

ABORDAJES EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE LARINGE EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL GRAN HOSPITAL "Dr. Julio C. Perrando" DE LA CIUDAD DE RESISTENCIA-CHACO.

Noelia Tatiana Babugia, Yamila Vanesa Otazo, Andrea Mariana Cruz.

Correo electrónico: yamilavanesaotazo@gmail.com

Lugar de trabajo: "Gran Hospital "Dr. Julio C. Perrando" de la ciudad de Resistencia-Chaco.

RESUMEN

El cáncer de laringe es una enfermedad más frecuente en el sexo masculino en la sexta y séptima década de la vida, siendo su incidencia del 3 al 5% lo que lo ubica entre las diez primeras causas de muerte. El presente trabajo tuvo por objetivo analizar las estrategias de tratamiento llevadas a cabo entre enero y diciembre de 2017 destinadas personas con cáncer de laringe y sus resultados en el Hospital Dr. Julio C. Perrando". La muestra se conformó en 92 pacientes que concurren al servicio de otorrinolaringología de dicho nosocomio diagnosticados con esta patología. Se recurrió a la base de datos de estudios del Registro Institucional de Tumores de Argentina (RITA). Para el análisis de la información se empleó Excel®. Los resultados obtenidos mostraron que los tratamientos más utilizados en la muestra seleccionada fueron quimioterapia (53%) y radioterapia (23%); la elección de los mismos dependió del estadio en el que se encontraban que generalmente eran avanzados. La intención del tratamiento fue curativa (45%) con un alto porcentaje de adherencia. Los hallazgos coinciden con datos expresados en la página del "Sanatorio Fundación Arauz" (2019)¹ e investigaciones relacionadas al tema (Cardemil y Ortega 2017; García-León y García-Esteba 2017)^{2,3}. En conclusión, este cáncer tiene más del 95% de supervivencia si es diagnosticado y tratado a tiempo; son necesarias campañas de prevención y educación a la población con el fin de informar acerca de los factores de riesgo y su prevención.

Palabras claves: cáncer, laringe, tratamiento, riesgo, estadio.

SUMMARY

Laryngeal cancer is a more frequent disease in males in the sixth and seventh decade of life, its incidence being 3 to 5%, which places it among the top ten causes of death. The objective of this work was to analyze the treatment strategies carried out between January and December 2017 for people with laryngeal cancer and their results at the Dr. Julio C. Perrando Hospital. " The sample consisted of 92 patients who attended the otorhinolaryngology service of said hospital diagnosed with this pathology. The database of studies from the Institutional Registry of Tumors of Argentina (RITA) was used. Excel® was used to analyze the information. The results obtained showed that the most used treatments in the selected sample were chemotherapy (53%) and radiotherapy (23%); their choice depended on the stage in which they were found to be generally advanced. The intention of the treatment was curative (45%) with a high percentage of adherence. The findings coincide with data expressed on the page of the "Arauz Foundation Sanatorium" (2019) ¹ and related research (Cardemil and Ortega 2017; García-León and García-Esteba 2017) ^{2,3}. In conclusion, this cancer has more than 95% survival if diagnosed and treated early; prevention and education campaigns are necessary for the population in order to inform about risk factors and their prevention.

Key words: cancer, larynx, treatment, risk, stage.

INTRODUCCIÓN

La laringe es un órgano del conducto respiratorio, situado entre la tráquea y la faringe, su principal función es proteger la entrada de las vías respiratorias inferiores e interviene en la producción de la voz. Se divide en: laringe supraglótica, que incluye la epiglotis, cuerdas vocales falsas, ventrículos, pliegues aritenopiglóticos y aritenoides; la glotis, que incluye las cuerdas vocales verdaderas y las comisuras anterior y posterior; y la región subglótica, que empieza cerca de 1 cm debajo de las cuerdas vocales verdaderas y se extiende hasta el borde inferior del cartílago cricoides o el primer anillo traqueal.¹

El área supraglótica es rica en drenaje linfático, sin embargo, las cuerdas vocales verdaderas están desprovistas de vasos linfáticos.¹

El cáncer de laringe es más frecuente en el sexo masculino (90 %), en la sexta y séptima década de la vida. Tiene una incidencia del 3 al 5% ubicándose entre las diez primeras causas de muerte. Dentro de los factores de riesgo, existe una relación clara entre el tabaquismo, la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas y la aparición de cánceres escamocelulares de la vía aerodigestiva superior.² El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante. También se sabe que la exposición pasiva prolongada al humo puede aumentar el riesgo, al igual que el consumo moderado o elevado de bebidas alcohólicas (más de un trago al día). La infección por virus del papiloma humano (VPH) está

asociado al cáncer orofaríngeo (particularmente el subtipo 16); la infección es más común en hombres, asociado con ciertas conductas sexuales.

