

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“DR. AGOSTINHO NETO”
GUANTANAMO

**SOBREVIDA EN PACIENTES OPERADOS POR
CANCER LARINGEO.**

Dr. Oscar Chacón Benítez¹, Dr. Walter Sánchez Matos¹, Dra. Esther García Moya¹, Dra. María Cristina Ruiz Martínez², Dr. Juan Manuel Rivero Sánchez³, Emanuel Jeremías Fernández⁴, Lizmara Chacón Ruiz⁵

RESUMEN

Se realiza un estudio de quince años (1990-2005) en 90 pacientes susceptibles de ser controlados y seguidos, de un total de 156 pacientes operados con el diagnóstico de cáncer laríngeo, en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”, de Guantánamo. Las variables estudiadas son: edad, localización del tumor, etapa clínica, tipo de operación realizada y sobrevida durante el período de estudio, luego de la intervención quirúrgica. Los resultados del tratamiento se evalúan según la sobrevida lograda. El mayor número de pacientes se localizó en los grupos de edades de 71 y más años y, en general, entre la quinta y séptimas décadas de vida; del total de pacientes, 55, se encuentran vivos y 35 fallecidos. La localización gloto-subglótica y glótica aportaron el mayor número de pacientes. El proceder quirúrgico más empleado fue la laringectomía total, seguida de la laringectomía con vaciamiento radical de cuello y la laringectomía parcial con un número menor de casos. El diagnóstico se realiza predominantemente en la etapa clínica I, con 40 pacientes de los que sobreviven, 28, y la etapa III con, 32, de los cuales sobreviven, 19. Es notoria la supervivencia de 4 pacientes a los 13, 2, 4.5 y 6 años de evolución, pues en los demás el comportamiento de los pacientes vivos fue bastante similar.

Palabras clave: NEOPLASIAS LARINGEAS/ cirugía; NEOPLASIAS LARINGEAS/ rehabilitación; MORBILIDAD; LARINGECTOMIA/ rehabilitación.

¹ Especialista de I Grado en Otorrinolaringología.

² Especialista de II Grado en Dermatología.

³ Residente de Medicina General Integral.

⁴ Estudiante de Sexto Año de Medicina.

⁵ Estudiante de 4to Año de Estomatología.

INTRODUCCION

El cáncer laríngeo es una neoplasia maligna de relativa frecuencia en vías aerodigestivas superiores; constituye el 4 % de la totalidad de cáncer en Francia y el 1.2 % en Estados Unidos.^{1,2} En Cuba, ocupa el quinto lugar entre las 10 primeras localizaciones de cáncer en el sexo masculino (3% de las neoplasias malignas). Afecta más a los hombres en relación de 4 ó 5 a 1, con tendencia a encontrarse más en mujeres con el hábito de fumar y poco frecuente en las jóvenes. El mayor pico de incidencia ocurre entre los 60-70 años de edad.³

El 60 % de los pacientes consulta con enfermedad limitada, el 25 % con metástasis regional y el 15 % con metástasis a distancia. Generalmente, el pronóstico es favorable con una sobrevida de 5 años en el 60 % de los casos tratados. Constituye entre el 0.73 y 0.82 % del total de muertes por cáncer en Estados Unidos.¹⁻⁵

La mayoría de tumores que se desarrollan en este órgano son carcinomas epidermoides bien diferenciados. Algunas veces son adenocarcinomas que se originan en las glándulas mucosas salivales menores y que devienen en carcinoma mucoepidermoide y carcinomas adenoquísticos¹⁻⁶

El componente de tejido conectivo puede dar origen a sarcomas en su variedad de fibrosarcomas o rhabdomyosarcomas; linfomas y plasmocitomas pueden desarrollarse, aunque muy raramente.^{2,3} Más frecuentes son los tumores benignos originados en el tejido cartilaginoso que dan origen a los condromas, con sus efectos deformantes locales.⁶⁻¹⁰

El consumo de tabaco, en forma de cigarrillos, asociado al alcohol, es factor predominante en el desarrollo de las enfermedades; su frecuencia de presentación, mayoritariamente masculina, en una proporción de 5 a 1 es, sin dudas, factor aceptado universalmente, aunque el uso del tabaco en el sexo femenino ha disminuido notablemente esta diferencia.

