

11236
205
7



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO.

FACULTAD DE MEDICINA

CURSO DE ESPECIALIZACION EN OTORRINOLARINGOLOGIA.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES I. M. S. S. PUEBLA.

- Carcinoma de Laringe -
Aspectos Generales y Conclusiones
Terapeuticas.

TESIS DE POSTGRADO

QUE PRESENTA EL

DR. HECTOR ADRIAN TREJO DOZAL.

10/30
PROFR. TITULAR DEL CURSO:
DR. JAIME GARZON VILLANUEVA.

HOSPITAL ESP

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



NOVIEMBRE 1982.

Jefatura de
Enseñanza e Investigaci^{ón}
PUEBLA, PUE



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION .	
Incidencia	1
Etiología	2
Clasificación	3
Histopatología	4
Carcinoma glótico	5
Carcinoma supraglótico	6
Carcinoma subglótico	7
Extensión neoplásica	7
Barreras locales naturales	7
Cuadro clínico	10
Diagnóstico	11
Tratamiento del Ca glótico	15
Tratamiento del Ca supraglótico	19
Tratamiento del Ca subglótico	21
Diseción radical de cuello	21
Quimioterapia	23
Comentario final	24
Bibliografía	26

INTRODUCCION

El presente estudio, basado en una patología común en nuestro medio y en el cual se hace énfasis en aspectos generales sobre el tema, así como en conclusiones terapéuticas prácticas, ha sido motivado por un interés personal y diferentes inquietudes que han nacido durante el adiestramiento en la especialidad de Otorrinolaringología al tener contacto con un número considerable de pacientes portadores de carcinoma de Laringe, los cuales acuden a nuestro departamento por lo general ya en estadios clínicos avanzados y en donde las perspectivas de tratamiento curativo son prácticamente nulas. Existen eventualmente en nuestro medio casos con carcinoma de laringe de evolución reciente en el área glótica, los cuales son tributarios de un tratamiento curativo, siempre y cuando se realice un diagnóstico oportuno y se establezca un programa terapéutico orientado a obtener la curación del enfermo. Este tratamiento siempre deberá afectar lo menos posible la condición general del paciente así como las funciones tan importantes que dependen del órgano en cuestión, como son las funciones fonatoria y respiratoria.

Analizando a fondo los aspectos previamente citados y haciendo una revisión orientada sobre el tema, se puede concluir

que son muchas las posibilidades de métodos terapéuticos aplicables a los pacientes con carcinoma de laringe y es deber de los especialistas que se encargan del manejo integral de estos pacientes, conocer a fondo y sobre todo actualizarse en el tema, para ofrecer al paciente oncológico el mejor apoyo terapéutico posible no olvidando que estos enfermos requieran de una atención especial en todos los aspectos de la relación Médico-paciente, incluyendo un apoyo psicológico optimista que generalmente confirmará la confianza del paciente, lo cual redundará en una participación más adecuada del mismo para resolver el problema .

El presente estudio definitivamente no se trata de ser un trabajo original . El objetivo final que se persigue es el de tratar de llamar la atención sobre el tema, principalmente en cuanto a métodos de tratamiento se refiere y de esta forma tratar de colaborar para mejorar en la medida posible el manejo que se brinda a los pacientes con carcinoma de laringe en nuestro medio .

El cáncer de laringe constituye aproximadamente del 2 al 5 % del total de casos de enfermedades malignas . Las divergencias relativas a la incidencia, han sido consecutivas a una falta de acuerdo en cuanto a terminología y clasificación entre diferentes autores . Ha existido un ligero incremento en cuanto a incidencia en áreas industrializadas en los últimos años . Se ha determinado que la frecuencia del cáncer laríngeo es mayor del doble en asiáticos; particularmente en la India - en comparación con zonas occidentales . En relación al sexo , hay mayor incidencia de la enfermedad en el sexo masculino con una diferencial promedio de 7 : 1 a excepción del cáncer originado en el área postcricoides, en donde la relación se invierte predominando en el sexo femenino . El cáncer de laringe puede presentarse a cualquier edad, aunque es extremadamente raro observarlo antes de la 3ra. década de la vida . Es indudablemente más frecuente después de la 5ta. década , siendo el promedio de edad de 60 años . En cuanto al sitio de aparición de la lesión primaria, el porcentaje aproximado es el siguiente : Glótico 50 a 70 % , Supraglótico 20 % , Hipofaríngeo y seno piriforme 10 a 20 % (extralaríngeo) , subglótico 1 a 3 % . Las lesiones primarias del área epilaríngeo o marginal, no incluyen en el grupo de tumores supraglóticos .

