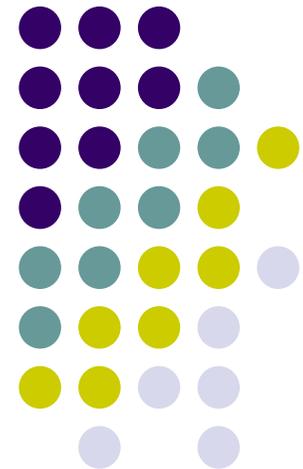


Departamento de Otorrinolaringología

Cáncer de laringe



EPIDEMIOLOGÍA



- Tumores Malignos de Cabeza y Cuello:
 - Representan el 17.6% de la totalidad (108,064) de las neoplasias malignas reportadas al Registro Histopatológico de las Neoplasias en México (RHNM) en el año 2002
 - El cáncer de laringe es el más frecuente en cabeza y cuello.

EPIDEMIOLOGÍA



- Cáncer de laringe:
 - Baja prevalencia en México
 - Mortalidad por cáncer 1.71%
 - Relación por sexos: ♂ 4.21 : 1.0 ♀
 - Carcinoma epidermoide 85 – 90%

Tovar-Guzman VJ et al, Mortality trends in cancer attributable to tobacco in Mexico, Salud Publica Mex. 2002;44 Suppl 1:S20-8

EPIDEMIOLOGÍA



- Cambio en la Demografía
 - Década de los 50's: ♂ 15 : 1 ♀
 - 2004: ♂ 5 : 1 ♀
- E.U.
 - 11,000 nuevos casos anuales
 - 25% de los cánceres en CyC y 1% general

Jemal A et al, Cancer statistics, 2004, CA Cancer J Clin, 54:8, 2004

EPIDEMIOLOGÍA

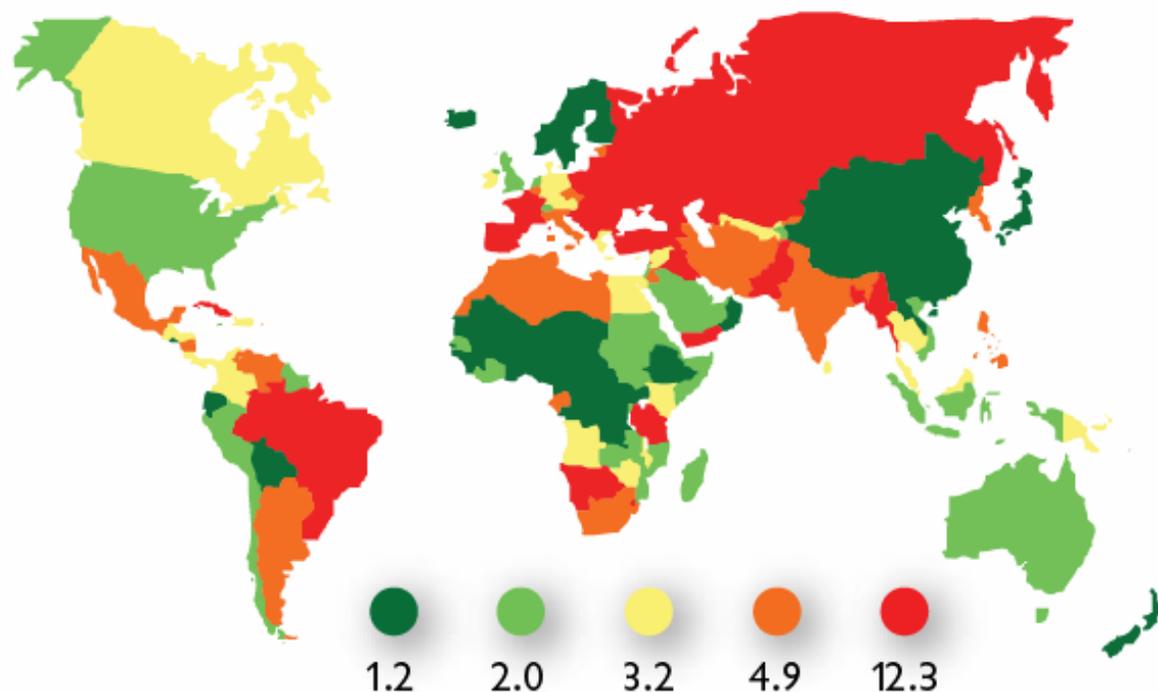


FIGURA 5 •

Mortalidad mundial por cáncer de laringe en hombres según región geográfica, 2000. (Elaborado a partir del Globocan 2000. International Agency for Research on Cancer World Health Organization).

EPIDEMIOLOGÍA

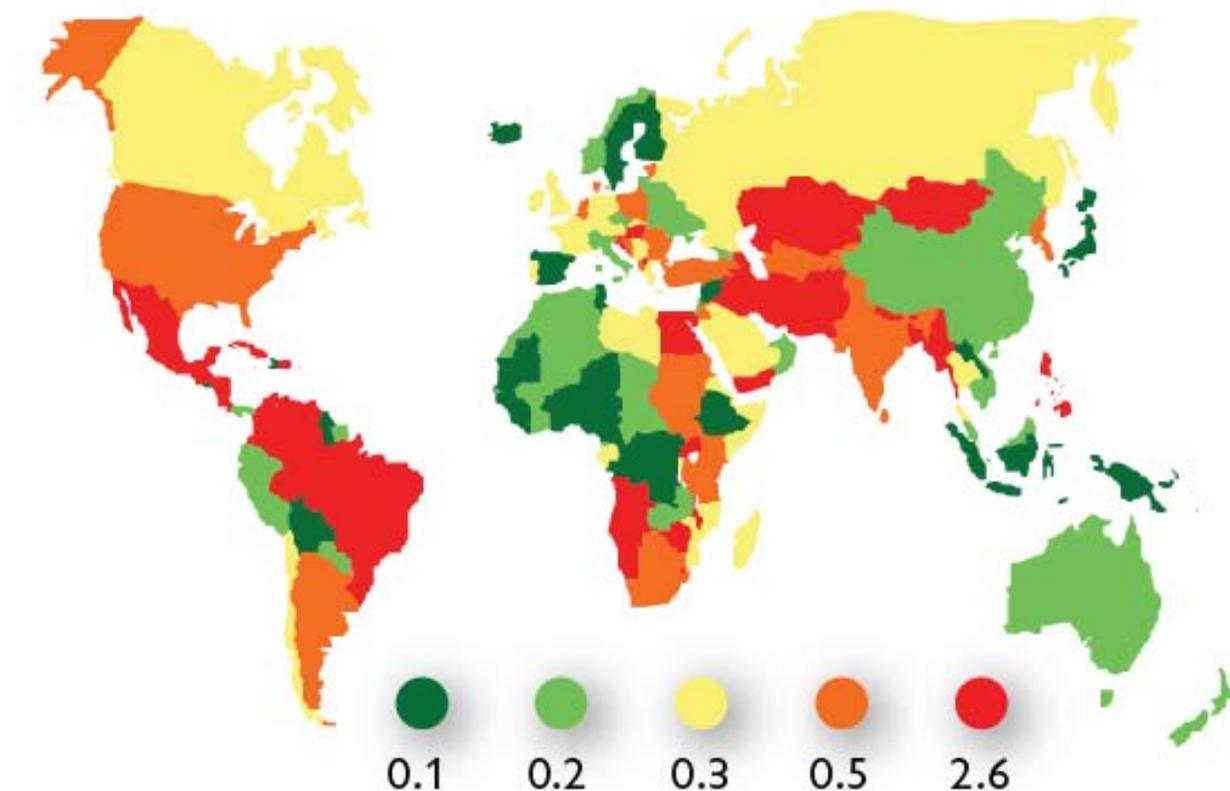


FIGURA 6 •

Mortalidad mundial por cáncer de laringe en mujeres según región geográfica, 2000. (Elaborado a partir del Globocan 2000. International Agency for Research on Cancer World Health Organization).

EPIDEMIOLOGÍA



- Se presenta en etapas avanzadas:
 - 357 pacientes en el H.O. CMN SXXI:
 - 68% se presentaron en etapas T3 y T4 (avanzado)

