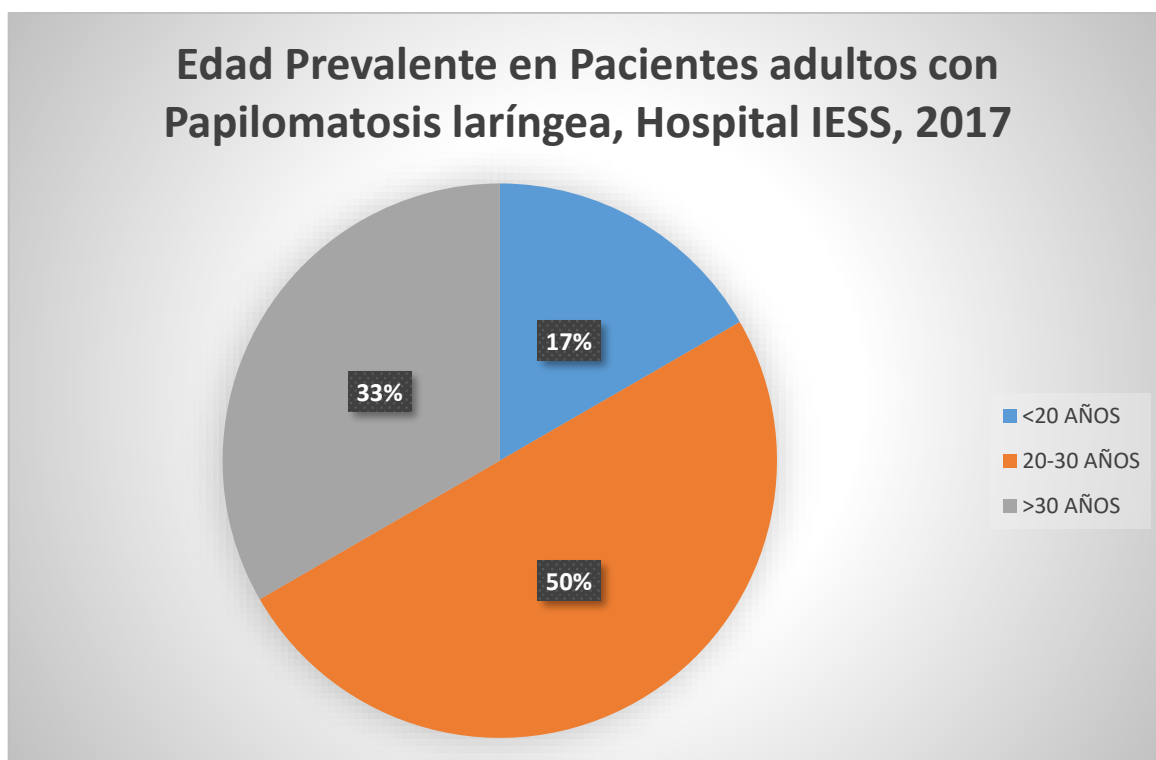
Fuente: Base de datos

Cuadro 3: Edad Prevalente en Pacientes adultos con Papilomatosis laríngea, Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, 2017.

EDAD	No. PACIENTES	PORCENTAJE
<20 AÑOS	5	17%
ENTRE 20-30 AÑOS	15	33%
MAYOR A 30 AÑOS	10	50%
TOTAL	30	100%

Se observa un marcado predominio en pacientes entre los 20 a 30 años lo que representa un factor de riesgo: 17% en pacientes son menores de 20 años; 50% son pacientes entre los 20 a 30 años; y 33% son pacientes mayores de 30 años.

Gráfico 3: Edad Prevalente en Pacientes adultos con Papilomatosis laríngea, Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, 2017.