ETIOLOGIA

Aunque definitivamente no se ha comprobado que exista un factor específico condicionante del cáncer de laringe, sí se ha demostrado la relación estrecha que existe entre la exposición directa y ordinaria al humo del cigarro (grandes - fumadores) y la aparición del cáncer en cuestión. Así mismo es evidente el antecedente de ingestión excesiva de alcohol en una cantidad considerable de pacientes. La metaplasia en el epitelio de revestimiento de la laringe se desarrolla en proporción directa a la cantidad de cigarrillos fumados y estos cambios son reversibles en casos de abstinencia al hábito. Se ha logrado producir carcinoma de laringe en animales de experimentación expuestos al humo del cigarro. Otros autores han sugerido la teoría de que algunos virus, podrían ser capaces de modificar el potencial inmunológico de las células, haciéndolas más susceptibles a los agentes carcinógenos. La infección crónica de la laringe y la irradiación previa del cuello, se han encontrado como otras de los factores relacionadas con la aparición de esta enfermedad. En resumen se puede concluir, que no existe - ningún agente etiológico específico que por sí solo desarrolle la enfermedad, sino que el proceso es de in-fluencia multifactorial, quedando abierto el campo de la investigación inmunológica que probablemente aportará mayor conocimiento sobre la etiología de esta enfermedad.

CLASIFICACION

Aunque existen diversas clasificaciones, parece ser que la más práctica y aceptada, es la propuesta por el Comité Americano de clasificación del cáncer (A.C : 1977) . En esta clasificación la laringe se divide en 3 regiones primarias: el área supraglótica constituida por la epiglotis, repliegues aritenoespiglotícos, aritenoides, bandas ventriculares y como límite inferior un plano horizontal que pasa a través del ventrículo ; el área glótica, comprendida en un espacio de 1 cm. de extensión en sentido vertical y constituida por las cuerdas vocales verdaderas incluyendo comisuras anterior y posterior ; el área subglótica, situada por debajo de la precedente y constituida por el cono elástico, teniendo como límite inferior la unión del cricoide con el primer anillo traqueal.

La clasificación del compromiso ganglionar esta basada en la localización y el tamaño de los ganglios cervicales. En cuanto a las metástasis, éstas se clasifican en cuanto a la presencia o ausencia de las mismas . Esta clasificación excluye las lesiones originadas en el seno piriforme, paredes faríngeas y área postcricoides, considerando a éstas como parte de la clasificación del cáncer de faringe .

Para detalles específicos de clasificación se deberá consultar la tabla TNM para el cáncer de laringe, la cual aparece en diferentes textos de Cabeza y Cuello .

HISTOPATOLOGÍA

El carcinoma de células escamosas, constituye la estirpe histológica más frecuente (96 a 98 % de pacientes en largas series estudiadas), seguida del adenocarcinoma (1 %) en 2 formas histopatológicas que son ; el adenocarcinoma propiamente dicho y el carcinoma adenoquistico . El resto lo ocupan tumores extremadamente raros como el pseudosarcoma ó carcinoma de células espesas y el carcinoma mucocutáneo .

Merece especial mención en esta apartado el Carcinoma verrugoso de laringe, que consiste en una lesión histopatológicamente de patrón benigno, pero de comportamiento clínico maligno. Generalmente se observa como un tumor asentado en la glotis, de crecimiento exuberante con proyecciones filiformes sobre su superficie. La neoplasia se extiende por contiguidad en forma penetrante, pero no se disemina por metástasis . No es radiosensible y el tratamiento específico es mediante excisión quirúrgica total ,con buen margen de resección para evitar las recidivas; esta generalmente se consigue mediante cirugía laríngea conservadora, con preservación funcional .

En cuanto al grado de diferenciación, el carcinoma de laringe se distingue en 3 categorías : bien, moderadamente, y pobremente diferenciado .Otra expresión generalizada en anatópatología es la de Carcinoma in situ y carcinoma invasivo, para determinar la extensión histológica del proceso .