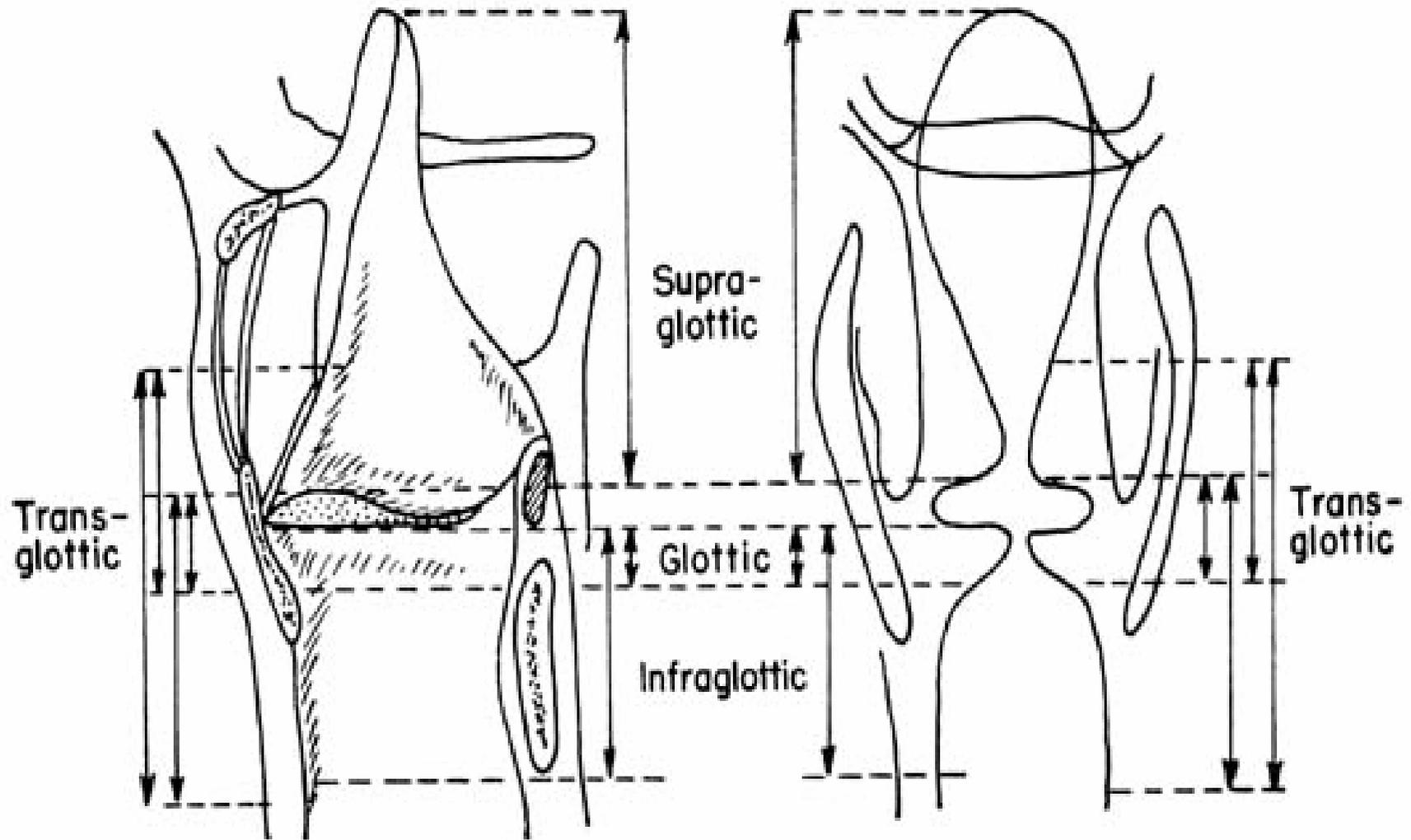
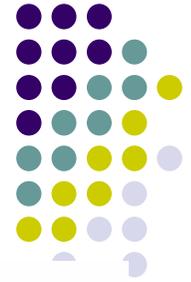
Rodriguez-Cuevas SA et al, Cancer of the larynx in Mexico: review of 357 cases. Head Neck. 1993 May-Jun;15(3):197-203

EPIDEMIOLOGÍA



- Cáncer Glótico : 59%
- Cáncer Supraglótico : 40%
- Cáncer Subglótico : 1%

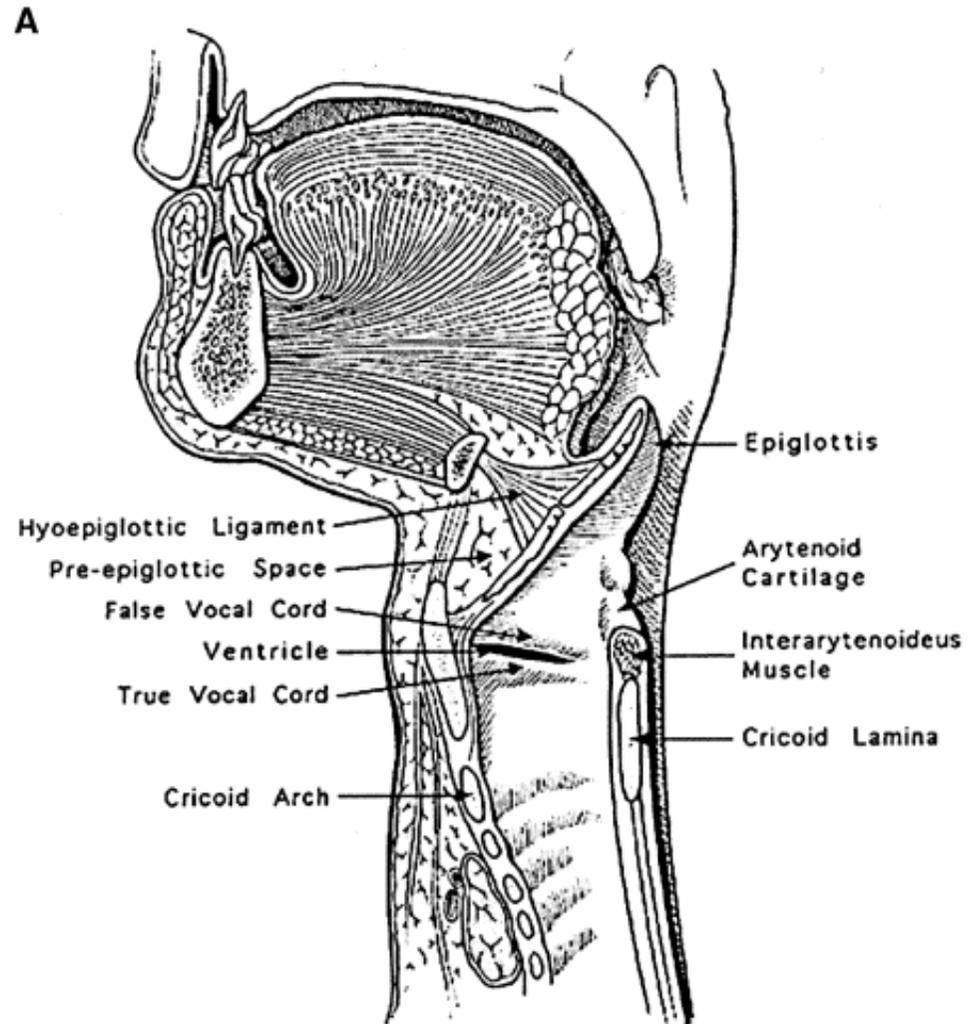
ANATOMÍA



BARRERAS PARA EXTENSIÓN



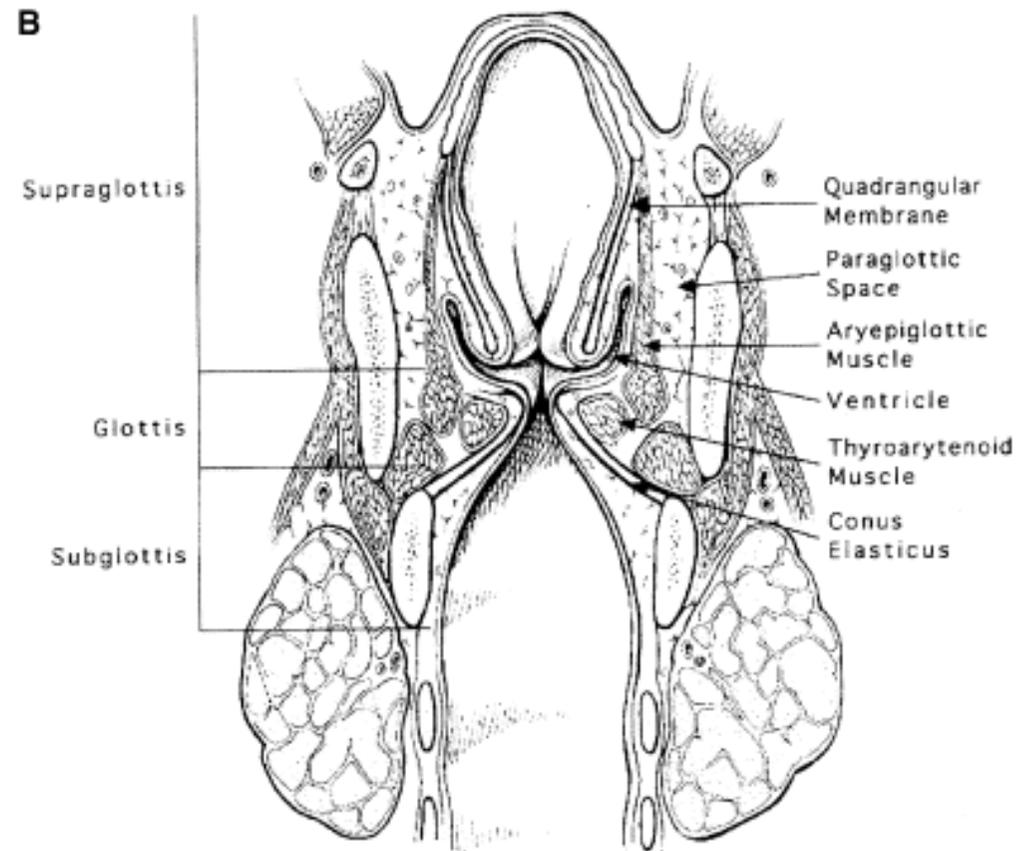
- Diseminación extralaringea
 - Esqueleto cartilaginoso
 - Membrana o lig. Hioepiglótico
 - Membrana tirohioidea
- Diseminación endolaringea
 - Cono elástico
 - Membrana cuadrangular
 - Ligamento vocal



