

CIRUGÍA PRESERVADORA DE LARINGE. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO IVSS

PEDRO LUIS MÁRQUEZ, JUAN FRANCISCO LIUZZI, MARIBEL DA CUNHA, ESTEBAN GARRIGA, JAIRO BASCETTA, YANIRA VUOLO

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO DEL IVSS, CARACAS, VENEZUELA

RESUMEN

OBJETIVO: Presentamos un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, de los pacientes a los cuales se le practicó cirugía preservadora de laringe entre enero 2004 y julio 2014 realizadas en nuestra institución. **MÉTODO:** En este tiempo se registraron 4 casos de cirugía preservadora de laringe. **RESULTADOS:** 75 % laringectomías glóticas y 1 caso supracricoidea. 100 % sexo masculino. Con un rango etario de 48 a 67 años. El 75 % se realizó como tratamiento de rescate posterior a recibir tratamiento médico oncológico; de los cuales 2 radioterapia sola y 1 quimioterapia + radioterapia, 2 estadio I y 2 estadio II de la enfermedad; con solo compromiso de comisura anterior y extensión subglótica respectivamente. El tipo histológico reportado fue el carcinoma de células escamosas bien diferenciado de los cuales 1 con patrón sarcomatoide. El inicio de la vía oral se produjo en forma satisfactoria a partir de los 21 días manejada previamente con sonda nasointestinal. La complicación que se registró fue la disfonía orgánica en todos los pacientes y un caso de infección sitio operatoria. Actualmente 1 paciente con 4 años sin evidencia de enfermedad (laringectomía supracricoidea) el resto con 13 meses en promedio sin evidencia de enfermedad. **CONCLUSIONES:** La laringectomía glótica o de Garriga, sigue siendo un procedimiento oncológicamente seguro como tratamiento de rescate ante un fracaso de la RT, conservando las funciones de fonatoria, respiratoria y de deglución.

PALABRASCLAVE: Laringectomia glótica, laringectomía funcional, cirugía preservadora, laringe

SUMMARY

OBJECTIVE: We present a descriptive, retrospective study of cross section of the patients which underwent sparing surgery of larynx between January 2004 and July 2014 in our institution. **METHOD:** In this time 4 cases of larynx sparing surgery were recorded an study in our surgical service. **RESULTS:** The 75 % were laryngectomias glottic and 1 case was supracricoid. The 100 % of the patients were male. With a range of 48 years to 67 years age. The 75 % was carried out as further rescue therapy with oncology medical treatment; of which 2 of them received radiotherapy alone and 1 received chemotherapy + radiotherapy, 2 was stage I and 2 stage II disease; single commitment of anterior commissure and subglottic extension respectively. The reported histological type was well differentiated squamous cell carcinoma and 1 pattern sarcomatoid. The beginning of the oral route was satisfactorily from giving them 21 days previously managed with probe nasoenteral. The complication was registered was organic dysphonia in all of the patients and one case of surgical site infection. Currently 1 patient with 4 years without evidence of disease (supracricoid laryngectomy) the rest with 13 months on average without evidence of disease. **CONCLUSIONS:** The glottic laryngectomy or Garriga name, remains extirpating safe procedure as rescue therapy to a failure of the radiation therapy, keeping the functions of phonatory, the breathing and the swallowing.

KEY WORDS: Glottic laryngectomy, functional laryngectomy, sparing surgery, larynx.

Recibido: 20/12/2015 Revisado: 18/02/2016

Aceptado para publicación: 10/03/2016

Correspondencia: Dr. Pedro Luis Márquez Marcano.
Servicio Oncológico Hospitalario IVSS. Urbanización

Los Castaños, Calle Alejandro Calvo Lairer, PB. El Cementerio, Caracas, Venezuela. Tel: 04148513914-
E-mail: pmarquez80@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El cáncer de laringe excluyendo a los carcinomas derivados de la piel es una de las neoplasias de cabeza y cuello más frecuentes. Representa el 2 % de todas las neoplasias y el 25 % de los tumores del tracto aerodigestivo. Se presenta con mayor frecuencia en el género masculino, entre la quinta y séptima décadas de la vida ^(1,2). Se ha considerado como factores de riesgo principales al tabaco y consumo de alcohol también se ha descrito la infección por virus papiloma humano y la presencia de reflujo faringo-laríngeo ^(3,4) entre otros. El tipo histológico predominante es el epidermoide y, al momento del diagnóstico, el 50 % de los pacientes presenta una enfermedad localizada ^(1,2).

