



CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LA OROFARINGE DE LESIONES PAPILOMATOSAS EN UNA POBLACIÓN JUVENIL DE CALI EN EL PERIODO 2019B

Ángela María Ramírez Maya ³, Andrea Guerrero Saavedra³, María Paula Echeverry Ruiz³, Dolly Aristizábal García ⁴.

(1) Universidad Santiago de Cali, Cali Colombia, 2020A

(2) Facultad de Salud Programa de Odontología

(3) Estudiantes USC de Pregrado

(4) Patóloga y cirujana bucal, docente del programa de odontología y tutora de trabajo de grado.

Resumen

Introducción: Las lesiones papilomatosas son elevaciones nodulares, verrugoso papilares o pediculadas múltiples de tejido epitelial blandas asintomáticas. A nivel oral la papilomatosis laríngea, basado en estudios es la enfermedad más común causada por el virus del papiloma humano, siendo así la más similar en lo que respecta a este estudio. Es importante esta investigación, pues las lesiones papilomatosas pueden presentar evolución maligna y transformarse en carcinoma escamocelular, teniendo en cuenta como principal causa el *VPH*.

Objetivo: Caracterizar lesiones papilomatosas en la *Orofaringe* en una población juvenil de 18 a 25 años de edad en una clínica Odontológica de la Universidad Santiago de Cali.

Materiales y métodos: Este estudio se realizó mediante una observación clínica de la *orofaringe* por parte de las investigadoras, en 100 participantes con edades de 18 a 25 años que acudieron a la clínica odontológica de la Universidad Santiago de Cali, además del uso de instrumento de medición como lo es observación directa, encuesta y formato de registros de datos.

Resultados: Para la descripción morfológica, se encontró con mayor frecuencia la forma nodular con un 74%, ubicación en pared posterior de la orofaringe con un 65%, con relación a la variable de distribución se encontró mayor frecuencia de

lesiones múltiples con un 63%, de color rosado (67%) y de diámetros menores a 5mm (28%) con un predominio en el género masculino. El 19% de los participantes se entraron clínicamente sanos.

Al analizar factores de riesgo relacionados a la presencia de lesiones papilomatosas, se encontró estadísticamente significativa la relación entre presencia de lesiones y práctica de sexo oral (84.30%) y en cuanto al consumo de alcohol el 73.8% de los participantes que lo consumen presentan lesiones papilomatosas.

Conclusiones: Las lesiones papilomatosas en *orofaringe* pueden generar cambios en la conformación de los tejidos, con mayor frecuencia son nodulares, ubicadas en pared posterior *orofaringe*, color rosado, múltiples y de diámetro menor a 5mm con predominio en el sexo masculino quienes asociadas a diversos factores de riesgo puede generar implicaciones clínicas a futuro para los pacientes.

Palabras clave: Papilomatosis, nódulos, caracterización, orofaringe, odontología, virus del papiloma humano.

Summary

Introduction: Papillomatous lesions are multiple nodular, warty papillary or pedicled elevations of asymptomatic soft epithelial tissue. At the oral level, laryngeal papillomatosis, based on studies, is the most common disease caused by the human papilloma virus, thus being the most similar in regards to this study. This research is important, since papillomatous lesions can transform into squamous cell carcinoma, taking into account *VPH* as the main cause.

Objective: To characterize papillomatous lesions in the oropharynx in a juvenile population from 18 to 25 years of age in a Dental clinic of the Santiago de Cali University.

Materials and methods: This study was carried out by means of a clinical observation of the oropharynx by the researchers, in 100 participants with ages from 18 to 25 years who attended the dental clinic of the Santiago de Cali University, in addition to the use of a measurement such as direct observation, survey and data record format.

Results: For the morphological description, the nodular form was found more frequently with 74%, location in the posterior wall of the oropharynx with 65%, in relation to the distribution variable, more frequent multiple injuries were found with 63%, pink in color (67%) and diameters less than 5mm (28%) with a predominance in the male gender. 19% of the participants became clinically healthy.

When analyzing risk factors related to the presence of papillomatous lesions, the relationship between the presence of lesions and the practice of oral sex (84.30%) was found statistically significant and in terms of alcohol consumption 73.8% of the participants who consume it present lesions papillomatous.

Conclusions: Papillomatous lesions in the oropharynx can generate changes in the conformation of tissues, most often they are nodular, located in the posterior oropharyngeal wall, pink in color, multiple and with a diameter of less than 5mm, predominantly in the male sex, who associated with various factors Risk may have future clinical implications for patients.

