

Cáncer laríngeo-hipofaríngeo. Evaluación en el Hospital San Juan de Dios.

Laryngo-hypopharyngeal cancer. Evaluation at the San Juan de Dios Hospital

José Miguel Contreras R¹, Erich Niklitschek B¹, Alejandro Paredes W¹,
Juan Cristóbal Maass O²

RESUMEN

El cáncer de laringe corresponde al 1% del total de cánceres y al 25% de los de cabeza y cuello y aún existen controversias en relación con su manejo. En Chile, el último estudio de sobrevida data de 1989. En nuestro estudio se plantea como objetivo evaluar el cáncer de laringe en sus formas de presentación, estudio y tratamiento realizado en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital San Juan de Dios, además de conocer la sobrevida actual de los pacientes. Para ello se revisaron los registros clínicos de los pacientes con estudio de etapificación completo ingresados entre 1994 a 1999. Se dividió a los pacientes según la intención o no de intento curativo. Del Servicio de Registro Civil e Identificación se obtuvo el listado de pacientes fallecidos al cierre del estudio calculando la sobrevida a través del método actuarial. Resultados: Se obtuvieron 70 pacientes, 89% de sexo masculino con edad promedio de 64 años (rango 40-94). Ubicación en la laringe 78% y en hipofaringe 22%. El 74,4% en estadios avanzados (III-IV). El hábito tabáquico estuvo presente en 90% y el consumo excesivo de alcohol en 55%. En el 70% se realizó intento curativo. En ellos, el 80% correspondió a la laringe y el 58% fueron de la glotis. La histología predominante fue carcinoma espinocelular. Se realizó tratamiento a un 12% con radioterapia exclusiva; a 33% con cirugía exclusiva y a un 55% tratamiento combinado: cirugía y radioterapia. Las laringectomías totales fueron en un 73% de los pacientes. Se realizó vaciamiento ganglionar cervical en el 67% siendo bilateral en un 90%. Las complicaciones alcanzaron a un 55.1%, siendo la fístula faringocutánea en un 26%. La sobrevida general a los 2 y 5 años fue, respectivamente, de 58,8% y 56,2% y dentro de los con intento curativo de un 81,4 y 78,3% respectivamente. Discusión: Se discuten los distintos factores y problemas relacionados con su manejo. Los resultados obtenidos son similares en cuanto a factores predisponentes, histología, manejo, complicaciones, localización y sobrevida a la literatura existente en Chile y en el extranjero.

Palabras claves: *cáncer, laringe, hipofaringe, sobrevida.*

SUMMARY

Laryngeal cancer constitutes a 1% of cancer cases, and 25% correspond to head and neck cancer. There are still controversies with regards to its management. The last Chilean survival

Presentado en Reunión de la Sociedad Chilena de Otorrinolaringología, Medicina y Cirugía de Cabeza y Cuello. Mayo 2000.

1 Médicos Servicio de Otorrinolaringología Hospital San Juan de Dios.

2 Interno de Medicina. División Occidente, Universidad de Chile.

rate study dates back to 1989. The purpose of this work is to evaluate laryngeal cancer in its forms of presentation, and also establish the present patient survival rate. The study and treatment is carried out at the ENT department of the San Juan de Dios Hospital. A review of the clinical records of patients that are admitted between 1994 to 1999 with a complete staging study is carried out for this purpose. The patients are divided according to the curative or non-curative scope. The list of deceased patients at the closure of this study is obtained from the Registry and Identification Office, and the survival rate is estimated using the current method. The results are that 70 patients are obtained, 89% of which are male patients the average age being 64 years old (ranging from 40 to 94). 78% are located in the larynx and 22% in the hypopharynx. 74.4% correspond to advanced staging (III-IV). Tobacco habit is present in 90% of the patients and excessive alcohol consumption in 55%. A curative attempt is performed in 70% of them, 80% of which correspond to larynx and 58% to glottis. The predominant histology is squamous cell carcinoma. Exclusive radiotherapy treatment is performed in 12% of the patients; exclusive surgery in 33%, and a combined treatment of surgery and radiotherapy in 55%. Total laryngectomy is performed in 73 % of the patients. Cervical lymph node radical surgery is performed in 67%, being bilateral in 90% of the cases. Complications are present in 55.1%, being in 26% pharyngocutaneous fistula. The general survival rate at 2 and 5 years is 58.8% and 56.2% respectively, and among those with a curative scope 81.4% and 78.3% respectively.

Discussion: The different factors and problems related to its management are discussed. The results obtained in relation to predisposing agents, histology, management, complications, localisation and survival rate are similar to those shown in the Chilean literature and abroad.

Key words: cancer, larynx, hypopharynx, survival rate.

INTRODUCCIÓN

El cáncer laríngeo, es una patología de frecuencia relativamente baja; tiene una incidencia de un 1% del total de cánceres y de un 25% de los cánceres de cabeza y cuello¹. Su tasa de letalidad es menor al 1% en todos los cánceres, lo que habla de su relativo mejor pronóstico¹. En Chile se describe una tasa global de letalidad para el cáncer de laringe de 8,8 por 100.000 habitantes con una relación de letalidad hombre: mujer de 6,1:1².