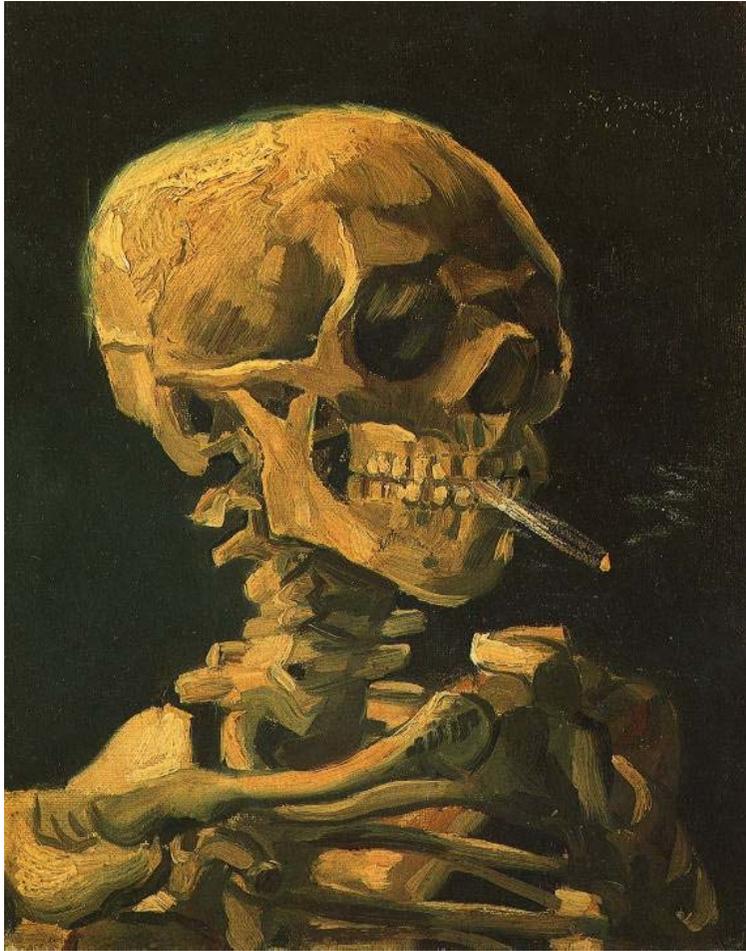
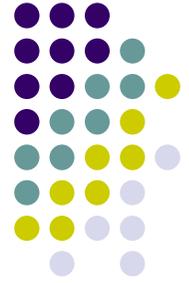
ZONAS DÉBILES



- Comisura anterior
 - Ausencia de pericondrio interno
 - Dehiscencia del cono elástico
- Membrana cricotiroidea
- Epiglotis
- Espacio paraglótico
- Ligamento tiroepiglotico



FACTORES DE RIESGO



FACTORES DE RIESGO



- **Tabaquismo**
- **Abuso de alcohol**
- Familiares con cáncer en cabeza y cuello
- **Presencia de virus del papiloma humano**
- Radioterapia previa
- Cáncer en cabeza y cuello previo

Burch JD et al, Tobacco, alcohol, asbestos and nickel in the etiology of cancer of the larynx: a case-control study, J Natl Cancer Inst, 67:1219, 1981

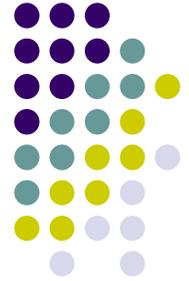
FISIOPATOLOGÍA



- Sinergismo de Factores de Riesgo
 - Fumadores: ↑ de 13 veces la frecuencia de cáncer laringeo
 - Tabaco + consumo > 1.5 L/día de vino:
↑ 34 veces la frecuencia

Andrew K et al, Role of Alcohol and tobacco in the etiology of head and neck cancer: a case-control study in the Doubs region of France, Eur J Cancer, 31:301, 1995

DIAGNÓSTICO



- Cuadro clínico:
 - Disfonía
 - Disfagia
 - Otagia
 - Tos / Hemoptisis
 - Aspiración
 - Disnea / Estridor
 - Peligro en vía aérea
- Tumor glótico
- Tumor supraglótico
- Tumor subglótico

DIAGNÓSTICO



- Exploración Física
 - Voz
 - Palpación del Cuello
 - Ganglios
 - Fijación de la laringe
 - Laringoscopia:
 - Alteraciones de movilidad cordal
 - Tumores

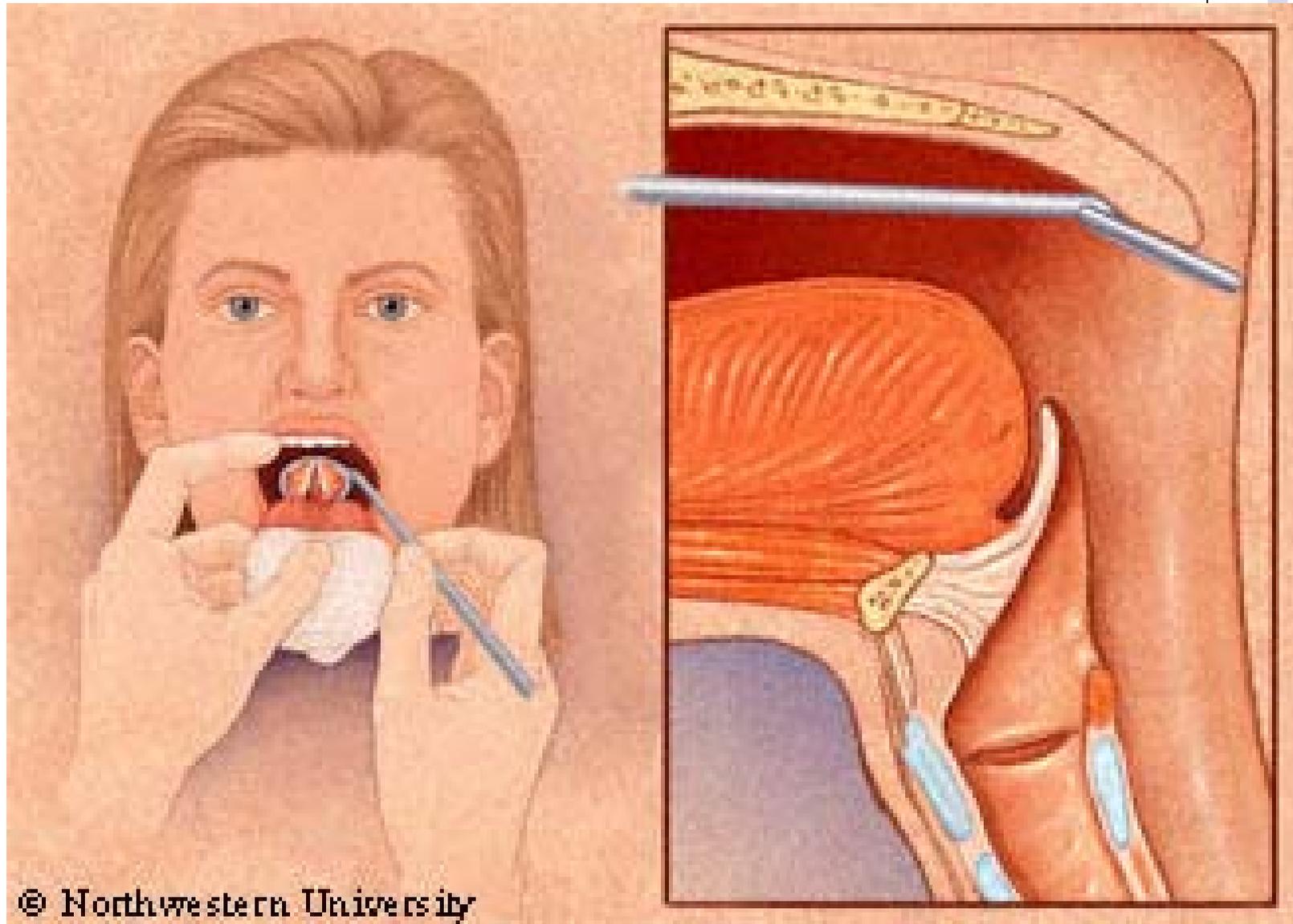


¿Cuándo hacer laringoscopia?

