

CARCINOMA LARINGEO
(Revisión de 277 casos registrados de los
años 1955-1973)

TESIS

*Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala*

por

HUGO RENE LOPEZ ARAUZ

Previo a optar el título de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Noviembre de 1974.

PLAN DE TESIS

I INTRODUCCION

II MATERIAL Y METODOS

III RESULTADOS Y DISCUSION

IV CUADROS ESTADISTICOS Y DIAGRAMAS

V CONCLUSIONES

VI RECOMENDACIONES

VII BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La observación clínica nos ha demostrado que el cáncer laríngeo tiene una localización definida y la diseminación ocurre de acuerdo con la región de origen. Pressman y Bocca (6) observaron que los tumores supraglóticos no tienen tendencia a invadir el piso del vestíbulo de la cuerda vocal, pero que por el contrario tienden a tomar los pliegues aritenopiglóticos. Este fenómeno en la diseminación del cáncer laríngeo es explicado en varias formas. Bocca refiere que se debe a que la supraglótis y la glótis tienen origen embriológico distinto por un lado y por el otro a que el drenaje linfático de estas dos áreas anatómicas es separado. Pressman (6) fundamentó su hipótesis en el hecho de que la laringe contiene un compartimiento submucoso definido el cual limita la diseminación del tumor.

Bridger y Nassar (6-7) en un estudio de 45 laringes reseca-
das por cáncer, investigadas en secciones seriadas, establecieron que el
cáncer puede invadir los conductos de las glándulas mucosas de la
laringe y que el cáncer localizado en una región específica de ésta
área anatómica tiende a diseminarse de acuerdo a la topografía de
las glándulas mucosas en el área afectada; lo que confirma en parte
la suposición de Pressman. Ellos establecieron que las glándulas
mucosas no pasan de las cuerdas falsas a la glótis y que de acuerdo
con el compromiso glandular ellos podían distinguir entre el cáncer
originado en estas dos áreas. También establecieron que el cáncer
originado en las cuerdas falsas podía pasar arriba ó lateralmente
lejos de la glótis. El cáncer originado en la porción anterior del
vestíbulo ó en la cuerda falsa tiene tendencia a diseminarse sin
necesidad de que halla extensión al sistema glandular, pudiendo ser
hacia adelante y superiormente entre el espacio preepiglótico,
haciendo por consiguiente imperativo remover adecuadamente este
espacio en la laringectomía supraglótica. La diseminación mucosa
sin embargo ocurre sin ninguna dirección y eventualmente el tumor
avanzado puede diseminarse de la glótis al ventrículo ó cuerdas
falsas o en dirección contraria. El valor de la teoría glandular es
que la diseminación mucosa puede ser identificada y la

probabilidad de invasión submucosa puede predecirse.

El carcinoma de la laringe al invadir los músculos lo hace siguiendo por lo general el plano de menor resistencia esto es siguiendo el eje longitudinal de las fibras musculares. Esta última observación es importante para presumir la extensión neoplásica en aquellos cánceres situados en la comisura posterior, debido a que tienen tendencia a propagarse por debajo de la mucosa a través de la línea media.

En virtud de que no había uniformidad en los reportes de las diferentes investigaciones arriba mencionadas y otras acerca del carcinoma de la laringe (4) tanto a lo que se refiere a nomenclatura, localización, metástasis, etc., se hizo necesario unificar criterios para que en esta forma se pudiera tener una idea precisa sobre la localización y extensión de este tipo de carcinomas, así como también establecer puntos para su tratamiento, valoración de este y poder determinar la sobre vida de los pacientes.

Fue así como la "Union Internationale Contre le Cancer", UICC 1963; y la "American Joint Committee for Cancer Staging and end results reporting", 1972; propusieron una clasificación, que con ligeras variantes se usa en los diferentes países del orbe.

Las consideraciones específicas del American Joint Committee para clasificar el carcinoma de la laringe, se basa en la extensión anatómica de la lesión, la cual puede ser demostrada en el primer examen que se hace al paciente ya sea que halla tenido tratamiento previo ó no. Esta información consiste de: 1) Todo descubrimiento al examen médico, incluyendo el examen directo e indirecto de la laringe. 2) Estudios radiológicos. 3) Examen histológico del tejido obtenido y 4) La palpación digital del cuello, ésta última necesaria para determinar la presencia de nódulos linfáticas metastáticos. Solo aquellos casos que tienen histológicamente comprobado un carcinoma primario son incluidos en esta clasificación.

La clasificación se basó en un análisis de datos colectados en diferentes áreas geográficas. En estos estudios se demostró que el pronóstico en el carcinoma de la laringe, depende de la extensión ó diseminación del cancer del lugar, sitio o región primaria; cambios en la movilidad de la laringe, presencia ó ausencia de nódulos metastáticos ó enfermedad diseminada.

Ahora bien, para realizar esta clasificación, es necesario conocer la anatomía de la laringe en forma precisa.

La AJCCS define los límites anatómicos de la laringe modificados de los propuestos por la UICC como sigue:

- 1) El límite anterior esta constituido por la superficie posterior de la epiglótis suprahioidea, membrana tirohioidea, comisura anterior y la pared anterior de la región subglótica, la cual está compuesta por el cartilago tiroides, la membrana cricotiroidea y el arco anterior del cartilago cricoides.
- 2) Los límites posterior y lateral incluye los pliegues aritenoepiglóticos, la región aritenoidea, el espacio interaritenoideo y la cara posterior del espacio subglótico representado por la membrana mucosa que cubre el cartilago cricoides.
- 3) Los límites superolaterales están constituidos por el extremo y borde lateral de la epiglótis.
- 4) El límite inferior se halla constituido por un plano que pasa a través del borde inferior del cartilago cricoides.

La definición anatómica de la laringe permite la clasificación de los carcinomas originados en la pared laríngea lateral ó posterior, área postcricoidea, la valécula y base de la lengua.

La laringe es dividida en regiones y lugares anatómicos, como

se muestra a continuación:

REGIONES: LUGARES:

Supraglótica (') Superficie posterior de la epiglótis, incluyendo al extremo de la epiglótis, pliegues aritenoepigloticos (zona marginal), aritenoides (derecha e izquierda), bandas ventriculares ó cuerdas vocales falsas (derecha a izquierda), cavidades ventriculares (derecha e izquierda).

Glótica Cuerdas vocales (derecha e izquierda). Comisura glótica anterior.

Subglótica Pared derecha e izquierda de la subglótis.

(') La UICC subdivide la región supraglótica en:

- a) Epilaringe: cara posterior de la epiglótis suprahioidea (incluyendo al extremo), aritenoides, pliegues aritenoepigloticos.
- b) Supraglótis: (excluye la epilaringe) epiglótis infrahioidea, bandas ventriculares (cuerdas falsas), y cavidades ventriculares.

La clasificación del carcinoma de la laringe de acuerdo con la AJCCS se basa en la extensión de la enfermedad y la define en término de tres componentes:

- 1) El tumor primario designado por la letra "T" y expresado en términos de la extensión del neoplasma del sitio primario ó de origen y movilidad de la laringe.
- 2) Los ganglios linfáticos regionales designados con la letra "N" y
- 3) Metástasis a distancia designadas por la letra "M", en una

forma más precisa y aplicada a la laringe esta clasificación se usa como sigue:

SUPRAGLOTICA: GLOTICA: SUBGLOTICA:

Superficie posterior de la epiglótis (incluyendo el extremo), pliegues aritenoepigloticos, aritenoides, bandas ventriculares (falsas cuerdas), cavidades ventriculares (derecha e izquierda).	Cuerdas vocales verdaderas (derecha e izquierda), comisura glótica anterior.	Región subglótica, exceptuando la cara inferior de las cuerdas vocales verdaderas.
---	--	--

T1S: CARCINOMA IN SITU (en cualquiera de las tres regiones anatómicas).

T2S: CARCINOMA IN SITU EN DOS REGIONES (supraglótis y glótis ó glótis y subglótis).

T3S: CARCINOMA IN SITU EN TRES REGIONES (supraglótis, glótis y subglótis).