Al momento del diagnóstico un 60% se encuentran localizados a nivel del tumor primario, un 25% con enfermedad regional (adenopatías) y un 15% con metástasis a distancia¹. La histología en estos cánceres corresponde, en alrededor de un 95%, a carcinomas espinocelulares³. La presencia de cánceres metacrónicos ocurre entre un 5 y un 10% de los casos y las ubicaciones más frecuentes son esofágico y broncopulmonar¹.

Los factores de riesgo más importantes son el tabaquismo, lejos el más relevante que es dosis

dependiente; alcoholismo, especialmente asociado a las localizaciones hipofaríngeas y supraglóticas, la papilomatosis laríngea de inicio en el adulto (serotipos 16,18), factores laborales (exposición a metales tóxicos, inhalantes) y un factor que aún está en discusión que es el antecedente de reflujo gastroesofágico¹.

El manejo terapéutico del cáncer laríngeo estandarizado actualmente depende de la localización y del estadio al momento del diagnóstico; así en los T₁ en general se prefiere la radioterapia exclusiva⁴, en los T₂ algunos autores optan por la radioterapia y otros por la cirugía⁵⁻⁷, los T₃ y T₄ se tratan con cirugía y radioterapia postoperatoria siempre y cuando los tumores en estados avanzados puedan ser resecaos con criterios oncológicos^{8,9}. En cuanto a las adenopatías, la incidencia de metástasis regionales es alta para los cánceres ubicados en supraglotis, hipofarínge y subglotis¹⁰. En los pacientes sin ganglios linfáticos palpables, es decir N₀, se pueden tratar con radioterapia o vaciamiento cervical cuando la posibilidad de tener adenopatías

ocultas (+) es mayor de un 20%, de lo contrario no requieren tratamiento¹⁰⁻¹²; en los N₁ se hará con un vaciamiento cervical selectivo o radical modificado o radioterapia^{11,12}; en los N₂ vaciamiento cervical que de acuerdo a los hallazgos operatorios puede ser selectivo o radical más radioterapia, en los N₃ requieren un vaciamiento radical más radioterapia y se debe valorar la posibilidad real de resección de la adenopatía^{11,12}. Si se detectan metástasis a distancia, se opta por un tratamiento paliativo (radioterapia o radio-quimioterapia o solo terapia de sostén)¹³.

Existen controversias en cuanto al tratamiento, por ejemplo: la ubicación en comisura anterior y cuerda vocal posterior aunque correspondan a un T₁, tienen peor pronóstico con radioterapia exclusiva, por lo que algunos centros sugieren el manejo quirúrgico^{14,15}. En cuanto a los cánceres precoces de supraglotis es posible manejarlos con radioterapia exclusiva, esquema considerado de riesgo por algunos especialistas por la presencia de hasta un 60% de adenopatías cervicales ocultas positivas por lo que se sugiere un manejo quirúrgico del primario asociado a un vaciamiento cervical^{14,15}.

Las terapias de conservación de órgano con radio-quimioterapia en cualquiera de sus combinaciones y orden, no están exentas de polémica por la alta tasa de morbilidad asociada y porque no se ha demostrado que prolongue la sobrevida del paciente^{13,16}.

Para el cáncer *in situ*, algunos autores sugieren que por su baja tasa de división celular no tendrían buen resultado con la radioterapia y preferirían la cirugía. Sin embargo otros autores muestran excelentes resultados con radioterapia exclusiva^{14,15}.

El cáncer verrucoso ha sido asociado a transformación anaplástica relacionada a la radioterapia exclusiva sin embargo existen otros autores que no han encontrado esta asociación^{14,15}.

Para la sobrevida del cáncer de laringe existen diferentes resultados. En comunicaciones extranjeras es de aproximadamente 67% a 5 años^{1, 6-8} y en Chile existen datos de la década del 80 que muestran un 58% a 5 años¹⁷; dentro de las ubicaciones los de mejor pronóstico son los

glóticos (85,7%), luego supraglóticos (68,7%), hipofaríngeos (57%) y transglóticos (56,7%)¹⁷.

Los propósitos de este estudio son actualizar los datos del cáncer laringo-hipofaríngeo de acuerdo a la experiencia local en nuestro Servicio resaltando algunas variables asociadas a ella como las formas de presentación, tratamiento y resultados obtenidos en el manejo de él.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Se revisó un total de 70 fichas clínicas de pacientes portadores de cáncer laringeo o hipofaríngeo que habían ingresado al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital San Juan de Dios de Santiago de Chile entre enero de 1994 y diciembre de 1999, con registro de haberseles realizado una biopsia en él. Se analizó además la información de aquellos pacientes que recibieron radioterapia (fichas clínicas del Instituto Nacional del Cáncer Caupolicán Pardo así como las realizadas en otros centros).

La muestra se constituyó de 62 hombres y de 8 mujeres quienes fueron sometidos a un estudio estandarizado de etapificación que incluía historia clínica, examen físico, exámenes generales, nasofibrolaringoscopia, tomografía axial computada, laringoscopia directa y biopsia, evaluación nutricional, radiografía de tórax, cintigrama óseo, ecotomografía abdominal (los dos últimos solo en caso de adenopatías palpables). Posteriormente fueron presentados al Comité de Cabeza y Cuello del Instituto Caupolicán Pardo, acordándose terapéuticas en conjunto.

Los pacientes fueron divididos en dos grupos:

- a) con intento curativo (pudieron acceder a un tratamiento con posibilidades de curación)
- b) sin intento curativo (presentaban su patología fuera del alcance terapéutico o rechazaron el tratamiento).