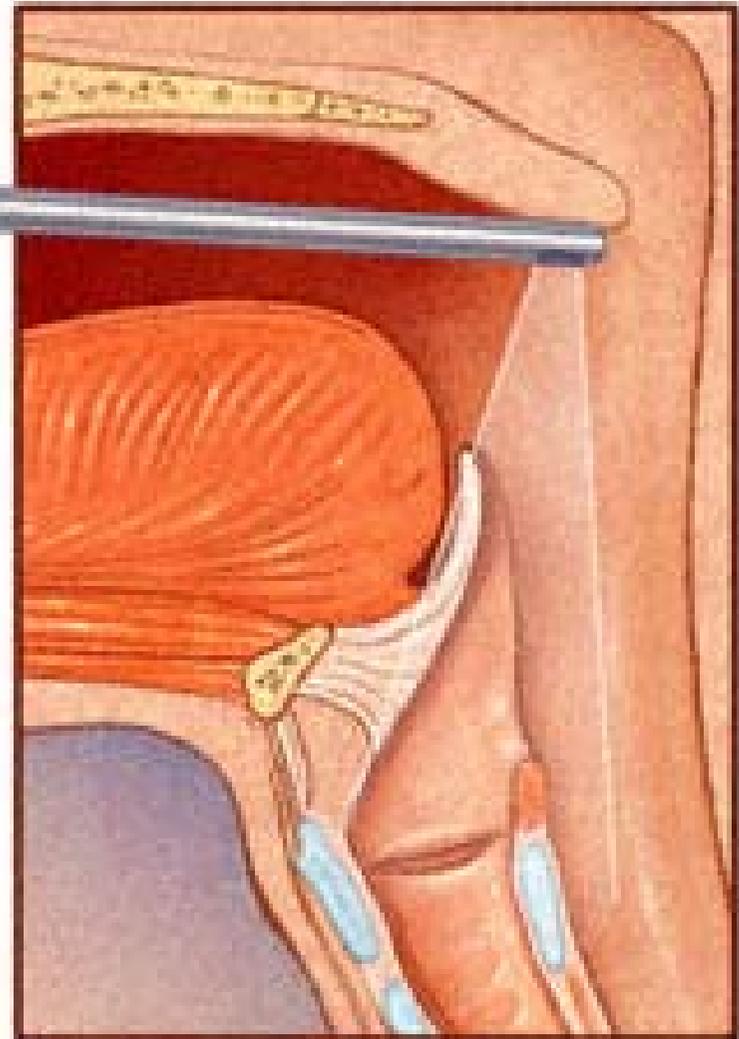
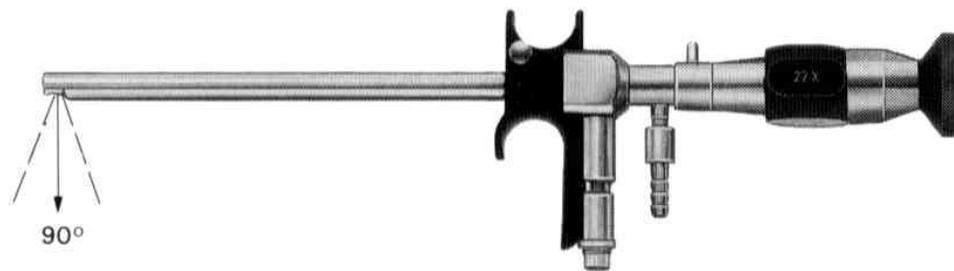
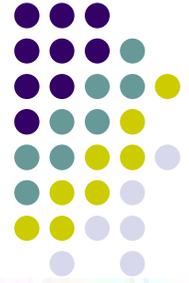


- INDICACIONES:
- Disfonía de más de 2 a 3 semanas.
- Antecedente de tabaquismo y/o alcoholismo intensos.
- Síntomas asociados: disnea, disfagia, aspiración.
- Otros factores de riesgo para cáncer de laringe.

