

CANCER DE LARINGE. REVISION CLINICA DE 60 CASOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, CALI, 1964 - 1972

Pedro Blanco, M.D.* y Ney Guzmán G., M.D., MSP, MSc.**

Se revisan las Historias Clínicas de 60 pacientes con Cáncer de Laringe que asistieron al Hospital Universitario del Valle desde el 1o. de Enero de 1964 al 31 de Diciembre de 1972. El 76.7% de los tumores se diagnosticaron en personas mayores de 55 años. La relación hombre/mujer fue de 5:1; no se encontraron diferencias raciales. La frecuencia mayor de esta neoplasia en hombres se encontró asociada con el hábito de fumar cigarrillo.

A pesar de cierta precocidad en consultar al médico después de iniciados los síntomas de la enfermedad, ésta se diagnostica en estados tumorales avanzados (62% con estados clínicamente III y IV). Una tasa de letalidad alta se observó en esta serie. El tratamiento más común fue la laringectomía radical. La localización, extensión y comportamiento biológico de la lesión están relacionados con el pronóstico de la enfermedad.

INTRODUCCION

Entre 1967 y 1971 el cáncer de laringe constituyó el 1.45% de todos los casos nuevos de tumores malignos ocurridos en la población de residentes de la ciudad de Cali⁺, donde representó el 2.83% de los tumores registrados en hombres y el 0.59% de los informados en mujeres. (Registro de Incidencia de Cáncer, Cali). La frecuencia de casos nuevos por año durante la pasada década se ha mantenido alrededor de 2.8 x 100.000 habitantes para hombres y de 0.84 x 100.000 habitantes para mujeres.

La frecuencia baja de esta neoplasia es quizás la explicación más probable para la poca atención que se ha brindado al problema tanto desde el punto de vista etiológico como de diagnóstico y tratamiento. Sin embargo la frecuencia baja de este tumor comparada con la relativa alta frecuencia y la tendencia al aumento progresivo que se notan en otras partes del mundo, ofrecen oportunidades para establecer diferencias geográficas substanciales que pueden proporcionar datos de valor para su estudio.

Un aspecto que puede ocultar la verdadera frecuencia de esta neoplasia se refiere a la determinación del sitio

* Departamento de Cirugía, Otorrinolaringología, Hospital Universitario del Valle.

** Departamento de Medicina Social, Universidad del Valle.

+ Se define como residentes de Cali a los nacidos en la ciudad o a los emigrantes que llegan con la intención de vivir y trabajar en Cali. Se descarta a quienes vienen a la ciudad por otras razones como en busca de tratamiento médico, aunque este sea prolongado.

primario. Wynder et al.¹, por ejemplo, mencionan dos tipos de cáncer de laringe: el extrínseco y el intrínseco. El término de cáncer extrínseco es sinónimo con el de cáncer de hipofaringeo que tiene el código 147 en la clasificación internacional de enfermedades y que incluye neoplasmas malignos de la región postericoidea y fosa piriforme. Otros tumores no específicos de la faringe (código 148) pueden considerarse a su vez tumores de laringe por su compromiso usual. Las neoplasias de la faringe e hipofaringe son catalogadas como tumores del tracto digestivo y no respiratorio, donde se clasifica el cáncer de laringe (código 161). La importancia de hacer una distinción anatómica clara del sitio primario radica en el interés etiológico que ofrece esta situación.

De acuerdo con los hallazgos de Wynder et al.¹ el cáncer extrínseco de laringe estaría más asociado con el hábito de fumar pipa, con el consumo de alcohol y enfermedades nutricionales de la persona (síndrome de Plummer-Vinson), que con la contaminación atmosférica, el hábito de fumar cigarrillos y ciertas enfermedades virales que parecen más importantes para el cáncer de laringe tipo intrínseco^{2,3}. Esta última localización se refleja además en algunos signos y síntomas de la enfermedad que pueden tener valor para la orientación y extensión de los métodos de diagnóstico y tratamiento escogidos.

Si se despierta el interés de nuevo por estos tres aspectos (epidemiológico, diagnóstico y tratamiento) del cáncer de laringe, la discusión permanente de este problema, que parece ser ahora más frecuente que en el pasado, contribuirá a mejorar la tasa de curabilidad del tumor y a preservar la función laríngea de los pacientes afectados⁴.

MATERIALES Y METODOS

El estudio comprendió la revisión de los casos clínicos que solicitaron atención médica, a la Sección de Otorrinolaringología del Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" desde el 1o. de Enero de 1964 al 31 de Diciembre de 1972.