Los tumores se clasifican en:

T1: TUMOR LIMITADO A UNA REGION ANATOMICA DENTRO DE LA LARINGE CON MOVILIDAD NORMAL. Este se puede localizar en cualquiera de las tres regiones y se divide en T1a y T1b.

T1a: TUMOR LIMITADO A UN LUGAR (en cualquiera de las tres regiones).

SUPRAGLOTICO: T1a. GLOTICA: T1a. SUBGLOTICO: T1a.
T1a.

Tumor limitado a la superficie laríngea de la epiglótis, ó a un pliegue aritenoepiglótico ó aritenoides, ó a una cavidad ventricular ó banda ventricular. Tumor limitado a una cuerda vocal y movilidad normal de los restos. Tumor envolviendo la región subglótica y extendiéndose a una de las cuerdas.

T1b: TUMOR QUE ABARCA MAS DE UN LUGAR (en cualquiera de las tres regiones).

SUPRAGLOTICO: T1b. GLOTICO: T1b. SUBGLOTICO: T1b.
T1b.

Tumor originado en la epiglótis, pliegues aritenoepiglóticos, aritenoides, cavidad ó banda ventricular y extendiéndose a uno ó más lugares supraglóticos adyacentes. Tumor envolviendo ambas cuerdas con movilidad normal. Tumor extendido a dos lugares, excluyendo la cara inferior de las cuerdas

T2: TUMOR QUE SE HA EXTENDIDO A MAS DE UNA REGION ANATOMICA, PERO LIMITADO A LA LARINGE SIN FIJACION DE ESTA.

SUPRAGLOTICO: T2. GLOTICO: T2. SUBGLOTICO: T2.

Tumor de la epiglótis y / o pliegues Tumor extendiéndose de una cuerda u otra Tumor envolviendo la región subglótica y

aritenoepliglóticos, aritenoides, cavidad ó bandas ventriculares y extendido a una cuerda. región subglótica, extendiéndose a una de las cuerdas. bandas ventriculares ó ventrículos (incluyen- dose aquellos pacientes que tienen movilidad normal o daño de las cuerdas).

T3: TUMOR COMO EN T1 O T2 CON FIJACION DE LA LARINGE

SUPRAGLOTICO: T3. GLOTICO: T3. SUBGLOTICO: T3.

Tumor limitado a la laringe con fijación y/o destrucción u otra evidencia de invasión profunda. Tumor limitado a la laringe con fijación de las cuerdas. Tumor limitado a la laringe con fijación de las cuerdas.

T4: TUMOR EXTENDIDO MAS ALLA DE LA LARINGE

SUPRAGLOTICO: T4. GLOTICO: T4. SUBGLOTICO: T4.

Tumores de la supraglótis extendidos más allá de la laringe, extensión al seno piriforme, región postcricoidea, valécula, base de la lengua. Tumor de las cuerdas que se extiende más allá de la laringe, entre el cartílago, seno piriforme, ó a la región postcricoidea, piel, etc. Tumores de la subglótis que se extienden más allá de la laringe, extensión a la traquea, piel ó región postcricoidea, etc.

NO: NODULOS REGIONALES (Se usa para informar el estado de los ganglios linfáticos).

NO: GANGLIOS LINFATICOS CERVICALES NO PALPABLES

- N1: GANGLIOS LINFATICOS CERVICALES PALPABLES, HOMOLATERALES SIN FIJACION.
- N1a: SIN SOSPECHA DE METASTASIS CLINICA
N1b: SOSPECHA DE METASTASIS CLINICA
- N2: GANGLIOS LINFATICOS PALPABLES BILATERALES, CONTRALATERALES O DE LA LINEA MEDIA SIN FIJACION.
- N2a: SIN SOSPECHA CLINICA DE METASTASIS.
N2b: SOSPECHA CLINICA DE METASTASIS.
- N3: GANGLIOS LINFATICOS FIJOS, SOSPECHA CLINICA DE METASTASIS.
- M: METASTASIS A DISTANCIA
- MO: SIN METASTASIS A DISTANCIA
- M1: EVIDENCIA CLINICA Y RADIOLOGICA DE METASTASIS A DISTANCIA.

El objeto del presente trabajo es el de informar sobre la experiencia que con el carcinoma de la laringe se tiene en dos hospitales de Guatemala, clasificando nuestros casos de acuerdo con lo propuesto por el American Joint Committee, y al mismo tiempo comparar varios parámetros investigados por nosotros en este neoplasma, con otros autores.

MATERIAL Y METODOS

Para la realización del presente trabajo se revisaron los protocolos de especímenes quirúrgicos y de autopsia de los departamentos de patología y archivos clínicos de los hospitales General "San Juan de Dios" e "Instituto de Cancerología", durante un período de 18 años, comprendido del 1o. de Enero de 1955 al 31 de Diciembre de 1973.

En dicha revisión se encontraron 306 casos a los cuales se les hizo el diagnóstico de Carcinoma de la laringe. En cada caso en particular se analizaron los siguientes parámetros: Distribución etaria; Ocupación u oficio; Historia de alcoholismo y tabaquismo; Neoplasias en otras regiones anatómicas; Síntomas y signos; Hallazgos al examen físico; Localización anatómica del tumor; Clasificación de acuerdo al sistema TNM de la A.J.C.; Procedimientos diagnósticos; Metástasis detectadas clínicamente; Tratamiento y evolución.

En virtud de que únicamente en 277 casos se encontró información adecuada, serán estos los casos que se discutirán en la presente investigación.

En la totalidad de los casos el diagnóstico definitivo se efectuó por biopsia.

RESULTADOS Y DISCUSION

En la revisión de carcinoma de la laringe se encontraron 277 casos, cuya edad se ilustra en el cuadro No. 1. Como se puede observar en el cuadro anterior la incidencia de carcinoma de la laringe va en aumento en relación a la edad siendo la sexta y séptima década de la vida en donde mayor número de casos se presentaron.

Llama la atención que en las décadas tercera y décima el número de casos, únicamente alcanzó un porcentaje de 1.80 por ciento del total. Teniendo 25 años el paciente de menor edad y 92 el de mayor edad, ambos pertenecientes al sexo masculino.

La edad de nuestros pacientes se similar a lo informado por otros investigadores (10).

De la totalidad de casos estudiados, corresponde a pacientes de sexo masculino el 75.81 por ciento (210 casos), y al sexo femenino 24.18 por ciento (67 casos).

En lo que se refiere a la ocupación de los pacientes estudiados, se indica en el cuadro número 2. En este cuadro se observa que dicha neoplásia se encontró en un alto porcentaje en personas de medianos a bajos recursos económicos y muy poco número de casos en pacientes con ocupación liberal y de mayores ingresos.

Fueron los agricultores los que mayor porcentaje presentaron en esta serie sobre dicho carcinoma; no pudiéndose determinar una relación directa entre la neoplásia de ésta área anatómica y la ocupación; aunque en otros estudios se ha encontrado una relación en la incidencia entre el Carcinoma Laringeo y la exposición previa a los polvos de asbesto, el cual es mayor que en pacientes controles sin exposición previa (10). El Período latente entre la primera exposición al asbesto y el desarrollo de carcinoma laringeo varió de

1 a 54 años, término medio 27-30 años.

En nuestra serie al igual que lo informado por Stell P. M., al efectuar el estudio histológico de las biopsias ó especímenes quirúrgicos no se encontró polvo ó fibras de asbesto debido probablemente a varios factores entre los cuales se pueden mencionar: destrucción de los existentes por radioterapia previa (10), ó bien que dado el tamaño de las fibras de asbesto, estas no pueden ser incorporadas dentro del citoplasma de los macrófagos y por consiguiente trasladadas al espesor del tejido intersticial de la laringe, como sucede por ejemplo en la asbestosis pulmonar, aunque se han mencionado la presencia de fibras de asbesto en la pleura y en el peritoneo en los casos de mesotelioma. En nuestro país que sepamos no existe asbestosis.

De la totalidad de los pacientes el 66.78 por ciento fueron investigados acerca de antecedentes de alcoholismo, de estos solo el 36.82 por ciento tenía historia positiva de alcoholismo en diferentes grados de ingesta, no pudiéndose determinar exactamente el promedio de tiempo que duró la ingesta en los pacientes.