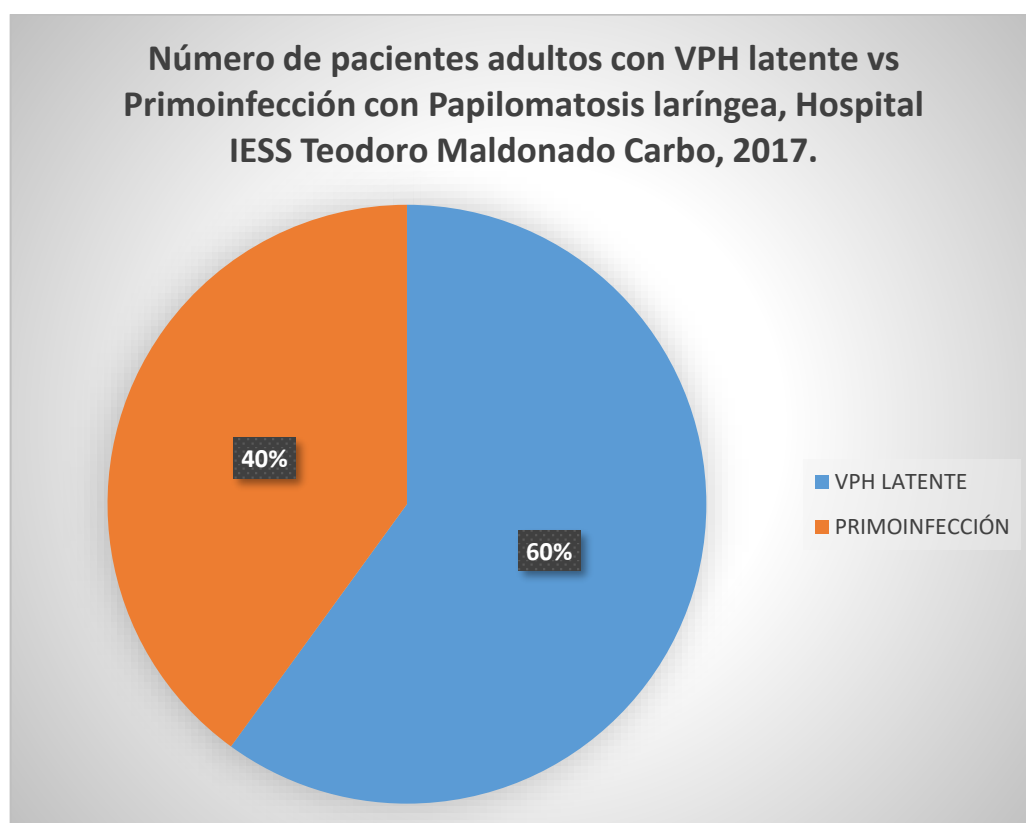
Fuente: Base de datos

Cuadro 4: Número de pacientes adultos con VPH latente vs Primoinfección con Papilomatosis laríngea, Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, 2017.

VPH	No. PACIENTES	PORCENTAJE
VPH LATENTE	18	83%
PRIMOINFECCIÓN	12	13%
TOTAL	30	100%

Se observa que la mayoría de pacientes, tenían una infección por VPH latente (83%), a diferencia de la primoinfección que representó el 13%.

Gráfico 4: Número de pacientes adultos con VPH latente vs Primoinfección con Papilomatosis laríngea, Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, 2017.



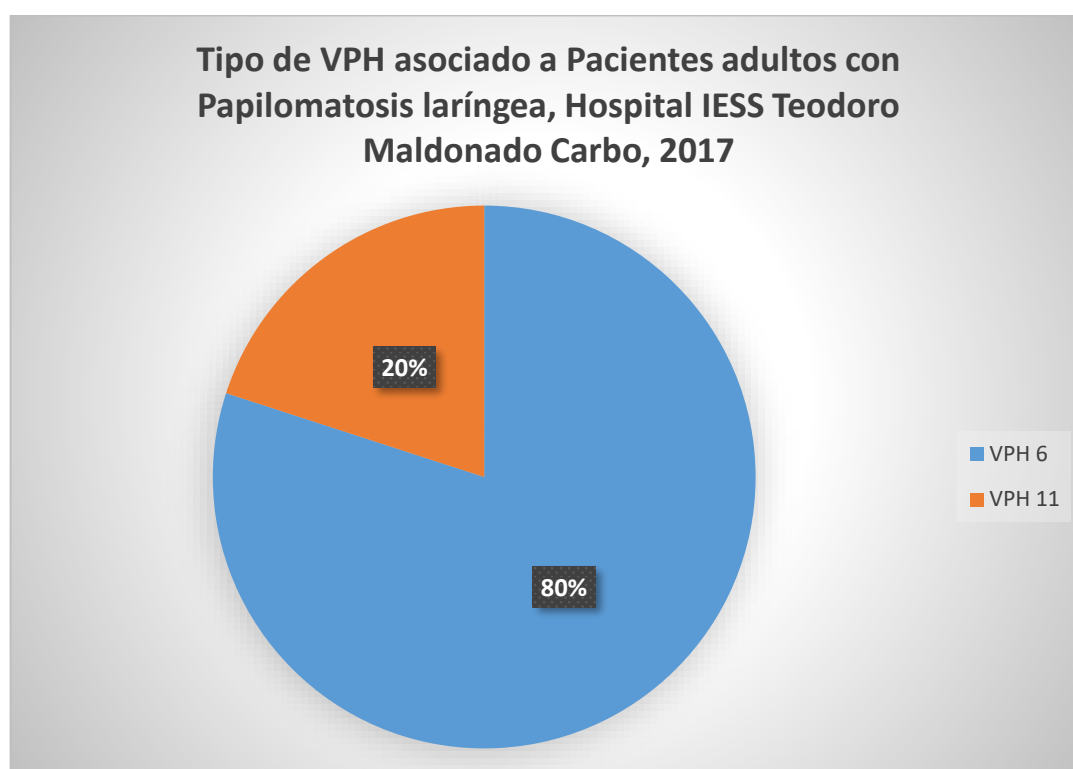
Fuente: Base de datos

Cuadro 5: Tipo de VPH asociado a Pacientes adultos con Papilomatosis laríngea, Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, 2017

TIPO VPH	No. PACIENTES	PORCENTAJE
VPH 6	24	60%
VPH 11	6	40%
TOTAL	30	100%

Se observa que la mayoría de los pacientes (60%) tenía el VPH 6, a diferencia del tipo 11 que representó el 40%.