Keywords: Papillomatosis, nodules, characterization, oropharynx, Dentistry, Human papillomavirus.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones papilomatosas son elevaciones nodulares, verrugoso papilares o pediculadas múltiples de tejido epitelial blandas asintomáticas, siendo esta una enfermedad infecciosa que se caracteriza por la presencia de tumores epiteliales benignos causados por la infección con el virus del papiloma humano principalmente

por el tipo 11 y 16¹, sus aspectos clínicos e histológicos son bien conocidos y caracterizados, pero persisten interrogantes relativos a la frecuencia y a los factores que determinan la aparición de la enfermedad y su evolución, particularmente imprevisible; además a nivel de patologías orales se han clasificado hasta 24 genotipos de *Vph*².

Este tipo de lesiones se determinaron inicialmente en 1930 Sir Morrell como una lesión laringo-faríngea en niños, mientras en 1940 Chevalier Jackson (1865-1958) describió el cuadro como "papilomatosis laríngea juvenil"¹. Las Papilomatosis laríngea se han considerado muy agresivas en la etapa juvenil y con una aparición poco frecuente en tercera década de la vida en adultos³.

Según el Ministerio salud 2007 su forma de transmisión se relaciona de manera hereditaria por transmisión vertical de parte una madre infectada a nivel genital a través de las vías respiratorias durante el parto, traumatismo, contacto directo con una persona infectada y con mayor frecuencia por contacto genital con penetración mediante relaciones sexuales ya sea de manera vaginal o anal o ya sea en ausencia de éste mediante el contacto oral-genital, manual-genital⁴. Xue, Q, 2010 logró establecer la prevalencia de *VPH* en mujeres a nivel oral entre 14-59 años siendo está considerada la infección de transmisión sexual más frecuente en Estados Unidos⁵.

Viqueira B y Col (2015) determinan que el papiloma es una de las lesiones epiteliales más frecuente que se presentan en la mucosa oral. Un factor que se tiene en cuenta y se estableció como principal causa fue el contagio por relaciones sexuales de hasta un 75% y estableciendo que el ser sexualmente activo puede presentar un mayor riesgo de adquirir este tipo de lesiones en cualquier etapa⁶.

Cháirez y col (2015) determinaron que 30% de los cánceres en cavidad oral se encuentran asociados al Virus del Papiloma Humano y frecuentemente se ubican en lengua parte posterior, orofaringe siendo las tonsilas palatinas con mayor

afectación y laringe ⁷. Donde al presentar una evolución maligna, estas lesiones pueden generar hemorragias, estenosis y cáncer tipo escamocelular⁸⁻⁹.

Otro factor predisponente en la *orofaringe* son las amígdalas palatinas, ya que se relacionan con patologías carcinogénicas con el genotipo *VPH* 16 por el tipo de epitelio escamoso similar al del cuello uterino que permite la anidación de determinadas patologías¹⁰. En Colombia (Quintero K y col, 2013) realizaron un metanálisis 5,046 muestras de pacientes con cáncer de cabeza y cuello, mediante una prueba de PCR, donde la prevalencia aproximada fue del 25.9 %, **orofaringe** (35.6 %), cavidad oral (23.5 %) y laringe (24 %) ¹¹.

La orofaringe a nivel funcional es la subdivisión faríngea más compleja, se encarga de regular el paso de aire y alimento a través de la faringe además de tener la capacidad de limitar el reflujo faríngeo nasal, propulsar el bolo, facilitar el pasaje de aire y participar en la fonación. Histológicamente presenta un epitelio de tipo plano estratificado mucoso¹². También se encuentra la pared faríngea la cual hace parte del anillo de Waldeyer en su parte posterior, esta zona puede llegar a presentar atrofia, pus e hipertrofia, pueden presentar burbujas translúcidas en la mucosa escamosa dando lugar a nódulos linfoides¹³⁻¹⁴.

La presencia de lesiones papilomatosas a nivel de orofaringe inicialmente pueden presentar lesiones características como son verrugas, lesiones planas, vegetantes y muy vascularizadas acompañada de otros signos y síntomas característicos como la disfonía persistente y progresiva, el llanto débil y además se pueden encontrar otros tales como cambios en la voz, tos, apnea del sueño, disnea, disfagia, infecciones respiratorias y retraso del crecimiento¹⁵.

Las lesiones encontradas pueden tener diagnósticos diferenciales como nódulos por *VPH* los cuales histológicamente se presentan nódulos con centros germinativos múltiples, bordeados de células de linfocitos y de una capsula de tejido conectivo fibroso y cubiertos en su mayoría por epitelio escamoso, relativamente delgado ¹⁶, también encontramos la enfermedad Heck o Hiperplasia epitelial focal

(HEF) Patología benigna con principal aparición en la niñez entre 3 y 16 años, y tiene regresión que persiste por 10 o más años, caracterizada por el *VPH* 13-32¹⁷, histológicamente hiperplasia epitelial con presencia de coilocitos y *vph* donde los virus entran en estas células, Clínicamente lesiones nodulares, múltiples o únicas, superficie lisa e indoloras, ubicadas principalmente labios, carrillos, lengua, encías¹⁷⁻¹⁸ e hiperplasias de folículos linfoides o por hiperplasias fibroepiteliales, son un aumento de tejidos con capacidad mitóticas (sus células son de origen epitelial o conectivo fibroso) pueden generar cambios como hipervascularización, fibrosis y filtrado inflamatorio; histológicamente un epitelio estratificado plano con acantosis, cubriendo un estroma de tejido conectivo hiperplásico sin presencia de coilocitos ni *vph* y frecuentemente de forma nodular¹⁹.

