

# Seccional de Otorinolaringología

## SECCION CIENTIFICA

Coordinador: Dr. Enrique Apolo

### TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER LARINGEO

Dr. Justo M. Alonso y Colaboradores

Frente al cáncer, enfermedad que día a día se va generalizando y que ha llegado a ocupar el segundo puesto en casi todas las estadísticas de mortalidad que se recogen en los distintos países, se le oponen, en realidad, pocas defensas, aunque realmente las vemos robustecerse día a día, en la medida que el progreso técnico se va cumpliendo.

Los dos pilares del tratamiento actual que estamos en condiciones de oponer a esta afección son: Por un lado, **la Cirugía**, que pretende extirpar todo lo enfermo, lesión primaria y tejido linfoganglionar satélite,— dejando tejido sano, y por otro lado, **la Fisioterapia** (con sus distintas ramas), que quiere llegar al mismo fin, esterilizando in situ las lesiones.

Ambos procedimientos acumulan éxitos y fracasos. Nosotros, cirujanos otorinolaringólogos, traemos a este Congreso de Cirugía la experiencia de la clínica especializada sobre una parte del problema del cáncer. Vamos a considerar así el Cáncer de la Laringe en sus distintas formas y localizaciones, encarando las indicaciones quirúrgicas para cada una de ellas y, a continuación, exponremos los resultados obtenidos en los enfermos (de la clínica o particulares), comprendidos en el decenio 1938-1947.

Además, como elemento informativo complementario, daremos las cifras globales de los enfermos tratados en estos últimos

cuatro años (1948-1951 inclusive). Nos reduciremos a dar las cifras en estas condiciones, dado que, en este grupo, se suman enfermos con casi cuatro años de evolución, con otros que tan sólo tienen meses de operados. Creemos que, como ilustración, sólo se pueden utilizar las cifras totales de operados, las técnicas utilizadas y el número de vivos y de muertos hasta la fecha de esta comunicación.

El tratamiento quirúrgico del cáncer de la laringe, que vamos a encarar prescindiendo de la fisioterapia, debe regirse, a nuestro juicio, por dos directivas fundamentales, a saber:

1º Salvar la vida del enfermo.

2º Salvar la función, parcial o totalmente (fonación, respiración y defensa), sin que por ello aumenten los riesgos de recidivas.

Dada la variedad de tipos lesionales descritos en el cáncer de la laringe, trataremos de clasificarlos de acuerdo a su localización, de manera esquemática (que será siempre más rígida que la realidad de los hechos), para oponer después, a cada tipo así considerado, la técnica o técnicas que nos hayan parecido de resultados más alentadores.

Si vamos de lo menos complicado a lo más grave, tendremos en resumen:

GRUPO A. — Grupo de las lesiones a localización **cordal**, o de la glotis, o intrínsecos de la laringe como dicen los Americanos. Dentro de este grupo consideramos:

- 1) De Cuerda, la cual aún es móvil.
- 2) De Cuerda, con Cuerda fija. Puede además, tomar comisura y aún la parte anterior de la otra cuerda.
- 3) De cuerda, pero invadiendo también zonas vecinas: cartílagos de la laringe o subglotis.

Por extensión, dentro de este grupo de las lesiones cordales, incluimos los cánceres a localización ventricular, cuya sintomatología y tratamiento se confunden con los cordales.

Dentro de cada uno de los subtipos mencionados en este grupo, deberán ser diferentemente considerados los que no tengan ganglios y aquellos otros donde se constate la existencia de ellos, ya sea en el examen clínico o en la intervención que se realice.

GRUPO B. — Grupo de las lesiones a localización supracordal o vestíbulo-epiglótica o cánceres extrínsecos de la laringe, como quieren otros autores. Este grupo comprende:

- 1) Epiglotis pura, sin invasión vecina.
- 2) Banda o falsa cuerda pura.
- 3) Banda, epiglotis y espacio pre-epiglótico.
- 4) Grupo exteriorizado, ya sea en los órganos vecinos por continuidad (corona laríngea, velécula, base de lengua, repliegues ari y faringo-epiglóticos, senos piriformes y cartilagos) ya sea en los ganglios o en órganos vecinos o alejados, es decir, metástasis por vía linfática o sanguínea.

Como en el grupo anterior, también aquí debemos agrupar diferentemente aquellos cánceres puros, sin ganglios y el otro tipo, linfófilo, metastasiante, con ganglios tomados, siempre más numerosos que en el grupo anterior y mucho más graves.