Gráfico 5: Tipo de VPH asociado a Pacientes adultos con Papilomatosis laríngea, Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, 2017



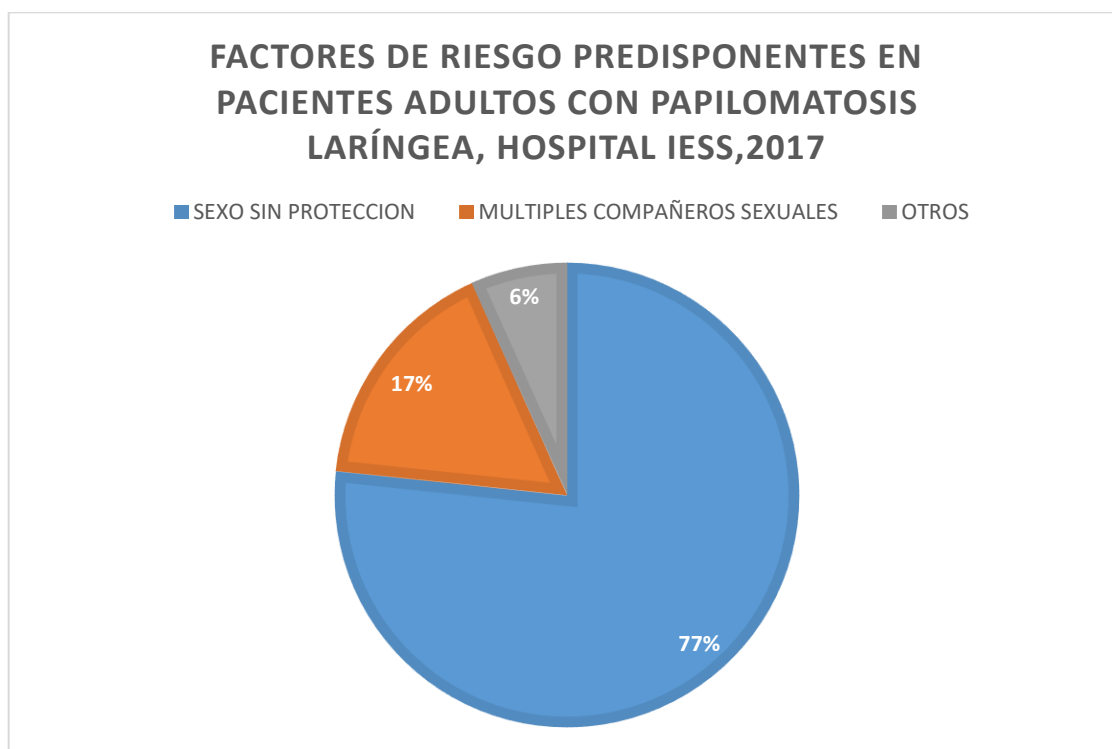
Fuente: Base de datos

Cuadro 6: Factores de riesgo predisponentes en Pacientes adultos con Papilomatosis laríngea, Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, 2017

FACTORES DE RIESGO	No. PACIENTES	PORCENTAJE
SEXO SIN PROTECCIÓN	23	77%
MÚLTIPLES COMPAÑERO/AS SEXUALES	5	17%
OTROS	2	6%
TOTAL	30	100%

Se observa que en un 77% el factor más importante fue la práctica sexual sin protección; así mismo, se evidencia que 17% de los pacientes presentaron múltiples parejas sexuales; y un 6% otros factores de riesgo externos.

Gráfico 6: Factores de riesgo predisponentes en Pacientes adultos con Papilomatosis laríngea, Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, 2017