Como es sabido, la denominación " in situ " indica cambios malignos celulares intrapiteliales sin penetración del proceso en la membrana basal subvacante . Algunos autores por su experiencia clínica , han establecido estadísticas en el aspecto e volutivo del carcinoma in situ , considerando que el promedio de manifestación invasiva de esta lesión es de aproximadamente 5 años .

C A R C I N O M A G L O T I C O

El carcinoma de la región glótica, es el tipo más co mún de neoplasia maligna de laringe en el adulto (60 a 70 %) Generalmente estas lesiones se mantienen confinadas al área - primaria o sea a las cuerdas vocales, ya que son lesiones de - crecimiento lento y que además existen barreras naturales contra la extensión del proceso a este nivel, las cuales analizaremos posteriormente . Este comportamiento biológico peculiar del cáncer glótico, permite en los casos en que se realice un diagnóstico oportuno , establecer medidas terapéuticas general mente curativas que aseguran un pronóstico favorable para la vida del paciente . Estas lesiones del área glótica aparecen comunmente sobre el borde libre de las cuerdas vocales predomi nando en el tercio medio y anterior de las mismas. Su extensión por contigüidad es en sentido anterior o posterior hacia las -

comisuras anterior y posterior . Las metástasis regionales a ganglios cervicales en estos estadios tempranos es poco común debido a las barreras naturales que se describirán posteriormente .

C A R C I N O M A S U P R A G L O T I C O

Las lesiones neoplásicas a este nivel , siguen a las anteriores en orden de frecuencia . Es más frecuente observar que esta área está involucrada por extensión superior de alguna lesión glótica . Los sitios de origen primario en la supraglotis son : las bandas ventriculares, epiglotis y aritenoides . Las zonas llamadas marginales, la constituyen la cara lingual de la epiglotis y los repliegues ariepiglóticos .

Contrariamente a las lesiones glóticas, estos tumores son difíciles de detectar tempranamente, por su característica clínica " silenciosa " en caso de lesiones pequeñas, las cuales pueden ser de tipo hipertrófico, proliferativo o ulceradas . Por otra parte su capacidad metastásica cervical es alta, debido al amplio acceso linfático de esta zona a los ganglios cervicales profundos de ambos lados (sobre todo en el caso de lesiones asentadas en la línea media), así como su actividad invasora temprana hacia el espacio preepiglótico a través de extensión transepiglótica .

CARCINOMA SUBGLOTICO

Constituyen sólo el 1 % de lesiones primarias de laringe en grandes series de pacientes . Generalmente se derivan de la mitad anterior de la subglotis y a diferencia también de la región glótica, ésta área cuenta con un amplio acceso al te jido linfático ganglionar circundante, por lo que la extensión temprana a estas estructuras es común . Puede existir también extensión directa a la glándula Tiroides a través de la membrana cricotiroides . Los grupos ganglionares generalmente afecta dos son el pretraqueal, paratraqueal y cervical profundo inferior .

EXTENSION NEOPLASICA

BARRERAS LOCALES NATURALES .

Como en el caso de neoplasias malignas en otros sitios del organismo, el cáncer de laringe puede extenderse por: contigüidad, vía linfática o vía hematogena . A continuación haremos algunas consideraciones anatómicas en relación con la diseminación del carcinoma de laringe en sus diferentes sitios primarios de aparición en la endolaringe .

GLOTIS : A este nivel existen características anató micas peculiares que impiden que las lesiones tempranas, puedan extenderse más allá del área primaria . Los márgenes de las -

de las cuerdas vocales, están desprovistos de vasos linfáticos lo cual condiciona que las lesiones tempranas se mantengan - bien localizadas, con el consiguiente alto índice de curabilidad y la poca posibilidad de metástasis regionales . Esta área conocida como espacio de Reinke, esta situada entre el ligamento vocal y la capa subepitelial de la cuerda, extendiéndose en longitud a todo lo largo del borde libre y parte de la cara superior de la cuerda vocal .