Se analizaron las historias codificadas con diagnóstico de TUMORES MALIGNOS DE LA LARINGE, contenidas bajo el rubro 161 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Octava Revisión, 1968) y que incluye las siguientes especificaciones:

161.0 De la glotis (cuerdas vocales verdaderas)

161.8 De otras partes especificadas

Cartílago:	Cartílago:
Aritenoides	Laríngeo
Cricoides	Tiroides
Cuneiforme	Cuerdas vocales falsas

161.9 De parte no especificada.

Se diseñó un formulario para recoger información sobre aspectos generales de distribución de la enfermedad tales como edad, sexo, hábitos, ocupación, diagnóstico, tratamiento y sobrevida. Sin embargo, no fue posible obtener todos los datos requeridos por la pobre calidad de las historias clínicas.

Durante este tiempo se presentaron 60 casos con tumor maligno de laringe, casi todos de la forma histológica escamo celular y solo un adenocarcinoma. A continuación se ofrecen los aspectos más notorios de esta revisión.

RESULTADOS

EDAD Y SEXO: De los 60 tumores, 46 (76.7%) se observaron en personas mayores de 55 años de edad. El caso más joven ocurrió en un niño de 14 años de edad, con carcinoma espino-celular de invasión superficial. En general, para todas las edades, la relación hombre/mujer fue de 5:1 (Cuadro 1).

RAZA: Hubo 12 pacientes (10 hombres y 2 mujeres) de raza negra; 25 hombres y 6 mujeres de raza blanca y los demás eran mestizos.

LUGAR Y PROCEDENCIA: Una cuarta parte de los enfermos con tumor maligno de laringe indicó a Cali como lugar de su residencia habitual; 40% provenían de otras partes del Departamento del Valle y el resto, 35%, de otros departamentos. Tres cuartas partes de los pacientes fueron atendidos en sala general y solo 15 en el servicio de pensionados.

HABITO DE FUMAR: Dos terceras partes de los pacientes, (35 hombres y 5 mujeres) fumaban o habían fumado

CUADRO 1. Distribución por Grupos de Edad y Sexo. Cáncer de Laringe, H.U.V.* Cali, 1964-1972.

Edad	Sexo		Total	
	Hombres	Mujeres	No.	%
35-44	2	3	5	8.3
45-54	7	2	9	15.0
55-64	16	3	19	31.7
65-74	20	-	20	33.3
75	6	1	7	11.7
Todos	51	9	60	100.0

* Hospital Universitario del Valle.

cigarrillo. Alrededor de 20% (7 hombres y 4 mujeres) negaron este hábito y en 9 hombres (15%) no aparecía consignada esta información en la historia clínica. No hubo datos sobre la cantidad de cigarrillos al día ni la edad cuando se comenzó a fumar. Con respecto al hábito del cigarrillo la relación hombre/mujer fue de 7:1 para quienes contestaron afirmativamente y 1.7:1 para los que decían no fumar.

DURACION DE LA ENFERMEDAD: El 81.7% de los pacientes consultó al médico en el término de menos de 1 año de iniciados los síntomas de disfonía, tos, disfagia y otros. Una quinta parte lo hizo entre 1 y 3 años de duración de la enfermedad y ninguno después de 3 años. La precocidad de la consulta no estuvo directamente relacionada con el lugar de residencia habitual. Tanto hombres como mujeres consultaron rápidamente al médico después de iniciados los síntomas en forma persistente; sin embargo, todas las mujeres lo hicieron durante el primer año mientras que una quinta parte de los hombres consultó entre 1 y 3 años de iniciada la enfermedad. La edad de cada una de las personas, 11 en total, de este último grupo era superior a 55 años.

En el momento del diagnóstico 62% de los sujetos presentaron estados tumorales clasificados clínicamente como III y IV. Estos estados correspondían también a las 11 personas que consultaron tardíamente (3 con estado III y 8 con clasificación IV). Una tercera parte de los enfermos exhibía tumores en estados I y II, principalmente en

CUADRO 2. Estado del Tumor y Duración de la Enfermedad. Cáncer de Laringe, H.U.V. Cali, 1964-1972.

Duración de la enfermedad*	Estado del tumor					Total	
	I	II	III	IV	S.D.**	No.	%
1 año	3	15	5	21	5	49	81.7
1 - 3 años	-	-	3	8	-	11	18.3
Todos	3	15	8	29	5	60	
%	5	25	13.3	48.3			100.00

* Tiempo transcurrido desde la iniciación de los síntomas hasta el diagnóstico clínico.