GRUPO C. — Grupo de lesiones a localización infracordal o subglótica. Debemos establecer expresamente que aquí sólo caben los tipos de cáncer originados en esta zona, que son primitivos de la región y que eliminamos totalmente a todos aquellos que llegan a la subglotis por propagación a partir de una lesión de vecindad, como por ejemplo los cánceres de las cuerdas o los del cuerpo tiroides.

Hacemos notar, que no siempre las localizaciones que hemos mencionado se presentan de una manera tan limitada, y a veces se pueden ver (cosa no rara), lesiones que toman toda la hemilaringe, extendidas desde el vestíbulo hasta la subglotis y mismo, aún, pueden invadir el lado contrario.

GRUPO D. — Grupo de lesiones a localización extralaríngea. Comprendemos en este grupo a algunos tipos de cánceres hipofaríngeos por su origen, pero que por su relación anatómica de vecindad y patológica de extensión y además, por el tratamiento deben ser considerados en este trabajo. Se trata de los cánceres que nacen del seno piriforme, con sus distintos tipos, y los retrocricoides.

Establecidos así los tipos fundamentales, cuya gravedad es cada vez mayor a medida que pasamos del grupo A al D, podemos

aún decir, que los del grupo A y B (es decir: los cordales y supracordales) gozan de un privilegio, puesto que están encerrados (por lo menos en su fase inicial) dentro de la armadura laríngea y dan en este estadio escasas metástasis ganglionares. Ambos grupos **son todavía intralaríngeos**. En cambio, los cánceres que agrupamos con la letra D, laríngeos por vecindad, son mucho más graves por su biopatología y porque dan síntomas más tardíamente. Por tanto, el diagnóstico y el tratamiento en este caso, se plantean frente a lesiones que son más extendidas, de mayor tamaño, amenudo complicadas, caracteres todos, que hacen que el resultado obtenido sea decepcionante.

Las lesiones del grupo A, o sea las cordales, son abordadas mediante laringofisura (sección mediana vertical del cartílago tiroi-des) y extirpadas por cordectomía cuando se trata de lesiones que asientan sobre cuerda móvil. En cambio, cuando la cuerda se fija, se agrega a la cordectomía, la extirpación endolaríngea subperi-condral interna y aún se agrega, en ciertos casos, la extirpación de parte del ala tiroidea. En algunos casos más extendidos, debemos llegar aun más allá, es decir, a realizar una verdadera hemilaringectomía. Esta última indicación no es aceptada unánimemente por los autores, pues hay quienes piensan, que frente a las lesiones que han llegado a fijar la cuerda, es obligatorio recurrir a una laringectomía total.

En suma, realizamos mediante estas técnicas una verdadera laringectomía parcial, vertical, variedad interna, cuyas directrices como ya dijimos son: Primero, quitar todos los tejidos enfermos; Segundo, conservar en lo posible la función.

Cuando se trata de tipos de lesiones que ya desbordan localmente y toman tejidos o vísceras vecinas, o que se extienden a los ganglios regionales, debe recurrirse a procedimientos que permitan extirpaciones más amplias y que lleguen a la laringectomía total, clásica, con o sin vaciamiento ganglionar.

Los resultados obtenidos los veremos al final de este trabajo en los cuadros con resultados de conjunto.

Las lesiones del grupo supraglótico, supracordales o vestibulo-epiglóticos (extrínseco de los americanos) es considerado en conjunto en casi todas las clínicas como agrupando lesiones cuya cura

eventual, exige siempre ,indiscriminadamente, el sacrificio total de la laringe, la mutilación total, es decir: que para la mayoría, la única indicación posible es la laringectomía total.

En cambio, nuestro concepto es que, dado que las cuerdas quedan durante mucho tiempo indemnes, es posible muchas veces —siempre en las formas iniciales— realizar su tratamiento correcto conservando la función. Realizamos en estos casos una laringectomía parcial horizontal, lo cual significa extirpar totalmente la lesión supraglótica conservándole al enfermo sus cuerdas intactas y por lo tanto, en condiciones de poder hablar.

Este tipo de cirugía, que conserva la función, se basa en razones de orden embriológico, anatómico, fisio-patológico y clínico, ya que esta última muestra que las lesiones que tienen esa localización, sólotardíamente llegan a tomar las cuerdas vocales, y por lo tanto es innecesario llegar a su sacrificio sistemático.