Debido a los pocos estudios de cohorte que muestran una caracterización y valoración de la *orofaringe* y otras áreas que en ocasiones siendo competencia del profesional en odontología pasan por desapercibidas, por estas razones este estudio se realizó con propósitos diagnósticos preventivos y genera un beneficio para la población de estudio, la comunidad educativa y USC, mediante campañas de promoción y prevención y futuras investigaciones. Además, también necesario el realizar diferentes tipos de análisis en laboratorio como citologías, biopsias y pruebas moleculares, acompañado de una valoración clínica para así lograr determinar con mayor precisión la presencia de *VPH* a nivel de la *orofaringe* y sus estructuras, logrando diagnósticos certeros y tratamientos oportunos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio basado en la observación clínica donde la población objeto de estudio corresponde a los estudiantes del programa de odontología de 4to a 10mo semestre con edades entre los 18 y los 25 años, de la universidad Santiago de Cali durante el periodo 2019B. En cuanto a la muestra, su tamaño se basó en la estimación de

la prevalencia de papilomatosis laríngea aproximada, para un tamaño final de 100 participantes.

ANALISIS ESTADISTICO

El diseño del presente estudio es cohorte observacional, en el cual no hay intervención por parte del investigador; Y de tipo transversal, debido a que se recolectan datos en un solo momento y tiempo específico, de tipo cuantitativo, cualitativo. Además, contó con prueba de concordancia con un resultado en intervalo de confianza del 95% y el respectivo valor p, lo que indicó un resultado satisfactorio. Cada una de las variables se analizaron mediante la prueba libre distribución de Pearson (chi al cuadrado) manejando una significancia estadística con valor de $p \leq 0,05$.

REVISIÓN CLÍNICA

Participantes: 100 participantes de 18 a 25 años de edad, de la clínica odontológica USC, de cuarto a decimo semestre.

Revisión clínica: Firma de consentimiento informado y diligenciamiento de encuestas.

Se realiza enjuague de clorhexidina al 0.12%(Perio-aid)®, se hace envoltura del tercio anterior de la lengua con una gasa, presión sobre el dorso de la lengua con baja lenguas de madera y se procede a la toma de fotografías.

RESULTADOS

Variable	N. participantes
Sanos	19/100
Presencia lesiones papilomatosas	81/100
Presencia de síntomas (disfonía-disfagia)	31/100
Hábitos nocivos (alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas)	55/100
Prácticas sexuales (sexo oral)	89/100
Antecedentes (amigdalitis, amígdalas hipertróficas, alergias: rinitis)	25/100

1. Caracterización sociodemográfica de la población

a. Género

El género femenino representó el 55 % (55/100) obteniendo 13 sanos y 42 (76.36%) con presencia de nódulos en comparación con el género masculino 45% (45/100) 6 sanos y 39 (86.66%) con presencia de nódulos.

2. Descripción morfológica de lesiones papilomatosas en la orofaringe

a. Forma

FORMA	FRECUENCIA
Nodular	74
Nodular alargados	4
Nodular agrupados	1
Pediculada	1
Papilar	1

Respecto a la forma de las lesiones papilomatosa,s se encontró que casi en su totalidad esta tiene una forma nodular, ya sea únicamente nodular, nodular alargada o nódulos agrupados; estas tres características agrupan un 97.4% de todos los casos. Las otras formas encontradas son papilar y pediculada, ambas con un 1.2% respectivamente.

b. Ubicación

UBICACIÓN	FRECUENCIA
Pared posterior	65
Pilar anterior	8
Pilar posterior	5
Úvula	2
Lecho amigdalino izq. Y derecho	1

Se presenta la gran mayoría de lesiones papilomatosas ubicadas en la pared posterior orofaringe 65 (80.2%), seguida de pilar anterior 8 (9.8%), pilar posterior 5 (6.2%), úvula 2 (2.5%) y lecho amigdalino 1(1,2%).

c. Distribución

DISTRIBUCIÓN	FRECUENCIA
Único	18
Múltiples	63

Las lesiones papilomatosas se encuentran distribuidas múltiplemente con una frecuencia mayoritaria 63 (77.8%) mientras las únicas 18 (22.2%).

