

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE CIEGO DE AVILA

Titulo:

Resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer de laringe en el hospital Antonio Luaces Iraola de Ciego de Ávila desde enero de 1998 hasta enero del 2010.

Autor .Dr. Marcos A Hernández Palmero .

Tutor: Dr. Luís E Pérez Paz especialista de segundo grado de otorrinolaringología.

Trabajo de terminación de la residencia para optar por el título de especialista de Primer grado en Otorrinolaringología.

Resumen

Se realizó un estudio experimental, preexperimental, de los casos portadores de cáncer de laringe en estadio III y IV y tratados quirúrgicamente en el hospital provincial docente Antonio Luaces Iraola en el periodo comprendido entre enero de 1998 hasta enero del 2008. Se encontraron predominio de pacientes del sexo masculino de más de sesenta años de edad. El mayor número de pacientes intervenidos se encontraba en estadio III y presentó como tipo histológico tumoral carcinoma epidermoide bien diferenciado. Las enfermedades asociadas al momento de la intervención fueron mayormente la malnutrición y la anemia. La técnica quirúrgica más utilizada fue la laringectomía total suprahióidea con cierre faríngeo mecánico. La estadía hospitalaria fue en el mayor número de pacientes de siete a catorce días. Las complicaciones más frecuentes fueron las metástasis ganglionar cervical, la hemorragia, la sepsis respiratorias bajas y el absceso de la pared. La alimentación oral se inició en la mayoría de los casos entre los siete y catorce días del posoperatorio y el estudio de los ganglios extirpados arrojó un 40% de positividad. Los casos en que se realizó disección radical o funcional de cuello. El mayor número de pacientes presenta un tiempo de operado de entre dos y tres años.

Introducción

El cáncer laríngeo se conoce desde la antigüedad, Asclepiades de Bitinia y Galeno descubrieron enfermedades laríngeas que fueron interpretadas como carcinomas, pero fue en el siglo XVIII cuando apareció la primera comunicación de una angina de tipo carcinomatosa por Boerman (1).

El primer caso de cáncer de laringe según los historiadores se detectó en la enfermedad de Afranius Burrus preceptor militar de Nerón. Ellos afirmaron que Burrus fue envenenado por Nerón, siendo esta la primera conducta tomada ante un paciente con cáncer de laringe (2).

La primera información sobre un cáncer laríngeo en la autopsia fue realizada por Morgagni, pero un diagnóstico exacto como el que exigimos en la actualidad fue posible a partir de Virchow, quien fuera considerado el padre de la histología moderna (1,2).

La cirugía del cáncer laríngeo data del siglo XIX, ya que la laringofisura fue practicada por primera vez por H.B. Sands en 1863 para la extirpación de un carcinoma (2,3). Antes de 1898 el tratamiento de la metástasis en el cuello constituía uno de los problemas más graves e irresolubles. El tratamiento quirúrgico era dolorosamente inadecuado y a menudo originaba la diseminación rápida y progresiva de alguna neoplasia maligna. Al comenzar este siglo George Crile hizo avanzar las técnicas de disección radical de forma tal que quedaron a la par con los métodos de Hasteld para el tratamiento del carcinoma de seno. Billroth de Viena, el 31 de diciembre de 1873 llevó a cabo la primera laringectomía radical para cáncer laríngeo. Un mes antes había practicado una cricotiroidotomía vertical y escisión local intralaringea de la lesión local del paciente. Este paciente falleció 7 meses después, pero Botina de Turín ejecutó una laringectomía total en 1875 en un paciente que sobrevivió 10 años. Gluck en 1880 observó que la mortalidad era alta y desarrolló un proceder de dos etapas en la cual la separación de la tráquea era realizada primero y la laringectomía y el cierre faríngeo en otro tiempo. En Cuba este proceder lo desarrolló por primera vez por el Dr. Emilio Martínez (2).

La etiopatogenia del cáncer de laringe es desconocida, sin embargo ha sido descrita por varios autores la influencia de diversos factores de riesgo como el tabaquismo, alcoholismo, la contaminación ambiental, radiaciones, predisposiciones genéticas, infecciones crónicas la presencia de lesiones precancerosas (2,4,5,6,7,8,9).

Se han invocado varias teorías referentes a la génesis del cáncer de laringe. Saffioti y Kauffman en 1975 revisaron datos disponibles sobre la bioquímica de la carcinogénesis laríngea. Se ha dirigido particular atención a los hidrocarburos nitrosos, los cuales se encuentran en concentraciones significativas en las partículas y componentes gaseosos del humo del cigarro (10,11,12).

El cáncer laríngeo representa entre el 2 y el 5 % de todas las neoplasias malignas que se diagnostican en el mundo. En los dos últimos decenios ha aumentado su incidencia fundamentalmente en regiones industrializadas (10, 11, 12,13).

Reportes estadísticos del registro nacional de cáncer de Cuba muestran en el año 1970 una tasa por año de $2,9 \times 100000$ habitantes, en 1980 de $3,1 \times 100000$, y en el año 1995 ascendió a $4,9 \times 100000$ habitantes (14).

