Recidiva en faringe 11 años después de una laringectomía total

Dr. Günther Drexler

Un paciente de 67 años presentó un segundo carcinoma primario localizado en pared posterior de faringe, 11 años después de ser tratado por un cáncer supraglótico de laringe con laringectomía total y radioterapia a dosis total. Esto determinó que la cirugía quedara como única opción terapéutica curativa del segundo carcinoma. La lesión fue reseca por vía combinada cervical y transoral; la zona cruenta fue injertada con piel libre. Luego de un corto postoperatorio el paciente se encuentra en cura clínica (1 año 1/2).

Se discute si se trata de una recidiva tardía o de un segundo cáncer primario. Dado el mal pronóstico de este tipo de lesiones, se hace hincapié en la conveniencia de efectuar intervenciones limitadas que eviten que el paciente transcurra parte de su sobrevida internado.

Se destaca la importancia de la continuación en la exposición a factores cancerígenos (tabaco) durante el intervalo libre de 11 años entre ambos carcinomas

CASO CLINICO

J.C.P. 67 años, oriental, jubilado, Bolívar 1355. Paysandú. Paciente tratado en el Hospital Británico.

Motivo de ingreso: Enviado por lesión úlcero-necrótica de faringe (27/X/80).

Enfermedad actual: Comienza 3 meses antes de la consulta con dolor en región lateral derecha del cuello y molestias a la deglución.

No presentó disnea ni notó tumoraciones en el cuello.

No tuvo adelgazamiento ni repercusión del estado general.

Antecedentes personales: Visto el 11.4.69 en Consultorio Barcia (69/231) por "Tumor de valécula y epiglotis" muy extenso que invade base de lengua". La biopsia mostró un *epitelioma Malpighiano* con moderado grado de diferenciación celular (Falconi). El enfermo recibió *Radioterapia radical*: 6.000 r dosis Tu/7 semanas y una irradiación

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 17 de junio de 1981.

Especialista en Oído-Nariz y Garganta

Dirección: Mar Mediterráneo 5671, Montevideo (Dr. G. Drexler).

Trabajo presentado en la Reunión Conjunta de las Sociedades de Cirugía y Oto-Rino-Laringología.

de cuello con un campo anterior con 5.000 r/4,2 semanas, dosis máxima.

La lesión redujo su tamaño y posteriormente se efectuó una *laringectomía total* (V. Gutiérrez) con buena evolución postoperatoria.

El enfermo no quiso efectuar tratamiento foniatrico para reeducación vocal. Posteriormente se traslada a Paysandú donde en 1972 un control lo encuentra en cura clínica.

Desde ese momento hasta el reingreso no existen controles del enfermo.

El paciente es *fumador* de un paquete de tabaco diario y alcoholista moderado.

Examen: 30/X/80

Paciente lúcido, apirético, adelgazado, regular estado general.

En *cuello* se observa traqueostoma secuelar post laringectomía total en buenas condiciones, amplio, el paciente no tiene necesidad de usar cánula traqueal. Por traqueoscopia se visualizan cartílagos y mucosa normal.

Cicatriz operatoria mediana cervical; no se palpan adenopatías en cuello.

Bucofaringe: al deprimir fuertemente la lengua se observa el borde superior de una lesión úlcero-vegetante situada en la pared posterior de faringe, lateralizada hacia la derecha donde llega al borde inferior de la amígdala y pilar posterior. Por faringoscopia directa se observa que dicha lesión desciende en sentido vertical aproximadamente 5 cm., su forma es oval midiendo unos 5 cm., su eje mayor vertical por 2 cm. de eje menor horizontal.

La lesión sangra al contacto y es fija con relación a los planos profundos. Resto del examen sin particularidades.

Biopsia: Carcinoma epidermoide.

Rx tórax: ligero aumento de la red vascular en ambas bases.

Exámenes de laboratorio: dentro de límites normales.

En suma: Se trata de un paciente de 67 años que hace 11 años fue tratado por un carcinoma supraglótico con radioterapia dosis total y laringectomía total. El paciente se mantuvo en cura clínica hasta la fecha constatándose actualmente un carcinoma de pared posterior de faringe.

Tratamiento

Consulta con Radioterapeuta: "el paciente fue tratado entre el 17/4/69 y 5/6/69 con dosis radicales de Radiote-

rapia; por lo tanto no se podrán dar dosis adicionales de Cobalto" (T. Vázquez).