** Sin dato.

CUADRO 3. Defunciones según Sobrevida después del Diagnóstico. Cáncer de Laringe, H.U.V. Cali, 1964-1972.

Tiempo	Muertos por tumor	Muertos otra causa	Tasa de letalidad x 100 (N=60)
1 año	17	2	28.2
1 - 4 años	7	-	11.7
5 años	6	-	10.0
Todos	30	2	50.0

estado II (25% del total). Solo 3 pacientes tuvieron lesiones de estado I. (Cuadro 2).

SEGUIMIENTO: De los 60 enfermos estudiados 30, o sea 50%, murieron en el término de 5 años después del diagnóstico como consecuencia del carcinoma (causa básica de muerte). De estas muertes 56.7% ocurrieron durante el año siguiente al diagnóstico (Cuadro 3), todos en pacientes con estados III y IV de tumor. No se pudo localizar a 10 (17%) de los casos.

En términos generales, 92% de las muertes ocurrieron en pacientes con clasificaciones III y IV. No se conoce el estado actual de los no localizados cuya frecuencia según el estado del carcinoma estaba repartida por igual entre I-II y III-IV. Se sabe que 18 enfermos están vivos; en 10 las lesiones eran estado I y II en el momento del diagnóstico y en 8 los estados fueron III y IV, pero estos incluyen diagnósticos recientes que aún no completan sus 5 años.

TRATAMIENTO ELEGIDO: El 80% de los pacientes (45 casos) recibió como tratamiento electivo alguna forma de cirugía. Casi en las dos terceras partes (34 casos) se ofreció cirugía como único tratamiento y en una quinta parte (11 casos), a esta conducta después se agregó radioterapia. (Cuadro 4).

El procedimiento quirúrgico más común fue la laringectomía radical. En algo más de la mitad de los pacientes sometidos a cirugía se practicó esta operación (24 de 44), especialmente en estado tumoral III y IV. En los casos de estado IV, también fue el procedimiento de elección y constituyó el 50% de los tratamientos brindados a estos enfermos. En un 23% el único tratamiento hecho a personas con el mismo estado de tumor fue la radioterapia.

En el Cuadro 4 se ve también que se ofrecieron distintos procedimientos quirúrgicos aún en unos mismos estados. Esto fue más notorio en pacientes con tumores de clasificación II. Para este grupo el procedimiento más común fue la laringectomía total, pero también se practicaron laringectomías radicales y hemi-laringectomías. Todavía es más notorio observar procedimientos diferentes a la laringectomía radical practicadas en pacientes con estados III y IV.

Hubo varias complicaciones como consecuencia del procedimiento quirúrgico elegido; por ejemplo, 82% de los pacientes sometidos a cirugía se infectaron. La tasa de infección fue mayor en pacientes con laringectomía radical

CUADRO 4. Método de Terapia y Estado del Tumor. Cáncer de Laringe, H.U.V. Cali, 1964-1972.

Método	Estado del Tumor				Total	
	I	II	III	IV	No.	%
Cirugía	3	11	6	14	34	62.0
L. T.	-	6	1	1	8	
L. R.	-	3	4	13	20	
H. L.	-	2	-	-	2	
C. T.	3	-	-	-	3	
H. R.	-	-	1	-	1	
Combinado	-	3	2	6	11	20.0
L. T.	-	3	1	2	6	
L. R.	-	-	1	3	4	
H. L.	-	-	-	-	-	
A. C.	-	-	-	1	1	
Radioterapia	-	-	-	7	7	12.7
No tratamiento	-	-	-	1	1	1.7
Sin dato	-	1	-	1	2	3.6
Todos	3	15	8	29	55	100.00

* L. T. = Laringectomía total

L. E. = Laringectomía radical

H. L. = Hemilaringectomía

C. T. = Cordectomía

H. R. = Hemilaringectomía radical

** Cirugía más radioterapia postoperatoria.

(40%); en la laringectomía total y el tratamiento combinado de cirugía más radioterapia la tasa de infección fue 17.7% y 18.1% respectivamente. Por otra parte, 43.2% de los pacientes quirúrgicos hicieron necrosis de los colgajos, complicación que fue más común para los procedimientos radicales y totales; además 38.6% hicieron fístulas faríngeas y en 2 casos se presentó ruptura de la carótida. El Cuadro 5 muestra los hallazgos histológicos correspondientes a los vaciamientos ganglionares efectuados.