Al cierre del estudio (19 mayo de 2000) se envió al Servicio de Registro Civil e Identificación el listado de los pacientes obteniéndose el certificado de defunción de aquellos pacientes fallecidos.

El análisis de los gráficos y tablas de sobrevivencia se realiza a través del método actuarial.

RESULTADOS

De los 70 casos totales el 89% (n=62) era del género masculino, el 77% (n=54) estaba ubicado en la laringe y el 23% (n=16) en la hipofaringe. Las mujeres constituyeron el 12,5% (n=6) en la laringe y el 14% (n=2) en la hipofaringe. El promedio de edad fue de 64,3 años con rangos entre los 40 y 94 años.

La distribución proporcional del cáncer entre laringe e hipofaringe es de 3,4:1 y la relación hombres:mujeres es de 8:1.

La presencia de un segundo primario fue observada en 2 pacientes que corresponde al 3% de la muestra (1 en tiroides y el otro en colon) y en un 49% (34 pacientes) de los casos fue necesaria la realización de una traqueotomía al momento del diagnóstico dado el compromiso de la vía aérea alta por parte del tumor.

La distribución por estadio se aprecia en la Tabla 1. Del total, en 52 casos (74,4%) se encontraban en estadio avanzado III ó IV; el 34% tenían adenopatías cervicales palpables y el 3% (2 casos) tenían metástasis a distancia ubicadas en el ámbito pulmonar.

De ellos se pudo extraer la información sobre su hábito tabáquico en el 90%. El 11,4% no tenía antecedentes de fumar, el 15,7% fumaba de 1-19 paquetes-año, 62,9% tenía el antecedente de más de 20 paquetes-año y un 20% más de 50 paquetes-año.

Del total de casos (70): 49 recibieron un tratamiento con intención curativa (70%), 19 recibieron un tratamiento sin intención curativa (27%), por enfermedad avanzada o rechazo a la terapia, y 2 casos se perdieron de los controles posteriores a su diagnóstico (3%).

En el análisis de los pacientes quienes recibieron tratamiento con intento curativo (49 casos), la distribución por edad y género fue: menores de 50 años solamente 3 casos (dos varones); entre los 51-70 años hubo 40 casos siendo el 90% varones y en el grupo mayor a 71 años hubo 6 casos siendo todos varones. El rango de edad fue entre los 40-92 años.

El hábito tabáquico estaba presente en 41 pacientes (83,7%), 6 no fumaban (12,2%) y en 2 (4,1%) no estaba consignado.

En cuanto al alcohol, el consumo excesivo se refirió en el 55,1% (27), bebedores normales en 21 casos (42,9%) y no consignado en 1 caso (2%).

El estado nutritivo de la población no estaba consignado en la ficha en 20 casos (40,8%). De los que se registró este parámetro (29 casos), 6 (20,7%) estaban enflaquecidos y 23 (79,3%) eran normales o sobrepeso. La albúmina en 11 casos (26,2%) era bajo 4 g/dl y 31 (73,8%) era sobre 4 g/dl. Por otro lado linfopenia (bajo 1500) se encontró en 13 (28,3%) de 46 casos registrados.

En la Tabla 2 comunicamos la distribución de esta serie con relación a la localización. La ubicación laringea (88%) de los cánceres es la más frecuente; y dentro de éstos el de localización glótica es el 58%. La histología de estos tumores

Tabla 1. Distribución de la población general por estadios

ESTADIO	Nº	%
0	1	1,4
I	5	7,1
II	12	17,1
III	16	22,9
IV	36	51,5
Total	70	100

Tabla 2. Distribución de los casos curativos según localización

Localización	Nº	%
Laringe	43	88
glótico	(25)	(58)
supraglótico	(6)	(14)
transglótico	(12)	(28)
Hipofaringe	6	12

en un 96% (47) resultaron ser carcinomas, 1 mucoepidermoide y 1 verrucoso.

Al momento de consultar los casos de tratamiento curativo, el 30% solamente se diagnosticó en estadios precoces (18% E-II, 10% E-I y 2% E-0). La gran mayoría estaban en etapas avanzadas (70%): E-III: 29% y E-IV: 41%.

La presencia de adenopatías fue en un 30% siendo un 12% mayores a un N2. En los estados avanzados (T3-T4) había adenopatías en un 42,4%.

El tratamiento ofrecido a estos pacientes: 6 casos (12%) radioterapia exclusiva, 16 (33%) cirugía exclusiva y 27 (55%) cirugía más radioterapia.

Las laringectomías parciales se realizaron en 6 casos en etapa precoz (12,5%) y las totales en el 73% (36 casos). Todas ellas en etapas avanzadas a excepción de 2 que fueron de rescate de estadios precoces (I, II). En el caso del carcinoma *in situ* se realizó decorticación solamente.

Laringectomía total más disección ganglionar se realizó en 31 pacientes y en 23 de ellos se les asoció radioterapia postoperatoria; a los 8 restantes no se les irradió por carecer de esta indicación (vaciamiento cervical N₀ histológico) o por negativa por parte del paciente.

Al 67% de los pacientes operados se les practicó algún tipo de vaciamiento cervical, y cuando se practicó vaciamiento, en un 90% de los casos fue bilateral. De los vaciamentos practicados, 8 (13%) fueron radicales clásicos, 14 (23%) radicales modificados y 38 (64%) selectivos (Tabla 3).