De esta forma quedó el tratamiento quirúrgico como única opción curativa. Decidida la intervención se nos plantearon los siguientes problemas:

1. *Vía de abordaje.* Si bien el polo superior de la lesión se veía al deprimir la base de lengua, era evidente que ésta no era totalmente abordable por vía oral. Decidimos utilizar un abordaje mixto con un tiempo cervical y otro oral.

2. *¿Qué hacer con la zona cruenta?* Luego de considerar varios colgajos rotados, elegimos cubrir la zona con un simple injerto de Tbersch. Esto fue efectuado por el cirujano plástico Dr. A. Roncagliolo.

Operación: 14/11/80. Anestesia general Dra. C. Scasso. Cirujanos Dres. Drexler, Roncagliolo y Aguilar.

a. *Tiempo cervical.* Incisión en la línea media del cuello reseca la cicatriz de la intervención anterior. Abierta la faringe se observa claramente la lesión cuyo borde inferior llega a 1 cm. de la boca del esófago

Se efectúa la resección de la lesión efectuando la incisión de la mucosa a 1 cm. por fuera del tumor, eliminando casi totalmente la pared posterior de la faringe y parcialmente la pared lateral derecha. En profundidad se llega a la aponeurosis prevertebral. Se lleva la pared faríngea con el tumor progresivamente hacia arriba hasta que la base de lengua impide la progresión de la disección.

b. *Tiempo transoral.* En posición de Rosen se coloca el abre bocas y se completa la resección del polo superior del tumor. Al existir dudas sobre la extensión a la amígdala derecha, se efectúan la amigdalectomía.

Una vez efectuado el examen de la región y comprobado que macroscópicamente la resección era satisfactoria, se cubre la zona cruenta suturando un injerto de piel tomado de la cara anterior del muslo a los bordes de la herida operatoria. El problema de mantenerlo en posición se resuelve mediante un rollo de gasa intrafaríngea que comprime al injerto y evita la formación de un hematoma por detrás del mismo.

Luego de colocar una sonda nasogástrica para la alimentación se cierra la faringe en dos planos de catgut cromado. Cierre de piel y drenaje aspirativo conectado al vacío.

Anatomía patológica de la pieza operatoria: "libre de tumor en los bordes y en profundidad, la amígdala se encuentra libre de infiltración tumoral (Falconi).

Postoperatorio.

A los 10 días se retira el rollo de gasa intrafaríngea bajo anestesia general comprobando que el injerto de piel es trófico. Se retira sonda de alimentación comenzando nutrición por vía oral.

Día 12: Se retiran los puntos, no hay faringostoma.

Día 20: Se efectúa otro control; como los bordes del injerto presentan aspecto tumoral se biopsian informándose "queratosis de piel".

El paciente es dado de alta. Consultado nuevamente el radioterapeuta se decide no hacer por el momento otro tipo de tratamiento anticanceroso.

A los 3 meses: cura clínica, la zona injertada presenta aspecto normal. Estado actual 18 meses después de la operación: el paciente se mantiene curado, ha aumentado 6 kg. de peso.

DISCUSION

Varios problemas teóricos y prácticos plantean este raro tipo de neoplasia.

1. *¿Se trata de una recidiva tardía o de un nuevo tumor primario?*

A favor de la *recidiva tardía*: el tumor original supraglótico y el de pared posterior faríngea presentan el mismo tipo histológico y se encuentran en regiones vecinas, prácticamente contiguas.

También puede considerarse como un *segundo carcinoma primario* dado el largo tiempo transcurrido entre ambos tumores (11 años).

2. *Sobre el pronóstico de este tipo de tumores.* Ambos tipos tienen muy mal pronóstico, siendo peor el de las recidivas en faringe que el de los segundos carcinomas primarios. La sobrevida de 18 meses hasta este momento nos inclina hacia el segundo diagnóstico de acuerdo a lo anterior.

3. *La elección del tratamiento.*

Dada la irradiación con dosis radicales en 1969 quedó la cirugía como única y última opción de tratamiento curativo. Por otra parte estos tumores deben tratarse preferentemente por cirugía. (2).

4. *Táctica y técnica quirúrgica.*

La vía de abordaje, el tipo de injerto para cubrir la zona cruenta y la forma de evitar el desprendimiento del mismo, ya fueron comentados.