A pesar del avance en las diferentes modalidades terapéuticas que han hecho que la sobrevida sea cada vez mayor así como la calidad de vida de estos enfermos. La mortalidad de cáncer laríngeo aumenta cada año y se espera que siga ese ritmo ascendente(2,13).

La cirugía para el cáncer laríngeo considerada como cirugía de rescate se reserva para casos en estadio III y IV, los casos que se diagnostican en estadio O, 1y2 que no responden a tratamiento radiante y la técnica quirúrgica empleada depende en gran medida del estadio tumoral, la toma metastasica de ganglios y la presencia o no de metástasis a distancia en cada paciente (15).

En nuestro servicio se comenzó a asumir el tratamiento quirúrgico de rescate de pacientes en estadio III y IV desde el año 1998. Los resultados obtenidos, dados por los indicadores como la sobrevida de los pacientes y las complicaciones presentadas durante y después del tratamiento quirúrgico, entre otros dan la medida de la calidad de la atención médica del personal médico del servicio.

Objetivos:

General:

Describir los resultados de la utilización de la cirugía en pacientes portadores de cáncer laríngeo estadio III y IV en el Hospital docente Antonio Luaces Iraola en el periodo comprendido entre enero del 2000 y enero del 2010.

Específicos:

1. Distribuir los pacientes intervenidos quirúrgicamente por presentar cáncer laríngeo según edad y sexo de los mismos.
2. Conocer la clasificación TNM y el estadiaje tumoral de los pacientes operados de cáncer de laringe en el servicio de otorrinolaringología.
3. Determinar en los pacientes intervenidos quirúrgicamente por presentar cáncer de laringe en nuestro hospital:
 - tipo histológico tumoral según estadio.
 - Enfermedades asociadas que puedan intervenir en la evolución posterior.
 - Técnica quirúrgica empleada según estadio tumoral.
 - Estadía hospitalaria.
 - Complicaciones que presentan los pacientes
 - Tiempo transcurrido para la alimentación oral.
4. Describir el resultado del estudio anatomopatológico de los ganglios extirpados durante las disecciones radicales o funcionales en los casos en que se realicen las mismas.
5. Determinar el tiempo de supervivencia de los pacientes luego de ser sometidos a la cirugía laríngea de rescate y la causa directa de muerte en los fallecidos.

Marco Teórico

El carcinoma de células escamosas es la neoplasia maligna más frecuente de la laringe y también la enfermedad maligna más frecuente de cabeza y cuello. La incidencia es mayor en varones y se asocia al tabaquismo y al consumo de alcohol 9, 10, 11, 12,16.

Todos los pacientes con disfonía de más de dos semanas de evolución, constante, y sin remisión debe de ser sometidos a laringoscopia directa 16.

En el carcinoma glótico precoz la radioterapia o la cirugía parcial, cordectomía, dan una tasa de supervivencia a los 5 años del 85 al 95 por ciento. En el carcinoma de cuerda vocal precoz se prefiere resultado terapéutico adecuado .En los carcinomas avanzados de comisura anterior, toma de tres pisos laríngeos, alteración de la movilidad de las cuerdas vocales, invasión tiroidea o extensión subglótica se hace necesaria la cirugía.

A menudo es posible realizar una hemilaringectomía preservando la función esfinteriana y fonatoria de la laringe. El cáncer glótico requiere en estadios avanzados de laringotomía total. El carcinoma poscricoideo requiere laringectomía y sustitución de las hipofaringe y esófago cervical con un injerto libre de yeyuno con anastomosis micro vascular. En la metástasis ganglionar cervical se combina la cirugía laríngea con disección cervical radical o radical modificada.

La Unión Internacional Contra el Cáncer y el Comité de la Junta Americana para el Estadaje y Reporte de resultado ha acordado un sistema común de estadiamiento el cual facilita la comparación de resultados de diferentes centros. Este sistema se basa en la presencia o ausencia de ganglios regionales únicos o múltiples, su lateralidad, talla, menos de 3 centímetros, diámetro entre 3y 6 o mayor de 6 centímetros .De cualquier modo inconsistencias entre los observadores y errores en las medidas son factores que tienden a confundir el sistema (17).

Estadios tumorales del cáncer laríngeo.

Estadio 0-----	T is No Mo
Estadio I-----	T1 No Mo
Estadio II-----	T2 No Mo
Estadio III-----	T3 No Mo
	T1, 2,3 N1 Mo
Estadio IV -----	T4 No Mo
	T1, 2,3 N2 Mo
	T1, 2,3 N3 Mo
	T1, 2,3 N1, 2,3 M1

Los especialistas que practican cirugía de cabeza y cuello devén dominar con maestría la técnica y la anatomía quirúrgica de las disección cervical. La disección de cuello es aunque modificada en algunos detalles la clásica

Disección en bloque descrita en 1906 por George Crilem o la disección cervical modificada popularizada por el doctor Richard Jesse en 1978 en el hospital M.D Anderson en Houston y el doctor Ettore Bocco de Milian en Italia. Es básica para tratar tumores primarios de laringe con metástasis ganglionares, así como tumores primarios de la

cavidad oral, hipofaringe, oro faringe, tiroides vías aerodigestivas superiores y glándulas salivales 18.