En el cuadro No. 3, se ilustran los porcentajes.

En igual forma, en la historia de ingreso al hospital, se investigó antecedentes de tabaquismo en el 77.61 por ciento de la totalidad de los pacientes; de éstos el 61.37 por ciento tuvieron historia positiva de tabaquismo, incluyéndose fumadores de pipa, puros y cigarrillos de diferentes clases, por ser pacientes en su mayoría de escasos recursos, podemos pensar en el consumo de cigarrillos de menor calidad.

El consumo de cigarrillos por persona y por día, fue de ligero a severo, es decir, entre 10 y 50 cigarrillos. Tiempo promedio de consumo fue más o menos 25 años.

Los resultados de historia de tabaquismo, se resume en el

cuadro número 4.

Tanto el tabaquismo como el alcoholismo han sido incriminados como responsables de desarrollo de cancer de la laringe en algunas investigaciones, aunque es posible que en nuestro medio otro tipo de factores ó enfermedades predisponentes, desempeñan algún papel. Como por ejemplo el escleroma y la papilomatosis laríngea, condiciones clínicas que son bastante frecuentes e interesantes debido por un lado a su cronicidad y por el otro a su resistencia a responder a distintas armas terapéuticas.

En cuanto a la investigación del antecedentes de neoplásia en otros órganos del tracto respiratorio, fue negativo, no así en otros órganos de la economía, en que fue positiva.

Los resultados se ilustran en el cuadro No. 5.

En los casos estudiados se encontró un total de cinco pacientes con presencia de neoplásia en otros órganos. En ninguno de los pacientes se comprobó que el carcinoma de la laringe, fuera de origen metastático.

En la literatura únicamente se reportan 38 casos de metástasis a la laringe; siendo el Melanoma Cutáneo y los Hipernefromas los más frecuentes en dar metástasis.

Se menciona también que la poca frecuencia de siembras se deba a la localización terminal de la laringe en la red vascular y

linfática. Las metástasis son a través del plexo venoso vertebral, ya que pequeños émbolos de un tumor pasan al pulmón, hígado, laringe; ó bien por el conducto torácico (12).

En el cuadro No. 6, se han colocado en orden de frecuencia los doce principales síntomas y signos por los que el paciente consultó por primera vez. Únicamente a un paciente se le descubrió Carcinoma de la Laringe en un examen rutinario sin haber presentado sintomatología previa.

Como se puede observar es muy variado el síntoma ó signo por el cual el paciente consulta, es decir la molestia principal, porque un mismo paciente puede quejarse de otras molestias pero de menor intensidad.

De todas maneras la DISFONIA y la DISFAGIA, son los síntomas comunes, ya que en más del 50 por ciento de casos fueron el motivo principal de consulta.

La disfonía es un síntoma precoz y que aparece en mayor ó menor grado en todas las afecciones laríngeas, siendo su intensidad mayor cuando se localiza en la zona glótica. Puede deberse a Pólipos Laríngeos, Nódulos, Eversión ventricular, Neuropatías ó Miopatías que provocan paresias ó parálisis de la motricidad cordal.

Cuando la disfonía se acompaña de disnea es un signo de gran valor en las neoplasias de la región subglótica. La Disfagia: dificultad para la deglución, aparece en procesos flogóticos simples, específicos, flemonosos ó edematosos que afectan la región supraglótica: aritenoides ó repliegues aritenoepiglóticos y en forma más sobresaliente en los procesos tuberculosos y tumorales. Así también el dolor (Odinofagia), es frecuente en los procesos de esta región (11).

Un paciente consultó por hemorragia, el cual sin duda tenía previamente otros síntomas que no le acarrearón mayores problemas, el signo hemorragia se observa cuando una neoplásia sufre ulceración.

Sabemos que la laringe es una unidad funcional y patológica y por lo tanto el apareamiento de una masa puede afectar una ó las tres funciones que le son propias: fonación, deglución y la respiración. Hallazgos similares a los nuestros han sido informados por otros investigadores (9).

En el presente estudio la función de la respiración solo se vio afectada en un 7.58 por ciento de la totalidad de los pacientes,

síntoma que aparece conforme la lesión se hace más extensa. Coincidiendo este bajo porcentaje con otros estudios estadísticos (9).

Al examen físico de la región enferma por el método de la laringoscopia tanto directa como indirecta, se encontró que la lesión neoplásica se presenta bajo cuatro formas macroscópicas bien definidas; pudiéndose notar que fue el pólipo ó masa la lesión que mayor incidencia mostró en este estudio y el tipo mixto en el menor de los casos. Los tipos de carcinoma ulceroso e infiltrante fueron más raros.

Por último se reporta un 24.90 por ciento en que el neoplasma no se le encontró clasificado en ninguno de los tipos de lesión anteriormente mencionados.

En el cuadro No. 7, se muestran estos hallazgos.

Los tumores de la laringe de acuerdo a su localización anatómica, se divide en:

- Supraglóticos
- Glóticos y
- Subglóticos

Además otros investigadores como Mc Gravan introduce el término transglótico para describir aquellos tumores que se extienden arriba y abajo de los tejidos del ventrículo (6, 7, 8).

En nuestro estudio se clasificaron los tumores de la laringe en supraglóticos, glóticos y subglóticos, cuando ocupaban una de las tres regiones anteriores únicamente, y además clasificados como transglóticos cuando ocupaban dos ó tres regiones de la laringe; en el cuadro No. 8, se muestra la localización anatómica del cancer de la laringe en los 277 casos por nosotros estudiados.

En el cuadro se puede ver que el 36.82 por ciento de la

totalidad de carcinomas, se encontró ocupando la región supraglótica, siendo los pliegues aritenoeplóticos los más frecuentemente afectados; por el contrario en la valécula se encontró el menor número de localizaciones.

De los 102 carcinomas de la laringe localizados en la región supraglótica, 10 de ellos no se mencionó su situación anatómica.

De los 74 carcinomas de la región glótica la localización fue más frecuente en las cuerdas vocales con 50 casos, 25 para cada cuerda y en 6 casos ambas cuerdas se hallaban afectadas, siguiéndole el ventrículo con 16 casos y por último 2 en que no se menciona lugar específico de localización en la región glótica.

En la región subglótica solo se encontraron tres casos del total de 277 estudiados.

Se hallaron 34 casos clasificados como carcinoma transglótico, todos estos eran formas avanzadas del proceso neoplásico.

Y por último encontramos que habiendo hecho el diagnóstico no se especificó en que región se hallaba localizado el tumor en 64 casos (23.10 por ciento).

Estamos de acuerdo con lo informado en la literatura de que en casos avanzados es imposible determinar con exactitud el lugar primario de origen de la neoplásia, tanto clínicamente como por tomografía, tal es la situación en 34 casos clasificados como transglóticos (9), de nuestra serie.

En resumen la distribución anatómica del carcinoma de la laringe en orden de frecuencia fue: región supraglótica: 102 casos; región glótica: 74 casos; carcinoma transglótico: 34 y región subglótica: 3.- A este respecto nuestros hallazgos difieren ostensiblemente de lo informado en otros estudios en los cuales se ha encontrado que la localización más frecuente es en el área glótica (6), correspondiendo los dos tercios de la totalidad de los casos, en segundo lugar la supraglótica y por último el área

subglótica, en un bajo porcentaje.

En los cuadros Nos. 9, 10 y 11 se ilustra la frecuencia en localización de los 277 casos de carcinoma de la laringe de acuerdo con el sistema TNM de la American Joint Committee for Cancer Staging and end results reporting July 1972 (AJCCS), siendo una clasificación idéntica a la establecida por la UICC (Union Internationale Contre le Cancer) anteriormente, excepto por diferencias menores de definición. De acuerdo con esta clasificación en la región supraglótica predominaron las neoplasias localizadas a esta área anatómica (T1) con 44 casos (15.88 por ciento), con metástasis ganglionares en 11 de ellos (3.97 por ciento).

En 39 casos clasificados como T2 el carcinoma en la región supraglótica se había extendido a las regiones vecinas y cuyo orden de involucramiento de frecuencia fue: cuerdas vocales, cavidad ventricular, pliegues aritenopiglóticos y aritenoides.