COMENTARIO

El concepto tradicional del carcinoma como un simple neoplasma intruso en tejido sano debe cambiarse por el de que dicho neoplasma es a veces sólo la primera manifestación de una enfermedad carcinogénica que puede abarcar los tejidos circundantes. (8)

Los carcinomas múltiples primarios se consideraban poco frecuentes en la época que Billroth los describió por primera vez en 1879. Desde entonces existe sobre este tema una profusa bibliografía que mencionamos someramente: De acuerdo con el criterio establecido en 1932 por Warren y Gates, citados por Moertel (8), el diagnóstico de carcinoma múltiple se establece de la siguiente manera:

1. Cada tumor debe mostrar un cuadro definido de malignidad.
2. Cada uno debe ser distinto al otro.
3. Debe excluirse la posibilidad de que uno sea metástasis del otro.

En nuestro país, Oreggia (13) destaca entre otros parámetros la importancia del tiempo transcurrido entre distintos carcinomas para considerar que estamos en presencia de un nuevo tumor.

En relación a la separación cronológica, Bachulis (1) señala que un tercio de sus pacientes presentaron lesiones sincrónicas separadas por menos de 6 meses, otro tercio tuvieron lesiones entre 6 meses y 5 años de la lesión inicial y el último tercio se refiere a tumores hallados después de los 5 años. Enfatiza que ante la aparición de una metástasis alejada o inusual se debe considerar la posibilidad de una nueva lesión primaria.

Para Moore (9) se producirá un segundo cáncer en un 20% de sus 600 pacientes "curados" de su neoplasma de boca, faringe o laringe.

En la serie de Marchetta (6) sobre 1919 casos hay una frecuencia de 7.5% de cáncer múltiple. El plazo más largo de separación entre los dos neoplasmas es

de 13 años; un 21% de pacientes tienen una supervivencia de 3 años después del tratamiento del segundo cáncer y un 9% alcanzan a los 5 años. Moertel (8) señala que en 1100 pacientes operados por carcinoma de laringe, 3.6% presentaron lesiones multicéntricas de la laringe o carcinoma vecinos. Wagenfeld (17) comenta que en 163 casos de cáncer supraglótico un 19% presentará un segundo neoplasma primario del tracto laringotráqueobronquico, faringeo (en sus 3 pisos), esófago y cavidad oral.

El cáncer de la pared faríngea tiene un "abismalmente" mal pronóstico como dice textualmente Cunningham (2). La cifra de curación llega sólo al 19% a los 5 años, comparándose muy pobremente a los otros carcinomas de cabeza y cuello. Este pronóstico se debe a la demora del diagnóstico ya que da pocos síntomas y a la naturaleza agresiva local del tumor.

Estos carcinomas crecen en general hacia arriba reptando por la pared posterior de la faringe en dirección al cavum y hacia abajo hacia la región retrocricóidea. Infiltran además hacia atrás a los músculos prevertebrales. Raramente crecen en forma circunferencial (4).

Al considerar los elementos etiológicos, Moore (9) considera que en lugar de invocar el vago concepto de "susceptibilidad" de un tejido, es mejor tener en cuenta la continuación a la exposición de los mismos agentes carcinogénicos. Esto es evidente en nuestro paciente que siguió fumando intensamente durante los 11 años de intervalo libre entre sus 2 neoplasmas. Moore subraya justamente la importancia del tabaco.

Existe también la sospecha que la Radioterapia o el uso de Radioisótopos en dosis alta tienen importancia en la génesis del segundo carcinoma.

La reconstrucción de la faringe o el esófago cervical luego de la resección del neoplasma constituyen un desafío para el cirujano. Múltiples publicaciones lo destacan (3, 7, 12, 15, 16). Cualquier resección de la pared posterior de la faringe debe ser reconstruida inmediatamente por un colgajo epitelial (15). En nuestro caso tanto la resección de la lesión como la reconstrucción por un injerto de piel libre, se vieron facilitadas por tratarse de un paciente con una laringectomía previa; el eje visceral anterior del cuello quedaba reducido a una simple pared cutáneo-mucosa. La decisión de operar fue tomada de común acuerdo con el radioterapeuta; habiendo descartado la radioterapia por la dosis total recibida 11 años atrás, se consideró la posibilidad de agregar quimioterapia al tratamiento quirúrgico de acuerdo con Oster (14) que señala un posible beneficio de dicha asociación, sin demasiados efectos secundarios. Al hablar de beneficios nos referimos por supuesto a efectos paliativos (5).

Teniendo en cuenta finalmente que los resultados de la cirugía disminuyen con la magnitud de la intervención (10) y que la supervivencia por remoción de una segunda malignidad primaria puede exceder ampliamente la de una recidiva o metástasis (1), decidimos efectuar una resección simple de la lesión con injerto inmediato de piel libre. Esto significó un postoperatorio muy corto y el alta en muy breve plazo.