Aunque el tabaco es el más importante elemento etiológico, no deja de tener igual valor la inhalación de polvo tóxico como el asbesto y la contaminación ambiental en el centro de trabajo o lugar donde se vive.^{1,4}

Los estudios realizados por Hedberg y otros autores^{1-5,6,9}, demuestran la asociación de consumo de alcohol y desarrollo de cáncer laríngeo, considerándolo como agente carcinogénico. Estos autores informan que la

queratosis frecuentemente precede la aparición del cáncer, indicando así que ambas alteraciones tienen un común denominador.

En un estudio de 120 pacientes con queratosis, con factores de riesgo tales como: tabaco, sexo, actividad laboral, consumo de alcohol y uso de las cuerdas vocales, constató esta realidad.⁵ Esto confirma un importante factor, que la queratosis acompañada de displasia es la que sigue ese patrón, lo que no sucede con la queratosis sin displasia.

El cáncer laríngeo en nuestro país es la quinta causa de muerte de cáncer en el sexo masculino, lo que representa el 2.9 % de muertes por cáncer.³ La laringe constituye una de las principales localizaciones del cáncer en nuestra provincia y una causa frecuente de muerte; el tratamiento quirúrgico de éste ha incrementado la posibilidad de vida a quienes la padecen. Por esta razón consideramos de gran interés la realización de este trabajo, a fin de conocer su comportamiento local.

Hay escuelas que abogan a favor de la intervención quirúrgica parcial, otras plantean la radicalidad y otras son partidarias de la radioterapia, a partir del criterio de que el carcinoma es una enfermedad radiocurable⁹⁻¹⁵ Con el desarrollo alcanzado por Otorrinolaringología, los otorrinolaringólogos comienzan a practicar en 1911 la laringectomía total, que fue introducida en nuestro país por el doctor Emilio Martínez.

En el país, incluyendo nuestro servicio en los últimos años, se han logrado considerables avances en el diagnóstico y tratamiento de dicha afección, gracias a la introducción de la laringoscopia directa por suspensión, los instrumentos de fibra óptica, el empleo de microscopio quirúrgico, el desarrollo de la cirugía de cabeza y cuello y el adecuado empleo de la radioterapia.

Esta neoplasia es frecuente por encima de los 50 años de edad y en el sexo masculino por su alto grado de relación con los hábitos tóxicos, puede ser curada con el tratamiento radiante o quirúrgico^{1,2}; por lo que es de gran interés para la ciencia en el mundo la profundización en el conocimiento de los factores que inciden en su desarrollo.

Para nosotros, en particular, resulta valioso disponer de datos que nos permitan comparar con otros autores el resultado que se desarrolla en la provincia relacionado con la sobrevivencia de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por cáncer laríngeo. Con ello queremos demostrar que el diagnóstico

precoz y el tratamiento oportuno son las armas terapéuticas fundamentales de los resultados de este indicador. Queremos demostrar, además, la alta probabilidad de sobrevida que tienen aquellos pacientes sometidos a un correcto tratamiento quirúrgico.

El cáncer laríngeo es frecuente en todo el planeta con alta incidencia en países desarrollados como: Francia, Italia y Estados Unidos. En Cuba, la tasa de mortalidad durante los años 1996, 1997 y 1998 fue de 4.3, 4.5 y 4.7 por 10 000 habitantes, respectivamente¹⁻⁷, unida ésta, a la relativa alta frecuencia de diagnóstico de nuevos casos de esta enfermedad y a los progresos alcanzados en su diagnóstico y tratamiento, constituyen motivos para emprender proyectos de investigación para conocer la sobrevida en los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por esta causa.

METODO

Se realiza un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo, con el objetivo de conocer la sobrevida de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por cáncer laríngeo en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", de Guantánamo, durante el período comprendido entre 1990 a 2005.

El total de pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por cáncer laríngeo fue de 156 casos, de los cuales, sólo 90, constituyó el universo de estudio; ya que fue a los que se les pudo obtener toda la información requerida para la investigación.

La localización del tumor se expresa en relación con la zona de la laringe donde se ubica:

- Supraglótica: Tumores ubicados en las siguiente subregiones: epiglotis, bandas lenticulares, repliegues ariepiglóticos, aritenoides y ventrículos laríngeos.
- Glótica: Tumores localizados en cuerdas vocales, comisura anterior o posterior.
- Subglótica: Los localizados a 1 cm por debajo de las cuerdas vocales hasta el borde inferior del cartílago cricoides.
- Transglótica: Aquellos que atraviesan el ventrículo hacia la glotis o los, que desde la glotis, se extienden hacia arriba o hacia abajo.