Sobre la cuerda vocal, el tumor se extiende en sentido anterior hacia la comisura y de ahí a la cuerda contralateral, o bien en sentido posterior, involucrando el aritenoides, la apofisis vocal y articulación cricoaritenoides . Cuando la extensión es en profundidad, el tumor invade el ligamento y - músculo vocales, para de ahí extenderse hacia el espacio paraglótico . La invasión del cartilago tiroides, se presenta indiferentemente en lesiones ya extendidas a la comisura anterior en donde existe un área desprotegida de pericondrio a nivel de la inserción del ligamento vocal en dicho cartilago .

SUPRAGLOTIS : Algunos datos histológicos han confirmado el concepto de que existen barreras naturales a nivel de comisura anterior y ventrículos laríngeos , las cuales previenen relativamente la extensión en sentido inferior, de lesiones primarias de epiglottis y bandas ventriculares respectivamente . El concepto de la cirugía laríngea supraglótica conserva

vadora, se deriva del conocimiento de que existen compartimientos dentro de la laringe, limitados por membranas de tejido elástico lo cual constituye una barrera anatómica que contribuye a tratar de limitar la extensión del proceso neoplásico . Debido a diferencias en el desarrollo embriológico de las regiones laringeas, el área supraglótica posee un sistema linfático de drenaje separado del de las otras áreas . Los linfáticos de esta zona emergen a través de la membrana tirohioides para drenar en los grupos ganglionares yugulodigástrico y yugocerotideo . El drenaje linfático de las áreas marginales es abundante y extenso, por lo cual las lesiones primarias de estas estructuras tienden a metastatizar rápidamente a los ganglios cervicales correspondientes . Los tumores de la cara lingual de la epiglotis pueden extenderse rápidamente a la valécula, base de lengua, paredes faríngeas o repliegues arriepiglóticos . Por otra parte, las estructuras que forman parte del vestibulo de la supraglotis (cara laringea de la epiglotis, bandas y ventrículos) poseen un drenaje linfático mucho menor en cantidad, por lo que las lesiones primarias asentadas sobre estas estructuras no metastatizan tan rápidamente como las de las zonas marginales hacia los ganglios cervicales ;sin embargo tienden a extenderse directamente hacia el espacio preepiglótico a través de las fenestraciones de la epiglotis o -

bien, a través del peólolo hacia comicura anterior y subglotis.

SUBGLOTIS : Los linfáticos de esta zona, pasan a través de la membrana cricotiroides formando un plexo común con los del lado contralateral, para posteriormente drenar en los ganglios pretraqueales y finalmente estos a su vez en los ganglios del grupo yugular inferior . De ésta característica peculiar, se deriva el hecho de que el carcinoma subglótico tiende a extenderse a ambos lados del sistema linfático cervical .

C U A D R O C L I N I C O

La sintomatología del cáncer laríngeo difiere dependiendo de la localización de la lesión y el grado de extensión de la misma . El síntoma inicial más común es la disfonía; este síntoma está condicionado por irregularidad en la superficie de la cuerda vocal o bien por invasión del músculo vocal , articulación cricoaritenoides o terminaciones motoras . Generalmente los pacientes presentan una voz gruesa, leñosa, de tono más bajo al normal . En el caso de lesiones supraglóticas o subglóticas, la disfonía aparece como síntoma tardío por lo general y obviamente debido a la extensión glótica del proceso .

Los síntomas obstructivos, como son la disnea y el estridor , pueden aparecer por lesiones voluminosas en cualquier localización de la laringe o bien por fijación cordal .

Estos síntomas pueden agravarse por algún proceso inflamatorio intercurrente o edema posterior a instrumentación. Otros síntomas asociados, son la sensación de incomodidad en garganta, tos en accesos con expectoración que puede llegar a ser hemoptíca, disfagia y odinofagia en caso de lesiones extendidas a hipofaringe; dolor laringeo o en diferentes partes del cuello, así como síntomas generales en estadios terminales, como son astenia, adinamia, anorexia y pérdida de peso .

D I A G N O S T I C O

El diagnóstico debe de integrarse considerando diversos aspectos como son : una historia clínica orientada, el examen clínico de la laringe y faringe mediante métodos directos e indirectos, examen del cuello y exploración física general . Además deben realizarse exámenes de laboratorio y gabinete, como son: biometría hemática , estudios citológicos y bacteriológicos de esputo, estudio histopatológico de biopsias obtenidas, como también examen radiológico de laringe, cuello y tórax .