Nódulos histológicamente positivos han sido encontrados cuando la palpación manual se considera negativa en un 4- 60 % de los casos .Otros reportes hablan de un rango entre 20-40%.Por otra parte no todos los nódulos aumentados están envueltos por metástasis cancerígena. A pesar de que un rango de 8-35% de falsos positivos es generalmente menor que falsos negativos y la frecuencia decrece cuando los linfonodos llegan a alcanzar tallas de hasta 3 centímetros, el pronóstico de vida se correlaciona con la presencia o ausencia de metástasis a los linfonodos cervicales regionales y es indudablemente peor si estos existen 18.

La recurrencia en tumores malignos de laringe es de 6 a 3 veces mayor en pacientes con linfonodos clínicamente positivos que en pacientes con linfonodos cervicales clínicamente negativos. En estudios realizados por Chone y colaboradores no se encontró influencia entre la recurrencia cervical del tumor y la histopatología de nódulos y el uso de radioterapia postoperatoria y si entre la recurrencia y la multiplicidad de nódulos positivos 19.

Basado en estos aspectos se han realizado estudios enzimáticos para utilizarlos como factor predictor de metástasis y guía de pronóstico clínico para practicar disección cervical selectiva en pacientes que tienen cáncer laríngeo. Ha sido demostrado que la enzima telomerasa en los pacientes con cáncer de laringe alcanzan niveles elevados y esta es proporcional a la probabilidad de metástasis linfáticas regionales 20

Estudios publicados en el año en curso plantean que debe realizarse la disección cervical unilateral de rutina en todos los casos clasificados como tumores T3 y T4 supraglóticos para mejorar el pronóstico de vida aunque estos pacientes clasifican No al no tener nódulos clínicamente palpables 21. Otros investigadores como Nahum y colaboradores concluyen que los posibles beneficios de la disección cervical electiva no están claramente definidos y muchos de los trabajos revisados sugieren que no más del 5% de los casos se benefician con esta técnica 22. La mortalidad atribuida al proceder es del 1 al 5 %. Las opiniones varían sobre los meritos de dicho proceder. Farr y Arthur reportaron una supervivencia de 5 años en el 33% de los casos que tenían ganglios histológicamente positivos en el momento de la disección un índice similar entre los pacientes con ganglios clínicamente positivos ipsilaterales que se intervinieron más tarde por toma ganglionar tardía .Por otra parte Lee y Krause encontraron un 48% de supervivencia a los 5 años en aquellos con ganglios positivos en la disección cervical en bloque comparados con el 33% en pacientes a los cuales se le realizó disección secundaria por toma metastásica cervical tardía 22 .

Las complicaciones intraoperatorias y postquirúrgicas constituyen un gran tema para los cirujanos de cabeza y cuello. El conocimiento de la fisiopatología de los mismos, su diagnóstico precoz y manejo adecuado ayudan a prevenir o

Limitar la movilidad y posible mortalidad .Aunque todas las complicaciones no pueden ser prevenidas si pueden ser minimizadas al máximo (26).

El tiempo de alimentación oral después de la laringectomía total constituye un tema controversial y de debate.El criterio que prevalece es que la alimentación oral temprana puede causar fístula faringocutánea por cuanto la practica común es iniciarla en un periodo de siete a diez días.Estudios realizados de manera secuencial han comprobado que la alimentación oral precoz (dentro de las primeras 48 horas de la intervención) es clínicamente inocua en pacientes sometidos a laringectomía (27).

En la aparición de otras complicaciones intervienen la asociación de enfermedades en los paciente como alteraciones endocrino metabólicas malnutrición, anemia y afecciones

cardiovasculares entre otras (26,27).

Después de una cirugía de gran envergadura como lo constituye la laringectomía total con o sin disección cervicales producen cambios profundos psicológicos en la vida del paciente. El seguimiento adecuado y el manejo de su esfera emocional, así como su rehabilitación oportuna mejoran su calidad de vida. La premisa es preservar una vida aunque sea necesario para eso el sacrificio de la función fonatoria (28, 29,30).

Para muchos científicos la laringectomía total no debe usarse como tratamiento inicial para ningún estadio tumoral. El éxito del tratamiento contra el cáncer laríngeo no constituye solo eliminar el tumor sino proveer el mejor pronóstico funcional para el paciente. (31).

Material y Método

Se realizó un estudio experimental, pre experimental del resultado del tratamiento quirúrgico del cáncer laríngeo en el hospital provincial docente Antonio Luaces Iraola en el periodo comprendido desde enero del 2000 hasta enero del 2010.

El universo estuvo constituido por todos los pacientes diagnosticados y operados de cáncer de laringe en el periodo antes mencionado, en el servicio de otorrinolaringología de nuestro hospital. Todos los casos serán previamente diagnosticados por estudio anatomopatológico y posteriormente sometidos a radioterapia. Como premisa se excluyeron los pacientes incluidos en las siguientes categorías.

-pacientes diagnosticados en estadio tumoral T1-T2 que no hayan respondido a tratamiento radiante y se sometan a cirugía de rescate por esa causa.