De igual manera, se clasifican teniendo en cuenta la combinación de las regiones laríngeas afectadas por el tumor.

Se tiene en cuenta el tipo de operación realizada: laringectomía parcial o total con o sin disección ganglionar del cuello, ya fuera radical o funcional.

Al arribar a las conclusiones que se exponen, esperamos aportar nuestra contribución a este apasionante capítulo que constituye el diagnóstico, tratamiento curativo y preventivo del cáncer de laringe, así como a la supervivencia y calidad de vida del paciente tratado con laringectomía.

RESULTADOS Y DISCUSION

El grupo más representado fue el de 71 y más años, con un total de 36 pacientes (40 %), que, además, fue el que mayor número de fallecidos presentó, con un total de 17 pacientes. A continuación, le sigue el grupo de 61-70, con 27 casos (30 %) (Tabla 1).

La mayor incidencia de cáncer laríngeo fue a partir de la quinta década de vida.¹⁻⁷ Nótese, además, en esta tabla, que el 100 % de los pacientes del grupo 41-50 años estaban vivos al finalizar el estudio; a éste les siguieron los de 30-40 y 61-70, con el 66.7 % de sobrevida, respectivamente. Estos últimos fueron también los que menos porcentaje de fallecidos tuvieron.

Al igual que en los demás grupos etarios, la mayoría de los pacientes fallecidos no tenían tumor en el momento del deceso. En general, se encontraban vivos 55 pacientes (61.1 %), fallecidos con tumor, 13 (14.5 %), y sin tumor, 22 (24.4 %).

En otros estudios consultados¹⁻⁶ se encontró que el 100 % de ellos se encontraba entre los 51 y 82 años, con predominio del sexo masculino, con mayor incidencia por edad entre los 50 y 70 años, lo cual se corresponde con nuestros resultados. Ninguno encontró pacientes por debajo de los 30 años en su serie, lo que coincide con nosotros igualmente.

Otros autores encontraron que la mayoría de los pacientes de su serie pertenecían al sexo masculino y por encima de la quinta década de la vida.^{1-4,6,9.} Resultados similares obtuvieron otros autores revisados.¹¹⁻¹⁴

Es de resaltar como el cáncer laríngeo es más frecuente en el sexo masculino, de manera que la casi totalidad de nuestros pacientes se localizan en este sexo

y por encima de la quinta década de vida con su mayor incidencia hacia los 71 años y más; además este fue el grupo que más fallecidos aportó, lo cual se debe a su mayor edad y a otros factores clínicos epidemiológicos presentes en esta etapa de la vida.^{1-4,7-9,11}

Las localizaciones glótico-supraglótica y glótica fueron las que mayor número de pacientes aportaron con 23 y 21 pacientes, respectivamente. La subglótica fue la que menos pacientes tuvo con 8 (9%), sin embargo, es la que mayor porcentaje de pacientes vivos tiene con el 75 % (6 pacientes) (Tabla 2). Otra de las localizaciones con alto porcentaje de pacientes vivos fue la glótica (71 %).

Estos resultados se deben a que la localización glótica por poseer escasos linfáticos es más difícil su propagación y, por ende, la aparición de metástasis y de recidivas o persistencia en el postoperatorio, y la localización subglótica, por la técnica algo agresiva y los márgenes de seguridad que empleamos en el servicio.

Se aprecia también en esta tabla, como la localización glótico-supraglótica es además la que mayor porcentaje de fallecidos posee con el 48.2 %. De todos los pacientes fallecidos, la mayoría fue sin tumor y la localización con mayor porcentaje de muertes fue la glótica, lo cual se explica también por lo antes expuesto.^{1-4,6,9-13}

La laringectomía total correspondió el mayor número de pacientes con 72 (80 %), le sigue laringectomía total con vaciamiento radical del cuello (VRC) (12 %) y laringectomía parcial con 7 casos (8 %) (Tabla 3).

Hubo predominio de fallecidos en la laringectomía total con VRC, (64 %) y de estos, el 57 % falleció con tumor; sin embargo, el 100% de los pacientes fallecidos a los cuales se les realizó laringectomía parcial no tuvo tumor en ese momento.