En la historia clínica deben consignarse antecedentes de factores predisponentes ya citados en relación con la etiología , alguna patología subyacente , sobre todo de tipo respiratoria y semiología detallada del cuadro clínico. El examen físico inicial deberá incluir una exploración otorrinolaringo-

lógica completa, con exploración de hipofaringe y endolaringe por el método indirecto de laringoscopia consignándose todos los datos positivos existentes y un examen cuidadoso del cuello mediante inspección y palpación para detectar anomalías - sobre las regiones anteriores del mismo o bien alteraciones - sobre áreas de proyección linfática, como son masas anormales, dimensiones de las mismas, localización precisa, fijación a - planos profundos etc... . Cuando existe inflamación y tume - facción sobre el cartilago tiroideo, esto puede indicar peri - condritis por infiltración o invasión de planos blandos a tra - vés de la membrana cricotiroidea .

Como parte del examen general del paciente, deben - realizarse exámenes de sangre, estudios bacteriológicos y cito - lógicos del esputo, radiografía de tórax y en caso de sospecha de actividad metastásica distante, se practicarán gammagra - fía hepática, pruebas funcionales hepáticas, química ósea y series - metastásicas óseas.

El estudio histopatológico de especímenes obtenidos por medio de laringoscopia directa, es determinante para esta - blecer el diagnóstico preciso y así normar la conducta terapé - utica más apropiada para cada caso en particular, tomando en - cuenta la estirpe histológica, el grado de diferenciación y - las características invasivas del proceso tumoral .

El examen radiológico del cuello es de valor considerable y deberá incluir placas simples de laringe en proyecciones posteroanterior y lateral, tomografía planigráfica y en forma electiva estudios con medio de contraste como son los laringogramas y faringoesofagogramas, los cuales constituyen métodos radiológicos auxiliares, útiles para determinar extensión del proceso tumoral .

Otros métodos diagnósticos y más específicamente útiles para determinar extensión infiltrativa tumoral, son la xeroradiografía de laringe, que es una nueva técnica que hace resaltar los tejidos blandos del cuerpo y que es particularmente útil para detectar extensiones hacia subglotis y espacio preepiglótico . La tomografía axial computerizada es de gran utilidad sobre todo cuando se quiere determinar invasión a la estructura cartilaginosa de la laringe .

TRATAMIENTO
DEL
CARCINOMA DE LARINGE

Hasta el momento actual, continúan siendo 2, los métodos fundamentales para el tratamiento del cáncer de laringe: la cirugía y la radioterapia. Definitivamente la terapéutica adecuada dependerá de la elección racional del tratamiento en cada caso en particular y esto requiere de un conocimiento profundo del comportamiento biológico de la lesión primaria. De esto último se derivan las variantes terapéuticas que deberán utilizarse dependiendo de la localización y extensión del proceso neoplásico. Nos ocuparemos primeramente del tratamiento del carcinoma glótico, analizando al mismo tiempo los factores de riesgo existentes con los diferentes tipos de métodos utilizados.

TRATAMIENTO DEL CANCER GLOTICO .

La elección apropiada del tratamiento en los casos de cáncer glótico temprano, requiere de una evaluación cuidadosa del paciente, así como una consideración de los medios disponibles al alcance en nuestro medio .

En el caso del carcinoma in situ, se han manejado grandes series de pacientes tanto por método quirúrgico como por radioterapia, pudiéndose concluir desde el punto de vista práctico, que la decorticación cordal seguida de un estricto control periódico mediante laringoscopias, constituye un método adecuado para el manejo de estos pacientes, sobre todo

cuando no se trata de una variante multicéntrica . En el caso de pacientes de difícil control debido a factores culturales y de concientización que condicionan abandono del tratamiento, - es preferible la radioterapia con Cobalto 60 a dosis de 6 000 rads fraccionadas en 6 semanas, con la opción de utilizarse ci run fa con ser va do ra en ca so s de re cu re re n ci a . La radioterapia también es preferible para el tratamiento de lesiones localiza da s en á r e as de d i f i c i l a c e s o q u i r ú r g i c o l o e s l a co m i s u r a a n te r i o r .