d. Color

COLOR	FRECUENCIA
Rosado	67
Rojo	12
Blanquecino	2

Se presenta predominio del color rosado 67 (82.7%), seguido de rojo 12 (14,8%) y blanquecino 2 (2.5%).

e. Diámetro

DIÁMETRO	FRECUENCIA
Menor a 5mm	53
Mayor a 5mm	28

El diámetro de las lesiones papilomatosas menor a 5mm presentó un predominio 53 (65.4%) mientras que las mayores a 5mm 28 (34.5%).

f. Síntomas clínicos

DISFONÍA	FRECUENCIA
SI	13
NO	87

Disfonía se puede observar que gran parte de la población de estudio no ha presentado síntoma de disfonía con un 87% y en cuanto a disfagia se puede

observar que gran parte de la población de estudio no ha presentado síntoma de disfagia con un 85%.

3. Factores de riesgo en pacientes con lesiones papilomatosas en la orofaringe.

a. Consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y cigarrillo

Consumo de alcohol. Para los participantes que consumen alcohol, se encuentra que el 73.8% de ellas tienen presencia de lesiones papilomatosas, mientras que el restante 26.2% se encuentran sanas.

Consumo sustancias psicoactivas. En lo que concierne al consumo de sustancias psicoactivas, se encuentra que el 60.0% de las personas que consumen presentan lesiones papilomatosas.

Fumar. Para las personas que fuman, se encuentra que el 75% de ellas tienen presencia de lesiones papilomatosas, mientras que el restante 25% se encuentran sanas, y un 92% de los participantes no fuman.

b. Edad de inicio de actividad sexual y número de parejas sexuales

El 81% de la población objeto de estudio tiene comportamiento sexual activo, donde el 75% inició su vida sexual a los 17 años o antes, se encontró como edad mínima de inicio de actividad sexual los 10 años de edad y la máxima 24 años de edad. Un 3% de la población afirmó no haber iniciado actividad sexual aún.

En cuanto al número de parejas sexuales, el número máximo fue de 28 parejas, con una media en la población de 3 parejas sexuales.

c. Sexo oral

El 84.30% de los individuos que practican el sexo oral tienen presencia de lesiones papilomatosas.

d. Antecedentes

Como parte de los antecedentes, se encuentran cuatro categorías principales que conforman dichas variables; estas categorías son la alergia (rinitis) 6, la amigdalitis 7 y amígdalas hipertróficas 15. (Exclusión de enfermedades sistémicas)

DISCUSIÓN

En cuanto a la caracterización sociodemográfica de la población Castillo Carmen y col (España 2010)²⁰ y Castillo Haydee y col (Venezuela 2015)²¹ en un estudio realizado en pacientes diagnosticados con lesiones papilomatosas, presentaron un predominio en hombres siendo 65,5% y 61,1%. Las autoras consideran que los hombres despiertan más rápido a la pubertad y tienen una vida social mas activa, directamente relacionada con un mayor numero de parejas y a temprana edad, consumo de tabaco y alcohol. Esto induce a este predominio.

La descripción morfológica de lesiones papilomatosas en la *orofaringe*, en la variable forma al momento de realizar este proyecto no se contó con un respaldo bibliográfico en cuanto a la variable forma por lo cual se tomó como referente las lesiones papilomatosas laríngeas, basándonos en este caso en rodríguez y colaboradores quienes exponen en su artículo las formas nodular, nodular alargado, nodular agrupado, papilar y papilares quienes fueron encontradas durante la investigación. Como también se encontraron pacientes clínicamente sanos.



Imagen 1 y 2. Lesiones nodulares ubicadas a nivel de pared posterior de orofaringe con prolongaciones hacia zona de laringe.



Imagen 3. Lesiones nodulares alargadas ubicadas a nivel de pared posterior de orofaringe.



Imagen 4. Lesiones nodulares agrupadas ubicadas a nivel de pared posterior de orofaringe.



Imagen 5. Lesión papilar ubicada a nivel de pilar anterior derecho.

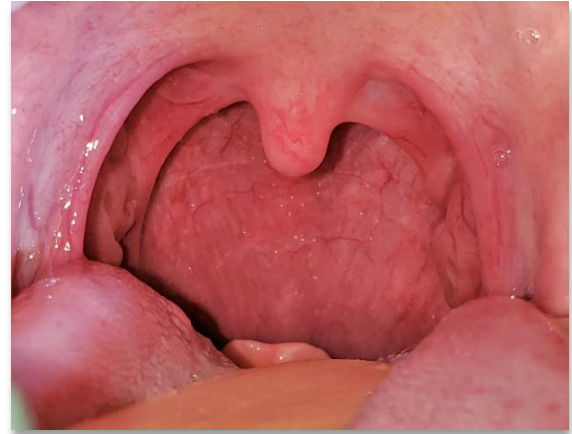


Imagen 6. Participante sano



Imagen 7. Lesión papilomatosa pediculada ubicada a nivel de la úvula en una participante de 23 años de edad, única de color rosado, menor a 5mm, quien no refirió síntomas ni antecedentes y refirió practicar sexo oral.