COMENTARIO FINAL

Reuniendo los elementos de la historia clínica, el pronóstico de este tipo de lesión y luego de consultar con laringólogos de experiencia en nuestro medio (Alonso, Blasiak, Grunberg, Crespo) y la literatura existente sobre este poco frecuente tipo de lesión, elegimos el tratamiento que pensamos sería menos agresivo para el paciente, descartando en principio los colgajos rotados que requieren múltiples intervenciones y larga internación.

Luego de un rápido postoperatorio el paciente se encuentra en cura clínica desde hace 1 año 1/2.

SUMMARY

Pharynx Recidiva 11 Years After a Total Laryngectomy.

A 67 year old white male patient developed a second primary malignant neoplasm in the posterior wall of the pharynx, 11 years after total laryngectomy and radiation therapy (6,000 rads total tumor dose) for a supraglottic carcinoma. Surgery was performed with curative intent removing the 5 x 2 cm lesion via a combined cervical and transoral approach. The defect was covered with a free skin graft.

Normal pharyngeal function was restored 10 days postoperatively. The patient is remaining "cancer free" 1 and 1/2 years after surgery. The author comments the poor prognosis of pharyngeal recurrences or second primary malignancies developed in the area. These patients should be spared a long stay in the hospital and multiple surgical procedures. Continual exposure to carcinogenic factors (cigarette) is stressed as an important factor in the development of a second primary malignant neoplasm.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BACHULIS, BEN L. et al. Multiple Primary Malignancies. *Arch. Surgery* 92: 537-540, 1966.
2. CUNNINGHAM, MYLES P. and CATLIN D.: Cancer of the Pharyngeal wall. *Cancer*: 20: 1859-1866, 1967.
3. DENECKE H.J.: Plastische Chirurgie an Larynx nach partiellen Laryngektom. *Arch. für klinische u. exp. Ohren-Nasen u. Kehlkopfheilk.* 196: 327-332, 1970.
4. DE VITA VINCENT Jr.: *Cancer. Princ. Prac. of Oncol.* 358-365, 1980.
5. ERVIN, THOMAS et al.: Chemotherapy for Advanced Carcinoma of the Head and Neck. *Arch. Otolaryngol.* 107: 237-241, 1981.
6. MARCHETTA, FRANK C. et al.: Multiple Malignancies in Patients with Head and Neck Cancer. *Amer. J. Surg.*, 110: 537, 1965.
7. McCONNEL, FRED M.S. et al.: Free Jejunal Grafts for Reconstruction of Pharynx and Cervical Esophagus. *Arch. Otolaryngol.* 107: 476-481, 1981.
8. MOERTEL, CHARLES G. et al.: Multiple Primary Malignant Neoplasms. *Cancer*, 14: 221, 1961.
9. MOORE, CONDUCT.: Multiple Mouth Throat Cancer. *Amer. J. Surg.* 110: 534, 1965.
10. LEDERMAN, M.: Cancer of the Pharynx, a study based on 2,417 cases. *Journ. Laryngo*, 81: 151-172, 1967.
11. LEICHER, H.: Tumores malignos de la faringe e hipofaringe. Tratado de ORL de Berendes, Link y Zöllner, II/2; 1058-1154, 1969.

12. MÜNDNICH, K.: Intervenciones quirúrgicas en los carcinomas de la laringe y de la hipofaringe. Tratado de ORL de Berendes, Link y Zöllner., II/2: 1160-1264, 1969.
13. OREGGIA, F.: El cáncer múltiple primario en ORL. Anales ORL del Uruguay. 39/3-4: 73-83, 1969.
14. OSTER, MARTIN W.: Chemotherapy Before Radiotherapy and or Surgery for locally Advanced Squamous Cell Carcinomas of the Head and Neck. *Arch. Otolaryngol.* 107: 297, 1981.
15. SHAPIRO, MYRON J.: Use of Trapezius Myocutaneous Flaps in the Reconstruction of Head and Neck Defects. *Arch. Otolaryngol.* 107: 333--336, 1981.
16. TROTTER, W.: Malignant Disease of the Hipopharynx and its Treatment by Excision. 1932. *The Amer. Journ. of Cancer Abstr.* 16/6: 1346, 1932.
17. WAGENFELD, DERRICK J.H. et al.: Second Primary Respiratory Tract Malignant Neoplasms in Supraglottic Carcinoma. *Arch Otolaryngol.* 107: 135-137, 1981.