En 22 casos (7.94 por ciento) había metástasis a ganglios regionales.

Carcinoma de la región supraglótica con involucramiento de tres regiones anatómicas (T3) se diagnosticó en 19 casos (6.85 por ciento).

En éstos había fijación de la laringe en 10, e invasión y destrucción profunda en 9 casos. Había metástasis a los ganglios regionales en 19 casos ó sea que la totalidad de T3 dieron metástasis al cuello y a distancia por lo general al pulmón en 4 pacientes.

Clasificación TNM para área supraglótica:

T1: 44	NO: 50	MO: 98
T2: 39	N1: 52	M1: 4
T3: 19		

De los 108 casos de carcinoma de la laringe en la región glótica de nuestra serie, en 68 sujetos (24.54 por ciento), el neoplásma se encontró única y exclusivamente localizado a esta área anatómica (T1) sin otro tipo de patología, de éstos 10 casos con metástasis ganglionares (3.61 por ciento). Se encontraron 4 neoplasmas de la región glótica que habían invadido la región subglótica y 2 la región supraglótica. Metástasis a ganglios linfáticos regionales bilaterales y a distancia en pulmones: 2 pacientes.

El carcinoma se halla localizado en la región glótica con fijación de las cuerdas vocales en 21 casos y con metástasis o ganglios linfáticos regionales, los cuales no estaban fijos en igual número de casos, y metástasis a distancia en 6 pacientes. Los sitios o donde dieron metástasis estas neoplasias fueron: pulmón, esófago y tráquea.

Carcinomas que se habían extendido por fuera de la laringe con invasión del seno piriforme, región postcricóidea, piel, etc., se encontraron 13 casos (T4), con metástasis a ganglios en igual número y metástasis a distancia solamente en 4.

Clasificación TNM para el área glótica:

T1: 68	NO: 62	MO: 96
T2: 6	N1: 44	M1: 12
T3: 21	N2: 2	
T4: 13		

Por último en nuestra serie de 277 casos, la región subglótica fue el sitio del neoplasma primario en 3 casos (1.08 por ciento).

Los 3 dieron metástasis a ganglios regionales, los cuales se encontraban móviles y en 2 se encontró además metástasis a distancia.

Clasificación TNM para el área Subglótica:

T1: 1	N1: 1	MO: 1
T2: 2	N2: 2	M1: 2

Finalmente 64 de los 277 casos no pudieron ser clasificados de acuerdo con éste sistema (TNM) debido a que en los mismos no se hizo una descripción precisa de la localización del neoplasma primario, no así en cuanto se requiere al estado del cuello, a la presencia ó ausencia de metástasis.

A continuación se hace una descripción somera de cada uno de los procedimientos diagnósticos efectuados ó a efectuarse cuando se sospecha lesión de la orofaringe, laringe e hipofaringe.

a) La laringoscopia es un procedimiento para exploración endolaríngea, puede ser directa e indirecta.

La indirecta se verifica dirigiendo el haz luminoso reflejado en el espejo del examinador hacia el laringoscopio (espejo laríngeo descubierto por el maestro en canto español Manuel García) que apoyándose en el velo del paladar refleja la imagen de la laringe; el paciente debe de sacar la lengua, el médico la sostiene con el dedo pulgar y el medio, mientras que el índice mantiene separado el labio superior; el paciente debe de practicar respiración oral. El espejo es calentado para que no se empañe. Se coloca como se explicó antes y forma un ángulo de 45 grados con la horizontal, resulta que todo lo que es anterior en la laringe queda superior en la imagen y lo que es posterior queda inferior. Se observa así cuerdas vocales de color blanquecino, aritenoides, pliegues aritenoepiglóticos.

El reflejo nauseoso se subsana con anestesia de la mucosa.

En caso de epiglótis caída ó abarquillada se puede proceder a

la laringoscopia directa: la cual precisa buena anestesia de mucosa faríngea, base de la lengua y laríngea. Se verifica mediante espátulas, laringoscópios ó esofagoscopios; los laringoscópios pueden ser de luz proximal o distal.

El paciente se coloca en decúbito supino, con la cabeza en extensión algo colgante. Un ayudante le fija los hombros para evitar el ascenso de la parte anterior del cuello. Se introduce el tubo en la boca del paciente entre los dedos medio e índice del examinador mientras los demás dedos tiran de la arcada dentaria. Para abrir más la boca.

La primera referencia es la úvula, la segunda epiglótis comisura anterior, etc. Una maniobra auxiliar en los casos de visión difícil la constituye la presión sobre el cartilago tiroideo. Cuando no se obtienen los datos necesarios para la laringoscopia se puede recurrir a la laringofisura exploradora.

Con cualquiera de los procedimientos anteriores se puede efectuar un frote con el material obtenido por raspado de la lesión sospechosa, se fija en alcohol y se tiñe por el método de Papanicolaou ó bien efectuar biopsia. Esta última puede ser negativa a pesar de repetirse varias veces, en tal virtud puede recurrirse al uso de la laringofisura exploradora y tomar biopsia in situ.

En el cuadro No. 12, se resume los procedimientos diagnósticos efectuados a nuestros casos de carcinoma laríngeo.

De los 277 pacientes se observa que la laringoscopia indirecta se efectuó en 127 casos, a 31 se les efectuó directa y ambos procedimientos a 54 personas.

A 58 pacientes (20.93 por ciento) no se les encontró descrito ninguno de los procedimientos anteriores, aunque sí lo tuvieron desde el momento en que tienen biopsia positiva del tumor primario.

El 2.53 por ciento (7 pacientes) se les trató de efectuar laringoscopia, pero por falta de colaboración no se hizo. En estos el diagnóstico se comprobó por biopsia ganglionar con metástasis.

b) Examen radiográfico: Comprende radiografía simple, con medio de contraste y tomografía. Son considerados un requisito para el éxito de la evaluación y manejo de un paciente con carcinoma laríngeo, ya que desde 1899 se reportan los primeros estudios radiográficos de la laringe por Scheier(8).

La radiografía simple, es interesante, especialmente la de perfil, ya que en posición anteroposterior existe la superposición de la columna vertebral, que le resta el interés clínico. Courtart, en 1923, inició la toma de radiografías laterales del cuello para definir y vigilar la evolución de un tumor laríngeo. La densidad y espesor desigual de las estructuras situadas por delante del raquis cervical, con la repleción aérea de las vías respiratorias superiores, permitió reconocer formaciones anatómicas y detalles funcionales. La radiografía con medio de contraste, puede ser tomada en posición de perfil, con lo cual se consigue tener más destacados los límites laríngeos y en especial su borde posterior, y la placa frontal permite comprobar las zonas extralaringes en íntima relación con ella y que son lugares que representan puntos de invasión o de implantación de procesos tumorales. Dichos lugares se refieren a los espacios glosopiglóticos y a los senos piriformes, que al ser ocupados dan imagen de rellenos parciales y bordes no lineales sino festonados e irregulares; el material empleado papilla baritada, se puede emplear también aceites yodados; con el cual se puede seguir los bordes de los repliegues aritenopiglóticos e interaritenoides, a la vez muestra el estado de los ventrículos, al depositarse el material radiopaco. La planigrafía ó tomografía puede ser frontal y lateral, la forma más usada es la frontal por la serie de planos que da y que permite seguir las estructuras laríngeas (11).

En el cuadro No. 12, únicamente hay 2 pacientes con laringograma y 33 con esofagograma, en éstos 35 casos el diagnóstico fue masa sospechosa de neoplasma maligno. En el resto

de los pacientes ó sea 242 (87.36 por ciento) no se les efectuó ningún procedimiento diagnóstico radiológico.

c) Los 277 casos de carcinoma de la laringe como se mencionó fueron confirmados por biopsia del tumor primario en 270 casos y metástasis ganglionares en 7 casos. El diagnóstico anatomopatológico fue de carcinoma escamoso ó epidermoide de grado de malignidad variable de acuerdo con Broders en 117 casos como sigue: Grado I, 16 casos; Grado II, 67; Grado III, 27; Grado IV, 7 casos.