Estos resultados son fácilmente comprensibles si tenemos en cuenta que en un paciente al cual se le realiza una laringectomía total con VRC, se encuentra en una etapa bien avanzada de la enfermedad y, por ende, tiene mayor probabilidad de que aparezcan complicaciones, como recidivas y persistencias tumorales; así como un peor pronóstico postoperatorio.^{1-5,8,9,11,12,14,15}

Sobre el tema de la sobrevida según localización del tumor primario (Tabla 4), en nuestro estudio se presentó el mayor número de fallecidos para la localización glótico-supraglótica y supervivencia R-M de 0.50, seguida de la localización glótico-subglótica y transglótica, con 0.5625 y 0.5556, respectivamente. El cáncer glótico y subglótico puros acumulan la mejor supervivencia R-M, con 0.7143 y 0.7500, en el mismo orden.

La localización subglótica fue la que mayor sobrevida aportó con el 75 %, seguida por la glótica (71.43 %). La región glótica es pobre en linfáticos y cuando se trata una lesión subglótica se adiciona a la laringectomía total la tiroidectomía total o parcial, lo que disminuye las posibilidades de metástasis, recidivas o persistencias. La región supraglótica es rica en vasos linfáticos, lo que provocaría un comportamiento diferente de los tumores de esa región.

Tal como se observó en la Tabla 3, los pacientes a los cuales se les realizó laringectomía total presentaron una mayor sobrevida con el 64.65 % y, en último lugar, la laringectomía total con VRC. El correcto empleo de la técnica quirúrgica y su aplicación en un mayor número de pacientes determinaron los resultados favorables expresados anteriormente.

En la Tabla 5 aparece la sobrevida global a los 15 años, donde se observa que al año hubo una sobrevida del 96.67 %, a los 3 años de 87.72 %; 75.5 y 49.06 % a los 5 y 10 años, respectivamente; mientras que a los 15 años se obtuvo una sobrevida de 20.4 %. Como podemos observar, a medida que pasaron los años, la sobrevida fue disminuyendo en la serie estudiada, lo que puede ser explicado por la edad avanzada en que se interviene el mayor número de pacientes.^{1-4,9,10-15}

Al analizar la sobrevida con las diferentes variables estudiadas obtuvimos los siguientes resultados: el grupo con mayor sobrevida fue el de 41-50 años con el 100 % a los 15 años; en el de 30-40 del 66.67 %, al igual que el de 61-70. El grupo con menor sobrevida fue el de 71 y más años, con el 52.78 %, lo cual se corresponde con lo que explicábamos en párrafos anteriores, o sea, mayor edad, enfermedades asociadas, y los resultados de diversas literaturas consultadas.^{1,7-15}

CONCLUSIONES

1. Los pacientes de nuestra serie se encontraban entre la cuarta y la séptima década de vida, con mayor incidencia para el grupo de edades de 71 y más años, y predominio del sexo masculino.
2. La localización que mayor número de pacientes aportó fue la glótico-supraglótica.
3. La sobrevida posterior al tratamiento quirúrgico fue elevada a los 5 y 10 años y, en general, fue buena a los 15 años.
4. Del total de pacientes fallecidos, la mayoría lo hizo sin tumor, es decir, fallecieron por otras causas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Nazar MG, Cabezas LL. Cáncer de laringe. Rev Méd Clín Condes. 2003; 14(2):79-87.
2. Villamizar J, Chacón J. Sobrevida en pacientes con cáncer de laringe atendidos en un hospital de tercer nivel. Manizalez 1986-1998. Acta Otorrinolaringol Cir cabeza cuello. 2002; 30(4):155-9.
3. Villar K, Manuel J, Pérez CA, Perón CA, Barreto PJ, Santana PS. Cáncer de laringe y desnutrición. Av Méd Cuba. 2004; 11(38):4-7.
4. Bombay Cancer Registry, Indian Cancer Society, Mumbai, India. Respiratory cancer population based survival in Mumbai. Asian Pac J Cancer Prev. 2005; (4):449-54.
5. Smoking, alcohol, diet influence throat cancer survival. Health News. 2006; 12(3):13.
6. Nazar MG, Patzer ML, González YI, Messina AA. Evaluación de la calidad de vida en pacientes tratados por cáncer de laringe. Rev otorrinolaringol Cir cabeza cuello. 2004; 64(3):190-198.
7. Braz DSA, Ribas MM, Dedivitis RA, Nishimoto IN, Barros APB. Quality of life and depression in patients undergoing total and partial laryngectomy. Clinics. 2005; 60(2):135-142.
8. Garavello W, Bosetti C, Gallus S, Maso LD, Negri E, Franceschi S, et al. Type of alcoholic beverage and the risk of laryngeal cancer. Eur J Cancer Prev. 2006; 15(1):69-73.