Para el control de lesiones T 1 y T 2 se han obtenido resultados semejantes tanto con cirugía como con radioterapia. en cuanto a tasas de curación y recurrencia, sin embargo la ventaja que ofrece la radioterapia en el sentido de mayor preservación funcional, es indiscutible aunque deberá de tomarse siempre en cuenta el potencial carcinógeno de la radioterapia sobre todo en pacientes jóvenes, ya que esta bien documentada la alta incidencia de carcinoma de tiroides posterior a la irradiación del cuello . Por este motivo, parecería razonable manejar a pacientes jóvenes mediante cirugía conservadora ya sea cordectomía o hemilaringectomía dependiendo del caso en particular, y reservar la radioterapia para pacientes mayores .

Dependiendo del tamaño y localización del tumor, se

deberán dar de 6000 a 7000 rads fraccionados en 6 a 7 semanas respectivamente . El porcentaje de curación con este método en lesiones T 1 alcanza hasta el 95 % , mientras que en lesiones T 2 el porcentaje decrece a un 80 % aproximadamente. En casos de recurrencia, éstas se manejarán mediante cirugía conservadora si la extensión del proceso lo permite, o bien mediante laringectomía en lesiones más extensas . Algunos autores consideran que existen lesiones que no responden favorablemente a la radioterapia como son aquellas que se extienden a la comisu anterior, proceso vocal o subglotis . En estos casos se recomienda practicar hemilaringectomía vertical con lo que se obtendrá un resultado semejante al de la radioterapia en cuanto a pronóstico general se refiere .

En relación con lesiones T 3 y T 4, en general se acepta que estas requieren laringectomía total desde el punto de vista quirúrgico, aunque algunos autores sostienen que en los casos en que las lesiones T 3 no han rebasado el espacio parolótico, éstas son susceptibles aún a hemilaringectomía, con lo cual se obtiene un pronóstico semejante al obtenido con laringectomía total .

En el caso de que exista extensión del proceso a los ganglios cervicales el criterio por lo general, es el de practicar disección radical de cuello . La utilización de radiote-

rapia postoperatoria en estos casos, estará supeditada a cada caso en particular . En este sentido es fundamental el conocimiento de extensión extracapsular ganglionar que analizaremos posteriormente , para normar criterios terapéuticos adecuados. Dentro de las principales indicaciones para el uso de radioterapia postoperatoria están : invasión de cartilago , extensión subglótica infiltrativa, ganglios cervicales clínicamente infiltrados y traqueostomía previa . El sitio más frecuente de recurrencia, posterior a una laringectomía total, es el estoma: para estos casos se recomienda radioterapia sobre el estoma y mediastino superior, aunque generalmente a pesar del método utilizado el pronóstico de sobrevida es muy bajo .

En nuestro país, el criterio oncológico para el tratamiento del cáncer glótico e incluso el de otras localizaciones laríngeas, es demasiado rígido, ya que se utiliza en forma desmedida la laringectomía total, en vez de optarse por medidas quirúrgicas conservadoras , que han tenido resultados semejantes en cuanto a tasas de curación en estadios tempranos del proceso neoplásico, como son las lesiones T 1 y T 2 . Por otra parte, existe también un criterio demasiado protocolizado en cuanto a la aplicación de radioterapia en este tipo de lesiones tempranas, sin valorarse la alternativa quirúrgica - la cual generalmente sólo es utilizada en casos de recurrencias .

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TRATAMIENTO DEL CANCER SUPRAGLOTICO

El tratamiento de lesiones que asientan en la región supraglótica, también continúa siendo muy controvertido ya que se han ensavado un sinnúmero de métodos generalmente combinados, esto es cirugía asociada a radioterapia pre o postoperatoria, obteniéndose resultados muy semejantes en cuanto a supervida aunque en algunos pacientes es más marcada la morbilidad condicionada por el método terapéutico utilizado .

Los 2 signos clínicos del carcinoma de laringe que afectan el pronóstico del paciente en forma importante para su supervida, son : la fijación del tejido, lo cual indica invasión profunda del tumor, y la presencia de ganglios cervicales palpables . La incidencia de metástasis regionales en los tumores glóticos es muy baja en caso de lesiones tempranas y el tratamiento sobre cuello solo es necesario para el control de enfermedad avanzada . En el caso de tumores supraglóticos sucede lo contrario, ya que en grandes series de pacientes se han reportado hasta un 50 o 60 % de incidencia de nódulos positivos palpables u ocultos al momento del diagnóstico de la lesión primaria, independientemente de su grado de extensión . Por lo anterior, el manejo primario del carcinoma supraglótico deberá incluir tratamiento tanto para la lesión primaria como para el cuello, por lo que parece lógico pensar que la mejor

forma de tratar estos casos, es mediante tratamiento combinado con cirugía y radioterapia .

