

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
HOSPITAL GENERAL DOCENTE
ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ
MORÓN

Título: Caracterización clínico patológica de pacientes con cáncer de laringe atendidos en el servicio de Otorrinolaringología.

TESIS EN OPCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER
GRADO EN OTORRINOLARINGOLOGÍA.

Autor: Dra. Delmys Judith Vásquez Acosta.

Morón, 2022

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
HOSPITAL GENERAL DOCENTE
ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ
MORÓN

Título: Caracterización clínico patológica de pacientes con cáncer de laringe atendidos en el servicio de Otorrinolaringología.

TESIS EN OPCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER
GRADO EN OTORRINOLARINGOLOGÍA.

Autor: Dra. Delmys Judith Vásquez Acosta.

Tutor: Dr. Alberto R. Pérez García. Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Profesor Asistente.

Morón, 2022

P E N S A M I E N T O

Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un
esfuerzo total es una victoria completa.

M a h a t m a G a n d h i

D E D I C A T O R I A

Dedicado al esfuerzo de mis padres que siempre me dieron su apoyo incondicional y a todas las personas especiales que contribuyeron en la realización de la tesis.

A G R A D E C I M I E N T O S

A mis padres que con su amor y sus esfuerzos me han permitido llegar hasta donde estoy, a todas aquellas personas que de una u otra forma aportaron un granito en la formación como especialista.

A mis hijos siendo ellos el pilar de mi esfuerzo.

A los profesores, por su valiosa contribución en la formación profesional, quienes con su sabiduría y experiencia me han apoyado a la culminación de este trabajo investigativo.

Gracias a todos por su comprensión y amor.

RESUMEN

El cáncer de laringe es el tumor maligno no cutáneo más frecuente de la cabeza y el cuello y es el segundo cáncer más común del aparato respiratorio. Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo con el objetivo de caracterizar clínica y patológicamente a los pacientes con cáncer de laringe atendidos en el servicio de Otorrinolaringología perteneciente al Hospital General Docente del municipio Morón, en el período comprendido entre enero de 2019 a enero del 2022. El universo estuvo constituido por 56 pacientes con sospecha de cáncer de laringe quedando conformada la muestra por 22 pacientes con cáncer de laringe confirmado, utilizándose como técnica estadística para la selección de la misma el muestreo no probabilístico intencional. Se determinaron y tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión. En el estudio realizado predominó el grupo de edades entre 50 y 59 años y el sexo masculino, respecto a los antecedentes patológicos familiares de cáncer de laringe la mayoría de los pacientes no tenían antecedentes y el tabaquismo es el principal factor relacionado con el desarrollo de tumor. La Disfonía fue el principal motivo de consulta en la muestra estudiada y los tumores de glotis los más diagnosticados. El tipo histológico predominante en el estudio fue el carcinoma epidermoide y el estadio o etapa II de la enfermedad. La Radioterapia combinada con la cirugía fue el tratamiento de elección en la mayoría de los casos y las complicaciones a largo plazo fueron las más predominantes principalmente la anemia.

INDICE

Contenidos	P á g i n a s
Introducción	1 - 6
Marco Teórico	7 - 19
Materiales y Métodos	20 - 25
Resultados y Discusión	26 - 36
Conclusiones	37
Recomendaciones	38
Referencias Bibliográficas	39 - 44
Anexos	

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un problema de salud pública en todo el mundo constituyendo la segunda causa de muerte en países desarrollados y figura entre las tres principales causas en adultos, en los países en desarrollo. A pesar de que cada vez se conoce más sobre la manera de prevenir y tratar el cáncer, cada año aumenta el número de personas que lo padecen, especialmente en países en desarrollo.¹

El incremento en la incidencia y mortalidad por cáncer se debe a dos causas fundamentales: el aumento de la población mundial y la elevación de la esperanza de vida, que implica envejecimiento; sin dejar de valorar un aumento real por mayor exposición a factores de riesgo, sobre todo al tabaco. El incremento en el número de casos en países en desarrollo de América Latina y El Caribe se atribuye a que éstos están asistiendo a un proceso acelerado de transición epidemiológica y demográfica, caracterizado este último por una disminución de la fecundidad y un aumento de la esperanza de vida con el consiguiente envejecimiento poblacional.² En Cuba, el cáncer constituye la segunda causa de muerte en todos los grupos de edad, después de las enfermedades cardiovasculares, y la primera en todos los grupos de edad entre los 15 y los 64 años, además de ser la causa que produce más años de vida potencialmente perdidos.³

La laringe es uno de los órganos más importantes de la vía respiratoria y digestiva superior, ya que nos proporciona la capacidad de la comunicación a la vez que desempeña un importante papel durante la fase faríngea de la deglución. Ella se divide en 3 regiones, supraglótica, glótica y subglótica. Esta división anatómica se basa en el desarrollo embrionario y tiene importantes implicaciones clínicas.

El cáncer laríngeo es el tumor maligno no cutáneo más frecuente (30 - 40 %) de la cabeza y el cuello y es el segundo cáncer más común del

aparato respiratorio después del cáncer de pulmón.⁴ En el año 2016 se estimaron unos 159 000 casos nuevos y 90 000 muertes por cáncer laríngeo en todo el mundo. Es un tumor predominante en hombres, en quienes representa el 3% del total de casos reportados.⁵

Afecta más a los mediterráneos que a los nórdicos y se reportan amplias variaciones geográficas. Entre las regiones de alto riesgo se citan: el sur de Europa (Francia, Italia y España), Europa del este (Rusia, Ucrania), en Sudamérica (Uruguay, Argentina), y en Asia occidental (Turquía e Irak), donde ocupa el 4,7% de los cánceres reportados en hombres.⁴ En Francia, Italia, Polonia y España, se registran tasas de incidencia anual ajustadas por edad de hasta 15-18 por cada 100 000 hombres. En mujeres las cifras varían entre 0,1 y 2,9 por cada cien mil mujeres. Durante los años 90 la más alta tasa de incidencia estandarizada por edades a la población mundial en hombres se reporta en Zaragoza, España, otras áreas de alta incidencia en hombres son también el Sudeste del Brasil y Uruguay.⁶

El cáncer de laringe se suele diagnosticar en estadíos avanzados y produce gran impacto sobre la calidad de vida, con una tasa de supervivencia a 5 años que no supera el 50%-60%. Es la segunda causa de muerte en otorrinolaringología y el tercer cáncer más frecuente de cabeza y cuello con 21%, correspondiendo al 2% de todos los cánceres.

La histología en la gran mayoría de los casos corresponde a carcinoma epidermoide o espinocelular. Los principales factores de riesgo asociados son el tabaco y el alcohol. Así mismo, se ha visto una alza en la incidencia del cáncer escamoso de vía aerodigestiva superior que se ha atribuido a la infección por virus papiloma humano.⁷

Su ubicación más frecuente es glotis (65%), seguida de supraglotis (34%) y subglotis (1%). El cáncer laríngeo de glotis es el de mejor pronóstico dado a su menor probabilidad de diseminación linfática.⁸

El cáncer de estadió precoz se trata con laringectomía parcial (LP) o radioterapia (RT) con buenos resultados, mientras que el cáncer avanzado, dependiendo de su estadió, es indicación de laringectomía total (LT) o laringectomía total ampliada (LTA) asociada a RT y/o quimioterapia (QT) posoperatoria. En enfermedad terminal el tratamiento será paliativo. La tasa de curación dependerá del estadió de enfermedad y su recurrencia fluctúa entre 10% -60% a 5 años, con el 80% dentro de los primeros 2 años de iniciado el tratamiento.⁹

La identificación de los factores de riesgo es de suma importancia para establecer medidas de promoción y prevención primaria de la enfermedad. El control de los factores de exposición requiere del esfuerzo mancomunado entre los gobiernos, las organizaciones sociales, los profesionales de salud y la comunidad, mediante la implementación de programas de desestimulación, medidas de control y legislaciones, en concordancia con una optimización adecuada de los recursos y los gastos en materia de salud.

El conocimiento del tamaño y naturaleza del problema cáncer es fundamental en la planificación y evaluación de medidas de control. Los estudios de las variaciones geográficas en el riesgo de enfermar y morir de diferentes tipos de cánceres proveen pistas o hipótesis importantes para conocer su posible etiología y establecer medidas de control locales. Asimismo, los cambios temporales en el riesgo de enfermar entre diferentes subgrupos poblacionales definidos en términos de edad, lugar de nacimiento, origen étnico, nivel socioeconómico, lugar de residencia, etc. proveen dimensiones adicionales que favorecen la comprensión e interpretación de dicho problema.