Los estadios tempranos del cáncer de laringe según la clasificación del *American Joint Committee on Cancer Staging (AJCC)*, abarca los estadios I y II en los cuales el tumor no provoca fijación cordal, no compromete cartílago ni presenta enfermedad ganglionar ⁽⁵⁾. En el enfrentamiento terapéutico de estos tumores se privilegia una estrategia de tratamiento unimodal, cuyas alternativas pueden ser radioterapia (RT), laringectomía parcial (LP) o cirugía transoral con láser ⁽¹⁾.

El objetivo del tratamiento en los estadios tempranos es la preservación de la voz con la mejor calidad posible, por lo que usualmente se utiliza la RT. En casos seleccionados en estadio I se puede practicar una laringectomía glótica con buen resultado funcional y oncológico. Usualmente, en los fracasos de RT en tumores T1 y T2, para ser resecados, es necesario realizar una laringectomía glótica. Una posibilidad en recidivas más extensas son la laringectomía parcial vertical y la laringectomía supracricoidea con cricohioidopexia ⁽²⁾.

En nuestro servicio, se realiza esta conducta quirúrgica como parte del arsenal terapéutico en el tratamiento del cáncer de laringe temprano, desconociéndose las características clínicas, resultados y complicaciones en los últimos 10 años de registro. Por estas razones nos propusimos a revisar la casuística reportada en este lapso de tiempo.

MÉTODO

Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, de los pacientes a los cuales se le practicó cirugía preservadora de laringe entre enero 2004 y julio 2014, realizadas en el Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS, antiguo Hospital Oncológico Padre Machado.

RESULTADOS

Durante este lapso de tiempo se registraron 4 casos de cirugía preservadora de laringe. 75 % ⁽³⁾ laringectomías glóticas y 1 caso supracricoidea. 100 % sexo masculino. Con un rango etario de 48 a 67 años con una edad media de 58 años. 75 % ⁽³⁾ se realizó como tratamiento de rescate posterior a recibir tratamiento médico oncológico; de los cuales 2 RT sola y 1 QT+RT; 2 estadio I y 2 estadio II de la enfermedad; con solo compromiso de comisura anterior y extensión subglótica respectivamente. El tiempo transcurrido desde la aparición de síntomas y el diagnóstico en promedio fue de 14,5 meses, con un rango de 10 y 18 meses. El tipo histológico de todos los casos fue el carcinoma de células escamosas bien diferenciado de los cuales 1 con patrón sarcomatoide. El inicio de la vía oral se produjo en forma satisfactoria a partir de los 21 días manejada previamente con sonda nasoesofeal. La complicación que se registró fue la disfonía orgánica en todos los pacientes y un

caso de infección sitio operatorio. Actualmente 1 paciente con 4 años sin evidencia de enfermedad (laringectomía supracricoidea) el resto con 13 meses en promedio sin evidencia de enfermedad.

DISCUSIÓN

El cáncer de laringe es la neoplasia maligna más común de cabeza y cuello. Es responsable de una incidencia de 136 000 casos nuevos al año y 73 500 muertes anuales a nivel mundial, siendo de mayor frecuencia el sexo masculino tal como se evidencia en este estudio, ocupando un décimo lugar en el cáncer de hombres, con una relación 7:1. De igual forma, su relación con los factores de riesgo tabaquismo y alcohol se encontró presente en todos los casos reportados⁽⁶⁾. El tipo histológico encontrado fue en un 100 % el cáncer de células escamosas; solo en una paciente se presentó una variable sarcomatoide.

La elección de la modalidad de tratamiento para el cáncer de laringe precoz puede ser difícil,

dado que las terapias tienen eficacias semejantes. En este sentido, las tasas de supervivencia y conservación laríngea reportadas para RT y LP son similares en la mayoría de la literatura⁽⁷⁾. Para los tumores T1 y T2 glóticos tratados con RT se obtiene una sobrevida específica para la enfermedad de un 92 %⁽²⁾. Quedando la cirugía como un opción para el rescate de los pacientes que no obtuvieron mejoría con la QT-RT.