Las personas con síndromes causados por defectos hereditarios tienen un mayor riesgo. Las exposiciones al aserrín, vapores de pinturas y productos químicos pueden también aumentarlo.

El cuadro clínico inicial incluye irritación faríngea, odinofagia, otalgia referida, cambios en las características de la voz y adenopatías en el cuello. A menudo, presenta disfonía y disnea. Cuando se diagnostica, generalmente ya afecta las cuerdas vocales; por lo tanto, los síntomas se relacionan con la propagación contigua.³

Los tratamientos disponibles son: la radioterapia, que es uno de los más utilizados, la quimioterapia que puede utilizarse en lesiones no radiosensibles; y la cirugía (laringectomía), que puede ser parcial o total, dependiendo de la técnica empleada se conservará la capacidad de fonar. Las lesiones localmente avanzadas se tratan con una modalidad combinada.^{3 4}

Los factores pronósticos de mayor importancia son el estadio T y estadio N, el sexo, la edad, el estado funcional, así como el grado y la profundidad de la invasión. Estadísticamente se ha descrito una mayor mortalidad del cáncer laríngeo en relación a la presencia de factores de riesgo, más aún si existe afectación de la supraglotis.²

Los pacientes que han recibido tratamiento tienen un riesgo mayor de presentar recidivas en los primeros 2 a 3 años. Rara vez se presentan después de cinco años y generalmente representan nuevas malignidades primarias. García- León (2017).

Objetivos

General: Analizar las estrategias de tratamiento destinadas al cáncer de laringe y sus resultados dependiendo de diferentes factores.

Específicos: Describir las distintas estrategias e intenciones de tratamiento para el cáncer de laringe. Determinar la frecuencia de presentación de acuerdo con las edades. Establecer el nivel de adherencia y su consecuente respuesta. Conocer los estadios más prevalentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. La muestra consistió en 92 pacientes que concurrieron al servicio de otorrinolaringología del "Gran Hospital Julio C. Perrando" de la Ciudad de Resistencia, los mismos con diagnóstico de cáncer de laringe. El periodo estudiado fue desde el 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre del 2017. Se recurrió a la base de datos de estudios del Registro Institucional de Tumores de Argentina (RITA) para tal fin y los datos fueron analizados mediante una planilla de cálculos Excel®.

RESULTADOS

Partiendo de una base de datos de 92 pacientes, de los cuales algunos se perdieron por índole que se desconoce, se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

En cuanto a la estrategia del tratamiento se vio que un 53% utilizó la quimioterapia, un 23% radioterapia, un 19% intervención quirúrgica y un 5% recibió tratamiento sintomático. La intención del tratamiento fue 45% curativo, 27% neoadyuvante, 18% paliativo y 10% adyuvante. En el cumplimiento del tratamiento se observó un 67% de adherencia, 28% es ignorado y 5% no cumplió con el tratamiento. Dentro de la respuesta al tratamiento un 49% tuvo una respuesta parcial, 24% sin evidencia residual, el 17% progresión de la enfermedad, el 4% logro estabilizar la progresión, el 2% con evidencia de enfermedad residual y el 1% obtuvo remisión completa, en tanto que un 3% se ignora. Las edades al momento del diagnóstico correspondieron con un 54% al rango entre los 41-60 años, un 42% al de 61-80 años y un 3% al de 20-40 años. En el estadio clínico un 20% fue para el estadio IV y IV a, respectivamente; un 18% III b; un 11% II; un 7% III y IIb; un 5% IIIa, 3% I, 2% Ia y IIa, 1% IVc y IVb, un 3% se ignora. Dentro del estadio quirúrgico un 19% correspondió al IIIb y IVa; un 14% los estadios III, III a y IV b; 3% el IIb y IV; 2% II, IIa y Ia; un 6% se ignora.

DISCUSIÓN

Uno de los objetivos fue analizar las estrategias terapéuticas donde se vio que los más utilizados fueron la quimioterapia (53%) y la radioterapia (23%), en tanto que la intervención quirúrgica (19%) y

el tratamiento sintomático (5%) resultaron ser los menos empleados. La elección del tratamiento requirió un prolijo estudio de cada caso, por lo que otra variable importante fue la intención del tratamiento, que en este estudio demostró ser curativo (45%), neoadyuvante (27%) y paliativo (18%), fundamentalmente.