El estudio de la mortalidad es una herramienta fundamental para la toma de decisiones en salud. La reducción de la mortalidad es en gran medida

un reflejo de la capacidad de los servicios de salud para promover el control, la accesibilidad y la calidad. ¹⁰

Cuba se encuentra entre los países con más altas tasas de incidencia y mortalidad de cáncer laríngeo en ambos sexos, ocupando entre el cuarto y tercer lugar en orden de importancia relativa en hombres entre el 6 y 7 % del total de todos los casos nuevos de cáncer, excluyendo piel, reportados en hombres. Las tasas de incidencia promedio anual estandarizadas por edades a la población mundial fueron durante el período (1995-1997), 11,6 y 1,9 por 100 000 habitantes en hombres y mujeres respectivamente. Entre 1970 y 2004 las tasas brutas de mortalidad por cáncer de laringe en ambos sexos oscilaron entre 2,9/100 000 y 5,7/100 000, lo que indica una tasa de incremento promedio anual de 0,08 por c/100 000 habitantes. En el año 2003 la tasa cruda de incidencia reportada en hombres fue de 13,6/100 000 y la tasa estandarizada por edades a la población mundial fue estimada en 10,8/100 000 hombres. Las elevadas tasas de incidencia pueden ser consecuencia de altas tasas de prevalencia de los factores de exposición.

La epidemiología del cáncer de laringe en Cuba ha sido poco estudiada, con excepción de un reporte de 307 casos tratados en el Instituto Nacional de Oncología por Martínez Peñalver y una serie de 168 casos, en Camagüey, no se registran en la literatura especializada otros estudios que aborden de modo particular la epidemiología de esta enfermedad.

El cáncer de laringe en Cuba tiene una alta incidencia, es una de las cinco causas de cáncer más frecuente en hombres y constituye en orden de importancia relativa el tumor más frecuente de las vías respiratorias superiores, lo que ubica a Cuba entre los países del mundo con mayores tasas ajustadas de incidencia por cáncer de laringe, paradójicamente se ha encontrado insuficiente literatura con relación a la epidemiología de este tipo de tumor en el país y escasas publicaciones al respecto, solamente

estudios de trabajos de terminación de residencia en la especialidad de Otorrinolaringología lo que limita e impide establecer comparaciones con similares parámetros.¹¹

Dado lo anterior planteado y el impacto en la morbimortalidad de esta enfermedad en la actualidad se decide realizar un estudio que aborde la caracterización clínico patológica de pacientes con cáncer de laringe atendidos en el servicio de Otorrinolaringología perteneciente al Hospital General Docente del municipio Morón atendiendo a su distribución según variables sociodemográficas y características de la enfermedad, conjuntamente con un mejor conocimiento de los factores de riesgo, lo cual permitirá profundizar de modo integral en la clínica de la enfermedad y con ello, brindar las bases teóricas para el establecimiento de prioridades y políticas de salud locales, que permitan un mejor control y prevención de la enfermedad.

Problema científico: ¿Qué caracteriza clínico y patológicamente a los pacientes con cáncer de laringe?

Objetivo General: Caracterizar clínica y patológicamente a los pacientes con cáncer de laringe atendidos en el servicio de Otorrinolaringología perteneciente al Hospital General Docente del municipio Morón.

Objetivos específicos.

1. Fundamentar los sustentos teóricos relacionados el cáncer de laringe.
2. Distribuir las pacientes según grupo de edades, sexo, historia familiar de cáncer de laringe y presencia de hábitos tóxicos.
3. Determinar motivo de consulta, sitio de la lesión, histología del tumor y estadio.
4. Identificar tipo de tratamiento utilizado y complicaciones.

Novedad científica: La caracterización clínica y patológicamente de los pacientes con cáncer de laringe atendiendo a su distribución según variables sociodemográficas y características de la enfermedad,

conjuntamente con un mejor conocimiento de los factores de riesgo, permitirá profundizar de modo integral en la epidemiología de la enfermedad y con ello, brindar las bases teóricas para el establecimiento de prioridades y políticas de salud locales, que permitan un mejor control y prevención de la enfermedad.

MARCO TEÓRICO

Entre los otros segmentos de las vías respiratorias, sólo la laringe y la porción superior de la tráquea están situadas en el cuello. La laringe es el órgano esencial de la fonación, al mismo tiempo que una parte del conducto aéreo. Presenta caracteres particulares que están en relación con sus funciones; se compone de piezas cartilaginosas múltiples, movibles, entre las cuales están extendidos unos pliegues membranosos, que son las cuerdas vocales, estas cuerdas en La laringe está situada en la parte media y anterior del cuello, por delante de la faringe, por debajo de hueso hioides y por encima de la tráquea.³

La situación de la laringe con relación a la columna vertebral varía según la edad y el sexo; la laringe, en efecto, está más elevada en el niño que en el adulto, ligeramente más elevada también en mujer que en el hombre.

En el hombre adulto la extremidad inferior de la laringe corresponde al borde inferior de la sexta vértebra cervical.

La laringe es muy movable; se eleva durante el segundo tiempo de la deglución arrastrada por la faringe; se eleva también durante la emisión de los sonidos agudos y desciende durante la emisión de los sonidos graves.⁴

Las dimensiones varían según la edad, el sexo y los individuos. El volumen de la laringe, mayor en el hombre que en la mujer, crece débilmente hasta la pubertad. En esta época aumenta rápidamente de volumen y adquiere en el espacio de 18 meses a 2 años un desarrollo casi completo.

Su naturaleza es elástica y está formada por cinco cartílagos: C. cricoides, C. tiroides, C. aritenoides, C. accesorios y epiglotis. Estos cartílagos están unidos entre sí por ligamentos y membranas externas e internas que estabilizan la luz laríngea.

Los músculos laríngeos se reparten en tres grupos según su acción sobre las cuerdas vocales:

1.- Músculo tensor de las cuerdas vocales (músculo cricotiroides).

2.- Músculo dilatador de glotis (m. cricoaritenoides).

3.-Músculos constrictores de la glotis (m. cricotiroides laterales. m.tiroaritenoides y m. ariaritenoides).

La cuerda vocal está formada por el ligamento vocal y el músculo vocal, y divide a la laringe en tres espacios:

a) El espacio supraglótico está formado por la epiglotis, bandas ventriculares y ventrículos de Morgagni hasta un poco por encima de cuerdas vocales.

b) El espacio glótico está formado por las cuerdas vocales hasta 1 cm por debajo.

c) El espacio subglótico hasta el borde inferior del cartílago cricoides.

La inervación se lleva a cabo por el nervio laríngeo superior y por los recurrentes o laríngeos inferiores, ramas del nervio vago. La vascularización es llevada por la arteria laríngea superior a la supraglotis y la arteria laringe inferior a la subglotis. La circulación linfática de la laringe tiene una gran importancia clínica:

-A nivel de la cuerda vocal no hay casi capilares linfáticos y por eso las metástasis son extraordinariamente raras.

-A nivel de la supraglotis existen numerosos capilares linfáticos que se entrecruzan con los del otro lado, por lo que las metástasis pueden ser homo y contralaterales.

-A nivel de la subglotis los capilares linfáticos son menos abundantes que en la supraglotis y se entrecruzan por lo que las metástasis pueden ser homo y contralaterales.

En base a estas premisas anatómicas podemos dividir los tumores de la laringe en:

1 - Superior o vestíbulo o supraglótico

2 - Medio o glótico.

3 - Inferior o infraglótico.

En el compartimiento superior, la función esfinterial es la más importante, en el glótico lo es la función fonatoria y en el subglótico prevalece la función respiratoria y secundariamente la fonatoria. Vale entonces decir que en los cánceres vestibulares, la mayoría en nuestro medio, los trastornos esfinteriales son los más precoces. Los glóticos, hasta las pequeñas neoformaciones alteran la altamente especializada función de la cuerda vocal (fonación) y los subglóticos producen frecuentemente trastornos de la respiración. A esto podemos agregar que ciertos tumores vestibulares, situados en zonas poco exigidas funcionalmente y localizados en un lecho tumoral rico en linfáticos, dan muchas veces, como primer síntoma, una metástasis ganglionar.^{4,12,13}

El Cáncer de Laringe representa la neoplasia maligna más común de las vías aerodigestivas.

Es una neoplasia sujeta a considerable interés debido a que el tratamiento tradicional en etapas avanzadas suele asociarse a la pérdida del órgano. Considerables esfuerzos han sido realizados para desarrollar estrategias dirigidas a la conservación del órgano y sus funciones. Destacan las combinaciones de quimioterapia y radioterapia y la cirugía conservadora abierta y por medios endoscópicos con láser de CO₂.

Ninguna de estas estrategias se ha mostrado como superior, por lo que los mejores resultados, son obtenidos con un enfoque individualizado.¹³

Los cánceres glóticos (65 %) se detectan más tempranamente debido a la presencia de ronquera. Las cuerdas vocales verdaderas están desprovistas de tejido linfáticos. Como resultado, el cáncer de cuerdas vocales limitado a las cuerdas verdaderas rara vez se presenta con invasión de ganglios

linfáticos. Sin embargo, la extensión hacia arriba o abajo de las cuerdas vocales puede llevar a la invasión de ganglios linfáticos.

Específicamente los cánceres glóticos son aquellos tumores que asientan en la cara superior, borde libre y comisura anterior y posterior de las cuerdas vocales. El síntoma más precoz del cáncer de la cuerda vocal es la disfonía, presente desde los primeros estadios. Es posible que el enfermo atribuya a un catarro el origen de su disfonía, pero contrariamente a lo que ocurre en estos casos, la ronquera es constante, progresiva y sin remisiones.