En nuestro medio es definitivamente difícil detectar lesiones supraglóticas tempranas, ya que los pacientes acuden al médico cuando las lesiones ya son muy extensas en la generalidad de los casos . Por consecuencia la mayor parte de pacientes son candidatos a laringectomía total, si aún se encuentran dentro de límites quirúrgicos y radioterapia asociada a zona primaria y cuello dependiendo del criterio en particular . Los procedimientos quirúrgicos conservadores sobre el área, como son las hemilaringectomías horizontales con sus diversas variantes, quedarán reservadas en nuestro medio para casos excepcionales, en los cuales se ha establecido un diagnóstico temprano del proceso y en donde el pronóstico de sobrevida es más favorable .

La cirugía seguida de radioterapia postoperatoria ha sido extensamente usada en diferentes hospitales en U.S.A. reportándose tasas de sobrevida variables en promedio entre un 60 a 70 % a 3 años, sin evidencia de recurrencia en lesiones sin metástasis regionales . Estas tasas de sobrevida parecen ser las más aceptables en relación a otros métodos de tratamiento empleados, en los que el promedio de sobrevida en ocasiones no alcanza el 50 % de pacientes a 2 años de control .

En conclusión, el pronóstico del cáncer supraglótico en nuestro medio es sombrío, por el carácter invasivo de estos tumores aún en estadios tempranos lo cual limita las posibilidades de tratamiento .

TRATAMIENTO DEL CANCER SUBGLOTICO

Es aceptado por la generalidad de autores, el manejar estos casos mediante larinnectomía total, en lesiones incluso pequeñas, y en los casos de extensión regional, complementar con disección radical de cuello considerando también una tiroidectomía subtotal poniendo especial atención en la disección cuidadosa de grupos ganglionares paratraqueales . Las tasas de curación varían dependiendo de la extensión del tumor y la presencia o ausencia de metástasis regionales a cuello . De existir éstas, el pronóstico para la vida del paciente es muy desfavorable .

DISECCION RADICAL DE CUELLO

El papel de la disección de cuello en el tratamiento del carcinoma de laringe ha sido muy discutido en cuanto a sus indicaciones precisas. En general se acepta realizar el procedimiento en casos de que existen nódulos cervicales positivos en ausencia de metástasis distantes . El procedimiento puede

ser uni o bilateral de acuerdo a las características del caso y aplicarse variantes mas conservadoras como son los métodos modificados descritos en la literatura . En cuanto a las indicaciones electivas de la DRC, podemos concluir que son aplicables como en el caso de cáncer supraclóxico, ya que diferentes autores han documentado grandes series de pacientes que han presentado depósitos neoplásicos impalpables en ganglios cervicales en relación con lesiones primarias extensas del área supraclótica y faringolaríngea .

La extensión extracapsular ganglionar se considera que constituye un indicador de mal pronóstico tanto en pacientes con cáncer de laringe como de otras localizaciones de la cabeza y el cuello . Anteriormente se pensaba que esta extensión extracapsular, solo se presentaba en ganglios grandes y filios ; en la actualidad se sabe que esta extensión puede presentarse hasta en un 60 o 65 % de pacientes con ganglios positivos menores de 3 cm. de diámetro, independientemente de su número o del grado de diferenciación del tumor primario . Los pacientes que presentan extensión extracapsular, tienen estadísticamente un número reducido de sobrevivientes a largo plazo a pesar de los diversos métodos terapéuticos utilizados , sin embargo este concepto orienta más el criterio oncológico para el tratamiento de pacientes con nódulos positivos .

QUIMIOTERAPIA

En relación con el papel que desempeña la quimioterapia en el tratamiento del carcinoma de laringe, podemos concluir que es limitado . Generalmente se utiliza como parte de un método de tratamiento paliativo en estadios clínicos avanzados, obteniéndose sólo en ocasiones respuestas temporales en el control biológico del proceso . Otros autores la han utilizado como parte de una preparación preoperatoria con el fin de obtener una reducción del volumen tumoral, ya sea administrada por vía sistémica o bien por vía intraarterial regional . Los agentes citotóxicos generalmente utilizados en el tratamiento del carcinoma de laringe son : la bleomicina, ciclofosfamida, metotrexate, 5- Fluoruracilo y vincristina entre otros .