El resultado histopatológico de las disecciones cervicales muestra que de 18 pacientes con N₀

preoperatorio 16 (89%) permaneció como tal posterior a la biopsia.

Las complicaciones quirúrgicas observadas en 43 pacientes operados fueron las siguientes: fístulas faringocutáneas 11 casos (26%); infección de herida operatoria: 4 casos (9,3%); hemorragias 4 casos (9,3%); muerte: 1 paciente (2,3%); otros: 8 casos (18,6%). Sin ninguna complicación: 19 casos (44,1%).

De los 11 pacientes que tuvieron fistula faringocutánea, 6 tenían albúmina normal, 4 tenían albúmina bajo 4 g/l y 1 no estaba consignado el dato. Por otro lado de los pacientes operados con albúmina baja (<4 g/l en 11 pacientes) el 45% tuvo complicaciones postoperatorias: 4 fistulas faringocutáneas y 1 necrosis de piel. De los pacientes que presentaron infección de herida operatoria (4), sólo 1 tenía el antecedente de traqueostomía previa.

Con relación a la recidiva del cáncer, en los de localización laríngea no hubo recidiva local; 2 casos (4,6%) de recidiva a nivel regional y 4 casos (9,2%) metástasis a distancia. En la ubicación hipofaríngea 1 caso (16,7%) recidivó a nivel local, 1 caso (16,7%) a nivel regional y no se presentaron metástasis a distancia.

Se revisaron algunos indicadores generales de la atención. Con relación al tiempo de evolución de los síntomas al momento de la consulta a otorrinolaringológica se observó un promedio de 5,8 meses con un rango entre 2 y 24 meses (n=49). El lapso entre el ingreso al Servicio y su cirugía (n=39) fue en promedio de 37 días con un

Tabla 3. Vaciamiento cervical según estadio "N"

Tipos disección ganglionar	ESTADIO						TOTAL
	N ₀	N ₁	N _{2a}	N _{2b}	N _{2c}	N ₃	
Radical clásico	0	4	1	1	0	2	8 (13%)
Radical modificada	4	7	0	3	0	0	14(23%)
Selectivo	28	5	1*	2*	0	2*	38 (64%)
			*vaciamientos del lado contralateral				
			Bilaterales				90%

Tabla 4. Localización y Estadio de los tumores laringo-faríngeos sin intento curativo

Localización	Estadios						Total	
	II		III		IV		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
Laringe (52.6%)								
Supraglotis	1	10	-	-	1	10	2	20
Glotis	-	-	-	-	-	-	-	-
Transglotis	-	-	2	20	6	60	8	80
Hipofarínge (47.4%)	-	-	-	-	9	100	9	100

Tabla 5. Distribución del tratamiento en los pacientes sin intención curativa

Estadios Tratamientos	LARINGE				HIPOFARINGE	
	II	III	IV	TOTAL	IV	TOTAL
	n	n	n	n	n	n
Rechaza tratamiento	1	2	4	7	3	10
Radioterapia paliativa	-	-	2	2	2	4
Laringectomía total+Radioterapia+Quimioterapia	-	-	-	-	1	1
Radioterapia+Quimioterapia	-	-	1	1	3	4
TOTAL	1	2	7	10	9	19

rango de 2 a 91 días. El tiempo entre la cirugía y el alta fue en promedio de 27 días con un rango entre 10 y 106 días. El tiempo transcurrido entre la cirugía y la radioterapia (n=23) fue de 71 días (10 semanas), con un rango entre 30 y 115 días.

Al analizar la casuística sin intento curativo ésta quedó conformada por 19 pacientes, con un 84% de sexo masculino, la localización era un 52,6% laríngeos y un 47,4% hipofaríngeos (Tabla 4). La distribución etaria fue en un 42% más de 70 años.

El antecedente de tabaco fue positivo en el 89% de los casos (16 de 18) y el 61% de etilismo.

La evaluación nutricional arrojó a 8 pacientes enflaquecidos, 9 normales y 2 no consignados. La albúmina se encontraba bajo 4 g/l en 8 (47%) de 19 pacientes y los linfocitos bajo 1500/cc en 8 (47%) de 19 pacientes.

En relación a la histología 18 casos (95%) eran carcinomas espinocelulares y 1 caso un tumor anaplásico (5%)

En los 19 pacientes sin intención curativa, 10 tenían adenopatías cervicales (+): laríngeos (20%) e hipofaríngeos (78%).

Los tratamientos recibidos en el grupo sin intención curativa son detallados en la Tabla 5; de ellos hubo 10 pacientes que rechazaron la radioterapia paliativa y sólo quedaron con manejo del dolor, 4 pacientes se realizaron radioterapia y 4 pacientes radio quimioterapia, 1 paciente se realizó cirugía (laringectomía total + vaciamiento cervical) + radioterapia + quimioterapia, en el cual al momento de la cirugía se evidenció infiltración carotídea y de la musculatura prevertebral que hicieron que la cirugía no cumpliera criterios oncológicos.