Con el tiempo, la ronquera adquiere un timbre "rasposo" especial sin perder la intensidad, característica designada por Fauvel como "voz leñosa." Solo después de un período disfónico bastante largo (meses o a veces años), aparecen los trastornos respiratorios, en razón que el tumor ha infiltrado profundamente la musculatura laríngea o ha tenido un crecimiento exofítico que reduce el pasaje del aire, a lo que se agregan los fenómenos de orden reflejo, representados por crisis espasmódicas de la glotis. El espasmo de la glotis es un factor muy importante a tener en cuenta, pues se observa con frecuencia la falta de relación entre la disnea y el tamaño de la tumoración. Grandes tumores que ocluyen casi totalmente la glotis, no provocan mayores trastornos disneicos; en cambio, tumoraciones medianas pueden requerir una traqueostomía de urgencia.¹⁴

La infección sobre agregada, casi siempre presente, es un factor importante en la génesis de los trastornos disneicos. La disnea se manifiesta en los comienzos con el esfuerzo, pero luego se hace permanente y se agrava en forma de crisis paroxísticas al sobrevenir el espasmo con la clásica tétrada sintomática de la disnea laríngea: bradipnea inspiratoria, cornaje, tiraje y acentuado descenso inspiratorio de

la laringe. De no mediar un tratamiento oportuno, la obstrucción respiratoria conduce inexorablemente a la traqueostomía.

La tos es un fenómeno reflejo presente en todo momento y responde a la irritación que provoca el tumor sobre la otra cuerda; se manifiesta como una tos seca, rebelde, con molesto carraspeo que preocupa al enfermo. Cuando la tumoración está más desarrollada y se ulcera, la expectoración es a veces sanguinolenta. Sólo cuando la tumoración está muy avanzada, vale decir, cuando ya ha dejado de circunscribirse a la glotis, aparecen los trastornos en la deglución. La odinofagia con otalgia son síntomas propios de la extensión del tumor a la región esfinteriana de la laringe.

Los cánceres supraglóticos (35%) se presentan típicamente con irritación de garganta, ingestión dolorosa, dolor de oído, cambio en la calidad de la voz o ganglios agrandándose el cuello. El área supraglótica es rica en drenaje linfático. Después de penetrar el espacio pre-epiglótico y la membrana tiroidea, el drenaje linfático va inicialmente hacia los ganglios yugulodigástricos y medio yugulares. Cerca de un 25%-50% de los pacientes presentan invasión de los ganglios linfáticos. La cantidad precisa depende del estadio T.^{15,16}

Referente a los cánceres Supraglóticos, éstos son los tumores que aparecen en la cara laríngea de la epiglotis infrahioidea, en las falsas cuerdas y en el ventrículo de Morgagni. Existe un lugar de especial atracción patológica (la unión del pie de la epiglotis con la banda ventricular). El síntoma más precoz en la mayoría de los enfermos es una sensación de cuerpo extraño o de flema pegada a la altura de la laringe. Este síntoma subjetivo, como podrá entenderse, poco se diferencia de las molestias que experimentan los portadores de amigdalitis crípticas o de faringitis, así como las personas que sufren trastornos funcionales de origen psicógeno. Tanto es así, que vemos frecuentemente enfermos

sometidos largo tiempo a tópicos, gargarismos, e incluso a una amigdalotomía por falta de un control endoscópico.

Solo cuando la tumoración ha alcanzado un cierto desarrollo aparece la disfonía, que a diferencia de la glótica solo altera el timbre de la voz, velándolo y, por lo general, no hay ronquera. La disnea no tarda en aparecer y lleva a la traqueostomía mas aceleradamente que en el cáncer de la cuerda. Las molestias en la deglución (odinofagia) no tardan en aparecer y cuando se le agrega la otalgia, indica que la lesión está muy extendida. La odinofagia y la otalgia son síntomas más precoces que en el cáncer glótico. Una tos rebelde, frecuentemente acompañada de expectoración sanguinolenta, se hace presente desde el comienzo en muchos enfermos.¹³

En cuanto a los cánceres subglótico, se detectan más tardíamente, solo cuando infiltran las cuerdas vocales, ocluyen la vía aérea o infiltran estructuras vecinas, son aquellos carcinomas situados en el espacio limitado por la superficie inferior de la cuerda vocal por arriba y el borde inferior del cricoides por debajo. Es la forma topográfica que se presta más a los errores de diagnóstico; su localización en una zona de escasa o ninguna función, y su difícil visualización conspiran contra el diagnóstico precoz. No es frecuente y se lo observa en el 5% de los casos, pero Leroux Robert considera que el porcentaje sería mayor debido a que se los diagnostica recién cuando han invadido la cuerda vocal y por eso se los incluye en los glóticos.

La disnea, es el síntoma básico y más saliente de esta localización, comienza por ser intermitente, manifestándose con el esfuerzo o con un catarro. Luego se hace permanente y no son raras las crisis disneicas que conducen a una traqueostomía de urgencia. La disfonía puede no existir; es una voz mal timbrada, como producida por causa de algo que le

apretara la garganta (voz de canard). Y estos cánceres no dan trastornos dolorosos.

Ellos drenan a través de las membranas cricotiroides y cricotraqueales a los ganglios pretraqueal, paratraqueales, yugular inferior y ocasionalmente a los ganglios mediastinos.

El drenaje linfático de la laringe usualmente es bilateral por lo que cualquier tumor en esta localización (excepto de las cuerdas vocales verdaderas) debe ser considerado como "de línea media" con la propensión a dar metástasis bilaterales.¹⁷

Existen diferentes exámenes para diagnosticar el cáncer de laringe entre los que se encuentran:

Laringoscopia indirecta: podrá orientar el diagnóstico de una neoplasia de la laringe y precisar su localización y su grado de extensión. Debe hacer entrar en sospechas cualquier formación laríngea que deforme una cuerda vocal o el pie de la epiglotis; que rechace hacia arriba la banda ventricular, en fin, cualquier alteración arquitectural de la endolaringe. Debe desconfiarse de toda monocorditis, en especial, si fija parcial o totalmente la cuerda vocal, lo mismo que de una epiglotis fija y acartuchada. No debe quedar ninguna región de la laringe sin visualizar; en la mayoría de los casos recurriremos, para ello, a la anestesia con lidocaína al 2%. Es muy útil la utilización de azul de toluidina para identificar y biopsiar las lesiones tumorales sobre todo cuando son de pequeño tamaño.

Recordar que el azul de toluidina al 1 - 2% en agua no colorea el epitelio normal de las cuerdas vocales (el epitelio respiratorio se colorea, pero el epitelio pavimentoso sólo lo hace si tiene un daño mecánico o está enfermo). Para realizar esta prueba se pincela esta solución en las cuerdas vocales con una esponja de Gelfoam y se lava el exceso de colorante con solución fisiológica al cabo de 30 - 40 segundos. Esta prueba es inespecífica para detectar malignidad, pero como el carcinoma in situ y los

cánceres incipientes toman el colorante, es útil para elegir los sitios de las biopsias. Las áreas de atipia, carcinoma in situ y carcinoma no queratinizante superficial adquieren un color negro azulado.

Laringoscopia directa: En caso que no fuera posible una buena visualización con el espejillo laríngeo o de quedar alguna duda, en especial a lo que refiere a la comisura anterior, ventrículos, y subglotis, recurriremos a la misma bajo anestesia general ET y la utilización de un laringoscopio de suspensión que nos facilitará una visión más precisa del proceso al tiempo que podemos utilizar ambas manos para realizar procedimientos complejos.

Laringoscopia con fibroscopio flexible: Las imágenes vistas con este instrumento son más nítidas y pueden ser magnificadas, permitiendo un detalle más preciso en cuanto a la localización, características macroscópicas y extensión del proceso tumoral.

Biopsia: El aspecto macroscópico de una neoformación permitirá realizar el diagnóstico presuntivo de malignidad, pero sólo la biopsia podrá certificarlo. Las semejanzas clínicas de los procesos tumorales pueden hacer caer en el error hasta al especialista más experto, y ningún tratamiento mutilante, como la laringectomía total o parcial, podrá realizarse sin este control.

La biopsia se hará, previa anestesia local por laringoscopia indirecta o, con anestesia para la laringoscopia directa: se efectuará una toma profunda y se tratará de hacerlo en el límite entre el tejido sano y el enfermo. En las formas infiltrantes son frecuentes las biopsias negativas, las que deben repetirse en caso de dudas las veces que sean necesarias, hasta aclarar el diagnóstico. ^{18,19,20}

El hábito de fumar es el principal factor relacionado con el desarrollo de tumor laríngeo, cuando se combina con alcohol el riesgo aumenta hasta un 50%, otras sustancias que se han relacionado con ésta entidad son la

exposición a productos de las refinerías, polvo de madera, gas mostaza, cromo, níquel, radiaciones. Otras causas predisponentes las constituyen antecedentes de lesiones precancerosas, laringopatías crónicas, queratosis y papilomatosis laríngea (se ha aislado material genético del papiloma virus humano en algunos carcinomas).