En aquellos tipos, que podemos llamar puros, es decir, que no llegan a invadir las zonas vecinas, es donde obtenemos los mejores resultados con esta técnica de cirugía funcional conservadora (laringectomía parcial horizontal). En el otro subgrupo, donde las lesiones vestibulo-epiglóticas pierden su carácter intralaringeo, para debordarse: **ya sea in situ:** tomando las zonas vecinas, **ya sea a distancia,** por la vía linfática y dando localizaciones ganglionares regionales, también se puede operar por esta técnica y se operan con ella en nuestro medio, desde luego que agregándole faringectomías más o menos amplias, extirpaciones de base de lengua, etc. Por todas estas razones, en estos cánceres exteriorizados, donde al mismo tiempo que hay mayor invasión se exige mayores extirpaciones para curarlos, los resultados funcionales y finales obtenidos son menos buenos, como lo demuestran las estadísticas operatorias.

Hemos dejado para el final los cánceres que se localizan en la epiglotis solamente. Para su tratamiento recurrimos a los abordajes faríngeos, siguiendo la vía supra o infrahioidea o la vía faríngea lateral, que nos permite extirpar ampliamente la zona lesionada.

Los cánceres que se localizan en la zona subglótica, que forman el grupo C, son infracordales; su diagnóstico es difícil y en

general comprende pocos casos (ya que descartamos los que llegan subglotis secundariamente a partir de una lesión vecina: cuerda o tiroides). En su tratamiento se puede hacer intervenir la cirugía o la fisioterapia y en ambos grupos los resultados obtenidos son malos. Para nosotros la indicación preferente es hacer cirugía, que en nuestras manos ha dado mejores resultados que los que da la radiación.

En lo que respecta a los cánceres que se extienden a toda una hemilaringe, deben ser tratados quirúrgicamente. Si es posible una hemilaringectomía, si la lesión no permite este tipo de cirugía se debe recurrir a la laringectomía total. De acuerdo con nuestra experiencia, la mejor indicación de la laringectomía total es cuando la lesión se mantiene aún dentro de la laringe, es todavía endolaríngea. En cambio, en aquellos casos en que la lesión está ya exteriorizada, ya sea por invasión de regiones vecinas o por propagación linfática, los resultados que se obtienen son menos buenos como se desprende de las estadísticas.

El último grupo, Grupo D de la clasificación adoptada, comprende cánceres de localización faríngea primaria, pero que consideramos aquí, dada la relación anatómica de vecindad que tienen con la laringe y porque cuando se extienden el primer órgano tocado es ella.

El diagnóstico de los cánceres de este grupo a menudo es tardío y cuando los vemos, llegan en general con gruesas adenopatías regionales (lo cual depende del carácter infiltrante de la lesión, de la gran tendencia a invadir linfáticos, etc.), es decir, que se trata de emblema de cánceres exteriorizados, complicados, lo cual hace que su gravedad sea mucho mayor que en los tipos anteriores, hecho que constituye precisamente una de sus características más salientes.

Frente a este grupo tan especial, no se ha logrado unificar criterios en lo que respecta al tratamiento, pues mientras algunos sostienen la indicación de llevar a cabo cirugía ensanchada, otros prefieren irradiarlos.

Nosotros creemos que deben ser tratados quirúrgicamente. Pero aún dentro de los partidarios de la cirugía para esta localización, las opiniones están divididas, pues mientras en general se

realiza en ellos amplios faringectomías a la cual se agrega siempre la extirpación de la laringe, nosotros creemos que el sacrificio del órgano vocal no debe ser necesariamente sistemático y que, cuando el caso no es muy extendido, es decir, cuando la vertiente interna del seno piriforme no está profundamente tocada, es posible realizar la extirpación de la lesión faríngea respetando la arquitectura laríngea fundamental y permitiendo así la conservación funcional de este órgano.

La técnica que aquí esbozamos, la llamamos cirugía conservadora, laringectomía parcial vertical, variedad extralaríngea.

Dada la biología particular de los tumores faríngeos y la casi constancia de la colonización linfática (adenopatía) creemos razonable que a la cirugía que propugnamos se le agregue sistemáticamente la radiación complementaria, local y regional, y con mayores razones cuando se encuentren ganglios palpables.

Como es natural si la invasión laríngea es aún mayor, cuando se duda en lo que se refiere a los límites de la extirpación, se plantea el uso de otras técnicas que nos aseguren una extirpación en tejido sano y llegamos así a la faringectomía más hemilaringectomía o laringectomía total.