En la Tabla 6 se aprecia la supervivencia general (65 pacientes que se pudo obtener la información adecuada) de 58,8% a 2 años y 56,2% a 5 años. Al comparar los grupos de ubicación laríngea *versus* los hipofaríngeos se ve una mayor supervivencia de los primeros (66,2% a 2 años y 62,8% a 5 años *vs* 37,1% a 2 y 5 años respectivamente). Por otro

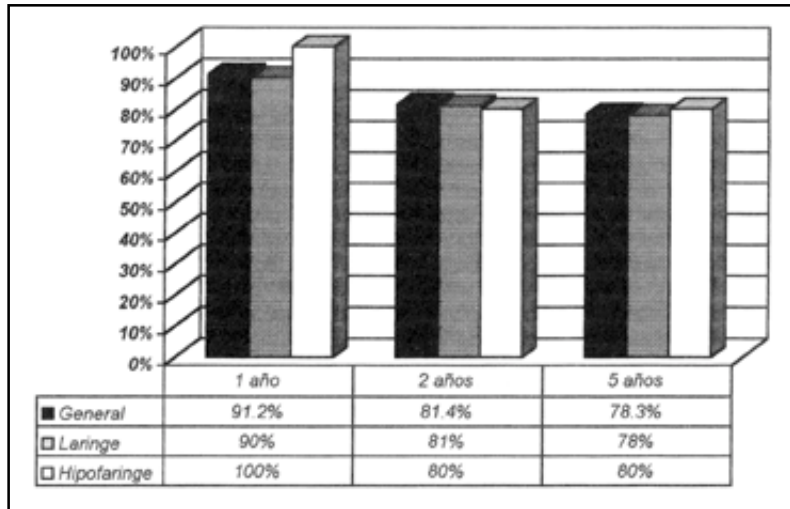


Figura 1. Sobrevida de los pacientes con intento curativo según localización.

lado al dividir a los pacientes en aquellos con intención curativa (tanto laríngeos como hipofaríngeos) y los no curativos se aprecian claras diferencias de sobrevida (81,4% a 2 años y 78,3% a 5 años vs 11,1% y 0% respectivamente).

Tabla 6. Sobrevida (%) de los diversos grupos

Sobrevida	1 año	2 años	5 años
General (n=65)	74.2	58.8	56.2
Laringe (n=50)	76.6	66.2	62.8
Hipofaríngeos (n=15)	66.7	37.1	37.1
Curativos (n=46)	91.2	81.4	78.3
N ₀ curativos (n=19)	29.7	11.1	0

Tabla 7. Comparación de la sobrevida según localización en los cánceres laríngeos y tipo de tratamiento

	TOTAL		CURATIVO	
	2 años %	5 años %	2 años %	5 años %
Supraglotis	65.8	65.8	77.8	77.8
Glóticos	95.6	89.2	95.6	89.2
Transglóticos	28.6	28.6	47.6	47.6

En el Figura 1 se aprecia la sobrevida a 1, 2 y 5 años en los pacientes con intento curativo, donde son muy similares las sobrevidas en las ubicaciones laríngicas e hipofaríngicas, bordeando una sobrevida cercana al 80% a los 5 años.

En la Tabla 7 se comunica la sobrevida de los pacientes con intento curativo y casuística total según ubicación. La sobrevida es mayor en la ubicación glótica (89,2% a 5 años), luego vienen los supraglóticos con un 65,8% a 5 años incluyendo grupo curativo y no curativo (general) y un 77,8% a 5 años en el grupo curativo, por último los transglóticos con un 28,6% a 5 años en el grupo general vs un 47,6% a 5 años en el grupo con intención curativa.

En la Tabla 8 se refleja como va disminuyendo la sobrevida a medida que el estadio es más alto en los pacientes portadores de un cáncer laríngico. En el caso de los tumores hipofaríngicos con intención curativa, que sólo corresponden a 6 casos, tienen una sobrevida de 80% a 5 años.

Se analizó la sobrevida de aquellos pacientes que fueron sometidos a vaciamiento cervical dividiéndolos en 2 grupos: a) N₀ histológicos (aquellos en que el informe histológico fue negativo para neoplasia en el vaciamiento cervical) y b) con informe positivo para neoplasia en su vaciamiento cervical. En los N₀ histológicos (n=16), la sobrevida a 2 y 5 años fue de 93,1% y 84,3%

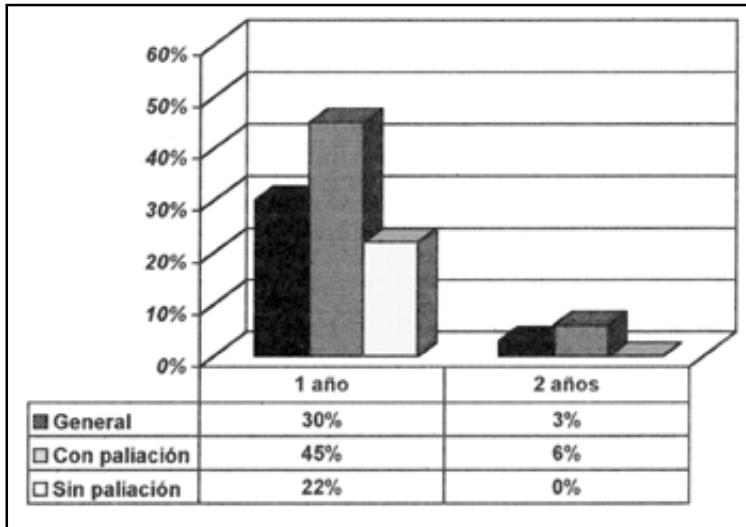


Figura 2. Sobrevida de los pacientes sin intención curativa.

respectivamente, en los N + (n=12) la sobrevida disminuye a 44,1% a 2 y 5 años.

