



# Comportamiento de Laringectomía total. Provincia Holguín 2004-2009

## Behavior of the total laryngectomy. Holguin Province. 2004-2009

María de los Ángeles Reynaldo González, MD, MsC\* ; Julia Pérez Fernández, MD\* \*\*;  
Francisco Emilio Álvarez Borges, MD, MsC\* \*\*; María Romero Mora, MD, MsC\* \*\*\*

### RESUMEN

*Realizamos un estudio retrospectivo longitudinal, sobre el comportamiento de la laringectomía total y sus principales complicaciones en nuestro hospital durante 6 años. Existió un predominio del sexo masculino con 85,2% y en la década de 60-70 años, el 91,3% de los pacientes refirieron algún hábito tóxico, siendo los síntomas clínicos predominantes la Disfonía y Disnea con un 46,9%, el tiempo de evolución de los síntomas en la primera consulta fue de 7-9 meses para el 31,1%, el 60,5% de los pacientes tenían nódulos linfáticos cervicales en el momento del diagnóstico. La más temida de las*

\* Especialista de segundo grado y profesora auxiliar en Otorrinolaringología. Hospital V.I. Lenin. Avenida Lenin 2.

\*\* Especialista primer grado y profesora asistente en Otorrinolaringología. Hospital V.I. Lenin. Avenida Lenin 2.

\*\*\* Especialista primer grado y profesor asistente en Otorrinolaringología. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landin. Carretera de Mayabe.

\*\*\*\* Especialista primer grado y profesora instructora en Otorrinolaringología. Hospital V.I. Lenin. Avenida Lenin 2.

Correspondencia:

María de los Ángeles Reynaldo González, MD, MsC  
maran@crystal.hlg.sld.cu

Recibido: 1 III-2010

Aprobado: 12 VII-2010

*complicaciones del paciente laringectomizado los faringostomas sólo se presentaron en un 3,7%, lo que representa un verdadero logro de la cirugía laríngea de nuestro trabajo.*

**Palabras clave:** faringostoma, cáncer de laringe.

## ABSTRACT

*We conducted a retrospective longitudinal study on the behavior of the total laryngectomy and its major complications in our hospital for 6 years. There was a predominance of males with 85.2% and in the decade from 60-70 years, 91.3% of the patients reported any toxic habits, being predominant clinical symptoms of dysphonia and dyspnea 46.9%, the time evolution of symptoms at the first visit of 7-9 months was 31.1%, 60.5% of patients had cervical lymph nodes at diagnosis. The most feared complications of the laryngectomized patient pharyngostoma only occurred in 3.7%, which represents a real achievement for laryngeal surgery in our work.*

**Key words:** pharyngostoma, laryngeal cancer.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de laringe es la neoplasia maligna más común de las vías aerodigestivas, representa el 4,5% de los cánceres del organismo y el 30% del cáncer de cabeza y cuello, siendo la tercera causa de muerte en el hombre por patologías neoplásicas en Holguín.

Es una neoplasia sujeta a considerable interés debido a que el tratamiento tradicional en etapas avanzadas suele asociarse a la pérdida del órgano vocal.

Es un problema sanitario importante en nuestro entorno, tanto por la morbilidad como por la mortalidad que genera. En Cuba resulta una de las tasas más altas de América.

Para conseguir mejores resultados en el tratamiento de estos pacientes podemos, por un lado mejorar la eficacia de las distintas modalidades terapéuticas de que disponemos en la actualidad, cirugía, radioterapia y quimioterapia; y por otro lado mejorar los protocolos de tratamiento de tal manera que seamos capaces de tratar a cada paciente con la radicalidad justa para conseguir la curación, causando el mínimo déficit funcional posible.

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

**Laringectomía total.** Está indicada en lesiones avanzadas con invasión muscular intrínseca de la cuerda vocal, compromiso de cartilago tiroides, lesiones exofíticas que comprometen ambas comisuras y aritenoides o en

pacientes con invasión subglótica o supraglótica por encima de los bordes de la epiglotis y repliegues ariteno-epiglóticos y también en los fallos del tratamiento radiante en los T1 y T2 de la laringe, en los que no sea factible realizar cirugía conservadora.