-pacientes que hayan sido intervenidos por presentar cáncer laríngeo primario en otros hospitales del país y que se sometan a cirugía de rescate posteriormente en nuestros servicios por presentar recidiva tumoral o metástasis ganglionar tardía.

La fuente de obtención de la información es un formulario elaborado con el fin de recopilar los datos de las historias clínicas de los pacientes, los cuales fueron estudiados y clasificados según las normas internacionales vigentes. Todos los pacientes serán seguidos después del alta por consulta externa con una frecuencia de mensual el primer año, bimensual el segundo año, trimestral el tercer año, y cada seis meses hasta el quinto año fecha en la cual se considera curado pero sin otorgar nunca el alta definitiva.

La técnica quirúrgica o la combinación de estas será dependiente de la presencia o no de adenopatías cervicales metasasicas. En los tumores laríngeos sin limonada clínicamente palpables antes de la cirugía y durante la palpación en el acto quirúrgico se utilizará la técnica de laringectomía total suprahiodea tipo Gluck Sorensen con cierre mecánico de la faringe con UKL 60 si la hipo faringe está libre de tumor o con cierre manual con puntos invertidos de la faringe si existe tumor faríngeos o si se produjo apertura faríngea accidental.

En los casos de adenopatías clínicamente palpables la conducta a tomar será dependiente del tamaño de la misma, si son mayores o menores de dos centímetros. En los pacientes con adenopatías cervicales de menos de 2 centímetros de diámetro se realizó disección funcional cervical con la técnica de Gluck Tapia. Si presentaban adenopatías de más de 2 centímetros de diámetro se realizó disección cervical radical ipsilateral acompañada o no de disección funcional cervical contra lateral en dependencia del estadiamiento de la otra mitad del cuello.

En cada consulta de seguimiento se indicaran complementarios (hemoglobina, eritrosedimentación, urea, ácido úrico, creatinina y ultrasonido cervical de partes blandas, radiografía de tórax así como un examen otorrinolaringológico exhaustivo y un interrogatorio detallado para precisar complicaciones).

Para determinar la causa directa de muerte se realizara necropsia a todos los pacientes fallecidos.

Para determinar la invasión tumoral de los ganglios linfáticos extirpados luego de disección cervical funcional o disección cervical radical se tomara en consideración el informe emitido por anatomía patológica de nuestro hospital.

Las complicaciones presentadas por los pacientes serán divididas para su mejor categorización en intraoperatorias y post operatorias. Estas últimas se diviran en inmediatas, mediatas y tardías.

El procesamiento de la información se realizara por medios computarizados empleando como medidas de resumen los por cientos.

Los resultados se compararon con la bibliografía nacional y extranjera y se presentaron en tablas de distribución de frecuencias.

Resultados y discusión

Tabla 1: Distribución de pacientes operados según edad y sexo

	Edad entre 40-50 años	Edad entre 51-60 años	Edad de Más de 60 años	total
femenino	2-3,33%	2-3,33%	6-10,0%	10-16,6%
masculino	6-10,0%	18-30,0%	26-60%	50-83,3%
total	8-13,3%	20-33,3%	32-53,3%	60-100%

Fuente. Encuesta.

En la tabla -1 se distribuyen los pacientes incluidos en el estudio teniendo en cuenta la edad y sexo de los mismo .Coincidiendo con la literatura revisada predomina el sexo masculino respecto al femenino en los pacientes de nuestro estudio para un 83.33% y16.66% respectivamente el sexo se incluye como un factor importante entre los caracteres epidemiológicos que adoptan esta enfermedad (2, 4, 5, 6, 7,9).La patología Oncoproliferativa de laringe en el grupo estudiado no se presento en ningún paciente de menos de 40 años de edad, siendo el grupo etario de más de 60 años el que presento mayor número de pacientes en ambos sexo con 53.3% como se recoge en la Totalidad de la bibliografía consultada (9, 10, 11,12).El grupo de edad entre 51-60 años presento un 33,33del total y el 13,33 de los pacientes tenia edades comprendidas entre 40-50 años.

Tabla 2: Distribución de pacientes operados según estadio y clasificación TNM.

Clasificación	III No y %	IV No y %	Total No y %
T3N0M0	20-33,3		20-33,3
T2N1M0	4-6,66		4-6,66
T3N1M0	8-13,3		8-13,3
T1N2M0		4-6,66	4-6,66
T2N2M0		8-13,3	8-13,3
T3N2M0		8-13,3	8-13,3
T4N2M0		6-10,0	6-10,0
T123N3M0		2-3,33	2-3,33
Total	32-53,3	28-46,7	60-100

Fuente: Encuesta

En la tabla .2 se distribuyen los pacientes incluidos en el estudio según el estadio tumoral y la clasificación TNM. En los pacientes de nuestro estudio el 53,3de los mismo presentaba un estadio tumoral III en el momento de la cirugía y el 46,7% de los mismo se encontraban en un estadio Obteniendo en cuenta la clasificación TNM el estadio T3N0M0 fue el que mayor numero de caso aporto con un 33,33% mientras que en el estadio IV existió igual número de pacientes en estadio T2N2M0 y T3N2M0 con un 13,33% respectivamente.