160 carcinomas escamosos ó epidermoides no fueron clasificados siguiendo este patrón, el cual desde luego no es necesario en virtud de que se ha comprobado que el grado de atipismo de un neoplasma varía dentro de sí mismo de un área a otra.

d) Papanicolaou: Ninguno de nuestros pacientes tuvo examen de material obtenido por raspado y preparado por el método de Papanicolaou, probablemente debido a que en todos la lesión neoplásica era obvia, estando recomendado en éstos casos el uso de la biopsia.

El Papanicolaou ha sido empleado en el diagnóstico de lesiones incipientes ó in situ de la laringe con resultados excelentes.

El método de Papanicolaou aplicado a la laringe es similar al realizado en el cuello uterino en lo que se refiere a toma de muestra, procedimiento y criterio diagnóstico (5).

El resto del examen físico de nuestros 277 casos con carcinoma de la laringe fue esencialmente negativo con excepción de signos de mal nutrición protéico-calórica del adulto de grado variable y adenopatía cervical palpable, secundaria a metástasis en 101 casos. En éstos últimos los ganglios afectados tenían un tamaño de 2 cm. y más de diámetro, hasta llegar a nódulos múltiples confluentes no se encontró descripción de fijación de los mismos.

Siendo el ganglio cervical por lo general la primera manifestación del cancer laríngeo (1). Es notorio en nuestra serie el bajo porcentaje (36.46 por ciento) de metástasis ganglionares clínicamente detectadas en el cuello.

Esto puede deberse por un lado a que el paciente consulta por molestias en la garganta y que al hacer el examen físico únicamente se examina dicha región, se comprueba la impresión clínica por exámenes complementarios y no se le da importancia a un examen físico cuidadoso del cuello. Por otro lado es posible que nuestros pacientes hallan consultado precozmente antes de que las metástasis se hubieran llevado a cabo.

En nuestros 101 casos de carcinoma de la laringe con metástasis al cuello no fue posible determinar a que cadena ganglionar se había llevado a cabo la siembra: yugular, espinal, cervicales, transversas o anterior.

Otros investigadores argumentan que el no palpar los ganglios se puede deber a tres factores así:

- a) No los palpa el enfermo.
- b) No los palpa el médico.
- c) Los palpa el enfermo, pero no le da importancia para consultar a un facultativo (1).

En el cuadro No. 14, se enumeran los tipos de tratamiento que se emplearon para los 277 pacientes estudiados.

Se refiere en la literatura la controversia que existe entre las diferentes formas de tratamiento de cancer de la laringe; el cual debe ser determinado en base de su localización, extensión y tiempo de evolución de la neoplásia.

a) Quirúrgico: de la totalidad de pacientes, 31 (11.19 por ciento), fueron tratados únicamente con cirugía, habiendoseles efectuado tres tipos diferentes de intervención, siendo:

Laringectomía total 15 casos; Laringectomía total más disección radical del cuello 10 casos; Laringectomía total ó parcial con disección parcial del cuello 6 casos, como se puede observar el tratamiento quirúrgico en su mayor porcentaje fue radical, debido a la extensión e infiltración del tumor, no pudiéndose hacer cirugía conservadora y a que los casos muy avanzados no lo permiten y además son resistentes a la radioterapia (6).

Desde 1874 A. T. Billroth, hace la primera laringectomía y ya desde ese tiempo se había hecho intentos de preservar la función laríngea, después del tratamiento quirúrgico. Posteriormente se dio más importancia a la extirpación total del tumor que preservar satisfactoriamente la función laríngea (2).

Esta técnica fue abandonada por la alta incidencia postoperatoria de infección, necrosis y contractura con estenosis de la tráquea.

Boca propuso que asociada con la laringectomía debía hacerse remoción de los ganglios linfáticos.

En los casos de carcinoma supraglótico sin metástasis ganglionar los resultados son buenos ya sea con cirugía ó radioterapia.

Es por eso que antes de decidir un tratamiento quirúrgico se debe tener una buena evaluación clínica y radiológica para conocer exactamente el crecimiento y grado de invasión en profundidad del tumor, para sí, efectuar la resección conveniente de la laringe. Como por ejemplo en el caso de los tumores supraglóticos que por lo general se descubren en formas más avanzadas de malignidad que los glóticos, no respondiendo a la radioterapia, pero si a una laringectomía parcial horizontal supraglótica preservando la función de la deglución y la voz en una forma más normal (3).

En la región glótica cuando se trata de tumores de la cuerda vocal se ha utilizado la laringectomía vertical parcial ó

hemilaringectomía, siendo más frecuente este tratamiento en América y Europa, no así en Australia e Inglaterra en donde se utiliza la radioterapia que buenos resultados les ha dado (3).

Fue Alonzo en 1947 quien describió la técnica de la laringectomía horizontal parcial; la cual consiste en una remoción de los aritenoides, de cuerdas falsas y verdaderas para la conservación de la función laríngea. Desafortunadamente el concepto de ésta operación no está aceptada y hoy se efectúan muchas laringectomías totales que no preservan la función laríngea, el problema siguiente después de cirugía parcial ó total es la recurrencia local del cancer, en el cual influyen muchos factores, por lo que se debe reseca con un margen considerable, recomendándose también un tratamiento previo con radioterapia.

Otros autores como Wolfowitz no recomiendan la radioterapia previa a cirugía por el peligro de Dehiscencia en el postoperatorio (3, 13).

Sí después de una laringectomía parcial el tumor recurre se debe efectuar una laringectomía total, teniendo estos pacientes una buena sobrevivencia.

En relación a la disección del cuello existe controversia acerca de si esta se efectúa profilácticamente ó únicamente cuando hay ganglios linfáticos palpables. A este respecto podemos decir que se debe valorar antes de tomar una decisión el siguiente parámetro como es la localización del tumor y de acuerdo a ésta efectuar ó no la disección profiláctica.

Mc Gravan ilustra la frecuencia de metástasis de acuerdo con la localización del tumor como sigue: Infraglóticas dan 19 por ciento de metástasis; los supraglóticos 33 por ciento; y los transglóticos 52 por ciento.

INDICACIONES PARA UNA LARINGECTOMIA VERTICAL PARCIAL

a) Cuando el neoplasma envuelve ambas cuerdas y comisura

anterior.

- b) Extensión subglótica de no más de un centímetro; puede ser extensión anterior ó anterolateral.
- c) Las cuerdas vocales pueden ser móviles, pero hay ligera limitación del movimiento.
- d) Ausencia de pelo sobre el cartilago tiroides, si la espesura del colgajo de piel cervical es usado para la reconstrucción.

CONTRAINDICACIONES:

- a) Invasión del cartilago tiroides
- b) Lesión de la comisura posterior
- c) Extensión subglótica mayor de un centímetro
- d) Casos con irradiación previa, algunos son adecuados para una laringectomía parcial vertical, con tal que la recurrencia no sea subglótica.
- e) Fijación de la cuerda vocal.

b) Radioterapia: de los 277 casos por nosotros estudiados 150 recibieron radioterapia únicamente, utilizando Telecobalto 60. La radioterapia se utilizó generalmente en aquellos casos en que la neoplásia se encontraba muy avanzada, ya que muchos de los pacientes consultaron en etapa terminal de la enfermedad.

La radiosensibilidad del carcinoma laríngeo no se puede evaluar por varios factores (14); se refiere que los tumores de crecimiento rápido y anaplásticos no implican que sean radiosensibles. La radiosensibilidad es mayor en aquellos carcinomas que tienen proliferación vascular que aquellos de la variedad infiltrativa ó escavada, sobre todo sí han invadido los componentes hialinos, cartílagos, esqueleto de la laringe, músculos ó hay metástasis linfáticas presentes (13, 14).

Las complicaciones de la radiación, varía desde edemas, que se presenta comúnmente y particularmente en las lesiones supraglóticas, hasta radiodermatitis, pericondritis, y necrosis de cartílagos que es lo menos frecuente.

En relación a la radioterapia pre-operatoria, no se recomienda por el peligro de dehiscencia; pero se ha dicho que la radioterapia previa a cirugía disminuye el número de células activas que podrían dar siembras más lejanas posterior al acto quirúrgico.

Se recomienda 5,500 rads con cobalto 60 en un período de cinco semanas, dejando un intervalo de 3-6 semanas para efectuar cirugía (3, 13, 14).