Entre los resultados se encontraron diferentes formas como se describió anteriormente dónde fue de mayor frecuencia la presencia de lesiones de forma nodular con un 74%. también se encontraron formas papilares y la pediculada por lo que se consideraron diagnósticos diferenciales entre los cuales se tuvieron en cuenta papilomas, condilomas²², hipertrofia de folículos linfoides¹⁴, hiperplasias epiteliales que a ser por **Vph** pueden contener coilocitos o hiperplasias epiteliales reactivas, sin presencia de coilocitos²³.

En cuanto a la ubicación se encontraron lesiones a nivel de pared posterior de orofaringe, siendo ésta la ubicación con mayor frecuencia en el estudio con un 65%. Pennacchiotti g. y col realizaron un estudio de corte transversal donde mencionan que el epitelio escamoso que reviste el denominado anillo de waldeyer podría ser particularmente susceptible a la infección por el **vph** por la facilidad que posee el virus de acceder a las células basales que se encuentran en las criptas de la amígdala²⁴, por otro lado Mingo en el año 2016 expone que el anillo de waldeyer se considera un lugar de anidación de linfomas, debido a los contactos que se establecen en esta área con múltiples estímulos antigénicos²⁵. Por eso es importante tener todos estos referentes tanto de forma como tamaño para posteriores estudios.

En la distribución se encontró que las lesiones de mayor frecuencia son de distribución múltiple con un 63% con mayor presencia a nivel de pared posterior de orofaringe. Contrario a lo encontrado en la literatura por ejemplo, en los estudios realizados por Curramos²⁶ y Brenes²⁷ en el año 2014 ambos tuvieron como resultado una mayor frecuencia de lesiones únicas en relación a las múltiples, quienes al ser de mayor tamaño pueden causar molestias en los pacientes, como dificultad para tragar, disfonía y alteraciones en la respiración.

Respecto a la variable de color, entre los resultados se encontraron lesiones rosadas de mayor frecuencia con un 67% y al diámetro se evaluaron tamaño de lesiones menores a 5mm, siendo éstas las más frecuentes con un 53% y lesiones mayores a 5 mm con un 28%. No se encontraron estudios con referencia a esta caracterización, pero si existen descripciones en referencia a esta variable, por

ejemplo Rivera y col describe en un estudio a la papilomatosis como una neoplasia benigna de colores entre grisáceos, rosados o blanquecinos²⁸. Éste trabajo brinda como aporte a la literatura análisis en relación a estas dos variables.

En los síntomas clínicos se evaluó la presencia de disfonía y disfagia, encontrando poca frecuencia donde encontramos que tan solo un 13% presentó disfonía y un 15% disfagia, estas pueden relacionarse con otras patologías que presentaban los participantes como lo son amigdalitis, amígdalas hipertróficas y alergias como rinitis encontrando una significancia estadística con un valor ***p*(0.022)**.

En algunos estudios en relación a la papilomatosis laríngea como los realizados por ejemplo por Brenes en costa rica, se describe a la disfonía como el principal síntoma de la papilomatosis laríngea²⁷, por otro lado, Cuestasa y col lo asocian también a otros síntomas como lo son la disnea, la apnea del sueño y alteraciones de la respiración²⁹.

Con relación a los factores de riesgo en pacientes con lesiones papilomatosas en la orofaringe, se evaluó el consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y cigarrillo en relación a la presencia de lesiones papilomatosas. Fernández C y col en el año 2017 en España sugieren que el uso de estas sustancias se relaciona con lesiones papilomatosas por ser carcinogénicas a nivel de la orofaringe³⁰.

En este estudio se tuvo en cuenta el sistema inmune³¹, ya que al llevarse a cabo la valoración clínica de los 100 participantes se hizo hallazgo de participantes que aunque practicaban varios hábitos nocivos como consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias psicoactivas presentaban una *orofaringe* clínicamente sana lo que nos puede indicar una adecuada respuesta del sistema inmune³¹, sin embargo en la literatura encontramos que con el paso del tiempo lo más probable es que si continúan con estos hábitos puedan llegar a desarrollar lesiones en la *orofaringe*.

También se realizó prueba de chi cuadrado donde se encontró estadísticamente significativo el consumo de sustancias psicoactivas en relación a la presencia de lesiones papilomatosas donde se obtuvo un valor ***p* (0.17)**.