Otro grupo que le sigue son los profesionales de la voz (maestros, pregoneros, etc.). Afecciones potencialmente malignas como leucoplasias, paquidermis, papilomas, Laringitis crónica hiperqueratósica. Podemos nombrar también la intensa sobrecarga de las cuerdas vocales.⁶

El éxito de la terapéutica cancerosa se basa en la precocidad del diagnóstico. Al respecto, es preciso llamar la atención acerca de que si bien el síntoma clásicamente admitido como manifestación precoz de un cáncer laríngeo es el trastorno de la voz, este síntoma sólo tiene valor cuando la neoplasia asienta en la cuerda vocal, perdiendo jerarquía cuando la lesión se desarrolla en otras zonas de la laringe.

La laringe está dividida desde el punto de vista anatómico en tres compartimientos:

El tratamiento se basa en:

I- Tratamiento quirúrgico:

Cirugía parcial. (Consiste en la exéresis de una estructura de la laringe o parte de ella como por ejemplo: cordectomía, epiglottectomía, hemilaringectomía, etc.).

Cirugía total: Laringectomía total suprahioidea (consiste en la extirpación completa de la laringe y abocando la tráquea al exterior mediante un traqueostoma). Esta cirugía puede o no acompañarse de vaciamiento ganglionar radical o funcional del cuello.

Microcirugía laríngea. Tiene indicaciones muy limitadas en tumores muy pequeños.

II-Tratamiento radiante (se usa el cobalto, el radium, los Rx).

III-Tratamiento combinado de cirugía y radioterapia.

IV-Tratamiento médico:

Poliquimioterapia (se está usando con la administración de varios antimetabolitos).

Interferón.

En estos momentos se encuentra en fase de ensayo clínico una vacuna para el tratamiento de los cánceres de cabeza y cuello y hasta ahora, está dando buenos resultados.^{20,21}

Se ha llegado a asociar claramente el fumar, la ingestión excesiva de alcohol, con el desarrollo de cánceres escamocelulares del tracto aerodigestivo superior. Si un paciente con un solo cáncer continúa fumando y consumiendo bebidas alcohólicas, la posibilidad de curación del cáncer inicial, por cualquier modalidad disminuye, y el riesgo de que se presente un segundo tumor aumenta. Se ha informado de la aparición de segundos tumores primarios, a menudo en el tracto aerodigestivo, en hasta un 25% de los pacientes cuya lesión inicial había sido controlada.

Los factores pronósticos adversos de mayor importancia en el caso de los cánceres de la laringe son aumento del estadio T y estadio N. Otros factores pronósticos pueden ser el sexo, edad, estado general y una variedad de características patológicas del tumor, grado y profundidad de la invasión.

El pronóstico para cánceres pequeños de la laringe que no se han propagado a los ganglios linfáticos es muy bueno, con tasas de curación del 75%-95% dependiendo del sitio, masa tumoral, y del grado de infiltración. Aunque la mayoría de las lesiones tempranas pueden ser curadas por cirugía o radioterapia, la radioterapia puede ser razonable para preservar la voz, dejando la cirugía para rescate. Los pacientes con una concentración de hemoglobina anterior a la radiación > 13 g/dl tienen

un control local mayor y tasas mayores de supervivencia que los pacientes que son anémicos.

Las lesiones localmente más avanzadas, se controlan precariamente con cirugía, radioterapia o tratamiento de modalidad combinada. Las metástasis distantes son también comunes aún cuando se controle el tumor primario.

Las lesiones intermedias tienen un pronóstico intermedio, dependiendo del sitio, del estadio T, del estadio N y del estado general. Las recomendaciones terapéuticas para los pacientes con este tipo de lesiones se basan en una variedad de complejos factores anatómicos, clínicos y sociales que deberán individualizarse y discutirse en consulta multidisciplinaria (cirugía, radioterapia, medicina oncológica, cirugía dental) antes de prescribir una terapia.

Los pacientes que han recibido tratamiento para cánceres de la laringe tienen un riesgo mayor de presentar recidivas en los primeros 2 a 3 años. Rara vez se presentan recidivas después de cinco años y generalmente representan nuevas malignidades primarias. El seguimiento cercano y regular es crucial para aprovechar al máximo las posibilidades de recuperación. Un examen clínico cuidadoso y la repetición de cualquier estudio anormal de clasificación, deberán incluirse en el seguimiento, junto con la atención a cualquier efecto tóxico o complicación relacionada con el tratamiento.²²

El cáncer de laringe es además un desafío terapéutico. Se debe conciliar las decisiones del equipo médico con las preferencias personales del paciente, así mismo su rehabilitación posoperatorias difícil y requiere de un equipo multidisciplinario que guiará al paciente en la adquisición de una nueva técnica de fonación y deglución. En este contexto, han surgido nuevas alternativas de tratamiento que permitirían la preservación laríngea con mejor funcionalidad, sin afectar la sobrevida global. Dentro de

este contexto se encuentran los esquemas conservadores de quimio radioterapia (QRT) para cáncer avanzado.²³

A juicio de la autora se puede plantear que la validez de los estudios descriptivos depende de la completitud y calidad de los datos usados, generalmente procedentes de los registros de cáncer cuando se trata de datos de incidencia; estos proveen información sobre el sitio primario de la lesión, sexo, tasas de incidencia específicas por edades, características del tumor, áreas geográficas, etc. Esta información sobre la incidencia de determinados tipos de cáncer, proporciona un marco para valorar y controlar el impacto de la enfermedad en la comunidad, conformando las bases para el establecimiento de políticas y prioridades de las actividades de salud destinadas al control de cáncer.

El conocimiento del tamaño y naturaleza del problema cáncer es fundamental en la planificación y evaluación de medidas de control. Los estudios de las variaciones geográficas en el riesgo de enfermar y morir de diferentes tipos de cánceres proveen pistas o hipótesis importantes para conocer su posible etiología y establecer medidas de control locales. Asimismo, los cambios temporales en el riesgo de enfermar entre diferentes subgrupos poblacionales definidos en términos de edad, lugar de nacimiento, origen étnico, nivel socioeconómico, lugar de residencia, etc. proveen dimensiones adicionales que favorecen la comprensión e interpretación de dicho problema.

El estudio de la mortalidad es una herramienta fundamental para la toma de decisiones en salud. La reducción de la mortalidad es en gran medida un reflejo de la capacidad de los servicios de salud para promover el control, la accesibilidad y la calidad.

El impacto económico y social que ocasiona el cáncer se demuestra en los numerosos artículos publicados por diferentes investigadores, desde los que se identifican la variedad y la complejidad de los factores asociados al

riesgo de padecer la enfermedad, cuya identificación temprana es una exigencia social para el médico especialista en otorrinolaringología que se desempeña en el nivel secundario de atención. A pesar de los avances científicos y tecnológicos continúa siendo el cáncer de laringe un enigma que está en resolución, dado que su predicción no siempre es temprana, llevando a un aumento marcado de la mortalidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo con el objetivo de caracterizar clínica y patológicamente a los pacientes con cáncer de laringe atendidos en el servicio de Otorrinolaringología perteneciente al Hospital General Docente del municipio Morón, en el período comprendido entre enero de 2019 a enero del 2022.

Para el desarrollo de la investigación primeramente se realizó la revisión exhaustiva de la bibliografía actualizada sobre el tema para la elaboración teórico-conceptual del estudio, posteriormente se coordinó con los jefes del servicio de Otorrinolaringología y de estadística para que se facilitara la revisión de las historias clínicas para extraer la información requerida para el estudio.

Se recolectaron los datos a través de una Planilla de Recolección de la Información diseñada por la autora y validada por especialistas sobre las diversas variables tanto cualitativa como cuantitativa que se desean obtener y que estén relacionadas con los objetivos trazados en la investigación.

Se procedió con el ingreso de datos al programa para el análisis de los resultados para con posterioridad elaborar el informe de investigación.

Se realizó una entrevista a cada paciente para determinar historia de cáncer familiar, antecedente de tabaquismo y/o alcoholismo, antecedente de patología laríngea previa, datos sobre los síntomas en su orden de aparición e intensidad (disfonía, disfagia, disnea, dolor, otros), además se realizó un examen completo de las vías aéreas y digestivas superiores particularizando en el examen laríngeo mediante la laringoscopia indirecta y directa y examen del cuello.

Se realizó evaluación del tumor primario el cual se basa en la inspección y palpación cuando fue posible. Los tumores fueron confirmados

histológicamente mediante biopsia por ponche tomados por laringoscopia indirecta o directa.

Se realizaron además los exámenes de laboratorio esenciales como Hemograma, eritrosedimentación, glicemia, serología, VIH además de Rx de tórax.

La preservación de la voz fue un parámetro importante que también se tuvo en cuenta.

El universo estuvo constituido por 56 pacientes con sospecha de cáncer de laringe quedando conformada la muestra por 22 pacientes con cáncer de laringe confirmado, utilizándose como técnica estadística para la selección de la misma el muestreo no probabilístico intencional.