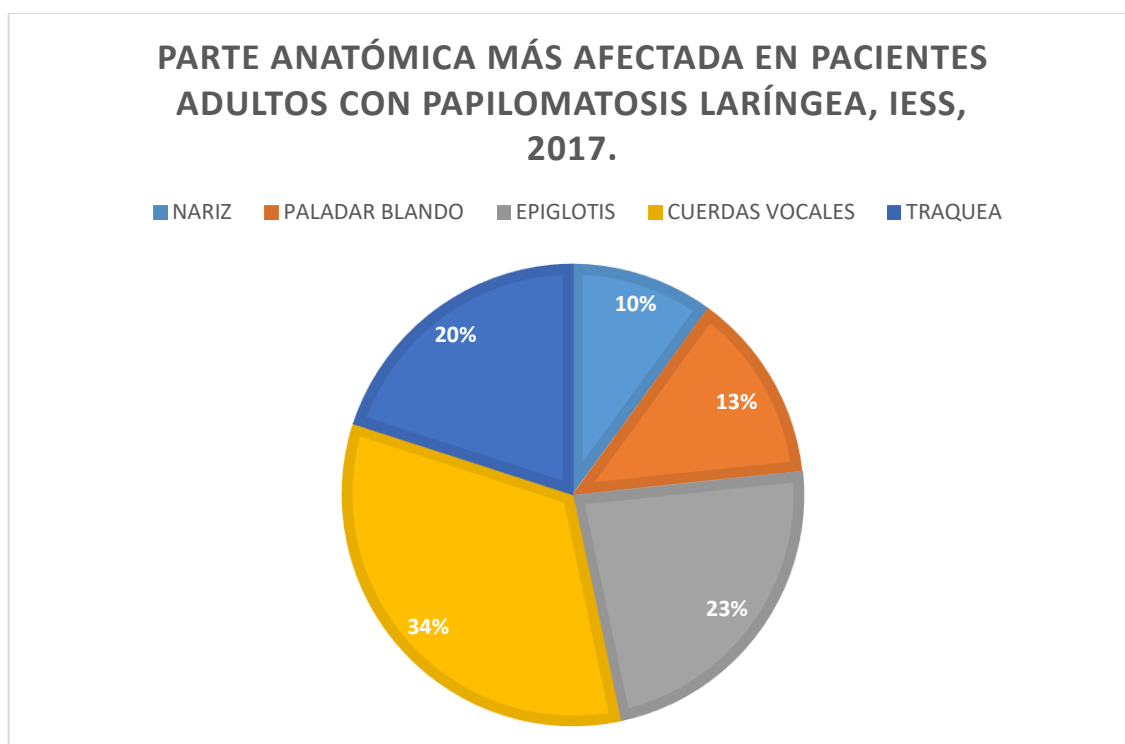
Fuente: Base de datos

Cuadro 7: Parte anatómica más afectada en Pacientes adultos con Papilomatosis laríngea, Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, 2017.

PARTE ANATÓMICA	No. PACIENTES	PORCENTAJE
NARIZ	3	10%
PALADAR BLANDO	4	13%
EPIGLOTIS	7	23%
CUERDAS VOCALES	10	34%
TRÁQUEA	6	20%
TOTAL	30	100%

Se observa que en casi un cuarto de pacientes (24%) su sitio anatómico más afectado fueron las cuerdas vocales, luego la epiglotis (23%), la tráquea (20%), el paladar blanco (13%), y, por último, el vestíbulo de la nariz (10%).

Gráfico 7: Parte anatómica más afectada en Pacientes adultos con Papilomatosis laríngea, Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, 2017.



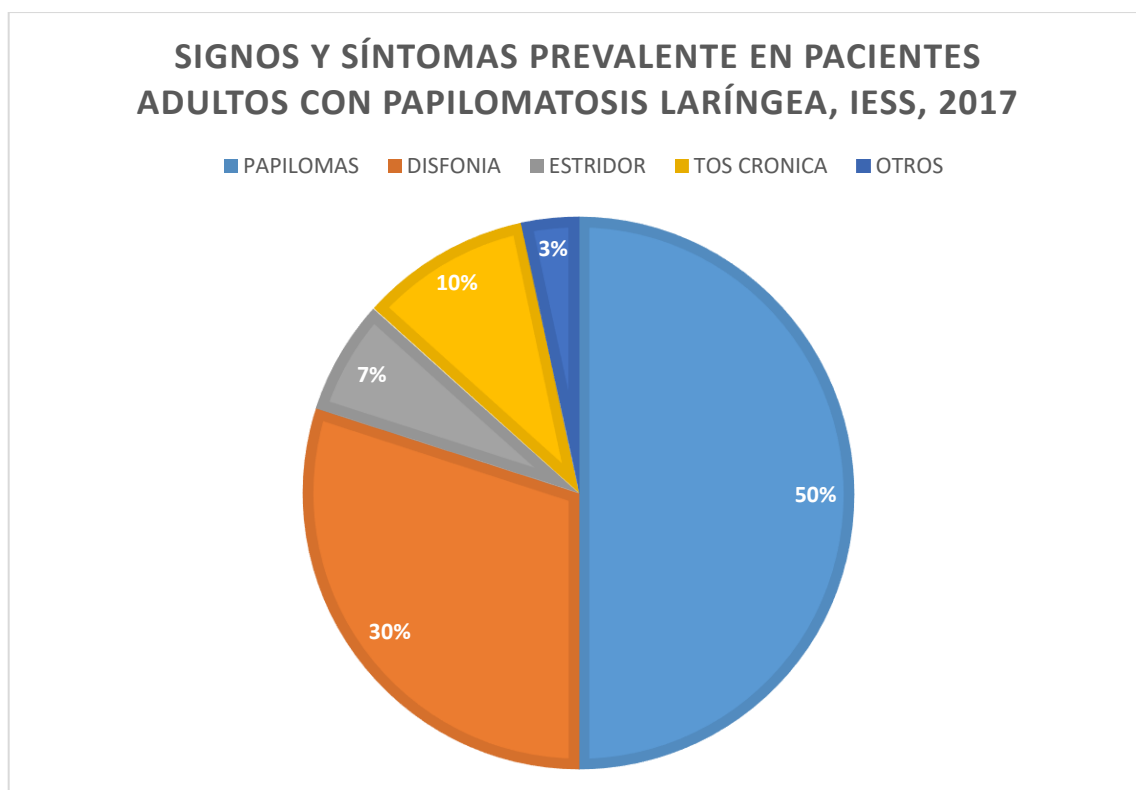
Fuente: Base de datos

Cuadro 8: Signos y síntomas prevalente en Pacientes adultos con Papilomatosis laríngea, Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, 2017.