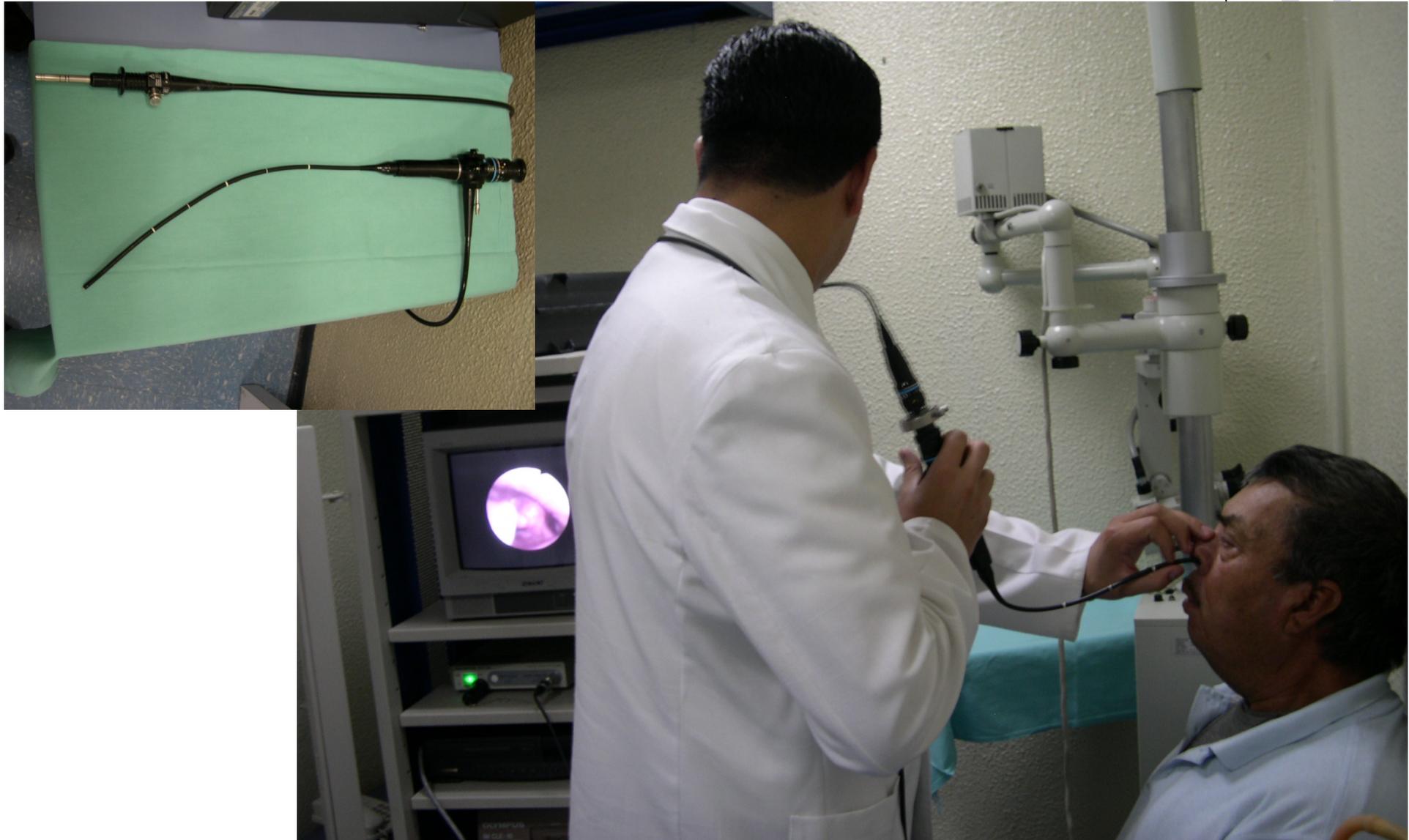
ESPEJO LARÍNGEO



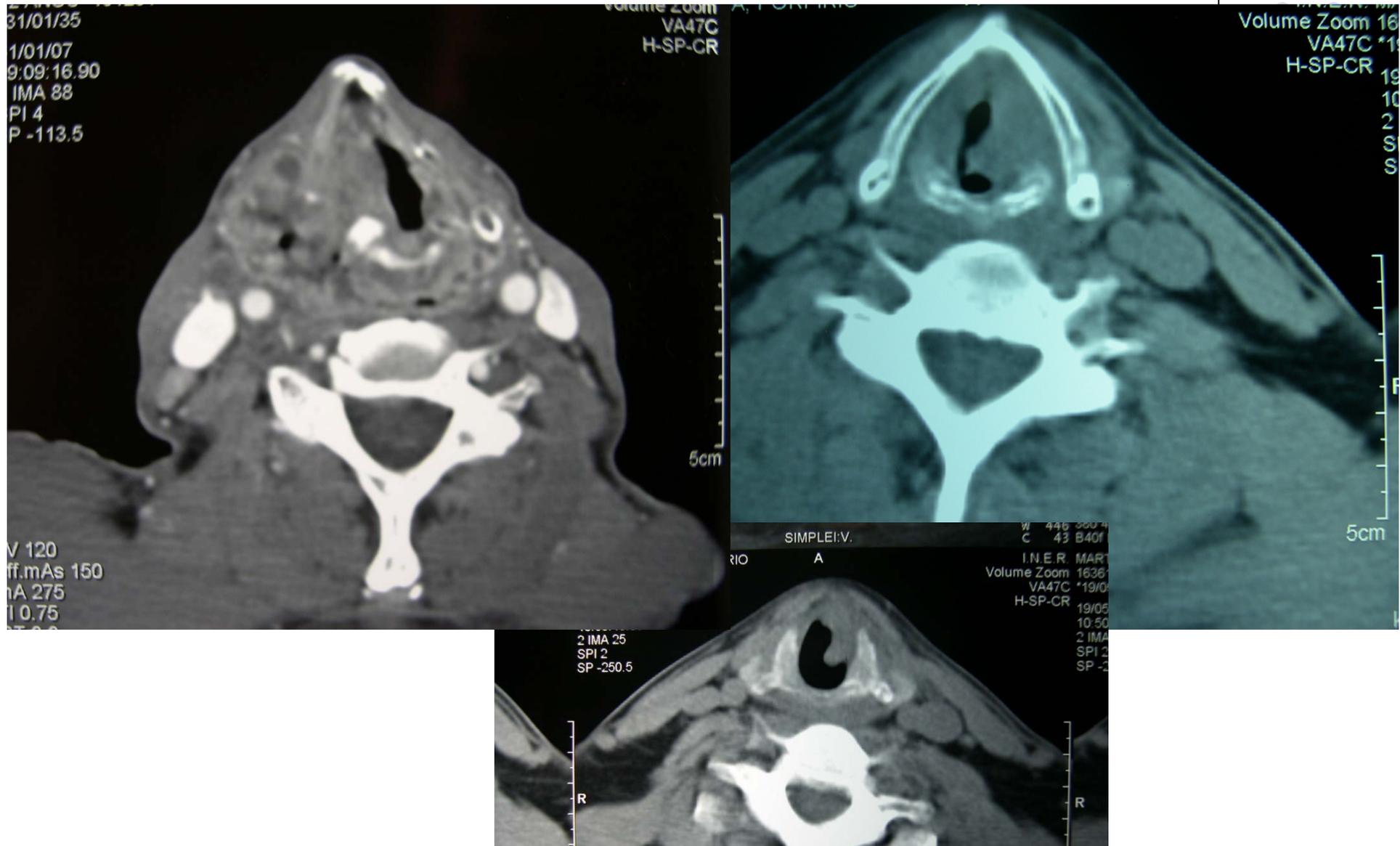
ENDOSCOPIO RÍGIDO



NASOFIBROLARINGOSCOPIA



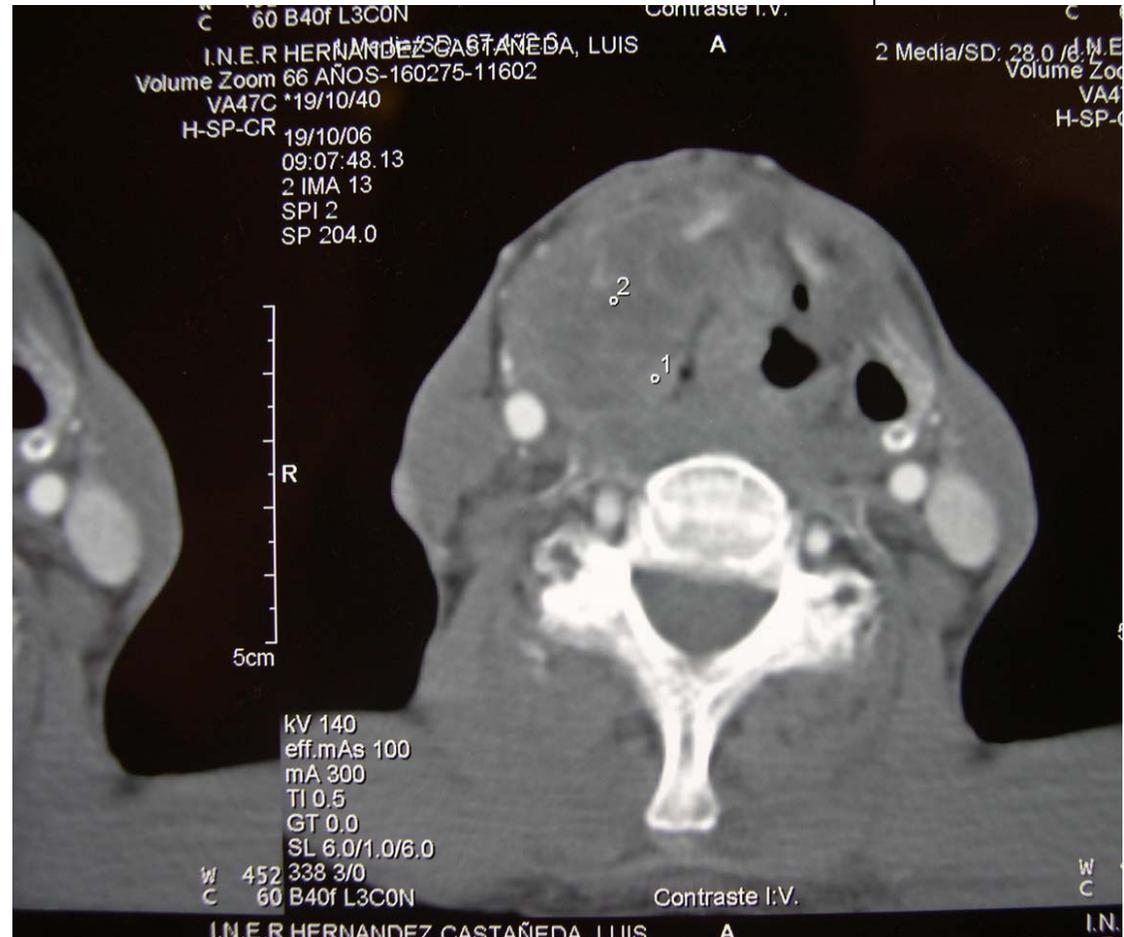
TOMOGRAFÍA COMPUTADA



TUMORES SUPRAGLÓTICOS



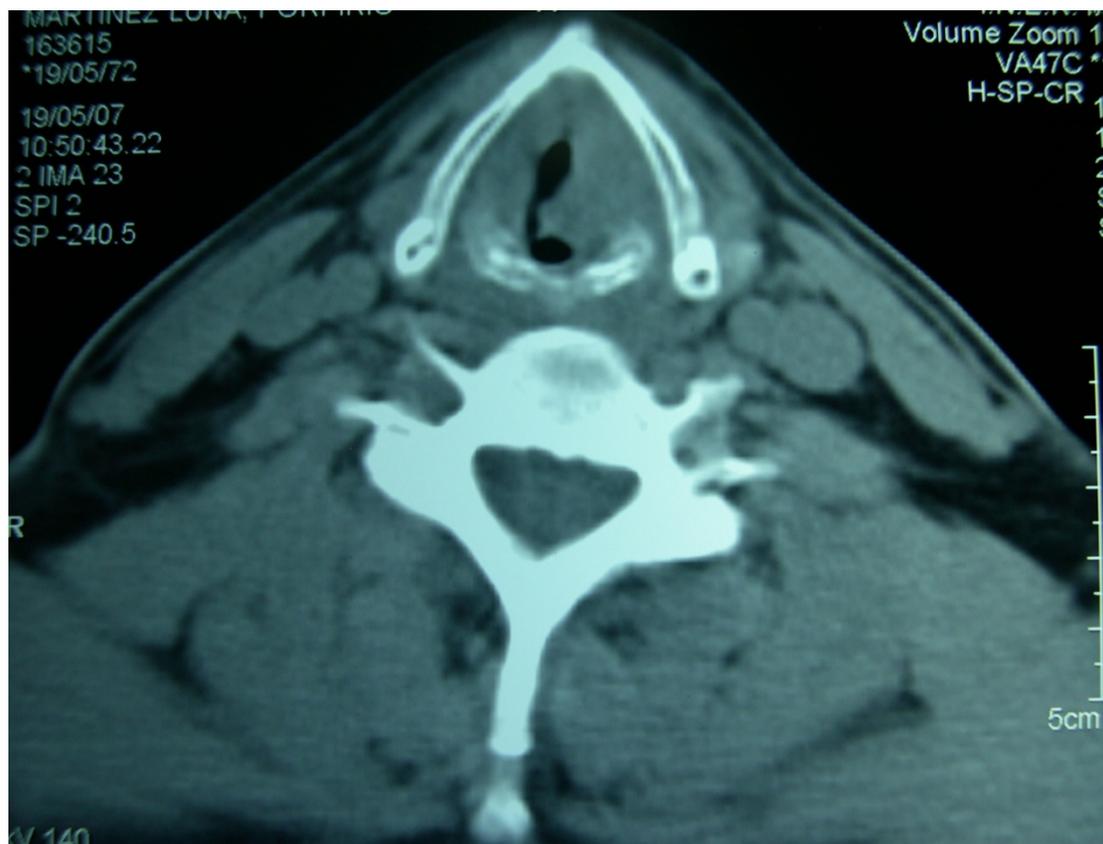
- Más agresivos.
- Se extienden fácilmente al espacio preepiglótico y al paraglótico.
- Dan metástasis regionales a ganglios bilaterales.
- Extensión directa a hipofaringe lateral, pliegue glosopiglótico y base de lengua.



TUMORES GLÓTICOS



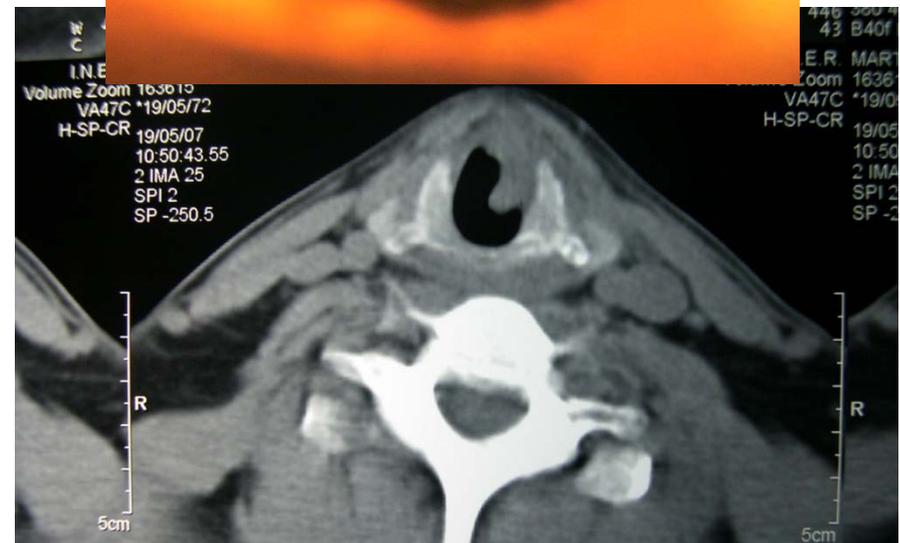
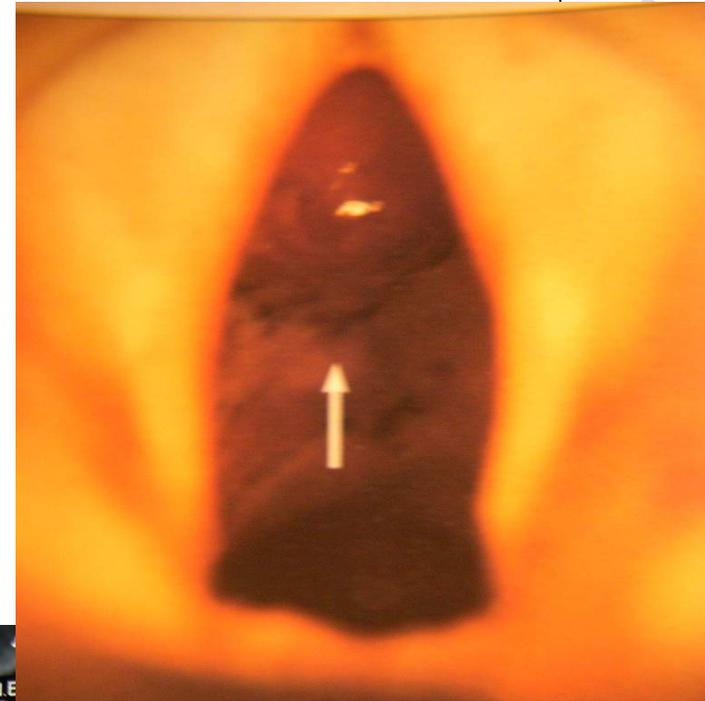
- Lento crecimiento
- Metastatizan de manera tardía al invadir estructuras con mayor drenaje linfático
- Se extienden verticalmente a las paredes del ventrículo o la subglotis
- Pueden causar fijación de cuerdas vocales