Dejamos deliberadamente para tratar al final el problema de los ganglios. Como primera cuestión se nos plantea la existencia de lesiones primarias que no presentan ganglios clínicos. ¿Qué debemos hacer frente a ellas? Lo corriente es que realicemos la exploración de ambas zonas ganglionares y muy a menudo el vaciamiento profiláctico del lado de la lesión laríngea primaria.

En un segundo grupo colocamos los cánceres que tienen repercusión ganglionar regional, frente a ellos debemos aplicar conceptos cancerológicos generales y que se utilizan en territorios similares y ellos propugnan la extirpación amplia, en block de la lesión primaria más toda la atmósfera linfoganglionar sospechosa y que es posible que esté infectada. Somos decididos partidarios de los vaciamientos amplios, realizados a fondo, en los cuales se extirpan las tres cadenas ganglionares del cuello, más las aponeurosis de los músculos escalenos y trapecio, más omohioideo con la aponeurosis media, más el esterno cleidomastoideo y la vena yugular interna desde el confluente con la subclavia hasta más

arriba del digástrico. El vaciamiento así considerado en amplitud es el único capaz de darnos una relativa seguridad en cirugía de cáncer donde todo es duda.

Por el contrario no creemos oportuno ni necesario realizar tan amplio vaciamiento bilateral en la misma sesión operatoria, puesto que ello trae algunos trastornos que se pueden evitar cuando se desplaza a algunos días después la realización del vaciamiento del otro lado, tan amplio como el primero con vena también. De esta manera, hemos obtenido regularmente resultados más favorables y es mucho mejor tolerado.

En resumen, hemos expuesto aquí las diferentes indicaciones quirúrgicas del cáncer de la laringe, de acuerdo con la diferente localización y extensión con que esta afección suele presentarse, teniendo siempre a la vista la doble finalidad que hemos enunciado al comienzo de este trabajo: curar la lesión, tratando siempre que sea posible, de conservar la función de la laringe.

Los resultados obtenidos con la cirugía del cáncer de la laringe se pueden ver resumidos en varios cuadros. Allí se podrá apreciar el número de casos estudiados, su localización, su grado evolutivo, el tipo de operación utilizada y los porcentajes de vida después del tratamiento quirúrgico.

Para ello hemos tomado principalmente, los enfermos tratados dentro de los 10 años comprendidos de 1938 a 1947, con el objeto de poder establecer en este grupo sobrevividas de 5 años.



## CASOS DE 10 AÑOS — 1938-1947

### I — LOCALIZACION

	Cuerda vocal		Epi-glotos		Vestíbulo-epiglótico		Sub-glotos		Hemilaringe		Hipofaringe		Totales
	1-2	3-4	1-2	3-4	1-2	3-4	1-2	3-4	1-2	3-4	1-2	3-4	
1938	7		3	2	3	3			1		1	2	22
1939	3		1	3	2	4			6	3		1	23
1940	2			1	2	2	1		3	4		1	16
1941	2	1	1	1	3	4			2	2	3	2	21
1942	2		1	3	2	4	1		1	3		1	18
1943	1	3		3	2	4			8	4	2	6	33
1944	2			2	3	6	1		1	2	1	2	20
1945	3	2		1	3	8		1	2	2		4	26
1946	2			2	2	7		1	6	1	2	6	29
1947	7	2		1	8	8		1	6	1		2	36
	31 8		6 19		30 50		3 3		36 22		9 27		244
	39		25		80		6		58		36		

En el cuadro I presentamos 243 que han sido operados durante esos 10 años, estableciendo la localización de la lesión primaria y el número en cada año. En cada localización se ha separado en dos columnas diferentes los casos que corresponden a un grado o estado 1 ó 2 que son los que se mantienen dentro de la endo-laringe (1) y los casos que corresponden a un grado más avanzado (2) que se exteriorizan ya sea por extensión local o por propagación linfática. Consideramos que es importante hacer esta diferenciación porque el índice de gravedad cambia fundamentalmente en unos casos con relación a otros.

En cuanto a los resultados numéricos, señalamos la abundancia de la localización vestibulo epiglóticos, y la poca frecuencia de los subglóticos.