SIGNOS Y SINTOMAS	No. PACIENTES	PORCENTAJE
PAPILOMAS	15	50%
DISFONIA	9	30%
ESTRIDOR	2	7%
TOS CRÓNICA	3	10%
OTROS	1	3%
TOTAL	30	100%

El signo predominante fue la visualización de los papilomas (50%), la disfonía aparece con un 30%, la tos crónica con 10%, el estridor laríngeo con un 7% y otro tipo de sintomatología representa el 3%.

Gráfico 8: Signos y síntomas prevalente en Pacientes adultos con Papilomatosis laríngea, Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, 2017.



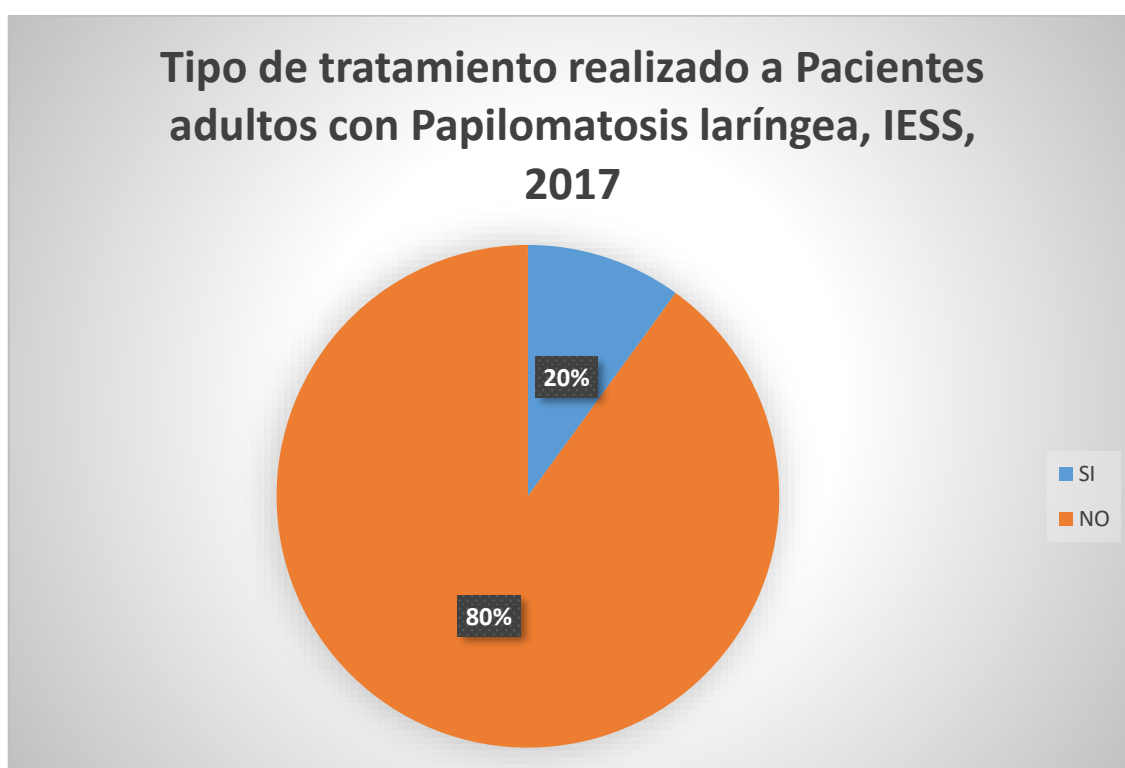
Fuente: Base de datos

Cuadro 9: Tipo de tratamiento realizado a Pacientes adultos con Papilomatosis laríngea, Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, 2017

TIPO DE TRATAMIENTO	No. PACIENTES	PORCENTAJE
CIRUGIA	24	80%
REMISIÓN ESPONTÁNEA	6	20%
TOTAL	30	100%

Hay un marcado predominio en pacientes que su tratamiento fue la intervención quirúrgica (80%), frente a quienes no recibieron tratamiento especializado por remisión espontánea de la enfermedad (20%).