Tabla 3: Distribución de pacientes según tipo histológico y estadio

Tipo histológico	Estadio III No y %	Estadio IV No y %	Total No y %
Carcinoma epidermoide Poco diferenciado	6-10,0	4-6,66	10-16,6
Carcinoma epidermoide indiferenciado	10-16,6	12-20,0	22-36,66
Carcinoma epidermoide Bien diferenciado	16-26,7	12-20,0	28-46,7
Total	32-53,3	28-46,7	60-100

Fuente. Encuesta

Pudo apreciarse que el carcinoma epidermoide bien diferenciado fue el que se presentó en ambos estadios en mayor proporción, constituyendo el tipo histológico más común con un 46,7% de representación en el estadio III y un 20% en el estadio IV. Por orden de frecuencia en ambos estadios III y IV apareció el carcinoma epidermoide indiferenciado con 36,6% del total con una representación del 16,6% en el estadio III y un 11% en el estadio IV. El tipo histológico menos común fue el carcinoma epidermoide poco diferenciado representando el 16,6% del total de los casos. La bibliografía consultada concuerda con nuestro resultado siendo más común el tipo histológico de carcinoma epidermoide bien diferenciado (5,9,11). Estos resultados pueden verse en la tabla 3.

Tabla 4: Distribución de pacientes según enfermedades asociadas

Enfermedades asociadas	No	%
Anemia	12	20
Cardiopatía isquémica	4	6,6
Insuficiencia cardiaca congestiva	2	3,3
Malnutrición	20	33,3
Diabetes mellitus	4	6,6
Asma bronquial	6	10,0
Hipertensión arterial	10	16,6

Fuente. Encuesta

La patología más comúnmente encontrada la constituyo la malnutrición con un 33,3% de los pacientes estudiado ,seguida de anemia con un 20% y de hipertensión arterial en el 16,6% de los casos .Un 10% de los pacientes era portador de asma bronquial .Un total de 48 pacientes presento algún tipo de patología asociada para constituir el 80% de los pacientes estudiados .Estos resultados se encuentran en la tabla 4

Tabla 5: Distribución de pacientes según técnica quirúrgica recibida y estadio.

Técnica quirúrgica	Estadio III No y %	Estadio IV No y %	Total No y %
Laringectomía total Suprahioidea con cierre mecánico	20-30		20-30
Laringectomía total Cierre manual Suprahioidea y Dissección cervical Funcional ipsilateral Cierre mecánico	12-20	2-3,33 10-16,67	2-3,33 22-36,66
Laringectomía total Cierre manual Suprahioidea y Dissección cervical Radical ipsilateral Cierre mecánico		2-3,33 6-10,0	2-3,33 6-10,0
Laringectomía total Cierre manual Suprahioidea y Dissección cervical radical Ipsilateral mas dissección Cervical funcional Contra lateral Cierre mecánico		4-6,6 4-6,6	4-6,6 4-6,6
Total	32-53,33	28-46,7	60-100

Fuente .Encuesta

En la tabla 5 se distribuyen los pacientes intervenidos por Carcinoma Laríngeo en Hospital Antonio Luaces Iraola teniendo en cuenta el estadio tumoral y la técnica quirúrgica recibida .En el estadio III la técnica más frecuentemente utilizada fue la Laringectomía Total Suprahioidea con cierre mecánico de la faringe constituyendo el 30% de los casos del estudio .En el estadio IV la combinación de Laringectomía Total Suprahioidea y Dissección Cervical Funcional Ipsilateral con cierre mecánico de la faringe fue la más realizada representando el 36,67% del total y constituyendo a su vez la más realizada en nuestro estudio .Laringectomía Total Suprahioidea y Dissección Cervical Funcional Ipsilateral con cierre manual de la faringe se realizo solo en un caso para un 3,33% del total .La Laringectomía Total Suprahioidea y Dissección Cervical Radical Ipsilateral se realizo en un caso con cierre manual para un 3,33% y en caso con cierre mecánico para un 10% .La Laringectomía Total Suprahioidea y Dissección Cervical Radical Ipsilateral y Dissección Cervical Funcional Contralateral se realizo en 8 pacientes en 4 con cierre manual y los 4 restante con cierre mecánico representando el 6,66% en cada caso .No se realizo en ningún caso la Laringectomía Total Suprahioidea y

Dissección Cervical Radical bilateral ni la Laringectomía Total Suprahioidea con cierre manual de la faringe en el estadio III. Los 4 pacientes a los cuales se les realizó cierre manual de la faringe pertenecían al estadio IV y de ellos 1 fue sometido al proceder por presentarse apertura de la faringe

En los pacientes portadores de Carcinoma de laringe en estadio III no se les realizó Dissección Cervical Funcional de rutina. Pinilla y col realizan la Dissección Cervical Funcional unilateral o bilateral de rutina en todos los casos T3-T4 para mejorar el pronóstico de vida sobre todo en los tumores supraglóticos (21). Por su parte Lassaletta y col realizaron Dissección Cervical electiva en pacientes sin adenopatías palpables estadio III e hicieron seguimiento de los mismo de 5 años como mínimo en cada paciente observando metástasis oculta en el 30% de los mismo y sostienen por tanto que la Dissección Funcional Electiva provee buen control de las metástasis cervicales y de los rangos de supervivencias (32).