La laringectomía total constituye un duro golpe en la vida del paciente; la pérdida de la laringe, órgano esencial para la fonación, la respiración y la vida de relación, crea significativos problemas de comunicación, y ocasiona trastornos en la interacción social del paciente.

La cirugía a nivel de laringe es una intervención quirúrgica mayor, por lo que es necesario un ingreso hospitalario durante un tiempo que puede variar de un enfermo a otro, pero por lo general suele oscilar entre dos y tres semanas, de no aparecer ninguna complicación, la que se puede extender a meses en los casos con una mala evolución posquirúrgica.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación: retrospectivo longitudinal.

Se realizó una revisión del comportamiento de la laringectomía total y sus principales complicaciones en nuestro hospital durante 6 años, comparando nuestros resultados con los de autores nacionales e internacionales.

Realizaremos una caracterización de los pacientes, que se basará fundamentalmente en:

- Edad.
- Sexo.
- Hábitos tóxicos.
- Tiempo de evolución de los síntomas.
- Síntomas clínicos predominantes.
- Histología.
- Presencia de ganglios metastáticos cervicales.
- Principales complicaciones.

Población diana: Los pacientes con neoplasia de laringe en estadio III según TNM o por fallos en el tratamiento radiante a los que sea necesario realizar laringectomía total provenientes de las consultas de Otorrinolaringología General, o remitidos de otros centros hospitalarios o las áreas de salud, que cumplan los criterios de inclusión.

#### Criterios de inclusión.

- Grupo de edades: mayores o iguales a 18 años.
- Ambos sexos.
- Cáncer de la laringe en estadio III según TNM o por fallos en el tratamiento radiante a los que sea necesario realizar laringectomía total.

#### Criterios de exclusión.

- Mal estado general que contraindique la intervención quirúrgica.
- Pacientes con cáncer de laringe en estadios I, II, IV de la clasificación TNM.

#### Categorías de respuesta al tratamiento.

- Favorable. No aparición de fístula faringocutánea en el posoperatorio.
- No favorable. Aparición de fístula faringocutánea en el posoperatorio.

#### Estructura asistencial.

Recursos materiales: Equipamiento básico para un hospital de segundo nivel con atención en salas de hospitalización, locales de consulta, quirófanos, unidades de cuidados intensivos e intermedios, laboratorios, departamento de radiología y banco de sangre.

Recursos humanos: personal especializado en la atención a pacientes con cirugía oncológica cervicofacial.

Evaluación: evolución diaria en el posoperatorio mediato e inmediato y en consulta central de Oncología en su seguimiento al alta.

### Resultados y discusión del trabajo

En la serie estudiada de 81 pacientes en los que se realizó laringectomía total, detallados en la tabla 1, predominó el sexo masculino con 69 pacientes que representaron el 85,2% y la década de 61-70 años 32 pacientes para un 39,5%

Debido esto a que al ser una enfermedad maligna, los pacientes son en su gran mayoría adultos mayores, y coincidiendo con Álvarez Urbay en su investigación, obtuvo un predominio en la década de 61 a los 70 años de edad con 19 pacientes (63,33%) y el sexo que prevaleció fue el masculino con 25 pacientes para un 83,33%, igualmente Valero Ruiz la máxima incidencia corresponde a la década de los 60 años y en cuanto al sexo el hombre se afectó 10 veces más que la mujer. Martínez Ballesteros en su trabajo sobre la "Epidemiología del cáncer de laringe en la provincia de Guadalajara", tiene un máximo de incidencia en el rango de los 60-64 años y un predominio igualmente del sexo masculino (6, 9, 13, 16).

Tabla 2 en la que se recoge el total de laringectomizados por años, éstas oscilan entre 17 y 10 laringectomías anuales, con una franca disminución en los últimos años, debido esto a que es prácticamente una cirugía de rescate cuando existe un fallo en los tratamientos conservadores, aunque ella sigue siendo de primera línea algunos pacientes con carcinomas infiltrantes en estadios III, IV, donde los tratamientos conservadores no son del todo efectivos.