En cuanto a la edad de inicio de actividad sexual y número de parejas sexuales, el análisis de estas variables se dividió en cuartiles para un mejor análisis, donde se encontró relevante que la edad mínima de inicio de actividad sexual fue a los 10 años y el número máximo de parejas sexuales en un participante fue de 28 parejas, también que el 97% de los participantes son activos sexualmente donde el 75% inició su vida sexual a los 17 años o antes y que la media de parejas sexuales fue de 3. Fernández c. y col³⁰ mencionan que el aumento en la incidencia de cáncer orofaríngeo en muchos países ha sido atribuido al inicio de relaciones sexuales a temprana edad y al aumento del número de parejas por individuo que esto conlleva.

Se evaluó la práctica de sexo oral en relación a la presencia o no presencia de lesiones papilomatosas, siendo más frecuente la presencia de lesiones con un 84.30%. Las lesiones papilomatosas pueden estar relacionadas con la práctica del sexo oral, puesto que al realizar la felación, hay un contacto directo del pene con el velo del paladar que junto con una variable intensidad puede provocar hematoma, equimosis o edema en el área de contacto³⁰.

Se debe tener muy en cuenta que estas manifestaciones pueden generar reacciones o lesiones a nivel de la orofaringe que pueden presentar una evolución con resultados negativos para el paciente, por lo que es importante compartir esta información con ellos para generar conciencia y así una prevención en la salud bucal de los pacientes.

En cuanto a la variable de antecedentes se evaluó la presencia de amigdalitis, amígdalas hipertróficas y alergias como la rinitis.

Inicialmente con la presencia de antecedentes de amigdalitis y amígdalas hipertróficas en relación a la práctica de sexo oral en participantes con una orofaringe clínicamente sana donde se encontró una significancia estadística que al hacer prueba de chi cuadrado arrojó un valor ***p (0.01)***.

Aunque éstos participantes se encontraran clínicamente sanos, se podría llegar a generar una reacción irritativa asociada al roce de mucosas en conjunto con los procesos de infeccioso e inflamatorios por los antecedentes que presentaban.

Segundo se evaluaron los antecedentes de amigdalitis y amígdalas hipertróficas en relación a la presencia de lesiones papilomatosas, Pennacchiotti y colaboradores en el año 2016 asocian a las amígdalas hipertrofiadas con distensión de epitelio y anidación de *vph* en las criptas amigdalinas lo que podría ocasionar aparición de lesiones²⁴.

Entre los resultados del estudio se encontró dos participantes con zona altamente vascularizada en pared posterior de la *orofaringe* que pueden generar grietas o zonas cóncavas que podrían convertirse en un agente para la anidación de diferentes microorganismos como hongos virus y bacterias.

Penutti en el año 2016, hace referencia a la importancia de una adecuada higiene oral que incluya el uso de enjuagues dentales, de acá la importancia de generar conciencia en los pacientes en la práctica de colutorios que prevengan el acúmulo de microorganismos en estas áreas³².

CONCLUSIÓN

Las lesiones papilomatosas en orofaringe generan cambios en la conformación del tejido, sumado a diversos factores de riesgo, pueden generar implicaciones clínicas a futuro.

Las lesiones papilomatosas con mayor frecuencia ubicadas en pared posterior orofaringe, color rosado, múltiples y diámetro menor a 5mm con un predominio en el sexo masculino.

Otros hallazgos como la presencia de amígdalas hipertróficas y amigdalitis, todos relacionados con sexo oral.

Factores de riesgo estudiados - asociación estadísticamente significativa: consumo de sustancias psicoactivas, prácticas sexo oral y presencia de lesiones papilomatosas nodulares.

RECOMENDACIONES

- El hábito de fumar puede ser considerado con mayor amplitud en estudios posteriores, puesto que, aunque no fue un factor de riesgo significativo en el estudio, su significancia del 16.4% presentaron expresiones clínicas y esto da pie a una mirada con más detalle.
- Se requiere la realización de diferentes tipos de análisis en laboratorio por medio de muestras ya sean, citologías en base líquida en cavidad oral, biopsias, pruebas moleculares, histopatológicos y estratificación del *VPH* acompañado de una valoración clínica para así lograr determinar con mayor precisión la presencia de *VPH* a nivel de la *orofaringe* y sus estructuras.
- Fomentar en la comunidad odontológica, realizar una valoración integral del paciente, donde se observe con más detenimiento la parte de la *orofaringe*.
- Se recomienda ampliar el rango de edad o estudiar otros rangos para conocer detalladamente el comportamiento y los factores de riesgo asociados.