El Dr. Esteban Garriga Michelena, cirujano oncólogo ideó el procedimiento original de laringectomía funcional que practicó en más de 50 pacientes, el cual consistía en extirpar las dos cuerdas locales en un solo bloque con el segmento de cartílago tiroides que la rodea y sustente. Para ello se divide el cartílago tiroides transversalmente dos veces, en planos paralelos: el primer plano se hace a nivel de los ventrículos de Morgagni y el segundo a nivel subglótica, conservando el borde inferior del cartílago tiroides. Se tiene especial cuidado en conservar las apófisis locales de los aritenoides y de no lesionar la articulación cricoaritenoides con

Cuadro 1. Características clínicas

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Sexo	M	M	M	M
Edad	61	48	57	67
Estadio	II	I	I	II
Alcohol /Tabaco	SI/SI	SI/SI	SI/SI	SI/SI
Histología	CCE	CCE	CCE*	CCE
Localización	CV I – Sub-glotis	CV I – CA	CV I – CA	CV D – Sub-glotis
Tratamiento previo	QT - RT	NINGUNO	RT	RT
Tiempo aparición síntomas y el diagnóstico	12M	18M	12M	18M
Dosis RT	6 680	NO	6 525	7 000
Tipo de cirugía	SUPRACRICOIDEA	GLÓTICA	GLÓTICA	GLÓTICA
Márgenes	NEGATIVOS	NEGATIVOS	NEGATIVOS	NEGATIVOS
Recaída pos-cirugía	NO	NO	NO	NO
SLE	59M	15M	12M	12M
Complicación	DISFONÍA	DISFONÍA	DISFONÍA	DISFONÍA

* Cambios sarcomatoides

resultados positivos obteniendo voz satisfactoria, así como una función respiratoria y deglutoria normal, con una tasa de sobrevida a los 5 años que alcanzó el 88 %⁽⁸⁾.

En esta serie encontramos la edad de presentación en concordancia con la literatura descrita. Para la cirugía funcional de laringe se cumplen los criterios en cuanto a los estadios e indicación, encontrando 50 %⁽²⁾ para cada estadio y el 75 %⁽³⁾ como cirugía de rescate; solo a un paciente se le ofreció como tratamiento primario

debido a limitación para recibir tratamiento radiante. A diferencia de la descripción original por Garriga E y col.,⁽⁹⁾ en su casuística de 25 años de revisión de la LG, esta se utilizó como tratamiento primario en el 73 % de los pacientes (115) y como procedimiento de rescate después de RT en 9 casos, demostrando ser una alternativa funcional en estos pacientes, siempre que la lesión se mantenga limitada a la glotis. Hay que destacar que los mejores resultados obtenidos con la RT han modificado su indicación original,

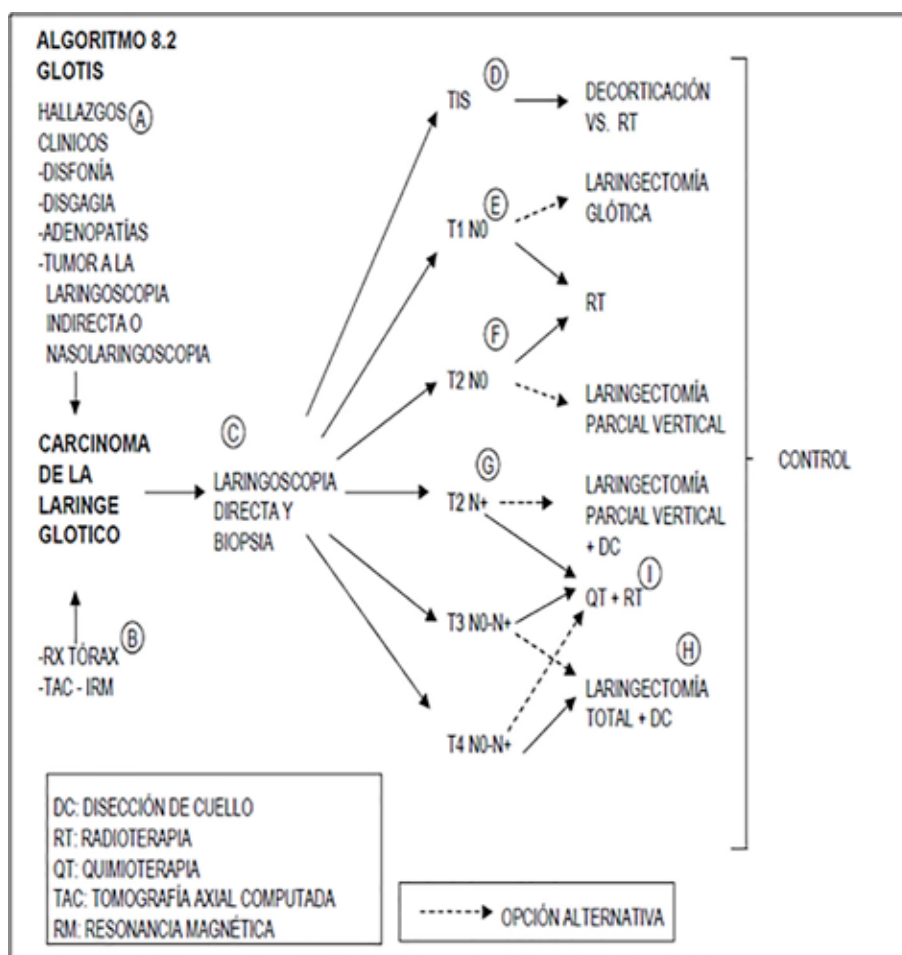


Figura 1. Algoritmo.