Tabla 6: Distribución de pacientes operados según complicaciones

Complicaciones	Intraoperatoria No y %	Postoperatorias Inmediatas No y %	Postoperatorias Mediatas No y %	Postoperatorias Tardías No y %	Total No Y %
Anestésicas	2-3,33				2-3,33
Hemorrágicas	12-20,0				12-20,0
Arritmias	2-3,33				2-3,33
Apertura accidental De la faringe	2-3,33				2-3,33
Sangramiento digestivo alto		2-3,33			2-3,33
Sepsis respiratoria baja		2-3,33	4-6,66		6-10,0
Serosa			2-3,33		2-3,33
Absceso de la pared			6-10,0		6-10,0
Dehiscencia de la herida			2-3,33		2-3,33
Necrosis del colgajo			4-6,66		4-6,66
Neumotórax espontáneo Bilateral				2-3,33	2-3,33
Fístula faringocutanea			2-3,33		2-3,33
Metástasis ganglionar Regional				8-13,33	8-13,33
Metástasis pulmonar				4-6,66	4-6,66
Estreches del traqueostoma				21-3,33	2-3,33

Fuente. Encuesta

En la tabla 6 se representan los pacientes del estudio teniendo en cuenta las complicaciones presentadas. Las complicaciones intraoperatoria más frecuente fue la hemorragia con un 20 % de aparición. Las complicaciones anestésicas, la arritmia y la apertura accidental de la faringe se presentaron todas en el 3,33% de los casos. No ocurrió el fallecimiento de ningún paciente durante el acto quirúrgico, complicación recogida en la literatura y atribuida al proceder desde el 1 al 5% ,19,26. De las

complicaciones postoperatoria la metástasis ganglionar regional constituyo la más frecuente con un 13,33% de aparición .Por su parte Muzaffar y col estudiaron la eficacia de la disección cervical electiva para controlar las metástasis cancerígenas a nódulos linfáticos regionales y encontraron un 4,5% de recurrencia 33.La sepsis respiratoria baja y el absceso de la pared se encontraron en el 10% de los pacientes intervenidos .Por otra parte la fístula faringocutanea solo se presento en un paciente para un 3,33%,índice que hasta ahora se encuentra por debajo de los obtenidos por otros autores. La metástasis pulmonar se encontró en 4 pacientes para un 6,66%,echo poco usual pues el cáncer de laringe presenta raramente metástasis a nivel de otros órganos ,siendo las cadenas ganglionares cervicales las estructuras más comúnmente afectadas en el proceso de diseminación tumoral (1,2,17,23).No obstante López y Col encontraron que en el corto periodo de seis meses pudieron constatar la presencia de metástasis pulmonar en 6 enfermos que previamente habían sido operados de cáncer de laringe (36).Cabasa y col describen un caso similar a los dos años de operados (37).

Tabla 7: Distribución de pacientes según estadía hospitalaria.

Menos de 7 días	14-20 %
Entre 7-14 días	38-64 %
Entre 15-30 días	6-13 %
Más de 31 días	2-3 %

Fuente. Encuesta.

En la tabla se representa la estadía hospitalaria de los pacientes de nuestro estudio. La mayor proporción de pacientes presentó una estadía hospitalaria entre 7-14 días para un 64 %, 38 pacientes seguidos del grupo que se mantuvo hospitalizado por menos de 14 días representando el 20 %, 6 pacientes. De 15-30 días estuvo ingresado después de la cirugía el 13% de los pacientes, 4. Solamente 2 pacientes se mantuvieron ingresados por más de 31 días para un 3,33 % del total.

Tabla 8: Distribución de paciente según tiempo transcurrido para alimentación oral

Menos de 7 días	6-10%
Entre 7 y 14 días	40-67%
Entre 15 y 21 días	12-20%
Más de 21 días	2-3%

Fuente. Encuesta

La distribución de pacientes según tiempo transcurrido para alimentación oral se representa en la tabla 8. no se realizó apertura de la vía oral en las primeras 48 horas del postoperatorio a pesar de que Medina y Col plantean que es clínicamente inocua practicada en ese periodo de tiempo.

Tabla 9. Distribución de pacientes operados de disección cervical y/o disección cervical funcional. Según el resultado del estudio anatomopatológico de los ganglios linfáticos extirpados

positivos	negativos	total
16- 40%	24- 60%	40- 100%

Fuente: Encuesta

En la tabla 9 se representa los pacientes que fueron sometidos a disección cervical radical y/o disección cervical funcional según el resultado del estudio anatomopatológico de los ganglios linfáticos extirpados. El 40 % presento ganglios positivos de metástasis y el 60% ganglios negativos coincidiendo con la bibliografía revisada (18).

Tabla 10. Distribución de pacientes según tiempo de supervivencia.