REFERENCIAS

1. Arriola López A, Castro Hernández E. Papilomatosis laríngea recurrente. Reporte de caso. Acta Pediátrica Hondureña. 2017;6(2):495–8. Disponible en: <https://www.lamjol.info/index.php/PEDIATRICA/article/view/3542>
2. Ilboudo M, Zohoncon TM, Marie I, Traore A, Mah E, Traore A, et al. Implication of low risk human papillomaviruses, HPV6 and HPV11 in laryngeal papillomatosis in Burkina Faso. 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2019.02.003>

3. Martínez Gonzales R, Gonzales Ramos RM. El Virus Del Papiloma Humano. Consecuencias Para La Sociedad. J Chem Inf Model 2013;53(9):1689–99. Disponible en: <http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/1101>
4. Ministerio de salud. Virus del papiloma humano: Información sobre el VPH para los médicos. 2007 Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/literatura_interes/Virus_del_papiloma_humano.pdf
5. Hernández Alarcón VJ, Morales LJ, González Marín R, Tolosa CM. Comportamiento de la papilomatosis respiratoria recurrente en una población colombiana Behavior of the recurrent respiratory papillomatosis in a colombian population Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello. Acta Otorrinolaringol cirugía cabeza y cuello. 2016;44(2):100–8. Disponible en: <http://52.32.189.226/index.php/acorl/article/viewFile/53/38>
6. Viqueira B., Buller E, Cabello J, Un paciente con Papiloma en úvula. 2015;8:257–60. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2015000300012
7. Cháirez Atienzo P, Vega Memíje ME, Zambrano Galván G, García Calderón AG, Maya García IA, Cuevas González JC. Presencia del Virus Papiloma Humano en la Cavidad Oral: Revisión y Actualización de la Literatura. Int J Odontostomatol. 2015;9(2):233–8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2015000200009&lang=pt
8. Hernández Alarcón VJ, Morales LJ, González Marín R, Tolosa CM. Comportamiento de la papilomatosis respiratoria recurrente en una población colombiana Behavior of the recurrent respiratory papillomatosis in a colombian population Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello. Acta Otorrinolaringol cirugía cabeza y cuello. 2016;44(2):100–8. Disponible en: <http://52.32.189.226/index.php/acorl/article/viewFile/53/38>.
9. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. Lancet. 2009. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673609607418>

10. Bakshi SS, Kaipuzha R, Gopalakrishnan S, A G. Human papillomavirus causing tonsillar hypertrophy in non-cancerous tonsil. Eur Res J. 2017 Oct 2;3(3):269–72. Disponible en: <http://dergipark.gov.tr/doi/10.18621/eurj.337348>
11. Estrada Núñez CR, Carlos J, Augustinus B, Ferrera Boza A, Maradiaga E. Cáncer de laringe y Virus del papiloma humano en adultos del Hospital Escuela Universitario, Honduras. 2017. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/cce7/04ec964f29e7008bcbfeb658f3c6ddb5dd73.pdf>
12. Rodríguez DDJA, Etcheverry DM, Stipech DG. Anatomía de la faringe (Pharynx anatomy). Rev FASO. 2014;21(2):15–20. Disponible en: <https://bit.ly/2M4VIKz>
13. Barreras J, Mintz I, Beider B. Fisiología del anillo de Waldeyer. Rev FASO AÑO 21. 2014;2(2):79–81. Disponible en: <http://faso.org.ar/revistas/2014/2/13.pdf>
14. Chacón Martínez J, Puebla Morales JM, Padilla Parrado M. Patología inflamatoria inespecífica de la faringe. Libr virtual Form en ORL. 2014;1–15. Disponible en: [seorl.net/PDF/Cavidad oral faringe esofago/076 - patología inflamatoria inespecífica de la faringe.pdf](seorl.net/PDF/Cavidad%20oral%20faringe%20esofago/076%20-%20patolog%C3%ADa%20inflamatoria%20inespec%C3%ADfica%20de%20la%20faringe.pdf)
15. Perez Delgado L, De Miguel García F. Papilomatosis respiratoria recurrente : actualización y controversias acerca de cidofovir intralesional. Orl Aragon. 2014;17(1):10–7. Disponible en: https://www.google.com/search?sxsrf=ALEKk03KhvVh9Rv68xVhuRbUcNopSYEpYQ%3A1586293044381&ei=NOmMXpToFuPF_QaU5bzoCw&q=Papilomatosis+respiratoria+recurrente%3A+actualizaci3n+y+controversias+acerca+de+cidofovir+intralesional&oq=Papilomatosis+res
16. Pawlina, Wojciech. Ross Histología, texto y atlas Ed.7º - Journal. 2015 Disponible en: [https://www.edicionesjournal.com/Papel/9788416004966/Ross+Histología++texto+y+atlas+Ed+7º](https://www.edicionesjournal.com/Papel/9788416004966/Ross+Histolog%C3%ADa++texto+y+atlas+Ed+7%C2%BA)
17. Rodríguez Toro G. Hiperplasia epitelial focal de la boca en Colombia (Enfermedad de Heck). Biomédica [Internet]. 9(3–4):120. Available from: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/1984/2008>
18. Pila Pérez R, Pila Peláez M., Pila Peláez R. Hiperplasia epitelial focal. Presentación de un caso. Medisur vol.12 no.1 Cienfuegos feb. 2014. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000100012