TUMORES SUBGLÓTICOS

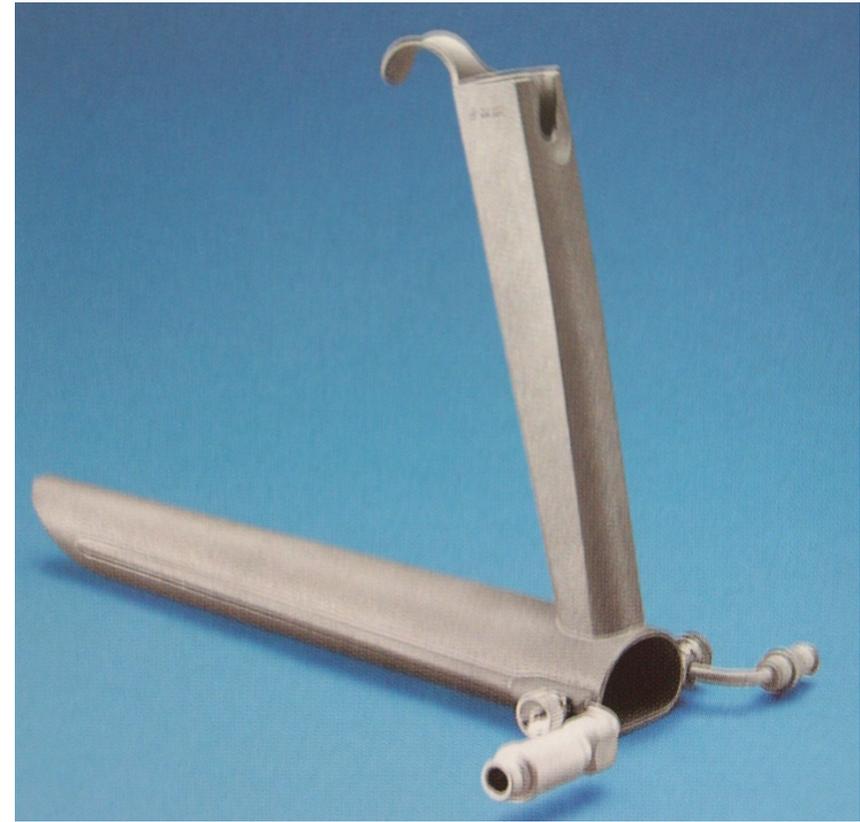


- De manera primaria son muy raros, la mayoría son extensiones de glóticos.
- Incrementan la posibilidad de enfermedad bilateral y extensión a mediastino.
- Asociados a mayor recurrencia en estoma cuando ameritan traqueostomía.



DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

- Laringoscopia Directa
- Esofagoscopia / Broncoscopia
- Exploración nasofaringea
- TAC
- Biopsia
- Búsqueda de metástasis



ESTADIFICACIÓN - TNM



0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3	N0	M0
	T1-3	N1	M0
IVA	T4a	N0-2	M0
	T1-4a	N2	M0
IVB	T4b	Todos N	M0
	Todos T	N3	M0
IVC	Todos T	Todos N	M1

TRATAMIENTO



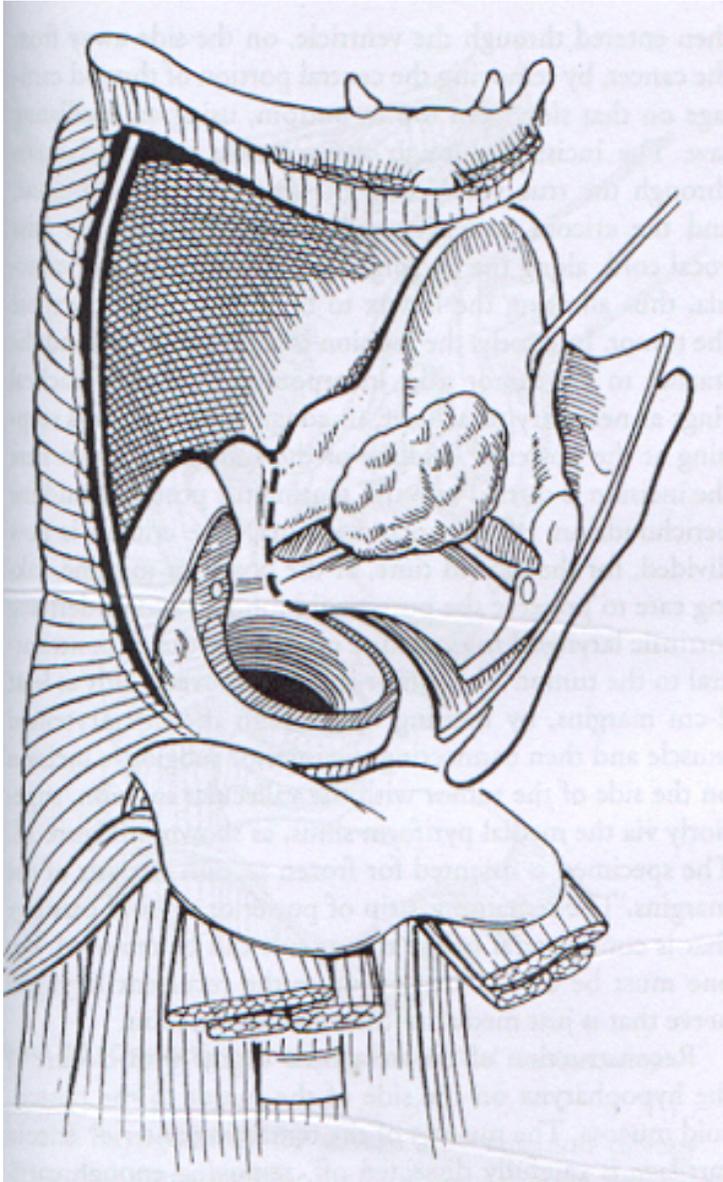
- Médico
 - Radioterapia
 - Quimioterapia
- Quirúrgico
 - Conservador: endolaringeo o cirugía abierta.
 - Radical

CIRUGÍA ABIERTA CONSERVADORA



- Cordectomía vía laringofisura
- Hemilaringectomía vertical
- Laringectomía supraglótica horizontal
- Laringectomía supracricoidea (CHEP)
- Laringectomía subtotal

LARINGECTOMÍA SUPRACRICOIDEA

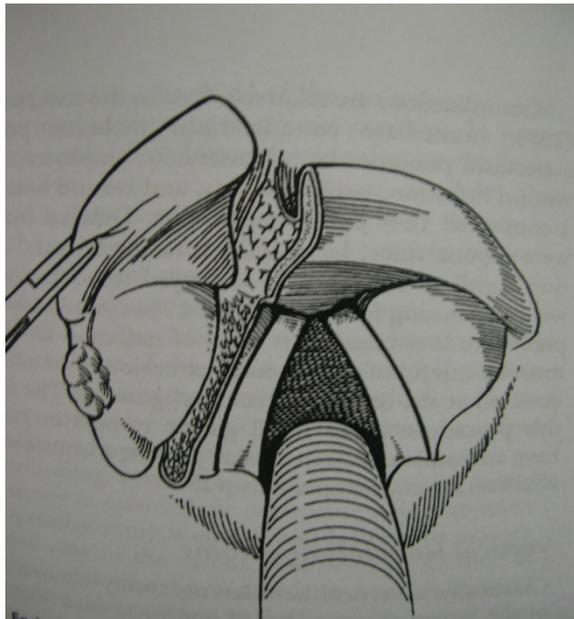


- T2, ó T3 siempre que solo haya invasión al espacio preepiglótico
- Movilidad cordal alterada o no.
- FEV1 >50%
- Sin enfermedad en base de lengua o muy cercana al hioides.
- Sin involucro del apex del seno piriforme
- Extensión subglótica no mayor de 10 mm.
- Preservar un aritenoides.

CIRUGÍA ENDOLARÍNGEA



- Laser CO2
- T1 y T2 (T3?)
- Asegurar márgenes adecuados.
- Control adecuado similar a RT.