Hendrickson y Liebner en su estudio mostraron que no había mayores cambios en la sobrevivencia de los pacientes que se les ofrecía radioterapia previa y los que únicamente se les efectuaba procedimiento quirúrgico. No siendo pues recomendado por su complicación.

En nuestro estudio a 13 pacientes se les dio radioterapia previa, en 4 casos se continuó el tratamiento con cirugía y en los otros 9 con tratamiento médico.

Tuvieron cirugía más radioterapia únicamente 18 personas. Este tipo de tratamiento incluye una radioterapia posterior a la cirugía cuando por algún motivo de técnica quirúrgica ó por el estado avanzado del carcinoma no se pudo resear totalmente y tuvo recurrencia a alguna porción restante de la laringe.

Tuvieron tratamiento combinado quirúrgico ó radioterapia más tratamiento médico únicamente 9 pacientes de 277. Y por último el número de pacientes a los que no se les ofreció ninguna clase de tratamiento fueron 65; entre las causas por las que estos pacientes no recibieron tratamiento se debió en su mayoría que habiéndoseles hecho el diagnóstico los pacientes no regresaron al hospital para ser ingresados para recibir su tratamiento ó para ser tratados en forma ambulatoria, por temor, falta de colaboración y también porque muchos de ellos residían fuera de la capital y además eran de escasos recursos económicos. A otros se les instituyó un tratamiento únicamente para mejorar su estado de salud por las condiciones nutricionales que presentaban ó por otras

enfermedades concomitantes, ej: neumonía. Además muchos de ellos rehusaron tratamiento. Los pacientes sin tratamiento abandonaron el hospital, por lo que no pude conocer su pronóstico ó evolución ulterior después de haber hecho el diagnóstico. Únicamente sabemos de 2 pacientes de este grupo, murieron a los 120 días y otro a los 10 meses, ambos del sexo masculino de 56 y 64 años respectivamente.

c) Médico: Los quimioterápicos se utilizan frecuentemente para casos de canceres sistémicos, y en nuestros casos se utilizó como tratamiento complementario, no se encontró en la revisión su uso único; entre estos el más usado fue el Metrothexate.

EVOLUCION

De los 277 pacientes estudiados, únicamente se conoce con certeza la evolución de solo 72 pacientes; que es como sigue en el siguiente cuadro:

	No. ptes.	Tiempo
a) Fallecidos después de tratamiento	40	1m-5a.
b) Fallecidos después de tratamiento sin conocer la evolución,	17	-----
c) Fallecimiento tiempo después sin tratamiento	15	10d-7m.

Los datos anteriores se lograron a través de algunas papeletas y por medio de familiares de los pacientes. En a) encontramos que fallecieron 40 pacientes (14.44 por ciento) después de tratamiento

ya fuera de radioterapia ó quirúrgico en un intervalo de tiempo que fue de un mes a 5 años. En b) se describen 17 pacientes (6.13 por ciento) que recibieron tratamiento y posteriormente fallecieron no conociéndose cuánto tiempo después. En c) 15 pacientes de 65 en total (23.46 por ciento) que no recibieron ningún tipo de tratamiento, fallecieron en el intervalo de 10 días y 7 meses después; los 45 restantes se ignora su evolución.

El resto de pacientes 155 (55.97 por ciento) no se logró establecer su estado de salud después de recibir tratamiento de radioterapia, quirúrgico o combinado.

IV

CUADROS ESTADISTICOS Y DIAGRAMA

CUADRO No. 1
 CARCINOMA DE LA LARINGE: 277 CASOS
 CORRELACION CLINICO PATOLOGICA
 DISTRIBUCION ETARIA

Edad en Decadas	No. Casos	Porcentaje
21-30 años	4	1.44
31-40 años	24	8.66
41-50 años	32	11.55
51-60 años	69	24.90
61-70 años	87	31.40
71-80 años	50	18.05
81-90 años	10	3.61
91-100 años	1	0.36
TOTAL	277	99.97

CUADRO No. 2

CARCINOMA DE LA LARINGE: 277 CASOS
CORRELACION CLINICO PATOLOGICA
OCUPACION U OFICIO

Ocupación	No. Casos	Porcentaje
Agricultores	92	33.21
Of. Domésticos	38	13.71
Obreros	33	11.55
Profesionales	13	4.69
Transportistas	10	3.61
Músicos	4	1.44
No trabaja	79	28.51
Otros	8	2.88
TOTAL	277	99.60

CUADRO No. 3

CARCINOMA DE LA LARINGE: 277 CASOS
CORRELACION CLINICO PATOLOGICA
HISTORIA DE ALCOHOLISMO

	No. Casos	Porcentaje
Positivos	102	36.82
Negativos	83	29.96
No Investigados	92	33.21
TOTAL	277	99.99

CUADRO No. 4

CARCINOMA DE LA LARINGE: 277 CASOS
CORRELACION CLINICO PATOLOGICA
HISTORIA DE TABAQUISMO

	No. Casos	Porcentaje
Positivo	170	61.37
Ligero	31	18.23o/o
Moderado	55	32.35o/o
Severo	84	49.41o/o
Negativo	45	16.24
No investigados	62	22.38
TOTAL	277	99.99

CUADRO No. 5

CARCINOMA DE LA LARINGE
CORRELACION CLINICO PATOLOGICA
ANTECEDENTES DE NEOPLASIAS EN OTRAS AREAS

	No. Casos	Porcentaje
No. casos positivos	5	1.80
Localización:		
a) Próstata (Carcinoma)		
b) Vejiga (Carcinoma papilar transicional)		
c) Estómago (Adenocarcinoma)		
d) Nariz (Carcinoma baso celular)		
e) Vesícula biliar (Carcinoma in situ)		
Negativos	161	58.12
No investigados	111	40.07
TOTAL	277	99.99

CUADRO No. 6
CARCINOMA DE LA LARINGE: 277 CASOS
CORRELACION CLINICO PATOLOGICA
SINTOMAS Y SIGNOS

Síntomas	No. Casos	Porcentaje
Disfonia	85	30.68
Disfagia	60	21.66
Masa Cervical	31	11.19
Ronquera	25	9.02
Disnea	21	7.58
Dolor en cuello	24	8.66
Sensación Cuerpo extraño	8	2.88
Tos	9	3.24
Ardor	6	2.16
Garraspera	4	1.44
Lesión Ulcerada	2	0.72
Hemorragia	1	0.36
Sin Molestias	1	0.36
TOTAL	277	99.95

CUADRO No. 7
CARCINOMA DE LA LARINGE: 277 CASOS
CORRELACION CLINICO PATOLOGICA
HALLAZGOS MACROSCOPICOS AL EXAMEN FISICO
DE LA LARINGE

Tipo de lesión	No. Casos	Porcentaje
Polipo o Masa	114	41.15
Infiltrante	47	16.96
Tumor Ulcerado	40	14.44
Mixto	7	2.53
No Reportado	69	24.90
TOTAL	277	99.98

CUADRO No. 8
CARCINOMA DE LA LARINGE: 277 CASOS
CORRELACION CLINICO PATOLOGICA
LOCALIZACION ANATOMICA

Región anatómica	No. Casos	Porcentaje
a) Supraglótica	102	36.82
1. Pliegues aritenoepliglóticos	31	
2. Epiglotis	25	
3. Aritenoides	20	
4. Valécula	16	
5. No especificado	10	
b) Glótica	74	26.71
1. Cuerda vocal derecha	25	
2. Cuerda vocal izquierda	25	
3. Ventrículo	16	
4. Ambas cuerdas	6	
5. No especificado	2	
c) Subglótica	3	1.08
d) Carcinoma Transglótico (arriba y abajo de los ventrículos)	34	12.27
1. Supraglótica y glótica (dos áreas)	17	
2. Glótica y subglótica (dos áreas)	4	
3. Supraglótica - glótica - subglótica	13	
e) Presencia de Ca. sin determinar área específica	64	23.10
TOTAL	277	99.98

CUADRO No. 9
CARCINOMA DE LA LARINGE: 277 CASOS
CORRELACION CLINICO PATOLOGICA
CLASIFICACION DE ACUERDO AL SISTEMA TNM DE LA
AJC REGION SUPRAGLOTICA

Cancer Supraglótico	No. Casos	Porcentaje
T ₁ N ₀ M ₀	33	11.91
T ₁ N ₁ M ₀	11	3.97
T ₂ N ₀ M ₀	17	6.13
T ₂ N ₁ M ₀	22	7.94
T ₃ N ₁ M ₀	15	5.41
T ₃ N ₁ M ₁	4	1.44
TOTAL	102	36.80

* American Joint Committee for Cancer Staging and end results reporting July 1972.