DISCUSION

Con las debidas reservas por tratarse de una revisión de historias clínicas de pacientes hospitalarios que pueden no ser representativos de la población general, haremos algunas consideraciones epidemiológicas, que permitan la compa-

CUADRO 5. Vaciamiento Radical de Cuello y Nódulos Metastásicos. Cáncer de Laringe, H.U.V. Cali, 1964-1972.

Nódulos	Pacientes		Resultados	
	Todos	Vaciados	Positivo	Negativo
N ₀	18	3	-	3
N ₁	8	8	2	6
N ₂	22	17	12	5
N ₃	7	3	3	-
Todos	55	31	17	14

ración con las descritas en otras partes del mundo en relación al carcinoma de laringe.

El cáncer de laringe es más frecuente, después de la quinta década de la vida tanto en hombres como en mujeres. La tasa mayor para hombres podría estar relacionada con el hábito de fumar cigarrillo. Varios estudios señalan que esta observación es válida aún para comunidades donde recientemente se haya popularizado este hábito⁵. Es posible sin embargo, que además del cigarrillo otros factores de mayor importancia expliquen la relación casi igual por sexos en personas menores de 50 años. La raza al parecer no confiere una susceptibilidad mayor a la enfermedad. La frecuencia menor en los negros, comparada con la de los blancos, simplemente refleja la composición de razas en la población general.

Los síntomas más frecuentes en pacientes afectados por esta neoplasia fueron principalmente la disfonía en el 78% de los pacientes y la disfagia en el 22%. Su severidad y persistencia determinaron una consulta médica temprana, hecho que fue más evidente en las mujeres. Pero a pesar de la relativa precocidad para consultar una vez iniciada la enfermedad, en dos terceras partes de los pacientes se encontró carcinoma de laringe en estados III y IV. A su turno esta situación se tradujo en una tasa de letalidad alta, especialmente en el año que siguió al diagnóstico.

La localización, extensión y comportamiento biológico del tumor tienen una importancia capital en la selección del método terapéutico más adecuado. Aunque casi todas las neoplasias en la región laríngea son carcinomas epidermoides, la variabilidad del comportamiento biológico es tal que lesiones de igual tamaño en sitios adyacentes pueden tener pronóstico diferente y exigir formas diferentes de tratamiento. La forma más apropiada de terapia será aquella que garantice una mayor sobrevida y que preserve en lo posible la función laríngea con una deglución normal.

Para estados avanzados del tumor (III y IV especialmente) el tratamiento combinado de radioterapia preoperatoria y resección quirúrgica de la lesión primaria con vaciamiento radical de cuello quizás es la conducta más adecuada⁶. Sin embargo la proporción de complicaciones postoperatorias también parecen ser más frecuentes con este método terapéutico, según observaciones de los últimos 3 años en nuestro servicio de otorrinolaringología. Por otra parte, la laringectomía parcial en casos especiales produce tasas de curabilidad tan buenas como las que siguen a la laringectomía total para lesiones similares⁶.

El pronóstico para el paciente depende del sitio y extensión de la lesión. Las lesiones glóticas tienen en general buen pronóstico y son susceptibles de manejo con radioterapia. Las metástasis en esta localización del tumor son raras.

En neoplasias infra y supraglóticas el pronóstico está sujeto a la extensión y compromiso metastásico de los ganglios cervicales. La tasa de positividad en la presente serie, estuvo en proporción directa con la movilidad y extensión de los nódulos del cuello. Así se ve en el Cuadro 5 como en 3 pacientes sin ganglios palpables clínicamente (No) se prac-

ticó vaciamiento profiláctico y en informes patológicos fue negativo. En el otro extremo, con nódulos linfáticos palpables y fijos (N₃) se practicó vaciamiento a 3 pacientes comprobándose positividad en todos ellos. El vaciamiento de las formas ganglionares móviles homo y contralaterales en 25 pacientes con cáncer de laringe (N₁ y N₂) mostró malignidad en un 56% de los casos.

Finalmente, un aspecto importante de los pacientes con carcinoma de laringe es la rehabilitación de la voz. Los métodos de reconstrucción quirúrgica después de una laringectomía total^{7, 8} no han sido ensayados suficientemente en nuestros enfermos, según los aconsejan varias autoridades⁷⁻⁹. Resultados alentadores se han obtenido con la voz faringoesofágica. A nuestro juicio este método parece el más recomendable dadas las condiciones socioculturales de los pacientes. Sin embargo, solo una casuística más numerosa y el ensayo de otras técnicas descritas en la literatura^{10, 11} permitiría respaldar esta hipótesis. Explicaciones e instrucciones muy precisas sobre este método se imparten a los pacientes antes del procedimiento quirúrgico. El entrenamiento de la nueva voz se inicia precozmente en el postoperatorio. Características muy especiales del paciente tales como la edad, estado anímico y estado de las vías digestivas altas son factores determinantes para el éxito del método ensayado.