Pacientes	6m-1año	1-2año	2-3año	3-4año	Mas 4 año	total
vivos	6-10%	16-26,6%	13-21,6%	6-10%	13-21,6%	54-90%
fallecidos	2-3,33%	2-3,33%				6-10%
total	10-16,6%	18-30%	13-21,6%	6-10%	13-21,6%	60-100%

Fuente encuesta

En la tabla 10 se distribuyen los pacientes según el tiempo de supervivencia .El mayor numero de pacientes fue operado en un periodo de 1-2 años para un 26,6% ,seguido del grupo que recibió cirugía entre 2-3 que represento el 21,6%, el 21,6%de los pacientes se encuentra operado hace mas de 4 años el 10% hace 3-4.

Conclusiones.

1. Coincidiendo con la literatura realizada el mayor número de pacientes intervenidos en el hospital provincial docente Antonio Luaces Iraola por cáncer laríngeo en el periodo comprendido entre julio de 1998 hasta la fecha tiene más de sesenta años y pertenece al sexo masculino
2. El mayor número de casos incluidos en el estudio perteneció al estadio III y al tipo T3N0M0
3. El tipo histológico temporal predominante fue el carcinoma epidermoide bien diferenciado.
4. Las enfermedades asociadas a estos pacientes fueron más frecuentemente la malnutrición, la anemia y la hipertensión arterial.
5. La técnica quirúrgica mas realizada en los pacientes en estadio III fue laringectomía total suprahiodea mientras que en el estadio IV fue la laringectomía total suprahiodea asociada a disección cervical funcional con cierre mecánico de la faringe con UKL-60
6. La complicación intraoperatoria mas frecuente ha sido la hemorragia y las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron las metástasis cervicales regionales y el absceso de la pared.
- 7, La estadía hospitalaria estuvo entre 7-14 días en la mayoría de los pacientes.
8. La mayoría de los pacientes comenzó a recibir alimentación oral entre los 7-14 días posteriores a la cirugía.
9. El 40% de los pacientes de nuestro estudio sometidos a disección funcional o radical cervical presento ganglios linfáticos positivos de toma cancerígena.

10. El mayor número de pacientes presenta de 2-3 años de operado y los dos pacientes fallecidos presentaban de 6 meses a 1 año de operado y de 1 -2 de operado siendo la causa de muerte de ambos la metástasis pulmonar.

Recomendaciones

Que este estudio se extienda y permita continuar el seguimiento de los pacientes incluidos en el mismo y los que posteriormente reciban el mismo en nuestro hospital por cáncer laríngeo y determinar la supervivencia de los mismos.

Que se capacite a todo el personal de salud sobre los síntomas precoces del cáncer de laringe con vista a detectar precozmente esta enfermedad y realizar oportunamente tratamiento evitando el diagnóstico en estadio III y IV.

Bibliografía:

1. Lenk R. Laringe trastorno de la locucion. En: Berendes J, Lenk R, Zollner F, eds. Tratado de otorrinolaringología. t2. Barcelona: Editorial Científico Médica; 1970. p. 1073-74.
2. Cardoso Herrera G. Cáncer laríngeo. En : Temas de la residencia. Santiago de Cuba; 1972: 136-67.
3. Haugley B H . Total Laryngectomy and Laryngopharyngectomy. En: Fredrickson J M, Cummings B J, eds. Otorrinolaryngology. t2. St Louis. Editorial Mosby 2003. p. 2166.
4. Ibarrodo J, García M, Lorente J. Comparative study of two antibiotics prophylactic protocols in oncologic surgery of the pharynx and larynx. Acta otorrinolaringol Esp 2004; 49(5): 397-9.
5. Suarez N C, Herrero M F, Díaz F C. Clinicopatologic prognostic factors in laryngeal pharyngolaryngeal tumors. Am J Otolaryngol 2004; 42(2): 68-71.
6. Crosagni P, Russo A. Tobacco and diet as determinants of survival in laryngeal cancer patient. Int J cancer 2003; (3): 308-13.
7. Velly AM, Franco E L, Sschecht N. Relationship between dental factors and risk of upper aerodigestive tract cancer. Oral Oncol 2005; 34(4): 284-91.
8. Polawska K, Kowalska B. Laryngeal carcinoma in brothers. Otolaryngol Pol 2005; 54(4): 451-4.
9. Morales Y. Comportamiento de algunos factores clínico epidemiológicos en el cáncer laríngeo en Ciego de Avila. Trabajo para optar por el título de primer grado en otorrinolaringología.
10. Avalos E, Beltrán M. Prediction factors for lymph node involvement in carcinoma of the larynx. Acta otorrinolaringol. Esp 2005; 49(6): 452-4.
11. Sasaki St, Carlson R D . Malignant neoplasm of the larynx . En : Fredrickson J M, Cummings B J , eds. Otorrinolaryngology. T 3. St Louis: Editorial Mosby; 1993. p. 1925-54.
12. Marks J E. Radiation therapy . En : Fredrickson J M, Cummings B J , eds. Otorrinolaryngology. T 3. St. Louis: Editorial Mosby; 2003. p. 2124.
13. Greenberg N, Schneider D. The cancer burden of Southern African-Americans: Analysis of social geographic legacy. Mead J cancer 2005; 72(5): 1312-90.
14. Cuba . Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico . La Habana.: Dirección Nacional de Estadística , 1996. p. 62-63
15. Weinstein GS , El Sawy MM. Laryngeal preservation with supracricoid partial laryngectomy results improved quality of life when total laryngectomy. Laryngoscope 2005 ; 111(22): 191-99.
16. Berkow Robert. Manual Merck. 9na de España : Editorial Doyma; 2004 . p. 2601-2.
17. Sessions D G . Staging and classification . En: Fredrickson J M, Cummings B J , eds. Otorrinolaryngology. T 1. St Louis : Editorial Mosby; 1993. p. 143.
18. Lingeman R E, Surgical Anatomy. En: Fredrickson J M, Cummings B J , eds. Otorrinolaryngology. T 2. St Louis : Editorial Mosby; 1993. p. 1531-42.
19. Chone CT; Silva AR. Regional tumor recurrence after supraomohyoid neck dissection. Arch Otolaryngol Head and Neck Surg 2003 Jun; 129(1): 54-8.
20. Ling Chuang, Er Bi Yan, Hou Ke. Detection of the telomerase activity in laryngeal carcinoma and the association between telomerase activity and lymphatic metastases. Zhonghua Yi Xue Za Zhi 2005 Aug; 15(8): 360-2.
21. Pinilla M, Gonzalez F, Lopez Cortijo J. Management of N0 in laryngeal carcinoma. Impact on patients survival. Laryngol Otol 2006 Jan; 117(1): 63-6.