CUADRO No. 10

CARCINOMA DE LA LARINGE: 227 CASOS
 CORRELACION CLINICO PATOLOGICA
 CLASIFICACION DE ACUERDO AL SISTEMA TNM
 DE LA AJC REGION GLOTICA

Cáncer glótico	No. Casos	Porcentaje
T ₁ N ₀ M ₀	58	20.93
T ₁ N ₁ M ₀	10	3.61
T ₂ N ₀ M ₀	4	1.44
T ₂ N ₂ M ₁	2	0.72
T ₃ N ₁ M ₀	15	5.41
T ₃ N ₁ M ₁	6	2.16
T ₄ N ₁ M ₀	9	3.24
T ₄ N ₁ M ₁	4	1.44
TOTAL	108	38.95

CUADRO No. 11
 CARCINOMA DE LA LARINGE: 277 CASOS
 CORRELACION CLINICO PATOLOGICA
 CLASIFICACION DE ACUERDO AL SISTEMA TNM
 DE LA AJC REGION SUBGLOTICA

Cáncer subglótico	No. Casos	Porcentaje
T ₁ N ₁ M ₀	1	0.36
T ₂ N ₂ M ₁	2	0.72
TOTAL	3	1.08

NOTA: 64 Tumores no pudieron ser clasificados de acuerdo a este sistema por no estar determinado exactamente la localización del tumor.

CUADRO No. 12
CARCINOMA DE LA LARINGE: 277 CASOS
CORRELACION CLINICO PATOLOGICA
PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

Procedimiento	No Casos	Porcentaje
a) Laringoscopia		
Indirecta	127	45.84
Directa	31	11.19
Directa e indirecta	54	19.49
Se ignora procedimiento	58	20.93
No se efectuó	7	2.53
TOTAL	277	99.98
b) Rx: con medio contraste		
Laringograma	2	0.72
Esofagograma	33	11.91
Sin este procedimiento	242	87.36
TOTAL	277	99.99
c) Biopsias	277	100.00
d) Papanicolau	0	0.00

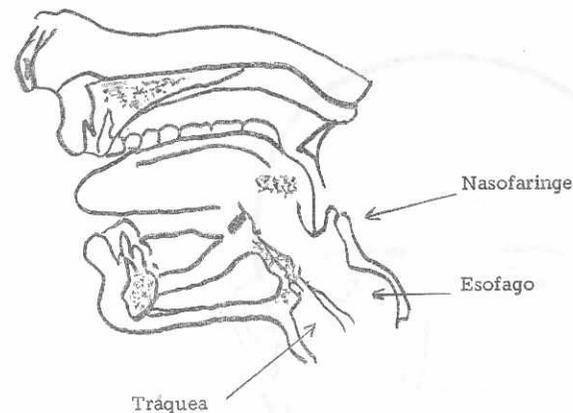
CUADRO No. 13
CARCINOMA DE LA LARINGE: 277 CASOS
CORRELACION CLINICO PATOLOGICA
METASTASIS DETECTADAS CLINICAMENTE

Región anatómica	No. casos	Porcentaje
A Región Derecha del cuello	30	10.83
A Región Izquierda del cuello	41	14.80
Sin especificar Región	30	10.83
Negativos	176	63.54
TOTAL	277	100.00

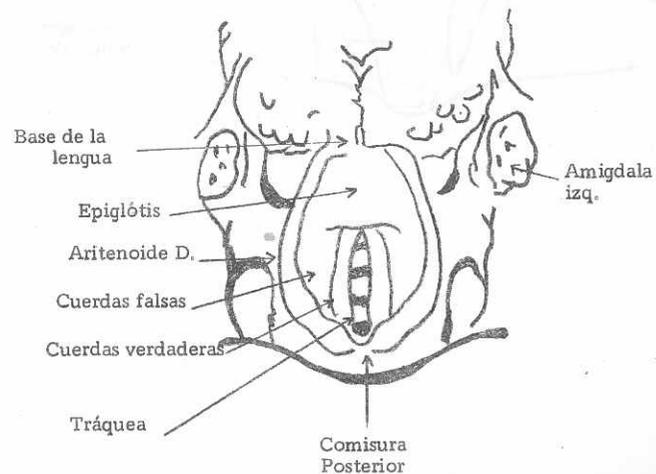
CUADRO No. 14

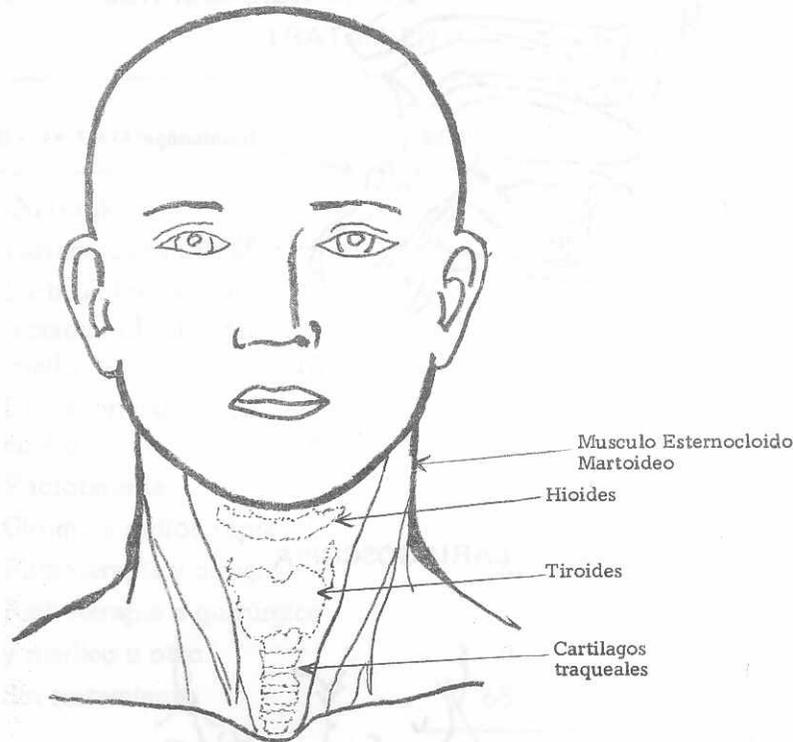
CARCINOMA DE LA LARINGE: 277 CASOS
CORRELACION CLINICO PATOLOGICA
TRATAMIENTO

Tipo de tratamiento	No. casos	Porcentaje
a) Quirúrgico	31	11.19
Laringectomía total	15	
Laringectomía y disección radical del cuello	10	
Disección parcial del cuello	6	
b) Radioterapia	150	54.15
c) Cirugía y radioterapia	18	6.49
Radioterapia y cirugía	4	1.44
d) Radioterapia o quirúrgico y médico u otro	9	3.24
e) Sin tratamiento	65	23.46
TOTAL	277	99.97