19. Gordón Núñez MA, Lopes Da Silva JF, De Lucena HF, Galvão HC, De Souza LB, Pinto LP. Análisis clínico e histomorfológico de la mucosa oral normal, hiperplasia fibroepitelial inflamatoria oral y displasia oral. *Int J Morphol* [Internet]. 2008 Jun;26:345–52. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022008000200016
20. Castillo HK, De Los V, Caro Á, González Blanco M, Acosta L, Correnti M, et al. Papilomatosis laríngea juvenil y su relación con la infección genital por virus de papiloma humano durante el embarazo. *Obs Ginecol Venez 260 Rev Obs Ginecol Venez*. 2015;75(4):260–8. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000400006.
21. Castillo Gutiérrez C, Monerris García E, Duran MD, Sancho Mestre M, Gras JR. Papilomas y papilomatosis laríngea. Tratamiento con láser CO Nuestra experiencia en 15 años. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2010 Nov 1;61(6):422–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-acta-otorrinolaringologica-espanola-102-articulo-papilomas-papilomatosis-laringea-tratamiento-con-S0001651910001299>
22. Reina JC, Muñoz N, Sánchez GI. El estado del arte en las infecciones producidas por el virus del papiloma humano. Vol. 39. colombia: Abril-Junio; 2008 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v39n2/v39n2a9.pdf>
23. Gordón Núñez MA, Lopes Da Silva JF, De Lucena HF, Galvão HC, De Souza LB, Pinto LP. Análisis clínico e histomorfológico de la mucosa oral normal, hiperplasia fibroepitelial inflamatoria oral y displasia oral. *Int J Morphol* [Internet]. 2008 Jun;26:345–52. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022008000200016
24. Pennacchiotti G, Sáez R, Martínez MJ, Cárcamo M, Montes R. Prevalencia del virus papiloma humano en pacientes con diagnóstico de carcinoma escamoso de la cavidad oral. *Rev Chil Cir*. 2016;68(2):137–42. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262016000200005
25. Mingo Sánchez E., Chacón Martínez J, Padilla Parrado M. Libro virtual de formación en orl fisiología del anillo Waldeyer. 2016. Disponible en: <https://seorl.net/PDF/Cavidad oral faringe esofago/075 - FISIOPATOLOGÍA DEL ANILLO WALDEYER.pdf>
26. Currisamos Soto JE, Cirujano M, Palma MS. Incidencia y Recurrencia de Papilomatosis Laríngea en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Regional

Honorio Delgado entre los años 2008 a 2013. Arequipa-Peru; 2014. Disponible en:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4293/MDcusoje.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

27. Brenes Gamboa A, Arias Cordero X, Especialista en Otorrinolaringología Hospital William Allen M. Revista medica de costa rica y centroamerica, otorrinolaringologia papilomatosis laringea : su evolucion y tratamiento [Internet]. 1997 [cited 2020 Apr 3]. Available from: <https://docplayer.es/1082788-Papilomatosis-laringea-su-evolucion-y-tratamiento.html>
28. Rivera Barrera D, Arnold A, Casal CL, Rodríguez J. Papilomatosis laríngea recurrente con seguimiento multidisciplinario. A propósito de un caso Recurrent laryngeal papilomatosis with multidiscipline follow-up. A propos of a case. 2020. Disponible en. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000400009
29. Cuestasa DG, Rodríguez DV, Doormanna DF, Munzóna DPB, Y, Munzónb DGB. Papilomatosis laríngea: una causa poco frecuente de disfonía en el niño. Serie de casos. Arch Argent Pediatr [Internet]. 10 de mayo de 2018; 116(3). Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n3a29.pdf>
30. Fernández-López C, Morales-Angulo C. Lesiones otorrinolaringológicas secundarias al sexo oral. Acta Otorrinolaringol Esp. 2017;68(3):169–80. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-acta-otorrinolaringologica-espanola-102-articulo-lesiones-otorrinolaringologicas-secundarias-al-sexo-S0001651916300528>
31. Pérez M, Yosvany P, Leyva C, Alicia G, García DL, Isabel A, et al. Temas de Inmunología para estomatólogos en formación. 2020;614–60. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3414/2147>
32. Pannutii C. ¿El uso de enjuagatorios bucales es seguro? - FGM News. Disponible en: <https://www.fgm.ind.br/site/fgmnews/el-uso-de-enjuagatoriosbucal-es-seguro/?lang=es>