En la tabla 3 vemos que en 74 pacientes tenían algún hábito tóxico para un 91,3% del total.

La OMS calcula que mueren 3.000.000 de personas cada año por problemas relacionados con el tabaco. Extrapolando podríamos decir que el 10% de la población mundial puede morir por alguna enfermedad relacionada con el tabaco.

Brandariz Castelo en su trabajo "Implicaciones terapéuticas de la quimioterapia en el tratamiento integrado del cáncer laríngeo" plantea. El carcinoma epidermoide de laringe puede considerarse como una enfermedad adquirida y estrechamente relacionada con la exposición al tabaco y alcohol, encontrándose de forma casi excepcional en personas jóvenes y carentes de hábitos tóxicos. Se admite que la acción de estas sustancias debe producir alteraciones en genes específicos que controlan la proliferación celular y mantienen la homeostasis en tejidos normales.

Dr. Javier Valero Ruiz del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Obispo Polanco, describe que la mayoría de los pacientes con un carcinoma epidermoide de la laringe fueron o son grandes fumadores. A menudo con un consumo de alcohol elevado (2, 9, 15, 14).

Los síntomas clínicos predominantes fueron la disfonía y disnea en 38 pacientes lo que representó el 46,9% tabla 4.

Dr. Javier Valero Ruiz del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Obispo Polanco destaca que la laringe se puede considerar dividida en tres regiones que lógicamente forman un todo, pero que tienen orígenes embrionarios diferentes, con vascularización, inervación y características histológicas también distintas, por lo que la sintomatología clínica de cada región varía. Así, la supraglotis, se relaciona con la deglución, y la glotis y la subglotis con la función esfinteriana y fonatoria.

El tiempo de evolución de los síntomas en la primera consulta lo relacionamos en la tabla 5, en la que observamos que el tiempo que más pacientes acudieron a consulta una vez comenzados los primeros síntomas fue entre los meses 7-9 con 23 pacientes que representó el 31,1%.

Óscar F., Doctor en Medicina y Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud "Reyes Magos" Alcalá de Henares Madrid encontró que el tiempo en que los que los pacientes acudieron por primera vez a consulta fue en 32 de ellos (15%) tardaron menos de un mes en consultar al médico de atención primaria tras la aparición de los primeros síntomas, 114 pacientes (51%) tardaron entre 1 y 4 meses, 64 pacientes (29%) entre 4 y 12 meses y solamente 7 (3%) tardaron más de un año (2%).

Por su parte Luna-Ortiz K., describe que el tiempo promedio de evolución a la fecha del diagnóstico fue de 14.4 meses (5).

En la tabla 6 tenemos los pacientes que en el momento del diagnóstico presentaron adenopatías metastásicas cervicales donde tenemos que en 49 pacientes para un 60,5% tenían nódulos linfáticos cervicales.

Contreras R. y colaboradores, encuentran que el 34% tenían adenopatías cervicales palpables y el 3% (2 casos) tenían metástasis a distancia ubicadas en el ámbito pulmonar (3, 14).

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

En la tabla 7 plasmamos los resultados histológicos, donde el 100% eran carcinomas epidermoides con un predominio de los moderadamente diferenciados con 43 pacientes para un 53,1%.

Dr. Luis Zanolli y colaboradores del Servicio Otorrinolaringología, Hospital Barros Luco Trudeau, plantean que en su estudio la gran mayoría de los casos correspondieron al tipo epidermoide (más del 95%).

Óscar F., *et al.* destacan que el 100% de los casos estudiados por ellos, resultaron ser carcinomas epidermoides.

José Miguel Contreras R., *et al.* encuentran en su muestra que la histología en estos cánceres corresponde, en alrededor de un 95%, a carcinomas espinocelulares (3, 15).