9. Morshed K, Szymanski M, Bakonska A, Kotarska M, Korzan J. Carcinosarcoma of the larynx. *Ann Univ Maria Curie Sklodowska [Med]*. 2003; 58(2):232-6.
10. Ratanaanekchai T, Reechaipichitkul W. Recurrent laryngeal cancer after surgical treatment. *J Med Assoc Thai*. 2006; 89(3):350-3.
11. Martín L, Gavilán J, Herranz J. Calidad de vida de pacientes operados de cáncer de laringe. *Acta Otorrinolaringol Cir cabeza cuello*. 2002; 28(3):195-202.
12. Nazar MG, Platzer ML, González YI, Messina AA. Evaluación de la calidad de vida en pacientes tratados por cáncer de laringe. *Rev Otorrinolaringol Cir cabeza cuello*. 2004; 64(3):190-8.
13. Braz DSA, Ribas MM, Dedivitis RA, Nishimoto IN, Barros APB. Quality of life and depression in patients undergoing total and partial laryngectomy. *Clinics*. 2005; 60(2):135-142.
14. Study of in patient hospital stay following total laryngectomy: multivariable retrospective analysis of a 442 total laryngectomies. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2006; 57(4):176-82.

TABLA 1. GRUPO ETARIO Y ESTADO ACTUAL.

GRUPO ETARIO	VIVOS		FALLECIDOS				TOTAL	
	No.	%	Con tumor		Sin tumor		No.	%
			No.	%	No.	%		
30 - 40	2	66.7	1	33.3	-	-	3	3.3
41 - 50	6	100	-	-	-	-	6	6.7
51 - 60	10	55.6	4	22.2	4	22.2	18	20.0
61 - 70	18	66.7	1	3.7	8	29.6	27	30.0
71 y más	19	52.8	7	19.4	10	27.8	36	40.0
TOTAL	55	61.1	13	14.5	22	24.4	90	100

TABLA 2. LOCALIZACION TUMORAL Y ESTADO ACTUAL.

LOCALIZACION DEL TUMOR PRIMARIO	VIVOS		FALLECIDOS				TOTAL	
	No.	%	Con tumor		Sin tumor		No.	%
			No.	%	No.	%		
Glótica	15	71.43	1	4.77	5	23.80	21	23.33
Supraglótica	9	64.28	2	14.29	3	21.43	14	15.56
Subglótica	6	75.00	1	12.50	1	12.50	8	8.88
Glótico-supraglótica	12	52.16	5	21.74	6	26.10	23	25.56
Glótico-subglótica	8	53.34	2	13.33	5	33.33	15	16.67
Transglótica	5	55.56	1	11.11	3	33.33	9	10.00
TOTAL	55	61.11	12	13.33	23	25.56	90	100

TABLA 3. ESTADO ACTUAL Y OPERACION REALIZADA.

TIPO DE OPERACION	VIVOS		FALLECIDOS				TOTAL	
	No.	%	Con tumor		Sin tumor		No.	%
			No.	%	No.	%		
Laringectomía parcial	4	57.15	-	-	3	42.85	7	7.78
Laringectomía total	47	65.28	6	8.33	19	26.39	72	80.00
Laringectomía total con VRC	4	36.36	4	36.36	3	27.28	11	12.22
TOTAL	55	61.11	12	13.33	23	25.56	90	100

TABLA 4. SOBREVIDA Y LOCALIZACION DEL TUMOR PRIMARIO.

LOCALIZACION	FALLECIDOS	SUPERV. R-M	ERROR ESTANDARD
Glótica	6	0.7143	0.0986
Supraglótica	5	0.6424	0.1281
Subglótica	2	0.7500	0.1531
Glótico-supraglótica	11	0.5000	0.1060
Glótico-subglótica	7	0.5625	0.1240
Transglótica	4	0.5556	0.1656

TABLA 5. SOBREVIDA GLOBAL A LOS 15 AÑOS.

INTERVALO	FALLECIDOS	SUPERV. R-M	ERROR ESTANDARD
1 año	3	0.9667	0.0189
2 años	4	0.9183	0.0296
3 años	3	0.8772	0.0366
4 años	4	0.8206	0.0438
5 años	4	0.7550	0.0512
6 años	4	0.6831	0.0575
8 años	3	0.6072	0.0658
9 años	2	0.5520	0.0704
10 años	2	0.4906	0.0748
12 años	1	0.4498	0.0789
13 años	4	0.2699	0.0842
15 años	1	0.2024	0.0861