Desafortunadamente el escaso número de pacientes revistos y la pobreza de la historia clínica no permitió un análisis más detallado de los aspectos comentados anteriormente. Parece recomendable mirar con detenimiento en estudios prospectivos el comportamiento del carcinoma de laringe y discutir más a fondo los factores que deben tenerse en cuenta en la selección de los métodos de la terapia a fin de conseguir un aumento substancial en las tasas de curabilidad y preservación de la función laríngea.

SUMMARY

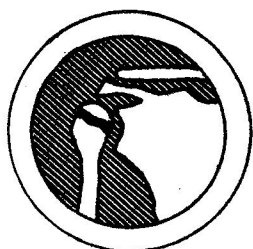
A case history revision of 60 patients with carcinoma of Larynx was carried out in the University teaching Hospital in Cali, Colombia. The 76.7% of the patients were 55 years old and over. The male/female ratio was 5:1. No differences by race were found. The smoking habit was associated with the major frequency of the tumor.

In spite of a precocity in looking for medical care the patients exhibited advanced clinical stages of the tumor (62% stages III and IV). The fatality rate was high. The commonest treatment was the radical laryngectomy. The localization, extension and biological behavior of the lesion were related with the prognosis of the disease.

REFERENCIAS

1. Wynder, E.L., Bross, I.J. y Day, E.A.: A study of environmental factor in cancer of the larynx. *Cancer*, 9: 86-110, 1956.
2. Dmochowski, L.: Present status of viruses as causative agents of cancer. *Bull Southern Med Ass*, 54: 65-74, 1966.
3. Cowdry, E.V.: Malignant neoplasms of larynx. in "Etiology

- and prevention of cancer in man". 1968, New York. Appleton-Century-Crofts, pp. 123-128.
4. Ogura, J.H. y Mallen, R.W.: Carcinoma of the larynx. Diagnosis and treatment. *Postgrad Med*, 34: 493-498, 1963.
 5. Muñoz, N., Correa, P, y Bock, F.: Comparative carcinogenic effect of two types of tobacco. *Cancer*, 21: 376, 1963
 6. Ogura, J.H., Saltzstein, S.L., SPJUT HJ.: Experiences with conservation surgery in laryngeal and pharyngeal carcinoma. *Laryngoscope*, 71: 258-276, 1961.
 7. Asai, R.: Asai's new voice production method. A substitution for human speech. Trabajo leído en el 8o. Congreso Internacional de Otorrinolaringología, Tokio, Japón, Oct. 1965.
 8. Miller, A.H.: First experiences with the Asai's technique for vocal rehabilitation after total laryngectomy. *Ann Otol*, 76: 829-833, 1967.
 9. Arslan, M. y Serafini, I.: "Restoration of laryngeal functions after total laryngectomy. Report on the first 25 cases. *Laryngoscope*, 82: 1349-1360, 1972.
 10. Conley, J.J., De Amesti, F. y Pierce, M.K.: A new surgical technique for the vocal rehabilitation of the laryngectomized patient. *Ann Otol*, 67: 655-664, 1968.
 11. McCall, J.W. y Whitaker, C.W.: The use of prosthesis in the larynx and trachea. A preliminary report. *Ann Otol*, 71: 397-403, 1962.



ASOCIACION COLOMBIANA DE REUMATOLOGIA

MIEMBRO DE LA LIGA PANAMERICANA CONTRA EL REUMATISMO
MIEMBRO DE LA LIGA INTERNACIONAL CONTRA EL REUMATISMO

Apartado aéreo 90331

Bogotá D.E. Colombia

TERCER SIMPOSIO COLOMBO-VENEZOLANO SOBRE
ENFERMEDADES REUMATICAS
17 y 18 DE MARZO DE 1975

AUDITORIO DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE SEGUROS SOCIALES
(ICSS), SANTIAGO DE CALI.

EL COMITE ORGANIZADOR LO INVITA

Valor de la Inscripción: \$ 400.00

Doctor Arnold Gómez L.
Tel: 651589

Doctor Pérez Starusta B.
Tel: 671824

La Beneficencia del Valle del Cauca contribuye a la publicación de Acta Médica del Valle en su esfuerzo por mejorar la atención médica de la región.