CASOS DE 10 AÑOS — 1938-1947

II — TIPO DE TRATAMIENTO

	Laringo fisurta		Parcial horizontal		2.º inf.	Hemi L	Laringectomía total		Parcial vertical	
	1-2	3-4	1-2	3-4			1-2	3-4	1-2	3-4
1938	5				2	1	5	5		1
1939	4			2	1	1	6	5		
1940			1			2	3	5		1
1941	2		1	1	1	6	3	3		
1942	1			3	2	1	3	4		
1943		1	2	4		4	9	11		
1944	1		2	2			2	9	1	1
1945	1	2	3	8			6	5		3
1946	5		1	6			6	6	1	1
1947	5	1	4	6	1		9	5		2
	24 4		14 36				52 58		2 9	
	28		46		7	15	110		11	

En el cuadro II se puede ver el tipo de tratamiento quirúrgico aplicado en los casos. Podemos observar la predominancia de la laringectomía total, —110 casos.— en comparación con las técnicas parciales y conservadoras. Debemos señalar que esta estadística se refiere a los años 1938 al 1947 y que por lo tanto en los primeros años se hizo muy poca laringectomía parcial horizontal,

CASOS DE 10 AÑOS — 1938-1947

III — RESULTADOS

	Menos de 3 años	De 3 a 5 años	Más de 5 años
<i>Cuerda vocal</i>	12	10	14 = 38,88%
<i>Epiglotis</i>	12	1	5 = 27,77%
<i>Vestíbulo-epiglotico</i>	42	6	23 = 32,39%
<i>Subglótico</i>	4	1	0 = 0%
<i>Hemi-laringe</i>	35	6	13 = 24%
<i>Hipofaringe</i>	26	2	1 = 3,44%

En el cuadro III se exponen los resultados obtenidos en la cirugía en esos 10 años y teniendo en cuenta la localización de la lesión neoplásica. Para ello, hemos establecido el número de casos que tuvieron menos de 3 años de vida, los que vivieron de 3 a 5 años, y los que vivieron más de 5 años. Debemos aclarar que 15 de esos enfermos murieron de una enfermedad intercurrente, agregándose a los plazos de sobrevivida correspondientes; y que 3 de esos enfermos vivían en esos plazos aunque recidivados.

Debemos de señalar que si en cuerda vocal se obtuvo sólo el 38,88 % de curación por encima de 5 años, ello se debe a que se trata de todos los casos en block, de cuerda vocal, es decir, los de cuerda móvil y fija en distintos grados de evolución. Por otra parte señalamos los malos resultados obtenidos en subglotis, cosa que no podemos dar valor en esta estadística, por el reducido número de casos, lo que falsea el porcentaje. Como veremos en el cuadro correspondiente a los enfermos de los últimos años, las cifras son totalmente diferentes.

También señalamos el bajo porcentaje obtenido, arriba de 5 años, en los enfermos con localización en la hipofaringe, —el 3,44 por ciento,— lo que siempre es igualmente marcado en todas las estadísticas del mundo.

## CASOS OPERADOS EN LOS ULTIMOS 4 AÑOS

IV — 1948-1951

	Fallecidos	Vivos	Totales
Cuerda vocal	9	24	33
Epiglotis	2	7	9
Vestibulo-epiglótico	28	38	66
Subglótico	1	6	7
Hemi-laringe	7	16	23
Hipofaringe	33	8	41
<b>Totales</b>	<b>80</b>	<b>99</b>	<b>179</b>

En el cuadro IV ponemos los enfermos operados en los cuatro años correspondientes a 1948 al 1951, no haciendo mención de los casos tratados durante este año de 1952, ya que se puede decir que la mayoría no tiene todavía evolución.

Este cuadro sirve solamente para ver la cantidad de enfermos que se operaron en esos 4 años de cada localización, y para establecer únicamente el número de los que en la actualidad están vivos o fallecidos. Tenemos registrados 179 enfermos, de los cuales, viven el 55,56 %; observamos de paso, que entre ellos hay 5 vivos en 6 de la subglotis, como nos referimos anteriormente y que viven sólo 8 en 41 casos de la hipofaringe.

**ELECCION DE TEMA DE LA SECCIONAL DE OTORINOLARINGO-  
LOGIA PARA EL IV CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA**

SEÑOR COORDINADOR. — Se va a proceder a la elección de tema. Los que se han propuesto son los siguientes:

- 1º Indicaciones y técnica de la traqueotomía.
- 2º Tumores periamigdalinos y perifaríngeos;
- 3º Tumores del maxilar inferior;
- 4º Fractura del maxilar superior;  
Vaciamiento ganglionar del cuello.

SEÑOR COORDINADOR. — Se va a votar por su orden. (Se vota)

SEÑOR COORDINADOR. — De acuerdo con el resultado de la elección queda elegido el tema "Indicaciones y técnica de la traqueotomía" para el IV Congreso a realizarse en Diciembre de 1953.