COMENTARIO

En nuestro medio y dentro del área de la especialidad de Otorrinolaringología, el carcinoma de laringe constituye el proceso maligno más frecuente. En nuestro departamento clínico, que es un servicio de concentración del área Sureste del país observamos un promedio de 5 a 6 casos nuevos mensualmente lo cual constituye una incidencia considerable, aún más tomando en cuenta que ésta no es una cifra absoluta, ya que existen pacientes - que son manejados en otras instituciones de salud o bien no son captados a ningún nivel de atención.

Por lo general en nuestro país, los programas de tratamiento para pacientes con carcinoma de laringe continúan siendo demasiado pretocalizados. Tenemos que considerar las diversas - innovaciones en cuanto a métodos de tratamiento se refiere; por ejemplo, la cirugía conservadora de laringe que constituye un amplio campo terapéutico en otros países y que son métodos con indicaciones específicas que brindan a los pacientes bien seleccio nados tasas de curación y recurrencia semejantes a la obtenidas con métodos quirúrgicos radicales. Existen además diferentes - criterios para el manejo del carcinoma de laringe en otros paí - ses como son los tratamientos combinados con cirugía y radioterapia postoperatoria, métodos que cada vez demuestran en casos se-

leccionados adecuadamente mejor pronóstico en cuanto a morbilidad general y mayor índice de supervivencia en comparación con cursos de radioterapia preoperatoria .

Definitivamente es indispensable la integración de departamentos de cirugía de cabeza y cuello en nuestro país, y estos deberán estar integrados por diferentes médicos derivados de distintas especialidades quirúrgicas y de esta forma integrar lo mejor posible los criterios necesarios para el correcto manejo de los pacientes oncológicos no únicamente desde el punto de vista de erradicación del proceso neoplásico sino también desde el punto de vista de preservación funcional .

B I B L I O G R A F I A

1. Ogura, J.H. , v Thawley, S.E. : Cysts and Tumors of the Larynx. In : Otolaryngology . Tomo III . 2da. ed. , Paparella, M. v Shumrick, B. W.B. Saunders Company . Philadelphia, PA, 1980 , pp. 2513-2515 .
2. Ogura, J.H., v Thawley, S.E. : Treatment for early carcinoma of the endolarynx. In : Controversy in Otolaryngology . Snow, J.B. W.B. Saunders Company. Philadelphia, 1980 pp. 447-457 .
3. Bruce, D.P. v Hawkins, N.V. : Primary Radiotherapy for supraglottic laryngeal cancer. In : Controversy in Otolaryngology . Snow, J.B. Saunders Co., 1980 .pp. 295-303 .
4. Strong, M.S. : The case for combined radiation therapy - for supraglottic carcinoma , In : Controversy in Otolaryngology . Snow, J.B. Saunders Co. 1980 . pp. 305-310 .
5. Shaw, H. : Malignant tumors of the Larynx, In : Diseases of the ear, nose and throat. Tomo IV . 4ta. ed. Ballantyne, J., Groves, J., Rutterworths Publishers. London, 1979, pp. 436-442 .
6. Johnson, J.T. Barnes, E.L. v Myers, E.N. : The extracapsular spread of tumor in cervical node metastasis . Arch of Otolaryng , 107 : 725-729 , 1981 .
7. Kleinsasser, O. : Tumores de laringe . 2da. ed. Editorial científico-médica. Barcelona . España. 1978. pp. 47-54 .
8. Pearson, B.W. : Subtotal laryngectomy . Laryngoscope. 91, 1904 -12 . 1981 .
9. Woodhouse, R.J., Quivey, J.M. Dedo, H.H. : Treatment of carcinoma of the vocal cord. A review of 20 years experience . Laryngoscope, 91, pp. 1155-62 . 1981 .
10. Ogura, J.H., Sessions, D.G., Spector, G.J., and Alonso, W.A. Roles and limitation of conservation laryngeal surgery for laryngeal cancer . Can. J. Otolaryng . 43: 3, pp. 400-402 1975 .