Al dividir a los pacientes en grupo con bordes positivos (n=6; margen de sección quirúrgica a menos de 1 cm. del tumor primario en todos los planos) y grupo con bordes negativos (n=25; margen quirúrgico a más de 1 cm. del tumor primario en todos los planos) se constató en el primer grupo una sobrevida a 5 años de 16,7% vs 89,6% en el grupo con bordes negativos.

La sobrevida según sexo a 5 años es la siguiente: hombres 56%, mujeres: 61,7%.

En la Figura 2 se aprecia la sobrevida a 1 y 2 años del grupo sin intención curativa diferenciándolos en dos grupos:

- a) con paliación (radioterapia con o sin quimioterapia) y
- b) sin paliación (sólo manejo del dolor).

En el primer grupo se vio una sobrevida de 45% a 1 año y 6% a 2 años mientras que en grupo sin paliación de 22% a 1 año y 0% a 2 años. No se observó pacientes que sobrevivieran a 5 años plazo.

DISCUSIÓN

En relación a la distribución según localización: laringea-hipofaríngea, se mantiene una distribu-

Tabla 8. Sobrevida (%) según estadios de los pacientes con intención curativa

	1 año	2 años	5 años
Laringe curativa (n=40)	89,9	81,4	77,9
Estadio I (n=6)	100	100	100
Estadio II (n=10)	89,5	89,5	89,5
Estadio III (n=12)	82,6	72,9	72,9
Estadio IV (n=12)	90,5	62,9	41,8
Hipofaringe curativa (n=6)			

ción proporcional de 3,4:1 similar a otras publicaciones^{17,18}. Por otro lado la distribución según sexo cercana a 8:1 hombre:mujer también se asemeja a otras publicaciones nacionales previas¹⁸. Esto contrasta con datos internacionales donde se ha visto un incremento de esta patología en las mujeres en los últimos años llegando a una relación 5:1, probablemente asociado al mayor consumo de tabaco y alcohol en ese género en el último tiempo¹.

La presencia de un segundo primario en nuestra casuística fue baja (3%); esto pudiera deberse

al tamaño de la muestra, a los deficientes métodos de apoyo diagnóstico utilizados en la parte broncopulmonar (Radiografía de tórax a todos los pacientes y TAC sólo a los que merecen dudas de interpretación de la radiografía) o a una efectiva menor incidencia en nuestro medio, ya que los pacientes no se pierden por neoplasia pulmonar. En relación al estudio esofágico a todos los pacientes se les practicó una esofagoscopia rígida sin pesquisar otro tumor.

La necesidad de traqueostomía al momento del diagnóstico en un 49% de los pacientes da cuenta de lo avanzado de la patología en muchos de ellos. Esto se confirma al detectar que un 74% de los pacientes estaban en estadios III ó IV y que sólo un 70% pudo optar a un tratamiento con intención curativa. No hubo recidiva local por esta instancia (traqueostomía previa a la laringectomía). Por otro lado del total de la muestra sólo 2 pacientes tenían metástasis, lo que implica que estos tumores no tienen una rápida diseminación a distancia y que muchos de los pacientes que no pueden optar a tratamientos curativos se deben al gran compromiso locoregional que los aleja de la alternativa quirúrgica.

Al analizar la distribución etaria de la población, es similar a otras referencias^{17,18}, concentrándose en los grupos de 50 a 70 años. El hábito tabáquico, reconocido como el factor predisponente más importante, es alto en esta casuística, además al analizar la magnitud de este hábito un elevado porcentaje (63%) de los pacientes presentan tabaquismo significativo. El hábito alcohólico excesivo se dio en un porcentaje importante de la muestra, 55%, sin presentar mayores diferencias los de ubicación laríngea y los de hipofaríngea. Estos dos hábitos se dieron en forma similar en la casuística con y sin intención curativa.

Evaluated el estado nutricional, pese a que el registro en las fichas clínicas no fue óptimo, se apreció un compromiso de estos parámetros sobretudo en los pacientes no curativos, probablemente por lo más avanzado de su patología.

En cuanto a la ubicación de los cánceres, en los pacientes curativos fueron más frecuentes los laríngeos y dentro de éstos los de ubicación glótica;

en los no curativos se igualaron en frecuencia los laríngeos y los hipofaríngeos. Esto se puede explicar debido a que los de ubicación hipofaríngea dan sintoma en forma más tardía y al momento de la consulta suelen estar más avanzados. La histología más frecuente fue carcinoma espinocelular, similar en ambos grupos (curativos y no curativos) a lo demostrado por otras publicaciones^{3,17,18}.

La clasificación TNM utilizada permitió etapificar a nuestros pacientes y establecer como a medida que avanza el T aumentan las probabilidades de presentar adenopatías y a su vez, a nivel laríngea se logra pesquisar pacientes en etapas más precoces.

El tratamiento ofrecido a los pacientes con intención curativa, cabe destacar que un porcentaje significativo requirió algún tipo de cirugía, esto puede explicarse debido a lo avanzado de la enfermedad al momento del diagnóstico como para optar a radioterapia exclusiva. Dentro de las cirugías practicadas la más frecuente fue la laringectomía total, por la misma razón anteriormente expuesta. Cuando el paciente tenía la opción de una cirugía parcial se le dio a elegir entre esta alternativa o una radioterapia exclusiva según las recomendaciones particulares de cada caso.