22. Souglu Y, Erdamar B, Katircioglu O. Extracapsular spread in ipsilateral neck and contralateral neck metastases in laryngeal cancer. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2008 May; 111(5):447-54.
23. Cummings BJ. Radiation Therapy and treatment of the cervical lymph nodes. En: Fredrickson J M, Cummings B J , eds. *Otorrhinolaryngology. T 2. St Louis : Editorial Mosby; 1993. p.1631-41.*
24. Tomik J, Skladzien J, Modrezejewski M. Evaluation of cervical lymph node metastases of 1400 patients with cancer of the larynx. *Auris Nasus Larynx* 2007 Aug; 28(3):233-40.
25. Nguyen Tan P F, Le QT, Quivey JM. Treatment results and prognostic factors of advanced T3-T4 laryngeal carcinoma the University of California, San Francisco (UCSF), and Stanford University Hospital (SUH) experience. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2001 Aug; 50(5):1178-80.
26. Events E C. Surgical complications. En : Fredrickson J M, Cummings B J , eds. *Otorrhinolaryngology. T 2. St Louis: Editorial Mosby; 1993. p.1672-90.*
27. Medina JE, Khafif A. Early oral feeding following total laryngectomy . *Laryngoscope* 2001; 111(3):368-72.
28. Babin E. Life after total Laryngectomy. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 2001; 122(5):303-9.
29. Deshmane VH, Parikh HK. Laryngectomy: a quality of life Assessment. *Indian J Cancer* 1995 Sept; 32(3):121-30.
30. Herranz G , Botas J, Gavilan Bouzas. Quality of life and cancer of the larynx. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2005 May; 50(4):276-82.
31. Laramori G E, Coltreara M D. Organ preservation strategies in the treatment of laryngeal cancer. *Curr Treat Opt Oncol* 2003 Feb; 4(1):15-25.
32. Lassaletta L, Garcia Pallares M, Morera E. Functional neck dissection for the clinically negative neck: effectiveness and controversies. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2002 Feb; 111(2):169-73.
33. Muzaffar K. Therapeutic selective neck dissection : a 25 year review. *Laryngoscope*. 2006 Sept; 113(9):1460-5.
34. Murdoch Glez R, Gonzales Hernandez N, Machin Glez V. Fistulas faringocutaneas. Estudios de algunos factores que inciden en su aparicion . *Rev Cubana Cir* 1998; 37 (2):5-9.
35. Lu w, Zhang B, Ni D. Study of pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy. *Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi* 2001 Mar; 15(3):106-9.
36. Lopez E, Sainz M. El cancer laringeo y las metastasis pulmonares . *Acta ORL Espe* 1984; 32:695-699.
37. Cavazza A, Facciolongo N. Pulmonary metastases of epidermoid carcinoma of the larynx case with and interstitial pattern of growth. *Pathol* 2002 Jun; 94(3):136-41.
38. Seven H, Calis AB. A randomized controlled trial of early oral feeding in laryngotomized patients. *Laryngoscope*. 2003. Jun; 113(6).1076-9.

Anexo: Encuesta

1-Datos generales

- a) Nombre del paciente
- b) Dirección
- c) fecha de intervención
- d) Edad
- e) Sexo

2-Clasificación TNM

3-Tipo histológico del tumor

4-Enfermedades asociadas

Anemia-----Malnutrición-----Diabetes mellitus-----

HTA-----Asma bronquial-----Insuficiencia cardiaca congestiva-----.

5-Técnica quirúrgica recibida -----

6-Complicaciones

Intraoperatoria-----

Posoperatoria inmediata-----

Tardías-----

7- Tiempo transcurrido para alimentación oral-----.

8-Estudio de los ganglios cervicales extirpados en disecciones cervicales.

Positivos----- Negativos-----

9-Causa directa de muerte -----

10-Tiempo transcurrido entre la cirugía y el fallecimiento-----.