Gráfico 9: Tipo de tratamiento realizado a Pacientes adultos con Papilomatosis laríngea, Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, 2017



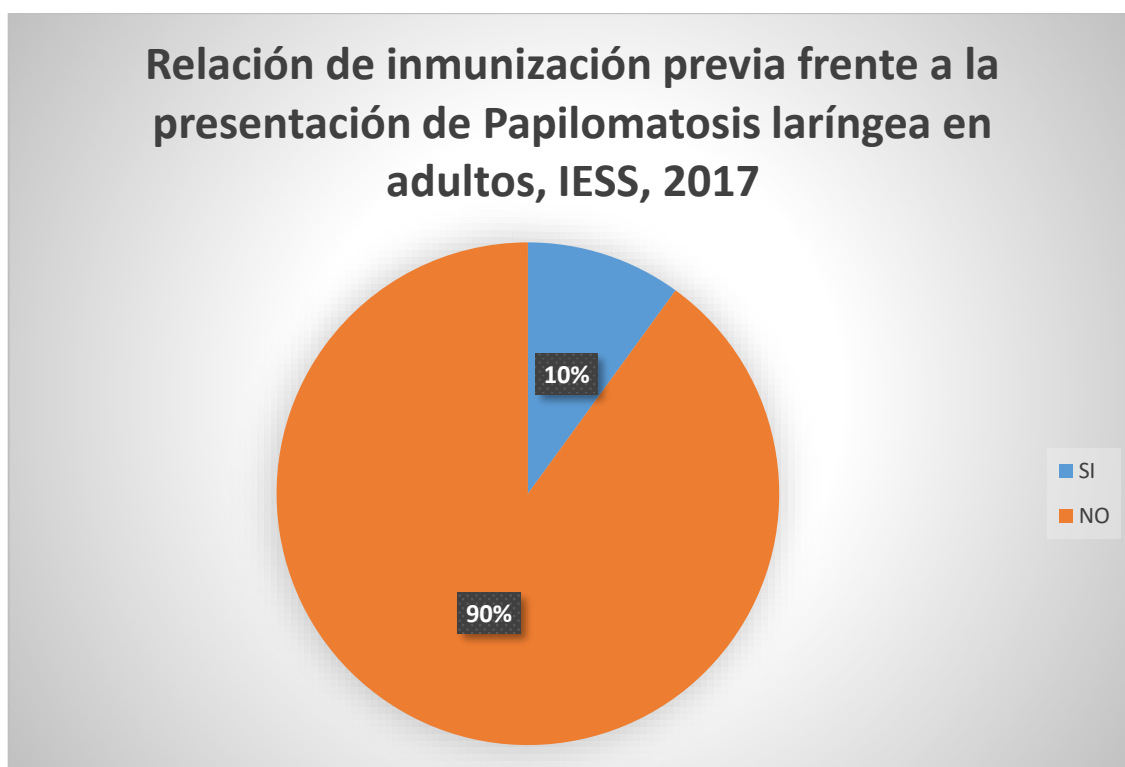
Fuente: Base de datos

Cuadro 10: Relación de inmunización previa frente a la presentación de Papilomatosis laríngea en adultos, Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, 2017

VACUNA CONTRA VPH	No. PACIENTES	PORCENTAJE
SI	3	10%
NO	27	90%
TOTAL	80	100%

Del total de pacientes con papilomatosis laríngea, el 90% no había recibido ningún tipo de inmunización como método de prevención, a diferencia de un 10% que si lo había hecho.

Gráfico 10: Relación de inmunización previa frente a la presentación de Papilomatosis laríngea en adultos, Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, 2017



Fuente: Base de datos

DISCUSIÓN

La Papilomatosis laríngea en adultos es una enfermedad caprichosa y potencialmente mortal que es frustrante tratar. Los objetivos del tratamiento quirúrgico son mantener una vía aérea segura, evitando la cicatrización excesiva y mantenimiento de la función de la cuerda vocal.

La baja incidencia de esta enfermedad junto con la ausencia de una comisión nacional de control y seguimiento, hacen difícil determinar la prevalencia y morbilidad de la papilomatosis de vía aérea, en nuestro país.

Del universo de pacientes con diagnóstico de infección por Virus del papiloma Humano, se escogió una muestra 30 pacientes que cumplían los criterios de inclusión.

La proporción global hombre: mujer en nuestra serie fue de 1.5:1. En los casos de papilomatosis respiratoria recurrente del adulto, la proporción fue de 7.3:1; mientras que en la bibliografía internacional se reporta una proporción de 4:1. (19). La población de adultos en nuestro hospital por sexo estuvo dividida en 18 varones y 12 mujeres.

La edad promedio de diagnóstico en los pacientes con papilomatosis respiratoria recurrente del adulto en nuestra población fue de 20 a 30 años, que difirió con la bibliografía internacional (la mayoría de los pacientes se diagnostica en la cuarta a quinta décadas de la vida). (2)

La mayoría de los pacientes con Papilomatosis laríngea, desarrollaron la enfermedad por un VPH latente, es decir, conocían que tenían el virus. Solo un poco más del 10% de ellos, desarrolló una primo infección por un contacto sexual oral de poca data.