Con relación a los tipos de vaciamiento cervical se optó por vaciamiento radical cuando se sospechaba invasión extracapsular de la adenopatía (mayor de 3 cm), radical modificado cuando se podía preservar alguna de las estructuras no ganglionares del vaciamiento radical clásico dada su lejanía anatómica de la adenopatía que se sospechaba con invasión extracapsular y vaciamiento selectivo cuando las adenopatías eran menores de 3 cm. sin invasión extracapsular^{11,12}. En el caso de los N₀ se procedió a efectuar un vaciamiento cervical cuando la ubicación del primario se asociaba a más de un 20% de meta oculta según fuentes bibliográficas¹⁰.

Al analizar el resultado histopatológico de las disecciones cervicales destaca que la gran mayoría de los pacientes N₀ permanecieron como tal posterior al resultado de la biopsia (89%).

En cuanto a las complicaciones de los pacientes operados la más frecuente fue la fístula

faringocutánea que está dentro de niveles comparables a cifras internacionales (15-40%)¹⁹. Dos pacientes con fístula tenían antecedentes de radioterapia previa y que fueron de evolución muy arrastrada probablemente debido a la fibrosis por la radioterapia. Las infecciones de herida operatoria consideramos que ocurrieron en una frecuencia baja, lo que probablemente se debe a la profilaxis antibiótica utilizada en todos los casos. Un punto interesante a evaluar en el futuro es la duración de esta profilaxis ya que en la actualidad la realizamos 8 horas previas a la cirugía y luego completamos 10 días en dosis terapéuticas. El único caso que falleció post cirugía correspondió a un paciente previamente irradiado que presentó invasión a los grandes vasos cervicales siendo imposible su extirpación completa, posteriormente presentó ruptura carotídea. En general consideramos que las cirugías de rescate (previamente irradiados) constituyen el factor de riesgo más importante para el desarrollo de complicaciones. Otro factor de riesgo que se detectó en nuestra casuística fue el deterioro de los parámetros nutricionales sobretodo en el desarrollo de la fístula faringocutáneas (36,3% vs 17,9%).

La recidiva de la enfermedad en los pacientes con intento curativo fue baja tanto a nivel local, regional y a distancia, lo que da cuenta de la eficacia de la terapéutica.

En relación a los lapsos de tiempo transcurrido en algunas variables que reflejan la calidad de atención se observan importantes deficiencias. Es muy tardía la consulta al especialista; el tiempo entre el ingreso y la cirugía dura en promedio más de un mes lo que también consideramos excesivo. Por otro lado cabe destacar que el inicio de la radioterapia es en promedio 10 semanas posteriores a la cirugía, muy lejos de lo ideal (menos de 6 semanas)¹³ y esto es debido a la dificultad de conseguir hora en el centro de radioterapia.

De los pacientes sin intento curativo, solo en la mitad se realizó algún tipo de radioterapia paliativa, el resto solo quedó con terapia de apoyo para el dolor.

Con relación a la sobrevida general encontramos cifras similares a otras publicaciones nacio-

nales^{17,18} y extranjeras^{1,6-8}, probablemente por la similitud de criterios diagnósticos y terapéuticos. Al comparar por estadios, se observó un deterioro lógico de la sobrevida a medida que aumentaba el estadio al momento del diagnóstico; este punto refuerza la necesidad de un diagnóstico precoz.

La localización más favorable para una mejor sobrevida fue la glótica, probablemente por lo precoz de su sintomatología y el mayor número de paciente en estadios más pequeños al momento de la consulta. Llama la atención la excelente sobrevida de los pacientes de localización hipofaríngea con intento curativo (80% a 2 y 5 años), que pudiese deberse al tamaño de la muestra.

Al analizar los márgenes quirúrgicos, en nuestra muestra se demostró claramente que cuando estos cumplían criterios oncológicos se obtenía una sobrevida mucho mayor que cuando no se lograban (89,6% vs 16,7%). También se apreció que cuando el vaciamiento cervical detectaba metástasis ganglionar se deterioraba el pronóstico del paciente a pesar de la radioterapia postoperatoria (84,1% vs 44,1%). No se observó diferencias en la sobrevida por sexo.

Al analizar el grupo sin intención curativa, destaca su pésimo pronóstico general; aquellos que recibieron radioterapia o radioquimioterapia experimentaron una tendencia a mejor sobrevida a 2 años (6% vs 0%), sin diferencias significativas. Aquellos que no recibieron paliación, en algunos casos se trató de la opción tomada por el paciente pero en otros fue debido a la dificultad de conseguir hora para la radioterapia.

CONCLUSIONES

- a. El cáncer de laringe e hipofaringe es letal de no mediar un tratamiento oncológico que inter venga en su evolución espontánea
- b. Parece ser que el alcohol y el tabaco se relaciona con la generación del cáncer, por estar presentes ellos como antecedentes en un alto porcentaje y por el alto consumo
- c. La sobrevida de esta patología, en aquellos pacientes que hubo una intervención médica