LARINGOSCOPIA





CONCLUSIONES

- 1o. En los 18 años de revisión de carcinoma de la laringe realizada del 1o. de Enero de 1955 al 31 de Diciembre de 1973, se encontraron 306 casos con dicho diagnóstico. De éstos se analizaron 277 (90.52 por ciento) por ser pacientes con estudios completos. Los 29 (9.48 por ciento), restantes se omitieron por falta de documentación clínica.
- 2o. No hay relación directa entre la ocupación u oficio del paciente y la presencia de neoplasma laríngeo, habiendo sin embargo en nuestra serie mayor incidencia en personas de bajo nivel socioeconómico.
- 3o. En la mayoría de los pacientes estudiados se encontró consumo elevado de cigarrillos e ingesta de alcohol, lo que confirma que hay mayor incidencia de cancer de la laringe en fumadores crónicos, el cual puede ser un factor predisponente el que unido a la labilidad individual de cada paciente, predispone a éste a desarrollar dicha neoplásia.
- 4o. En ningún caso se encontró en nuestra serie que el carcinoma de la laringe fuera de origen metastático, coincidiendo éste hallazgo con otros efectuados en diferentes países.
- 5o. La disfonía y la disfagia fueron los dos síntomas principales por lo que la mayoría de los pacientes consultó.
- 6o. De las 4 formas de lesión que se pueden encontrar al examen físico de la laringe, fue el pólipo o masa neoplásica la que prevaleció sobre los otros, incluyendo varios casos en donde no se describió el aspecto macroscópico de la lesión.
- 7o. El sitio primario más frecuente de origen del carcinoma

laríngeo en nuestra serie estuvo localizado en la región supraglótica, no estando este hallazgo de acuerdo con otros estudios que se han efectuado, en donde se informa que es el área glótica la más frecuentemente afectada. Además un porcentaje elevado de neoplasmas se encontraban en una etapa avanzada de la enfermedad no pudiéndose precisar con exactitud el lugar primario de origen del tumor, correspondiendo estos a la variedad transglótica de Mc Gravan ó T4 N2 M3 de la clasificación de la AJCCS.

- 8o. A un número bajo de nuestra serie se les encontró presencia de metástasis ganglionares, signo éste que aparece con mayor frecuencia en esta neoplásia en otras latitudes. Puede deberse lo anterior a un examen físico defectuoso del cuello ó a mala descripción del mismo en las historias clínicas al momento de la primera consulta.
- 9o. En ambos hospitales el método diagnóstico que se utilizó para la totalidad de carcinomas fue la biopsia. El examen radiográfico fue practicado a muy pocos pacientes y el Papanicolaou a ningún paciente de ésta serie. Concluyéndose que siendo estos dos métodos de diagnóstico, útiles en establecer diferentes enfermedades deberían utilizarse más frecuentemente.
10. De la totalidad de carcinomas de la laringe la mayoría de los pacientes se encontraron clasificados en T1 según la clasificación de la AJCCS y en T4 el menor número de casos.
11. Unicamente 6.49 por ciento de la totalidad de carcinomas dio metástasis a distancia siendo el pulmón el órgano más afectado (en más del 50 por ciento).
12. Fue el carcinoma glótico el que dio mayor número de metástasis a distancia y el subglótico el mayor número de metástasis ganglionares locales al cuello no coincidiendo este último hallazgo con lo informado en otras revisiones en donde

el carcinoma transglótico ocupa el primer lugar.

13. Los 277 carcinomas de la laringe de nuestra serie fueron clasificados histológicamente como carcinomas escamosos ó epidermoides de diferentes grados de malignidad.
14. El tipo de tratamiento más empleado para éste carcinoma fue la radioterapia debido a la extensión del neoplásma.
15. En nuestro estudio se comprobó que los pacientes que recibieron tratamiento de radioterapia ó quirúrgico ó médico murieron en el intervalo de 1 mes y 5 años después y de los que no recibieron tratamiento y se conoce su evolución murieron entre los 10 días y 7 meses después de efectuado el diagnóstico.
16. A sólo 55 pacientes (19.85 por ciento) se les pudo seguir su historia clínica desde que se efectuó el diagnóstico hasta su fallecimiento.
17. Para nuestro medio fue en la sexta y séptima décadas de la vida en donde el carcinoma laríngeo presentó su mayor frecuencia.

RECOMENDACIONES

10. Efectuar Papanicolaou a todos aquellos pacientes con molestias laringeas que asistan a la primera consulta, siempre que se encuentren en edad de riesgo aunque el examen físico por laringoscopia no se demuestre lesión evidente, ya que siendo éste un método diagnóstico de realización fácil y además útil, podría aportar ayuda para el diagnóstico temprano del carcinoma laringeo de corta evolución.
20. Hacer una mejor descripción en las historias clínicas de los hallazgos al examen físico para obtener mejores estudios retrospectivos.
30. Destinar un fondo monetario para todos aquellos pacientes de escasos recursos económicos para que en esta forma se pueda efectuar el tratamiento por radioterapia cuando esté es el indicado, ya que muchos de nuestros casos este no se hizo porque el paciente no podía pagar su tratamiento.
40. Efectuar un mejor examen del cuello para la investigación de metástasis ganglionares.
50. Crear interés por parte de las personas con afecciones laringeas en edad de riesgo para consultar un facultativo al menor inicio de molestias, principalmente de disfonía y disfagia lo cual aumentará los años vida.
60. Campaña contra el consumo de sustancias irritantes (cigarrillo, alcohol, etc.).
70. Preparación emocional del paciente, para una mejor adaptación sin dificultad al medio, después de tratamientos radicales.

80. Educar al paciente para que asista con regularidad a las clases de terapia de fonación cuándo esté indicada.
90. Mejorar el departamento del Servicio Social a fin de que se continúe conociendo la evolución de los pacientes ambulatorios para tener mejores datos y hacer estudios comparativos sobre la eficacia o no en nuestro medio, de los diferentes tratamientos en los pacientes con diversos grados de malignidad laríngea.

BIBLIOGRAFIA

1. Alonso, de Vilaseca Beatriz. Algunas consideraciones sobre el cancer glótico. Anales de ORL del Uruguay (Montevideo). 39 (3-4):67-72, Marzo 1969.
2. American Joint Committee for Cancer Staging and end Results reporting. Clinical staging system for carcinoma of the larinx. Chicago, 1972. 16 p.
3. Blaugrund, S. Cordal Carcinoma of the larinx with posterior extension: surgical treatment. Bull Ny Acad Med. 49 (10):908-14, Octubre, 73.
4. Bridger, G.P. Horizontal partial laryngectomy for supraglottic cancer. Med. J. Aust 1 (2):57-5, 13 Jan 73.
5. Koss, Leopold G. Diagnostic cytology and its hispathologic bases. 2 ed. Philadelphia, J. B. Lippincott, 1968. pp. 710-712.
6. Malik, R., et al. Cancer of the larinx: review of 174 casos. Int Surg 58 (11):793-4, Nov-Dec 73.
7. Olofsson, J. Vocal cord fixation in laryngeal carcinoma. Acta Oto-Laryngologica (Stockh). 75 (6):496-510, Junio 73.
8. Olofsson, J., et al. Laryngeal carcinoma, correlation of roentgenography and histopathology. A study based on while organ serially sectionad laryngeal carcinoma specimens. AM J. Roent Rad ther Nucl Med 117:526:39, May 73.
9. Regules, Pedro. El tiempo perdido en ORL para el diagnóstico precoz del cancer. Anales de Otorinolaringologia de Uruguay (Montevideo). 41 (3-4):120-128, Julio 1971.
10. Stell, P. M. et al. Asbestos and Laryngeal carcinoma Lancet 2 (7826):416-7, 25 Aug 73.
11. Surós, J. Semiologia médica y técnica exploratoria. 3 ed. Barcelona, Hispano-Americano, 1964. 655-659 pp.
12. Whicker, J.H., et al. Metastasis to the larinx report of a case and review of the literature. Arch Otolaryngol. 96:182-4, Aug 72.
13. Wolfowitz, B.L., et al. Treatment of advanced carcinoma of the larinx. S Afr. Med. J. 47 (11):465-17, Mar 73.
14. Wolfowitz, B.L., et al. Treatment of advanced carcinoma of the larinx review of 48 cases. S. Sfr. Med. J. 46 (45):1733-7, 11 Nov 72.

Vo. Bo.

Aura E. Singer.

Hugo René López Aráuz

BR. Hugo René López Aráuz

Héctor F. Castro M.

Dr. Héctor F. Castro M.
Asesor.

Isaías

Dr. Francisco Sáenz Bran
Secretario.

Julio De Leon M.

Dr. Julio De Leon M.
Director de Fase III.

Isaiás Ponciano G.

Dr. Isaiás Ponciano G.
Revisor.

Vo. Bo.



Carlos Armando Sete

Dr. Carlos Armando Sete.
Decano.