Se determinaron y tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

1-Pacientes con cáncer de laringe confirmado, atendidos en el período del estudio en la consulta de otorrinolaringología del hospital Morón.

2-Pacientes con el estudio anatomopatológico completo.

Criterios de exclusión:

1-Pacientes con displasias epiteliales, nódulos laríngeos, papilomas, pólipos, leucoplaquias inflamatorias, cáncer de esófago y otros cáncer de vía aerodigestiva superior como cáncer de lengua, rinofaringe y amígdala.

2-Pacientes ya diagnosticados con cáncer de laringe antes del período de estudio que acudan a consulta por seguimiento.

3-Deterioro o elegibilidad de la historia clínica individual.

Principales Dimensiones e Indicadores utilizadas en el estudio.

1-Grupo de edades. Según edad en años cumplidos del paciente, recogida en su historia clínica. (Cuantitativa Continua)

1.1-Menor de 20 años

1.2-Entre 20 y 29 años

1.3 -Entre 30 y 39 años

1.4 -Entre 40 y 49 años

1.5 -Entre 50 y 59 años

1.6 -60 años o más

2 -Sexo. Según sexo biológico de cada paciente dato obtenido a través de la historia clínica. (Cualitativa Nominal Dicotómica)

2.1 -Femenino

2.2 -Masculino

3 -Historia familiar de cáncer de laringe. Se refiere a los antecedentes familiares de cada paciente, obtenido según la entrevista realizada.

(Cualitativa Ordinal Dicotómica)

3.1 -Si

3.2 -No

4 -Presencia de hábitos tóxicos. Se refiere al consumo de sustancias tóxicas, obtenido según la entrevista realizada. (Cualitativa Nominal Politémica)

4.1 -Solo Alcohol

4.2 -Solo Tabaco

4.3 -Alcohol y tabaco

4.4 -Sin consumo

5 -Motivo de consulta. Se refiere a los signos o síntomas que llevaron al paciente a asistir a consulta, obtenido a través de la historia clínica.

(Cualitativa Nominal Politémica)

5.1 -Disfonía

5.2 -Disfagia

5.3 -Disnea

5.4 -Dolor

5.5 -Otros

6-Sitio de la lesión. Se refiere a la localización anatómica de la lesión, obtenido a través de la historia clínica. (Cualitativa Nom inal Politóm ica)

6.1 -G lotis

6.2 -Subg lotis

6.3 -Suprag lotis

7-Histología del tumor. Se refiere a las características de las células y los tejidos del tumor, obtenido a través de la historia clínica. (Cualitativa Nom inal Dicotóm ica)

7.1 -Carcinom a Epidermo ide

7.2 -Carcinom a Verrugoso

8-Etapas o estadios. Se refiere a la clasificación de las lesiones según grado de severidad. (Variable cualitativa ordinal politóm ica)

8.1 -Etapa I

8.2 -Etapa II

8.3 -Etapa III

8.4 -Etapa IV

9-Tratamiento utilizado según etapa. Se refiere a la cura o el alivio de la enfermedad. (Cualitativa Nom inal Politóm ica)

9.1 -Radioterapia

9.2 -Radioterapia + Cirugía

9.3 -Cirugía + Radioterapia

9.4 -Cirugía de laringe + Regiones afectadas

10-Complicaciones. Se refiere al resultado desfavorable de la enfermedad o tratamiento. (Cualitativa Nom inal Politóm ica)

10.1 -A corto plazo

10.1.1 -Fístulas faringocutáneas

10.1.2 -Neumotórax bilateral secundario a traqueostomía de urgencia

10.1.3 -Neumotórax unilateral secundario a traqueostomía de urgencia

10.2 -A largo plazo

- 10.2.1 - Estenosis de laringe
- 10.2.2 - Estenosis de tráquea
- 10.2.3 - Estenosis de esófago
- 10.2.4 - Estenosis de tráquea y esófago
- 10.3 - Trastorno de deglución
- 10.4 - Anemia
- 10.5 - Otras

Métodos e instrumentos de recolección de los datos.

Métodos teóricos:

Histórico-lógico: permitió estudiar el tema desde la antigüedad hasta la actualidad.

Análisis-síntesis: se empleó en el proceso de revisión bibliográfica con el objetivo, de analizar minuciosamente y extraer de forma sintética los postulados teóricos necesarios para la solución del problema científico.

Métodos empíricos:

Análisis documental: permitió realizar una revisión de historia clínica de cada paciente. Las variables de interés fueron recogidas y vaciadas a una Planilla de Recolección de la Información confeccionada al efecto (Anexo 1).

Entrevista: Permitió obtener datos del paciente de interés, no sólo sociodemográfico, sino también clínico. (Anexo 2).

Técnicas y procedimientos estadísticos.

Los datos obtenidos se plasmaron en una planilla para poder procesarlos. Se tabuló la información en una base de datos con el programa Microsoft EXCEL para Windows XP; la que se procesó con el paquete SPSS para Windows Versión 22.0, para obtener los porcentajes de acuerdo con las variables estudiadas.

Las variables fueron expresadas en frecuencias absolutas y relativas.

Se confeccionaron tablas y gráficos que facilitaron el análisis, la discusión y la presentación de los resultados obtenidos.

El análisis de los datos se realizó de la siguiente manera:

1-Tabulación de los datos: los datos fueron agrupados y contabilizados; para determinar el número de casos que encajen en las distintas categorías.

2-Tablas estadísticas: se presentaron los resultados hallados, en forma clara y ordenada, explicando cualquier elemento que de origen a confusiones o dobles interpretaciones.

3-Se calcularon las frecuencias absolutas para variables estadísticas, mediante el porcentaje como medida de resumen.

Parámetros éticos.

El estudio se clasifica como un estudio sin riesgo, aun siendo así se les solicitó el consentimiento informado (Anexo 3) para poder aplicar la entrevista planificada explicándole que las preguntas realizadas así con sus respuesta se tendrían en cuenta con fines investigativos respetando y cumpliendo con los principios de la bioética, en los que se asegura la confidencialidad de los resultados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución según grupo de edades de pacientes con cáncer de laringe de en el período comprendido entre enero de 2019 a enero del 2022.

Grupo de edades	No.	%
Menor de 20 años		
Entre 20 y 29 años		
Entre 30 y 39 años		
Entre 40 y 49 años	2	9.0
Entre 50 y 59 años	20	91.0
60 años o más		
Total	22	100

Fuente: Historia Clínica

En la Tabla 1 se muestra la distribución según grupo de edades de pacientes con cáncer de laringe, apreciándose en el 91 % de los casos la aparición de la enfermedad en el grupo de edades entre 50 y 59 años.

Estos resultados coinciden con los estudios revisados. Con el incremento de los años aumenta el tiempo de exposición a otros factores de riesgo que condicionan la aparición del cáncer de laringe, también ocurre el deterioro de los mecanismos que protegen contra la aparición de esta enfermedad.

El cáncer de laringe en Cuba tiene una alta incidencia, es una de las cinco causas de cáncer más frecuente en hombres y constituye en orden de importancia relativa el tumor más frecuente de las vías respiratorias superiores, lo que ubica a Cuba entre los países del mundo con mayores tasas ajustadas de incidencia por cáncer de laringe.²⁴

Tabla 2. Distribución de pacientes con cáncer de laringe según sexo.

Sexo	No.	%
Femenino	3	13.6
Masculino	19	86.4
Total	22	100

Fuente: Historia Clínica

Como se evidencia en la Tabla 2 relacionada con la distribución de pacientes con cáncer de laringe según sexo predominó en el 86.4% de los casos el sexo masculino.

En varias de las bibliografías consultadas se argumenta que el cáncer de laringe predomina en el sexo masculino. Estos resultados al parecer guardan relación con el hecho de que los hombres son los mayores consumidores de tabaco y alcohol, los cuales constituyen uno de los principales factores de riesgo para el cáncer de laringe.^{8,25}

Autores como Lence plantean que el riesgo de enfermar de cáncer de laringe en Cuba es entre cinco y seis veces más frecuente en hombres que en mujeres, estos valores son consistentes con los reportados por Martínez en una serie de 307 casos tratados en el Instituto Nacional de Oncología, con una razón de 6:1, pero estas cifras son generalmente bajas comparadas con otros países de Europa, donde oscila entre 10 y 30.^{26,27, 11}

En Europa se han hallado resultados diferentes a los de este estudio donde existe predominio del cáncer de laringe en el sexo femenino tal vez asociado al mayor consumo de tabaco y alcohol en ése género en los últimos tiempos.¹²

Tabla 3. Distribución según historia familiar de cáncer de laringe.

Historia familiar de cáncer de laringe	No.	%
Si	5	22.7
No	17	77.3
Total	22	100

Fuente: Entrevista

Respecto a los antecedentes patológicos familiares de cáncer de laringe (tabla 3), los resultados apuntan a no tener antecedentes en el 77.3% de la muestra, estos resultados no coinciden con la bibliografía consultada, la cual en su mayoría confirma que tener como antecedente familiar al cáncer

de laringe, independientemente de su localización, también constituye un factor de riesgo para padecer la enfermedad, diversos autores indican que una persona con antecedente patológico familiar de cáncer de laringe tiene 12 veces más posibilidades de padecerlo que una que no lo tenga.