Teniendo en cuenta lo citado por el Dr. Arauz (2017)¹, se trata de una enfermedad frecuente en la sexta y séptima década de la vida lo que planteó el análisis de las edades al momento del diagnóstico, donde se observó una variante dependiendo del tipo de población que concurre a este hospital, los que abarcan entre los 41-60 años (54%). Sin embargo, es importante no descartar esta patología en individuos jóvenes. Con el objeto de poder comparar tratamientos y resultados se pueden establecer grados y estadios de la lesión. Los estadios clínicos de mayor preponderancia fueron, en un 20% IV y IV a, 18% III b y 11% II, en tanto que el IIa y la obtuvieron un 2% cada uno y el IVc y IVb un 1%. Desde la estadificación quirúrgica fue de un 19% para el III b y IV a, 14% para los estadios III, III a y IV b; no obstante, los estadios II, IIa, I, la obtuvieron un 2%.

Se estableció una relación muy clara en base al estadio al momento del diagnóstico y los tratamientos utilizados, que resultaron ser más complejos, contrastado con García-León y col. (2017)³. Otro aspecto a tener en cuenta fue el cumplimiento del tratamiento, en el que se observó un 67% de adherencia, lo que resultó ser de suma importancia ante un examen clínico cuidadoso y la repetición de cualquier estudio en el seguimiento, junto con la atención a cualquier complicación relacionada con el tratamiento; seguidamente un 28% no presentaron evidencias de seguimiento y se vio que un 5% no cumplió, datos que asombraron por tratarse de una enfermedad que al avanzar termina provocando consecuencias significativas.

Una vez detallados los aspectos anteriormente descriptos y para cerrar el ciclo de seguimiento, se analizó la respuesta al tratamiento donde se vio que un 49% tuvo una respuesta parcial, un 24% de la población se presentó sin evidencia residual; por otro lado un 17% demostró progresión de la enfermedad pese a la conducta tomada para su estadio. Un grupo reducido representado por un 4% logró estabilizar la progresión de la enfermedad, no obstante el 2% evidenció enfermedad residual, solo el 1% obtuvo remisión completa y un 3% fueron parte de la población perdida en el seguimiento por lo que no se logró evidenciar la respuesta adquirida.

CONCLUSIÓN

Los tratamientos más utilizados en el grupo estudiado fueron quimioterapia, radioterapia y cirugía; la elección de los mismos se basó fundamentalmente en estadio en el que se encontraban, generalmente avanzado. La intención fue curativa con un alto porcentaje de adherencia. Sin embargo, debido a que se trata de una enfermedad con síntomas tardíos y desconocidos por gran parte de la sociedad, el impacto del mismo por el momento del diagnóstico y del inicio del tratamiento no es posible una remisión completa obteniéndose con frecuencia solo respuestas parciales. Según lo expresado y también lo demostrado por Castro⁶ este cáncer tiene más del 95% de supervivencia si es diagnosticado y tratado a tiempo. Esto sostiene que son necesarias campañas de prevención y educación a la población a fin de informar sobre los factores de riesgo, su prevención, así como también las pautas de alarma para acudir a la consulta inmediatamente.^{5 6}

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- 1- Arauz Juan C. Cáncer de Laringe – Generalidades. Fundación ArauzFarauzorl.org.ar [online], 2019. URL disponible en: <http://www.farauzorl.org.ar/cancer-de-laringe-dr-juan-carlos-arauz>
- 2- Cardemil M, Ortega F, Cabezas C. Importancia de la epidemiología en cáncer laríngeo: Incidencia y mortalidad por carcinoma escamoso de laringe. Rev. Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2017; 77(1): 107-112.
- 3- García-León F, García-Esteva R, Romero-Tabares A, Borrachina J. Tratamiento del cáncer de laringe avanzado y calidad de vida. Revisión sistemática. Acta Otorrinolaringológica Española. 2017; 68(4), 212-219.
- 4- Rodrigo J, López F, Llorente J, Álvarez-Marcos C, Suárez C. Results of total laryngectomy as treatment for locally advanced laryngeal cancer in the organ-preservation era. Acta Otorrinolaringologica (English Edition) 2015, Vol66, Issue 3:132-138;
- 5- Hernández García O, Castillo Romero E, Rodríguez Gómez I, Albert Rodríguez JA, Fernández Barrera R. Factores de riesgo del cáncer laríngeo. Rev Ciencias Médicas. 2014; 18(6): 983-996.
- 6- Castro Alarcón J. Factores de riesgo y complicaciones del carcinoma de laringe en el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo Guayaquil 2012-2015. Repositorio.ug.edu.ec [online], 2017,1-60. URL disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/32000>.