El VPH 6 es el causante mayoritario de las papilomatosis laríngea; en comparación a la recurrencia con el VPH 11; la importancia radica en que este último, tiene presentaciones de la enfermedad más agresivas.

Las relaciones sexuales sin protección es el factor de riesgo vital para la Papilomatosis laríngea.

Al igual que en la bibliografía internacional, el síntoma inicial predominante en nuestra serie fue la disfonía. Sin embargo, todos los pacientes con persistencia de la disfonía refirieron que la intensidad de ésta disminuyó después de la intervención quirúrgica y en especial después de transcurridos un par de meses, debido a la cicatrización del sitio de resección. El modo de aparición de los síntomas habla de la evolución de la enfermedad y el carácter gradual y progresivo observado en la mayoría de los pacientes demuestra que los papilomas siguen su crecimiento, a menos que el paciente sea intervenido médica o quirúrgicamente. La resección quirúrgica ha sido el tratamiento más utilizado para la eliminación de los papilomas.

En nuestra población, la localización prequirúrgica de los papilomas fue predominantemente en las cuerdas vocales, la comisura anterior y la supraglotis, lo que coincide con lo reportado en la bibliografía internacional.¹⁵ La única paciente que requirió la realización de traqueotomía fue, a su vez, la única que tuvo papilomas en la tráquea, lo que confirma que la realización de esta cirugía se asocia con la distribución de papilomas dentro de la tráquea, los bronquios y el parénquima pulmonar, debido a la abrasión de la mucosa. (28)

No hay ninguna relación entre la inmunización previa contra VPH, y la incidencia de ésta.

El tratamiento médico se ha indicado como complementario al quirúrgico; no estando totalmente demostrada la eficacia de los fármacos empleados y serán necesarios más estudios antes de incluirlo en el esquema terapéutico. Los serotipos detectados más frecuentes han sido el grupo 6 y 11, concordante con la literatura revisada; y también se han relacionado con los casos de mayor tasa de recidiva de papilomatosis, pero se precisa un estudio a más largo plazo, para confirmar esta relación y valorar el coste/eficacia con perspectiva a emplearlo como pronóstico de la patología.

Este estudio nos permitió hacer las primeras aproximaciones epidemiológicas de este padecimiento en nuestro país. Las diferencias en la prevalencia de la enfermedad, respecto a la edad de aparición y al género, tienen una relación directa con el tipo de población derechohabiente de nuestra institución, lo que

sesga los resultados del estudio en el sentido de que nuestra población no es una representación fidedigna de la población del país.

Existe mayor frecuencia de displasia leve (25%), moderada (25%) y malignización (10%) en los reportes histopatológicos de nuestros pacientes, comparados con los de la bibliografía internacional (2 a 3%). (3)

Este fenómeno puede deberse a que casi la mitad de nuestra población (45%) tiene un consumo positivo de tabaco y alcohol, que, junto con el subtipo viral, son los factores de riesgo más importantes para que ocurran los cambios moleculares que llevan a la diferenciación del tejido papilomatoso en el carcinoma epidermoide. No contamos con información respecto al subtipo viral de cada paciente; sin embargo, se puede dejar como una línea de investigación abierta para correlacionar la frecuencia de pacientes con subtipos de alto riesgo (11,16 y 18) y la frecuencia de displasia y malignización. (10)

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. 138 pacientes adultos fueron atendidos en el año 2017, con diagnóstico de infección por virus del papiloma humano; de éstos, 30 desarrollaron Papilomatosis laríngea; lo que reflejaría una prevalencia del 22% de la patología de base.
2. Los datos que se revelan en esta tesis han indicado que el porcentaje de pacientes adultos con papilomatosis laríngea son en su mayoría de sexo masculino.
3. La papilomatosis laríngea en adultos es una enfermedad poco conocida en nuestro medio, pero con una incidencia que va en aumento debido a la tasa elevada de promiscuidad.
4. El perfil epidemiológico de un adulto con papilomatosis laríngea es: Hombre, con edad oscilante entre los 20 a 30 años, afectados por una VPH latente, y presencia de papilomas en cuerdas vocales o epiglotis que provocan disfonía.
5. Los datos que se revelan en esta tesis han indicado que las relaciones sexuales sin protección y múltiples parejas sexuales, son un factor de riesgo determinante para la infección de papilomatosis laríngea.

RECOMENDACIONES

1. Durante el estudio se ha observado que la mayoría de los pacientes practican relaciones sexuales sin protección lo que implicaría reforzar la información sobre el VPH y otras enfermedades de transmisión sexual a través de trípticos, boletines, Charlas y talleres, así como el uso del preservativo.
2. Se debería brindar campañas y ser deber de todo profesional de la salud, principalmente los que brindan la atención primaria médicos, ginecólogos, Obstetras, personal de enfermería y personal técnico, dar información de prevención que esté al alcance y acceso de los jóvenes entre 20 y 30 años de edad.