El Consorcio Internacional de Epidemiología del Cáncer de Cabeza y Cuello ha llevado a cabo estudios que confirman el rol de la predisposición genética, estimándose que una historia familiar de primer grado de cáncer de laringe se asocia a 1,7 veces más de posibilidad de desarrollar la enfermedad.¹

Tabla 4. Distribución de pacientes con cáncer de laringe según presencia de hábitos tóxicos.

Presencia de hábitos tóxicos	No.	%
Solo Alcohol	3	13.7
Solo Tabaco	9	41.0
Alcohol y tabaco	6	27.2
Sin consumo	4	18.1
Total	22	100

Fuente: Entrevista

Respecto a los hábitos tóxicos (tabla 4), el consumo de solo tabaco predominó en el estudio en un 41.0 %, seguido por el 27.2 % de los casos la combinación de alcohol y tabaco, resultando estos factores de riesgo de la enfermedad.

La totalidad de la bibliografía consultada plantea que el hábito de fumar y el consumo de alcohol constituyen factores de riesgo para el desarrollo de un cáncer a nivel laríngeo, predominando el hábito de fumar; el consumo de alcohol realiza un efecto sinergista respecto al tabaco en la génesis de esta enfermedad. El efecto directo de la nicotina y los hidrocarburos aromáticos policíclicos contenidos en el tabaco están considerados carcinogénicos.

El consumo de tabaco y alcohol se señalan como las causas principales de cáncer laríngeo. Se reporta que el consumo combinado tiene un efecto multiplicativo sobre el riesgo de cáncer de laringe e hipofaringe. Hay evidencias también de un exceso de riesgo asociado a otros posibles factores: medioambientales, dietéticos y profesionales, entre otros.

La identificación de los factores de riesgo es de suma importancia para establecer medidas de promoción y prevención primaria de la enfermedad. El control de los factores de exposición requiere del esfuerzo mancomunado entre los gobiernos, las organizaciones sociales, los profesionales de salud y la comunidad, mediante la implementación de programas de desestimulación, medidas de control y legislaciones, en concordancia con una optimización adecuada de los recursos y los gastos en materia de salud.²⁸

Tabla 5. Distribución de pacientes con cáncer de laringe según motivo de consulta.

Motivo de consulta	No.	%
Disfonía	13	59.1
Disfagia	2	9.1
Disnea	5	22.7
Dolor	2	9.1
Otros		
Total	22	100

Fuente: Historia Clínica y Entrevista

En la tabla 5 se observa la distribución de pacientes con cáncer de laringe según motivo de consulta predominando en el 59.1 % de los casos la disfonía y en el 22.7 % la disnea.

Los resultados del estudio se corresponden con estudios desarrollados en Cuba en la provincia de Cienfuegos, también en España y México donde los autores apuntan que el diagnóstico de la enfermedad debe ser sospechado

ante todo paciente de 50 años o más, fumador o bebedor habitual, que presente disfonía o molestias faríngeas de más de 15 días de evolución. La sintomatología varía según la localización y tamaño del tumor. Los tumores glóticos se diagnostican más precozmente pues producen disfonía precoz persistente y progresiva, debido a la interferencia del tumor con el cierre de la glotis. Los tumores subglóticos son clínicamente silentes y sólo producen disfonía cuando alcanzan la glotis, pero es frecuente que produzcan disnea y estridor. Otros síntomas pueden ser tos, hemoptisis, halitosis, astenia, anorexia y pérdida de peso. ^{3, 4, 16}

Tabla 6. Distribución de pacientes con cáncer de laringe según sitio de la lesión.

Sitio de la lesión	No.	%
Glotis	16	72.7
Subglotis	5	22.7
Supraglotis	1	4.0
Otros		
Total	22	100

Fuente: Historia Clínica

La distribución de pacientes con cáncer de laringe según sitio de la lesión se presenta en la Tabla 6, siendo el cáncer de glotis el que predominó en el estudio en el 72.7 % de los pacientes atendidos seguido en el 22.7 % del cáncer de Subglotis.

Con fines de clasificación, la laringe se divide en tres subsitios anatómicos: la supraglotis, la glotis y la Subglotis, los tumores supraglóticos asientan generalmente a nivel de la epiglotis o de las bandas ventriculares, los tumores glóticos afectan las cuerdas vocales o a la comisura anterior y los tumores subglóticos emergen por lo general un centímetro por debajo del borde libre de las cuerdas. Estos son raros.

En algunos estudios revisados se plantea que la frecuencia de tumores glóticos comparados con lesiones supraglóticas varía en diferentes partes del mundo. Los primeros predominan generalmente sobre los segundos, con una razón glotis-supraglotis de aproximadamente 2:1. Se afirma que la proporción de tumores supraglóticos es muy superior en los países latinos respecto a los anglosajones. Algunos tumores de más rara incidencia, son llamados marginales, se incluyen en este grupo los tumores que afectan los márgenes de la laringe, o sea los repliegues aritenoepiglóticos o faringoepiglóticos, los senos piriformes, la cara lingual de la epiglottis o la base de la lengua.^{26, 27, 29}

Tabla 7. Distribución de pacientes con cáncer de laringe según histología del tumor.

Histología del tumor	No.	%
Carcinoma Epidermoide	22	100
Carcinoma verrugoso		
Total	22	100

Fuente: Historia Clínica

El tipo histológico predominante en el estudio en el 100 % de los pacientes fue el carcinoma epidermoide como se muestra en la Tabla 7 y la mayoría de los afectados por este tipo histológico, presentan el tumor localizado en la región glótica como se describe en la literatura revisada.

En la laringe según Sobin se observan todo un espectro de alteraciones epiteliales. Abarcan desde la hiperplasia a la hiperplasia atípica, la displasia, el carcinoma in situ y el carcinoma invasor. A nivel macroscópico, los cambios epiteliales varían desde engrosamientos focales lisos de color blanco o rojizo, a veces ásperos por la queratosis, hasta lesiones verrugosas o ulceradas irregulares de color rosa blanquecino y aspecto parecido al carcinoma. Existen todas las gradaciones de hiperplasia epitelial de las cuerdas vocales verdaderas, y la probabilidad de

que aparezca un carcinoma manifiesto es directamente proporcional al nivel de atipia existente al observar la lesión por primera vez. Las hiperplasias con un tejido bien ordenado carecen casi de capacidad para su transformación maligna, pero el riesgo asciende al 1-2 % de los cinco a diez años con una displasia ligera y del 5-10 % con una displasia intensa. Solo el estudio histológico permite determinar la gravedad de los cambios. Lo más frecuente es que las distintas variaciones guarden una relación con el humo del tabaco, al existir el peligro proporcional al grado de exposición. El alcohol también es un claro factor de riesgo y la acción conjunta de tabaco y alcohol acentúa el peligro de forma apreciable. Intervienen también factores alimenticios, la exposición al amianto, la irradiación y la infección por el VPH.^{31, 32}

La mayoría de los autores consultados afirman que el subtipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoide con diferentes grados de diferenciación: bien diferenciado, moderadamente diferenciado, pobremente diferenciado, indiferenciado.^{33,34}

En Paraguay, encontraron que en todos los casos el tipo histológico tumoral fue el carcinoma epidermoide, lo que se corresponde con los resultados de este estudio y se corresponde con la literatura que habla de un 95 % de carcinomas de células escamosas y 5 % verrugosos, y en menor cuantía los condrosarcomas, carcinomas adenoide quísticos e indiferenciados de células pequeñas.³⁵

Tabla 8. Distribución de pacientes con cáncer de laringe según etapa.

E t a p a s	N o .	%
I	4	18.0
II	16	74.0
III	2	9.0
IV		
T o t a l	22	100

Fuente: Historia Clínica

Los resultados hallados en este estudio observados en la Tabla 8 avalan como se ha ido mejorando al de cursar de los años el diagnóstico precoz en estadio I y II. A juicio de la autora de esta investigación este es uno de los aspectos a considerar debido a que al poder realizar un diagnóstico precoz redundaría en tratamientos con criterios curativos en caso de realizar cirugías menos ablativas y que lograrían menor discapacidad en el paciente con una mayor supervivencia, jugando un papel protagónico el médico general integral como primer eslabón en la cadena de diagnóstico lo cual definiría la calidad de vida futura del paciente. ³⁶

El diagnóstico precoz garantiza una respuesta satisfactoria de la radioterapia en los estadios I y II. Dado que esta posibilidad terapéutica, preserva la laringe y con ella todas sus funciones, dando la posibilidad de una cirugía en caso de resultados desfavorables, motivo por el cual esta modalidad en la actualidad ha desplazado a la cirugía. ³⁷

Tabla 9. Distribución de pacientes con cáncer de laringe según tratamiento utilizado.

Tratamiento utilizado	Número	%
Radioterapia	4	18.0
Radioterapia + Cirugía	16	74.0
Cirugía + Radioterapia	2	9.0
Laringectomía + Regiones afectadas		
Total	22	100

Fuente: Historia Clínica

El 74 % de los pacientes recibió tratamiento Radioterapia y después fueron sometidos a Cirugía.