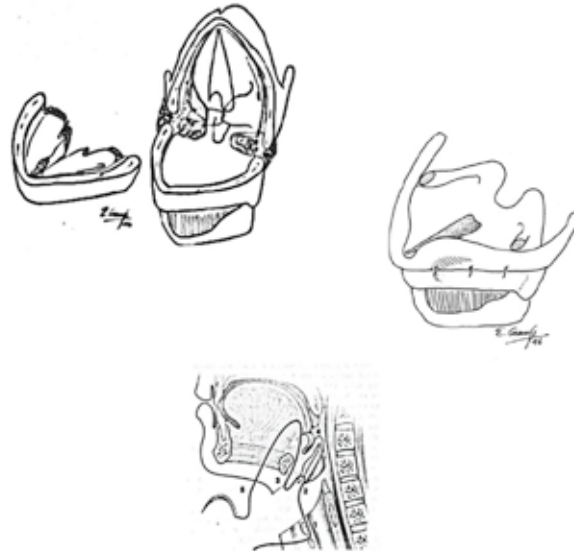


Figura 2. Laringectomía glótica o de Garriga.



Figura 3. (Paciente 1). Laringectomía supracricoides. A. Detalles de la resección B. Cricohiodoepiglotopexia C. Aspecto endoscópico posquirúrgico. Imágenes cortesía Dra. Da Cunha.



Figura 4. (Paciente 2). Laringectomía glótica. A. Sección del tiroides B. Resección de glotis con cartílago tiroideo C. Pieza quirúrgica. Imágenes cortesía Dra. Da Cunha.

dejándose como procedimiento de salvataje ^(2,7).

La laringectomía glótica o de Garriga en honor a su autor, realizada por primera vez el 30 de agosto de 1971 en el Instituto Oncológico “Dr. Luis Razetti” en Caracas, actualmente cumple 43 años desde su creación y sigue siendo un procedimiento oncológicamente seguro como tratamiento de rescate ante un fracaso de la RT, conservando las funciones fonatorias, respiratorias y de deglución.

REFERENCIAS

1. Celedón LC, Royer FM, Ortúzar BL. Laringectomía parcial en cáncer laríngeo precoz: 25 años de experiencia. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2008;68:117-123.
2. Garriga GE, Brito AE. Tumores de cabeza y cuello: un enfoque práctico. Disponible en: URL: <http://tumoresdecabezaycuelloatlas.blogspot.com/>
3. El-Serag Hb, Hepworth Ej, Lee P, Sonnenberg A. Gastroesophageal reflux disease is a risk factor for laryngeal and pharyngeal cancer. *Am J Gastroenterol*. 2001;96(7):2013-2018
4. Galli J, Cammarota G, Volante M, De Corso E, Almadori G, Paludetti G. Laryngeal carcinoma and laryngo-pharyngeal reflux disease. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2006;26 (5):260-263.
5. Edge SB, Compton CC. The American Joint Committee on Cancer: The 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. *Ann Surg Oncol*. 2010;17(6):1471-1474.
6. Mata J, Agudo E, Canela C, García J, Manzo A, Rodríguez A, et al. Consenso nacional sobre cáncer de laringe diagnóstico y tratamiento. *Rev Venez Oncol*. 2012;24(1):64-95.
7. Jones As, Fish B, Fenton Je, Husband Dj. The treatment of early laryngeal cancers (T1-T2 N0): Surgery or irradiation? *Head Neck*. 2004;26 (2):127-235.
8. Garriga ME. Laringectomía glótica conservando la función respiratoria y fonatoria. *Gaceta Méd Caracas*. 1972;80:523-533..
9. Garriga E, Henríquez O, García J, Garriga E. 25 años de laringectomía glótica. Estudio multi-institucional en 115 pacientes con carcinoma epidermoide glótico estadio I. *Rev Venez Oncol*. 1997;9(4):176-182.