Las principales complicaciones de nuestro estudio la encontramos en la tabla 8, en los que podemos apreciar que las sepsis locales con 7 pacientes para un 8,6%, seguidas de las sepsis respiratorias con 5 pacientes 6,2% y los faringostomas la más temida de las complicaciones en el paciente laringectomizado sólo se presentó en 3 pacientes para un 3,7%.

En estudios nacionales tenemos que Murdoch González y colaboradores en un estudio retrospectivo y descriptivo, con el propósito de analizar algunos factores que predisponen a la formación de la fístula faringocutánea en el paciente laringectomizado, escogieron una muestra de 195 pacientes, a los cuales se les realizó una laringectomía total en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, en el período comprendido entre enero de 1986 y diciembre de 1993. Esta complicación se presentó en el 59% de los pacientes (8, 16).

Álvarez Urbay en su trabajo Laringectomía total. Análisis de las complicaciones en la provincia de Camaguey tiene un 33,33% de faringostomas (1, 18).

Ferbeyre Binelfa en una revisión de 40 laringectomías reporta un porcentaje de fístulas faringocutáneas de un 65%, del Instituto Nacional de Oncología en los años 1994 a 1999 (4, 17).

## CONCLUSIONES

1. Predominio del sexo masculino con 85,2% y en la década de 60-70 años.
2. Franca disminución de los laringectomizados de nuestro estudio en los últimos años.

3. El 91,3% de los pacientes refirieron algún hábito tóxico.
4. Los síntomas clínicos predominantes fueron la disfonía y disnea en 38 pacientes lo que representó el 46,9%.
5. El tiempo de evolución de los síntomas en la primera consulta una vez comenzados los primeros síntomas fue entre los meses 7-9 para el 31,1%.
6. El 60,5% tenían nódulos linfáticos cervicales en el momento del diagnóstico.
7. Las principales complicaciones fueron las sepsis locales con el 8,6%, seguidas de las sepsis respiratorias con 6,2% y los faringostomas la más temida de las complicaciones en el paciente laringectomizado sólo se presentó en un 3,7%.

### 1. Sexo y edad

Grupo de edades	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Menos de 40 años	1	1,2	-	-	1	1,2
41-50 años	7	8,6	3	3,7	10	12,3
51-60 años	23	28,4	3	3,7	26	32,1
61-70 años	26	32,1	6	7,4	32	39,5
Más de 70 años	12	14,9	-	-	12	14,9
Total	69	85,1	12	14,9	81	100

### 2. Total de laringectomizados por años

Año de operado	Laringectomizados				Total	
	Femenino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
2004	-	-	15	18,5	15	18,5
2005	5	6,2	12	14,9	17	17,3
2006	3	3,7	10	12,3	13	16,0
2007	2	2,5	12	14,9	14	17,3
2008	-	-	10	12,3	10	12,3
2009	2	2,5	10	12,3	12	14,9
Total	12	14,9	69	85,1	81	100

### 3. Hábitos tóxicos

Hábitos tóxicos	N	%
Sí	74	91,3
No	7	8,7
Total	81	100

#### 4. Síntomas clínicos predominantes

Síntomas clínicos predominantes	N	%
Disfonía y disnea	38	46,9
Disfonía y disfagia	21	25,9
Disfonía, disnea, disfagia	22	27,1
Total	81	100

#### 5. Tiempo de evolución de los síntomas en la primera consulta

Tiempo de evolución de los síntomas	N	%
1-3 meses	11	13,5
4-6	19	23,4
7-9	23	31,1
10-12	12	14,8
Más de 12 meses	16	19,7
Total	81	100

#### 6. Presencia de nódulos linfáticos cervicales

Nódulos linfáticos cervicales	N	%
Sí	49	60,5
No	32	39,5
Total	81	100

#### 7. Resultado histológico

Histología	No	%
Carcinoma epidermoide bien diferenciado	11	13,5
Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado	43	53,1
Carcinoma epidermoide pobremente diferenciado	7	8,7
Carcinoma epidermoide infiltrante	20	24,7
Total	81	100