La radioterapia (RT) es el tratamiento principal de los tumores malignos en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, se administra como tratamiento único curativo o como complemento de la cirugía, sea pre o postoperatoria. En estadios precoces, los tumores de cabeza y cuello son radio curable con preservación de la función y mínimas secuelas si se utiliza una técnica óptima.

La elección de la modalidad de tratamiento para el cáncer de laringe en estadio I y II puede ser difícil, dado que las terapias tienen eficacia semejante y diferentes tendencias. En este sentido, las tasas de sobrevida y conservación laríngea reportadas para RT y laringectomía parcial (LP) son similares. La aparición ulterior del láser como herramienta terapéutica también ha demostrado resultados comparables, por lo tanto; la decisión la mayoría de las veces, es por acuerdo entre el paciente y el médico. Para esto se debe considerar: condiciones generales del sujeto, la extensión del tumor, calidad vocal, actividad, etc., ya que el resultado de esta evaluación influirá en la elección de la terapia. En general la RT tiende a ser el

tratamiento de elección en el norte de Europa, Australia y Canadá; en cambio, se prefiere la cirugía al sur de Europa y muchos centros de Los Estados Unidos de América. ³⁸

Cuba, por ser un país en vías de desarrollo, hoy no cuenta con los avances tecnológicos que permita incorporar otros métodos terapéuticos más costosos para el tratamiento de pacientes con cáncer de laringe en todo el territorio nacional y en la provincia de Camagüey se ofrece tratamiento con técnicas de radioterapia convencional. Sin embargo para estos países el uso de la RT como método terapéutico tiene impacto económico, social y científico para los enfermos y el país: Impacto científico: necesidad de realizar investigaciones sobre el tema, al ser una entidad afecta la morbimortalidad a nivel mundial. Impacto social: por la repercusión en el trinomio paciente-familia-sociedad y alterar el bienestar físico, mental y emocional dadas las secuelas y limitaciones que deja esta enfermedad. Impacto económico: el restablecimiento breve del enfermo, reduce los costos directos en procedimientos diagnósticos, terapéuticos y hospitalizaciones e indirectos en pérdida de días de trabajo, reposo del enfermo y del familiar acompañante. ³⁹

Tabla 10. Distribución de pacientes con cáncer de laringe según complicaciones.

Complicaciones	No.	%
A corto plazo:		
Fístulas faringocutáneas	1	4.5
Neumotórax bilateral secundario a traqueostomía de urgencia		
Neumotórax unilateral secundario a traqueostomía de urgencia		
A largo plazo:		

Estenosis de laringe		
Estenosis de tráquea		
Estenosis de esófago		
Estenosis de tráquea y esófago		
Trastorno de deglución		
Anemia	5	22.7
Otras		

Fuente: Historia Clínica

La aparición de complicaciones tardías tras el tratamiento es la principal limitación, pese al empleo creciente de estrategias que buscan mejorar el índice terapéutico.

Las complicaciones tardías tras la radioterapia están dadas fundamentalmente tanto factores relacionados con el propio tratamiento (dosis total, volumen de irradiación), como factores dependientes del paciente (comorbilidades, entre otras), así como la utilización de cirugía.

En el estudio como se muestra en la Tabla 10 se observó que el 22.7% de los pacientes mostraron anemia después de recibido el tratamiento.

En la actualidad las técnicas avanzadas en medicina nuclear, el personal calificado en este tipo de terapia, los medicamentos alternativos como ayuda a pacientes sometidos a estos procedimientos y la ayuda institucional de apoyo como es el médico de familia, sumado a la garantía de una alimentación adecuada y en muchos de los casos el ingreso en unidades hospitalarias especializadas; hacen que las complicaciones disminuyan a la mínima expresión.⁴⁰

CONCLUSIONES

1-El cáncer de laringe es el tumor maligno no cutáneo más frecuente de la cabeza y el cuello y es el segundo cáncer más común del aparato respiratorio.

2-En el estudio realizado predominó el grupo de edades entre 50 y 59 años y el sexo masculino.

3-Respecto a los antecedentes patológicos familiares de cáncer de laringe la mayoría de los pacientes no tenían antecedentes y el tabaquismo es el principal factor relacionado con el desarrollo de tumor.

4-La Disfonía fue el principal motivo de consulta en la muestra estudiada y los tumores de glotis los más diagnosticados.

5-El tipo histológico predominante en el estudio fue el carcinoma epidermoide y el estadio o etapa II de la enfermedad.

6-La Radioterapia combinada con la cirugía fue el tratamiento de elección en la mayoría de los casos y las complicaciones a largo plazo fueron las más predominantes principalmente la anemia.

RECOMENDACIONES

1-Promover de forma sistemática campañas de salud mediante los medios de difusión masiva acerca de los hábitos que favorecen la aparición del cáncer de laringe y los síntomas y signos precoces a tener en cuenta. 2-Capacitar al personal de salud de las diferentes áreas de atención primaria, hospitales, y demás unidades asistenciales, para facilitar un diagnóstico precoz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Lence JJ, Fernández LM. (2009a) Distribución geográfica del cáncer de laringe en Cuba. Revista Cubana Salud Pública. 35(3). [Citado 15/08/2021]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol35_3_09/spu02309.pdf
- 2-AECC (2005) Fundación científica de la Asociación Española contra el Cáncer. Cáncer en el mundo. Artículo en Internet. [Citado: Sep, 2021] Disponible en: <http://www.todocancer.com/NR/rdonlyres/D5E77B09-EDC6-43E5-A8CC-500199E3A4AB/0/MUNDO.pdf>
- 3-Lence J, Fernández LM. (2009b) Detección precoz del cáncer de laringe en Cuba. Rev Cubana Salud Pública 35(2). [Citado 15/08/2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200017&lng=es&nrm=iso
- 4-Álvarez JJ, Brandáriz JA, García A. (2019) Cáncer de laringe. En: H. Cortés-Funes, E. Díaz-Rubio, J. García-Conde J.R. Germà, V. Guillem Porta, J.J. López López et al. Oncología Clínica. Ed. Nova Sidonia Oncología (Grupo Aula Médica, S.A.); España, p. 325-342.
- 5-Becker RA (1992). Lineamientos básicos para el análisis de la mortalidad. Programa Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias (HST) Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) Pub. No. PNSP/92-15. Washington DC.
- 6-Banegas JR, Díez L, González J, Villar F, Rodríguez-Artalejo F. (2015) La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. Med Clin (Barc). 124(20), 769-71.
- 7-Bolúmar F, Vioque J (2008) Estudios de casos y controles. Capítulo 12. En: Piédrola Gil et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. 11.ª Ed. Elsevier Masson, España; p.1416.

- 8-Bueno A, Lardelli P, Luna del Castillo JD (2008) Estudios descriptivos: estudios ecológicos y transversales Capítulo 10. En: Piédrola Gil et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. 11.ª Ed. Elsevier Masson, España; p.1416.
- 9-Béjar M, Cevo J, Romero M, Iñiguez SR. Mortalidad nacional en otorrinolaringología. In: Rev Otorrinolaringología Cabeza Cuello 2017; 67: 31-37.
- 10-José Miguel Contreras R, Erich Niklitschek B, Alejandro Paredes W, Juan Cristóbal Mass O. Cáncer laríngeo-hipofaríngeo: Evaluación en el Hospital San Juan de Dios. Rev Otorrinolaringología Cabeza-Cuello 2001; 61: 19-30.
- 11-Martínez Peñalver I. Cáncer laríngeo. Estudio de 307 casos. Rev Cub Oncol. 1985 1: 35-45.
- 12-García-Sánchez M, Romero-Duránb E, Mantilla-Morales A, Gallegos-Hernández JF. Laringectomía subtotal supracricoidea. La importancia del análisis histopatológico. Gaceta Mexicana de Oncología [Internet] 2018 [Citado 20/05/2020]; 13(3): [aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/actmed/am-2014/am143c.pdf>
- 13-Colmenarejo R, Menéndez PC, García JL. Cáncer de Laringe. In: Cortés Funes H, Colomer R. Tratado de Oncología. 2da Ed. 2009; 58:169-190
- 14-Mendehall WM, Werning JW, Hinerman RW, et al. Management of T1-T2 Glottic Carcinomas. Cáncer. [Internet] 2016 [Citado 20/05/2020]; 100: [aprox. 6p.]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cnccr.20181>
- 15-Orellana G MJ, Chuang Ch Á, Fulle C A, Fernández G R, Loyola B F, Imai B C. Laryngeal Cáncer: Report of 6 years cases in Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [revista en internet]. 2017, Mar [citado 16 de noviembre 2020]; 77(1):

35-43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162017000100005>.

16- Girón Archundia E, Tamez Velarde M. Factores que influyen en el resultado de pacientes con cáncer glótico en estadio temprano sometidos a microcirugía transoral con láser CO2. Anales De Otorrinolaringología Mexicana [revista en internet]. 2013, Dic [citado 3 de marzo 2019]; 59(1): 40-44. Disponible en: Medic Latina.