- con intento de curar, se mantiene en cifras cercanas a un 80%. Esta cifra es similar a la presentada por el autor en un período de 8 años de observación hace 12 años atrás. También, estas cifras son comparables a la experiencia de otros centros internacionales.
- d. El intento de realizar un tratamiento paliativo con radioterapia o radioquimioterapia, en una cifra global, muestra una tendencia no significativa a prolongar la sobrevida del paciente.
 - e. Otros índices de pronóstico aparte de la etapificación, como son los relacionados al examen histológico: márgenes positivos, compromiso nodal, se verifican en este trabajo como concordantes de mal pronóstico.
 - f. Las complicaciones quirúrgicas fueron de baja frecuencia; la radioterapia previa y los parámetros nutricionales alterados, aumentan el riesgo de aparición de éstas.
 - g. Queremos destacar que los resultados obtenidos en nuestros pacientes son producto del esfuerzo de un equipo de profesionales de la salud que cuenta con recursos muy limitados.
 - h. Esta revisión nos ha permitido detectar nuestras principales fortalezas y falencias. Nuestra sensación es que estamos llegando a un tope en la sobrevida en los últimos 20 años, porque los tratamientos no se han modificado en forma significativa y porque seguimos diagnosticando tardíamente esta patología en un grupo importante de la población. Por lo tanto constituye un gran desafío el fomento del diagnóstico precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. KOUFMAN J, BURKE, A. The etiology and pathogenesis of laryngeal carcinoma. *Otolaryngologic clinics*. 1997; 30:1. 1-19.
2. KIRSHBAUM A, ARACENA M. Tumores malignos del oído, nariz y garganta. Defunciones en Chile 1982 a 1991. *Rev otorrinolaring* 1994; 54: 33-6.
3. SCHWARTZ M. "Pathology of laryngeal tumors". Thawley S, Panje W, Batsakis J, Lindberg R. *Comprehensive management of the head and neck tumors*. Philadelphia; W. B. Saunders Company, 1999; 950-78.
4. BAEZA M, LIRA E, PLANDIURA J, SUITT A. Tratamiento del cáncer de cuerda vocal en etapas tempranas. *Rev. Otorrinolaring*; 1989; 19: 17-21.
5. THAWLEY S. "Therapy of the larynx: surgical anatomy". Thawley S, Panje W, Batsakis J, Lindberg R. *Comprehensive management of the head and neck tumors*. Philadelphia; W. B. Saunders Company, 1999; 979-1005.
6. THAWLEY S, SESSIONS D, DEDDINS A. "Surgical therapy of supraglottic tumors". Thawley S, Panje W, Batsakis J, Lindberg R. *Comprehensive management of the head and neck tumors*. W. B. Saunders Company, 1999; 1006-38.
7. HOGIKYAN N, BASTIAN R A. "Surgical therapy of glottic and subglottic tumors". Thawley S, Panje W, Batsakis J, Lindberg R. *COMPREHENSIVE MANAGEMENT OF THE HEAD AND NECK TUMORS*. W. B. Saunders Company, 1999; 1039-68.
8. SILVERMAN C, MARKS J. "Planned combined radiotherapy and surgery". Thawley S, Panje W, Batsakis J, Lindberg R. *COMPREHENSIVE MANAGEMENT OF THE HEAD AND NECK TUMORS*. W. B. Saunders Company, 1999; 1069-79.
9. LEVINE P, BRASNU D, RUPARELIA A, LACCOURREYE O. Management of advanced stage laryngeal cancer. *Otolaryngologic clinics*; 1997; 30:1. 101-12.
10. PILLSBURY H, CLARK M. A rationale for therapy of the N 0 Neck. *Laryngoscope*; 1997; 107: 1294-1314.
11. SCHULLER D, BIER-LANING C. Laryngeal carcinoma nodal metastases and their management. *Otolaryngologic clinics*; 1997; 30:2. 167-77.
12. MYERS EN, FAGAN JF. Management of the neck in cancer of the larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol*; 1999; 108 (9): 828-32.
13. HOFFMAN H, McCULLOCH T, GUSTIN D, KARNELL L. Organ preservation therapy for advanced-stage laryngeal carcinoma. *Otolaryngologic clinics*; 1997; 30:1. 113-30.
14. DAVIS L, WILLIAMS H. "Controversy in the management of laryngeal tumors: radiation therapy perspective". Thawley S, Panje W, Batsakis J, Lindberg R. *Comprehensive*

- management of the head and neck tumors*. W. B. Saunders Company, 1999; 1081-1089.
15. ENDICOTT J, ANDERSON W. "Controversy in the management of laryngeal tumors: surgical perspective". Thawley S, Panje W, Batsakis J, Lindberg R. *Comprehensive management of the head and neck tumors*. W. B. Saunders Company, 1999; 1090-1104.
16. PIGNON JP, BOURCHIS J, DOMENGE C, DESIGNE L. Chemotherapy added to locoregional treatment for head and neck squamous-cell carcinoma: three meta-analyses of updated individual data. MACH-NC collaborative group. Meta-analysis of chemotherapy on head and neck cancer. *Lancet*; 2000; 18; 355(9208): 949-55.
17. CONTRERAS J M, LIEBNER A, CALABRESSE R, PLANDIURA J. Cáncer de laringe e hipofaringe evaluación de los años 1980 a 1988. *Rev. Otorrinolaring*; 1989; 50: 25-33.
18. CELEDÓN C, LÓPEZ R, BÜCHI M, D' OTTONE E, LEÓN N. Cáncer de laringe e hipofaringe. *Rev. Otorrinolaring*; 1981; 41:45-50.
19. WEISSLER M. Management of complications resulting from laryngeal cancer treatment. *Otolaryngologic clinics*; 1997; 30:2. 269-78.