## 8. Complicaciones más frecuentes del posoperatorio

Complicaciones	No	%
Sepsis local	7	8,6
Sepsis respiratorias	5	6,2
Sangramientos posquirúrgicos	2	2,4
Faringostoma	3	3,7

## BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez MA, Álvarez H, Conejero HF y Santana J. *Total laryngectomy*. Analysis of the complications. Hospital Clínico Quirúrgico. Docente Manuel Ascunce Domenech Camagüey. Cuba. 2004.
2. Brandariz JA. *Implicaciones terapéuticas de la quimioterapia en el tratamiento integrado del cáncer faringo-laríngeo*. Madrid, 1996.
3. Contreras JM, Niklitschek E, Paredes A y Maass JC. *Cáncer laríngeo-hipofaríngeo*. Evaluación en el Hospital San Juan de Dios. 2004.
4. Ferbeyre L y Moret A. Fístula faringo-cutánea. Análisis de 40 laringectomías. *Rev Cubana Oncología*. Cuba: Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. 2001; 17(2): 95-100.
5. Luna K, Villavicencio V, Saucedo OJ, Rascón M. Cáncer de laringe en pacientes menores de 40 años. En: *Revista Cubana de Cirugía*. 2006; 74 (4): 225-229.
6. Martínez Ó y Álvarez de los Heros F. *Epidemiología del cáncer de laringe en la provincia de Guadalajara*. Hospital General Universitario de Guadalajara. México. 2003.
7. Martínez Ó, Álvarez de los Heros F. *El cáncer de laringe en la mujer*. Hospital General Universitario de Guadalajara. México: Guadalajara ORL-DIPS. 2001; 28(4): 254-258.
8. Murdoch R, González N, Machín V y Vieito R. Fístulas faringo-cutáneas. Estudio de algunos factores que inciden en su aparición. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Joaquín Albarrán. En: *Revista Cubana Cirugía*. Cuba. 1998; 37(2): 5-9.
9. Valero J. *El cáncer de laringe*. Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Obispo Polanco, 2009.
10. Zanolli L, Pinto R, Rahal M. Cáncer de laringe inicial cirugía transoral. Servicio Otorrinolaringología, Hospital Barros Luco Trudeau. *Cirugía de Cabeza y Cuello*. En: *Revista Otorrinolaringología*. 2007; 67: 73-80.
11. Schwartz SR, Yueh B, Maynard C. Predictor of wound complications after laryngectomy: a study of over 2.000 patients. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 131: 61-68.
12. Markou KD, Vlachtsis KC, Nicolau AC, et al. Incidence and predisposing factors of pharyngocutaneous fistulae formation after total laryngectomy. Is there relationship with tumor recurrence? *Eur Arch Otolaryngol*. 2004; 261: 61-67.
13. Smith TJ, Burrage KJ, Ganguly P, Kirby S, Drover C. Prevention of postlaryngectomy pharyngocutaneous fistula: the Memorial University experience. *J Otolaryngol*. 2003; 32: 222-225.
14. Grundmann T, Kehrl W. Therapy of iatrogenic pharyngocutaneous fistulas- possibilities of surgical treatment. *Laryngorhinootologie*. 2003; 82: 358-363.
15. Virtaniemi JA, Kumpulainen EJ, Hirvikoski PP, Johansson RT, Kosma VM. *The incidence of postlaryngectomy pharyngocutaneous fistulae*. *Head Neck*. 2001; 23: 29-33.
16. Kasaplogu F, Erisen L, Coskun H, Basut O, Tezel I, Hizalan I, et al. *The management of pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy and the factors affecting their incidence*. *Kulak Burun Bogaz Ithis Derg*. 2003; 11: 5-10.
17. González Aguilar O, Pardo HA, Vannelli A, Simkin DO, Rossi A, Rubino A, Simkin D. Total laryngectomy: pre- and intrasurgical variables of infection risk. *Int Surg* 2001; 86: 42-48.
18. Kabayashi N, Nagai H, Kanazawa K. The early influence of albumin administration on protein metabolism and wound healing in burned rats. *Wound Repair Regen*. 2004; 12: 109-114.