CAPÍTULO VI: BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro A, Fournier M. Virus del Papiloma Humano, estudios y epidemiología. MedScape. 2016 Marzo.
2. Chávez L, Ruiz P, Mendoza J, Menendez A. Diagnóstico y terapia del virus papiloma humano.. Infectología Practica. 2017.
3. Derkay C. Task force on recurrent respiratory papillomas. A preliminary report. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2015 Diciembre.
4. Lindeberg H, Elbrond O. Laryngeal papillomas: the epidemiology in a Danish subpopulation. Clin Otolaryngol Allied Sci. 2015 Abril; 5(3).
5. Morgan A, Zitsch R. Recurrent respiratory papillomatosis in adults: a retrospective study of management and complications. Ear Nose Throat. 2016.
6. Muñoz N, Bosch F, Sanjose S, Herrero S. Epidemiologic Classification of human papillomavirus. Medical Journey. 2016 Junio.
7. Palacios L, Ruiz J. Problemática actual del VPH y su prevención. ChileRev. 2016 Enero.
8. Silverberg M, Thorsen P, Lindeberg H, Grant L, Shah K. Condyloma in pregnancy is strongly predictive of juvenile-onset recurrent respiratory papillomatosis.. Journal Med. 2016 Agosto.
9. Snowden R, Thompson J, Horwitz E, Stocks R. The predictive value of serum interleukins in recurrent respiratory papillomatosis. England Medicine. 2017 Enero.
10. Wiatrak B, Wiatrak D, Broker T, Lewis L. Recurrent respiratory papillomatosis: a longitudinal study comparing severity associated with human papilloma viral types 6 and 11 and other risk factors. Medical Journal. 2016 Septiembre.

11. Sahba J, Montece K. Papilomatosis respiratoria recurrente y el rol de la vacunación antiVPH. MD Otorrinolaringología. 2017 Febrero; II(7).
12. Papilomatosis Laringea Recurrente. In VI manual de otorrinolaringología pediátrica de la IAPO.: Interamerica Association Of Pediatric Otorhinolaryngology; 2016. p. 357.
13. Domínguez-Sosa F, Tamez-Velarde M, Soto-Posada M. Papilomatosis respiratoria recurrente, resultados del tratamiento con láser de CO2. Orl Mex. 2015 Marzo; III(9).
14. Ameloti M, Campos T, Zaiden T, Oliveira R. Surgical treatment and adjuvant therapies of recurrent respiratory papillomatosis. Braz J Otorhinolaryngol. 2013 Octubre; II(3).
15. Alarcón L, Arias J, Arce J, Aranda K. Papilomatosis laríngea recurrente con transformación a carcinoma pulmonar. ORL Med. 2014 Marzo; VIII(7).
16. Nylander K, Olofsson K. Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico de Papilomatosis Laríngea Juvenil. Gobierno Federal México. Guía de Referencia Rápida. 2016 Junio; IV(5).
17. Loizou C, Laurell G, Arvidsson A. Recurrent respiratory papillomatosis in northern Sweden: Clinical characteristics and practical guidance. Acta Oto-Laryngologica. 2015 Agosto; VII(3).
18. Castillo González P, García Torrentera K. Tratamiento combinado de la Papilomatosis laringotraqueal con láser ND-YAG y cidofovir intralesional. Reporte de un caso y revisión de la literatura.. Med ORL. 2016 Septiembre; IX(2).
19. Bailey B, Johnson J. Recurrent respiratory papillomatosis. Neck surgery otolaryngology. 2017 Abril; 3.
20. Bernard k, Gomez M. Aspecto microscópico de los papilomas. Orl MED Inv. 2017 Agosto; VI(9).

21. Demero J, Kauskly L. Microaspectos relacionados a los condilomas. Orl Inv. 2015 Junio; X(2).
22. Gregorio J, Manchester L, Lozada G. Signos clinicos de la papilomatosis laringea. Med Inv ORL. 2015 Julio; XI(2).
23. Mendez K, Ruiz D, Rodriguez G. Disfonia en la papilomatosis laringea recurrente. ORL Inv. 2015 Octubre; V(2).
24. Merchan T, Knight G. Sintomatología en la Papilomatosis Laringea Recurrente. ORL Med. 2015 Febrero; V(1).
25. Vidal H, Gomez B. Papilomatosis en adultos: nuevos casos. Med Inv. 2016 Julio; VII(2).
26. Gonzalez J, Moran H, Guerra F. Manejo de la Papilomatosis en adultos. Revista Otorrinolaringologia. 2017 Enero; IX(2).
27. Mendez L, Framington G, Torres C. Extirpación quirúrgica de los papilomas. Med Investigation. 2015 Agosto; X(1).
28. Leiva J, Burgos A. Manejo quirúrgico de la Papilomatosis Laringea. Med Inv. 2017 Julio; V(11).
29. Rodriguez H, Burgasi L. Manejo adyuvante de la papilomatosis. Med Inv. 2015 Junio.
30. Jones D, Hootchman K. Efectividad de la vacuna contra el VPH. Chile Inv Med. 2013 Diciembre; V(6).