17-Cardemil M Felipe, Ortega F Gonzalo, Cabezas CL. Importancia de la epidemiología en cáncer laríngeo: Incidencia y mortalidad por carcinoma escamoso de laringe. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [revista en internet]. 2017, Mar [citado 16 de noviembre 2019]; 77(1): 107-112. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162017000100016>.

18-Villaseca I, Bernal-Sprekelsen M. Tratamiento de los tumores laríngeos localmente avanzados mediante microcirugía transoral láser. Acta Otorrinolaringol Esp 2018; 64(2): 140-149. doi:10.1016/j.otorri.2012.01.013.

19-Barrios E, Garau M. Cáncer: magnitud del problema en el mundo y en Uruguay, aspectos epidemiológicos. Anfamed [revista en internet]. 2017, Jul [citado 16 de noviembre 2018]; 4(1): 7-161. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25184/anfamed2017.4.1.2>.

20-Morales Femenías Y, Cobo Vargas Y, Torres Pérez R. Programa de tratamiento preventivo y rehabilitador del cáncer de la laringe en profesionales de la voz. Medi Ciego [revista en internet]. 2014, Enero [citado 19 de noviembre 2019]; 20(1): 38-43. Disponible en: MedicLatina.

21-Mena Canata C, Osorio M, Amarilla P, González J, Bozano J. Resultados de las laringectomías conservadoras en el carcinoma de laringe. An. Fac. Cienc. Méd [Internet] 2014 [Citado 20/05/2020]; 47(2): [aprox. 18p.]. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/anales/v47n2/v47n2a02.pdf>

- 22-Avalos E, Beltrán M, Martín A, Pérez-Requena J, Porras E, Córdoba J, et al. Factores de predicción de la invasión ganglionar en el carcinoma de laringe. Acta Otorrinolaringol Esp. 1998 Aug-Sep;49(6):452-4. Disponible en: <http://www.infodoctor.org:8080/uid=9830219>
- 23-Lechuga R, Martín C, Mínguez I, Cajade J, Vélez M, Labella T. Estudio e incidencia del carcinoma de laringe en mujeres. Acta Otorrinolaringol Esp. 2000 Mar;51(2):129-32.
- 24-MINSAP: Dirección de Registros Médicos. Anuario Estadístico 2019. La Habana, Cuba: MINSAP; 2019. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadisticos-de-cuba/>.
- 25-Felipe Cardemil M. Epidemiología del carcinoma escamoso de cabeza y cuello. Revista Chilena de Cirugía [revista en internet]. 2014, Dic [citado en 19 de noviembre 2019]; 66(6): 614-620. Disponible en: MedicLatina.
- 26-Lence Anta JJ. Epidemiología del Cáncer de Laringe en Cuba. Instituto Nacional de Oncología y Radiología. La Habana.2010. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/287/>
- 27-Martínez Capoccioni G. Estudio Epidemiológico del Cáncer de Laringe en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela durante el Periodo 1995-2008. (tesis doctoral). Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Medicina Departamento de Dermatología y Otorrinolaringología. España. 2010
- 28-Gallus S, Bosetti C, Franceschi S, Levi F, Negri E, La Vecchia C. Laryngeal Cancer in Women: Tobacco, Alcohol, Nutritional, and Hormonal Factors. Cancer Epidemiology, Biomarkers y Prevention 2003.12, 514-517. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12814996>
- 29-González-Botas JH, Vázquez-Barro JC. Carcinoma de laringe estadio IV: Evolución a largo Plazo. Acta Otorrinolaringol Esp. 2006 Nov;57(9):419-24. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/102/102v57n9a13096775pdf001.pdf>

30-Alvarez Marcos C A, Llorente Pendás J L, Franco Gutiérrez V, Herm sen M A J, Franco Albalad A. Segundos tumores primarios en el cáncer escamoso de cabeza y cuello. Acta otorrinolaringológica española 2006; 57(10):462-6. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/102/102v57n10a13097024pdf001.pdf>

31-Sobin LH, Wittekind Ch. TNM Classification of Malignant Tumours. 6th ed. New York: Wiley-Liss; 2002.

32-Pressman JJ, Simon MB, Monell C. Anatomic studies related to the dissemination of cancer of the larynx. Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol.1960 Sep-Oct;64:628-38.

33-Tucker GF, Smith HR. A histological demonstration of the development of laryngeal connective tissue compartment. Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol.1962 May-Jun; 66: 308-18.

34-Bryce DP, van Nostrand AW, Brodarec I. Growth and spread of laryngeal carcinoma. Adv Otorhinolaryngol.1983; 29:9-23.

35-Zhou DJ, Casey G, Cline MJ. Amplification of human int-2 in breast cancers and squamous carcinomas. Oncogene. 1988 Mar;2(3):279-82.

35-Paré CA, Paré KE, Roa Sanabria BV, Tagle JF, Chamorro AP. Cáncer de laringe: Revisión. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina [Internet]. 2009 [citado 04 Jun 2020];192:[aprox 6 p]. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista192/5_192.pdf.The

36-Jenckel F, Knecht R. State of the Art in the Treatment of Laryngeal Cancer. Anticancer Research [Internet]. 2013 Nov [citado 04 Jun 2020];33(11):[aprox. 9 p]. Disponible en: <http://ar.iiarjournals.org/content/33/11/4701.full>

37-Mulholland GB, Zhang H, Nguyen NA, Tkaczuk N, Seikaly H, O'Connell D, et al. Optimal detection of hypothyroidism in early stage laryngeal cancer treated with radiotherapy. J Otolaryngol Head Neck Surg [Internet]. 2015 Nov [citado 04 Jun 2020]; 44(34):[aprox. 11 p]. Disponible en: <https://journalotohns.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40463-015-0085-3>

38- Contreras R, Niklitschek B, Paredes W, Maass JC. Cáncer laríngeo-hipofaríngeo. Evaluación en el Hospital San Juan de Dios. Rev Otorrinolaringol Cir Cab- Cuello [Internet]. 2001 [citado 8 Sep 2019]; 61:[aprox. 10 p.]. Disponible en: https://www.sochiorl.cl/uploads/61-01_04.pdf

39-Jiménez Paneque R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública. [Internet]. 2018 Ene- Mar [citado 05 Jun 2020]; 30(1):[aprox. 5 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662004000100004&script=sci_arttext&tlng=p

40-Cox JD, Stetz J, Pajak TF. Toxicity criteria of the Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) and the European organization for research and treatment of cancer (EORTC). Int J Radiat Oncol Biol Phys. 1995 Mar 30; 31(5):1341-6.

A N E X O S

A n e x o 1 . Instrumento de revisión de Historia Clínica .

Grupo de edades .

Menor de 20 años

Entre 20 y 29 años

Entre 30 y 39 años

Entre 40 y 49 años

Entre 50 y 59 años

60 años o más

Sexo .

Femenino

Masculino

Motivo de consulta .

Disfonía

Disfagia

Disnea

Dolor

Otros

Sitio de la lesión .

Glotis

Subglotis

Supraglotis

Histología del tumor .

Carcinoma Epidermoide

Carcinoma Verrugoso

Etapas o estadios .

Etapas I

Etapas II

Etapas III

Etapa IV

Tratamiento utilizado según etapa.

Radioterapia

Radioterapia + Cirugía

Cirugía + Radioterapia

Cirugía de laringe + Regiones afectadas

Complicaciones.

A corto plazo:

Fístulas faringocutáneas

Neumotórax bilateral secundario a traqueostomía de urgencia

Neumotórax unilateral secundario a traqueostomía de urgencia

A largo plazo:

Estenosis de laringe

Estenosis de tráquea

Estenosis de esófago

Estenosis de tráquea y esófago

Trastorno de deglución

Anemia

Otras

Anexo 2. Guía de entrevista.

1-Existe antecedentes en su familia de cáncer de laringe.

2-Ha tenido usted en el transcurso de su vida consumo de sustancias tóxicas como cigarro y bebidas alcohólicas. Cuáles.

3-Cuál fue el principal síntoma que lo hizo acudir a consulta.

A n e x o 3 . C o n s e n t i m i e n t o i n f o r m a d o .

El que suscribe: _____ doy mi conformidad participar en la investigación que tiene como título: Caracterización clínico patológica de pacientes con cáncer de laringe atendidos en el servicio de Otorrinolaringología.

Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de la utilidad de la misma por el Doctor/a _____ quien me ha informado que la misma tiene como objetivo principal caracterizar clínica y patológicamente a los pacientes con cáncer de laringe atendidos en el servicio de Otorrinolaringología perteneciente al Hospital General Docente del municipio Morón.

Me han hecho saber que mi participación en el estudio es voluntaria y mi decisión de no aceptar no traerá consecuencias negativas.

Tengo el derecho de retirarme de la investigación cuando lo considere adecuado, sin explicación y sin afectar mis relaciones con el personal de salud.

Voluntariamente firmo este consentimiento junto con el médico que me proporcionó las explicaciones a los ___ días del mes de _____ de 202__.

Participante: _____ Firma: _____

DR o Dra.: _____ Firma: _____