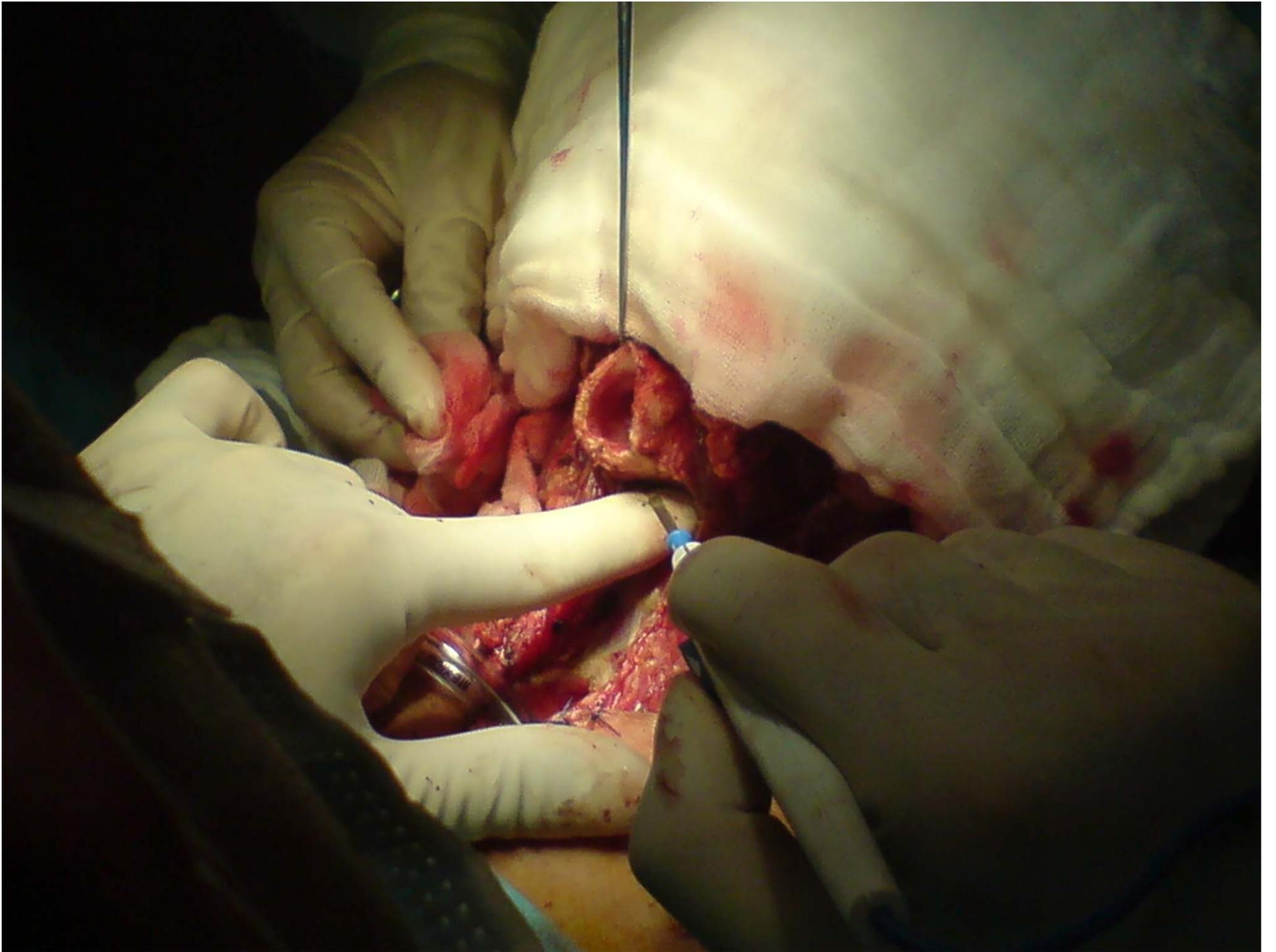
CIRUGÍA ENDOLARÍNGEA

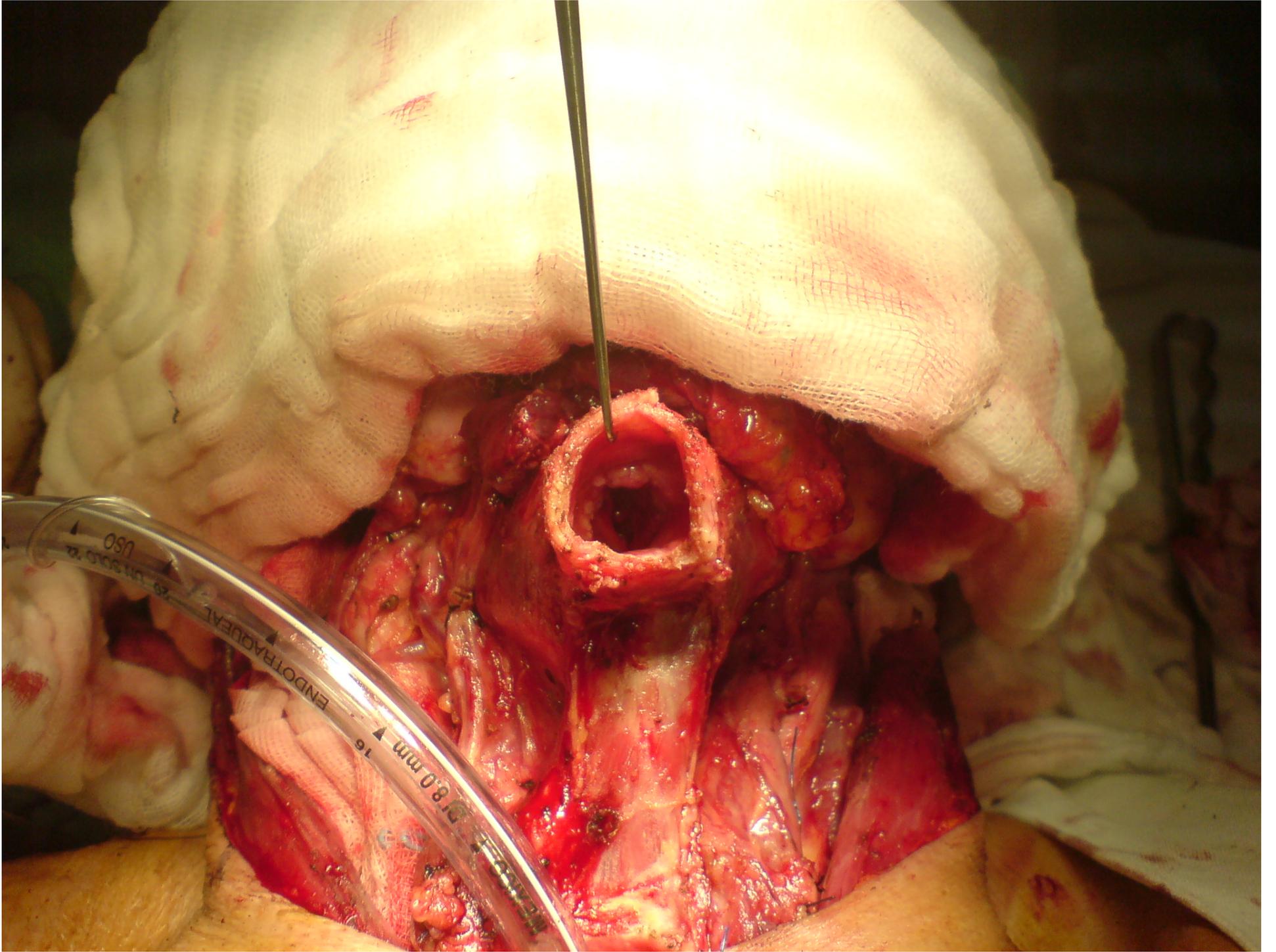


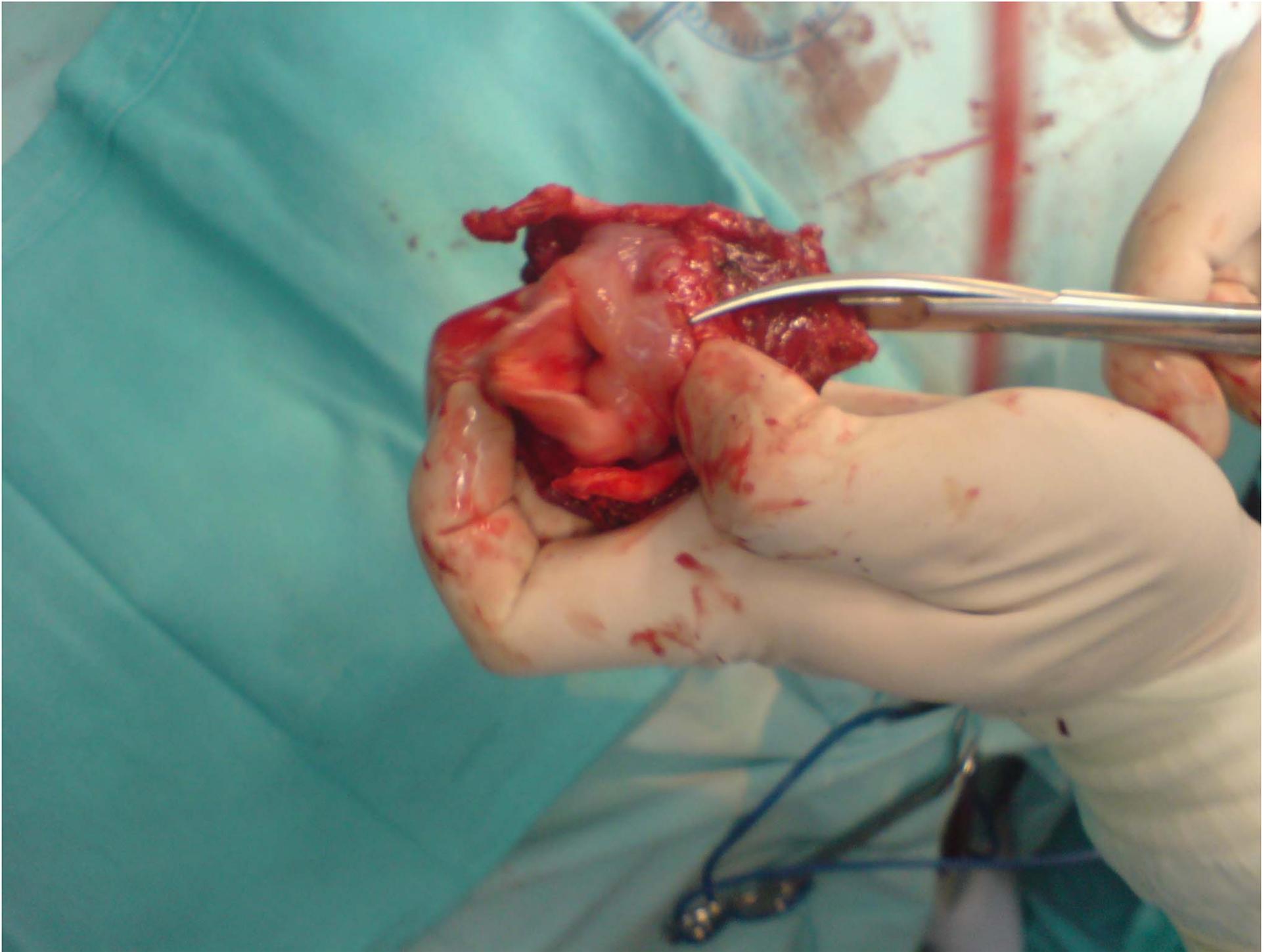
LARINGECTOMÍA TOTAL

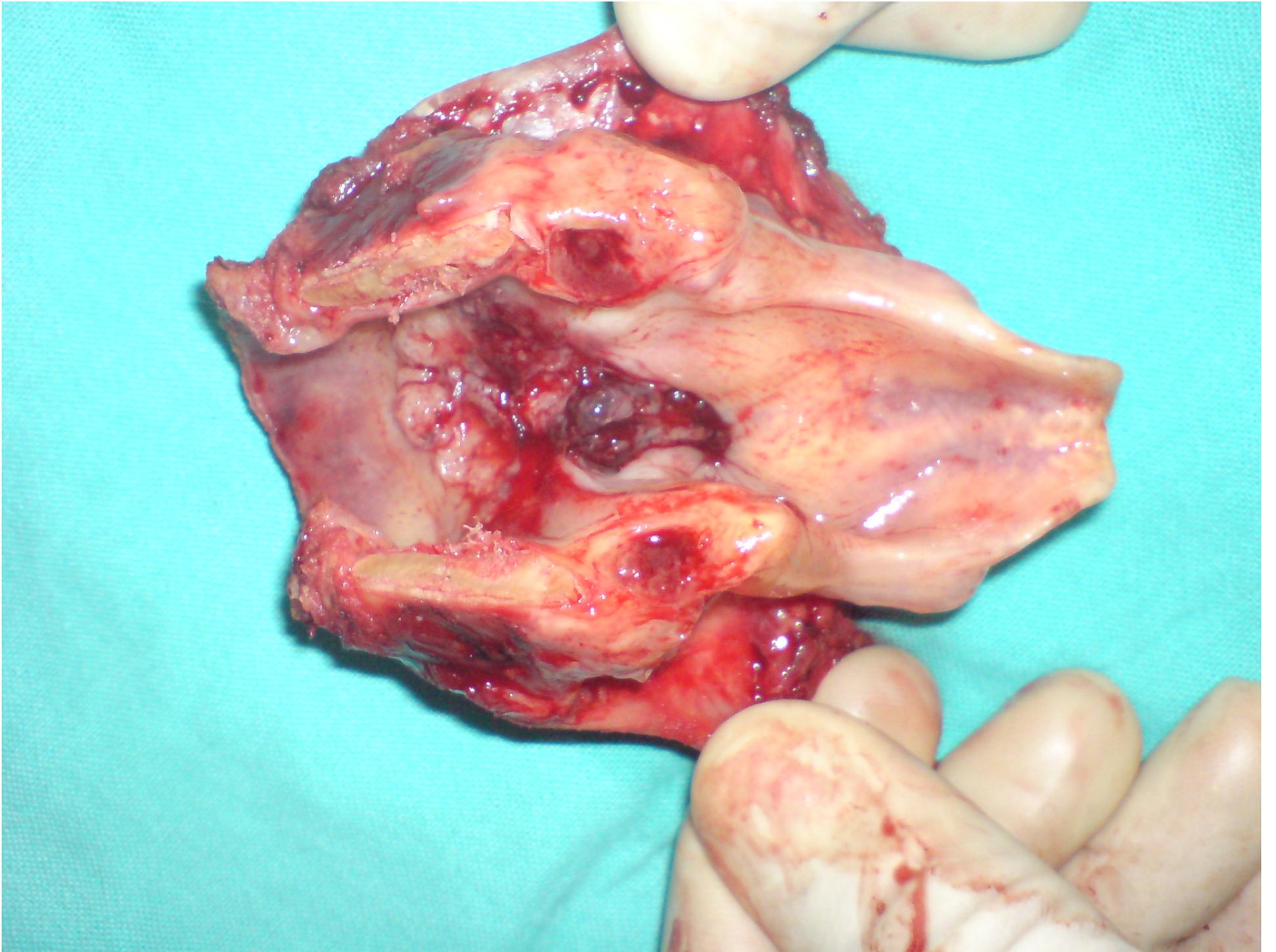


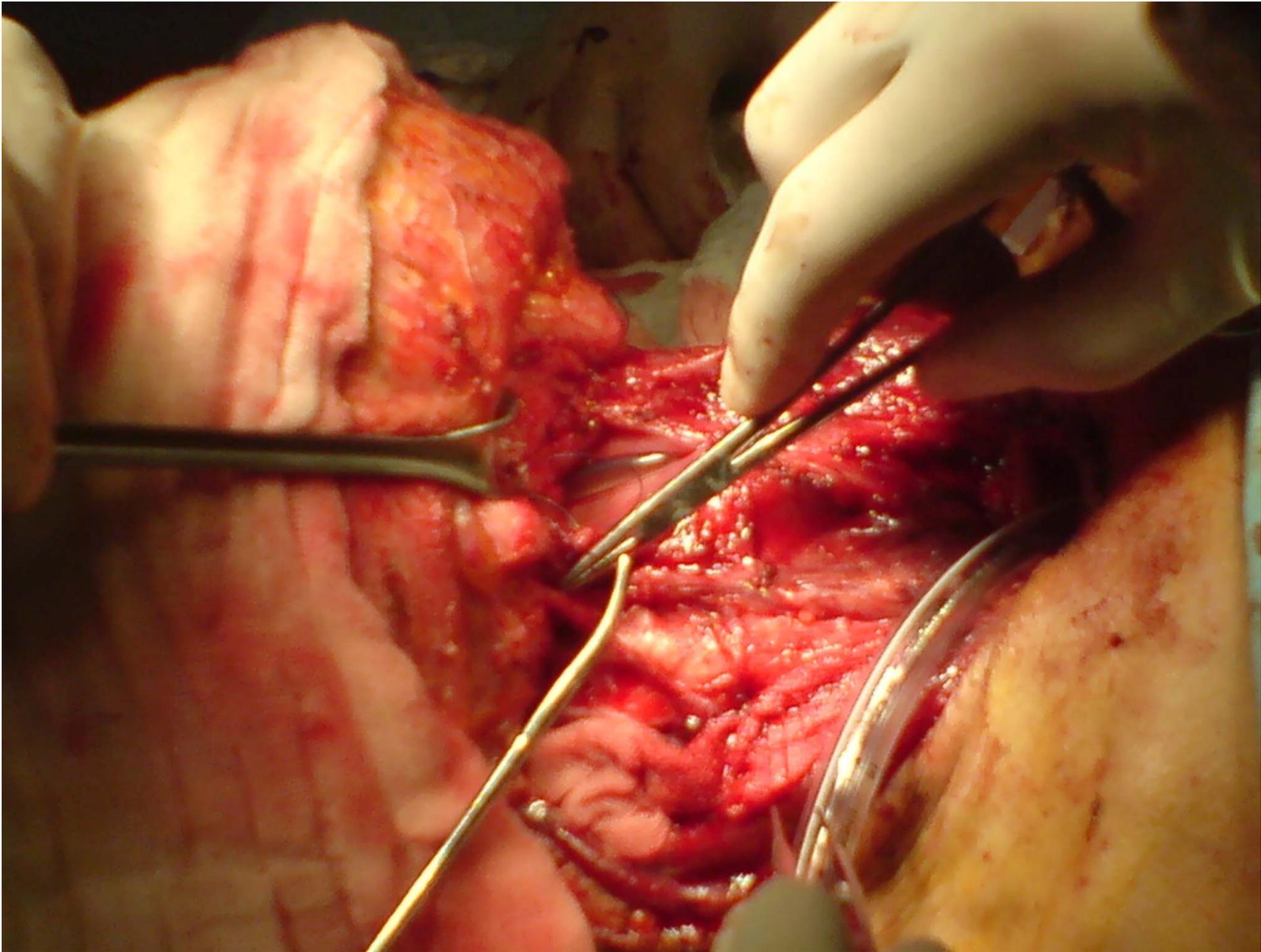
- Indicaciones:
 - T3 o T4 que no son candidatos a laringectomía parcial.
 - Involucro extenso de los cartílagos tiroides o cricoides.
 - Invasión del cuello o sus tejidos blandos.
 - Involucro de la base de lengua más allá de las papilas circunvaladas.



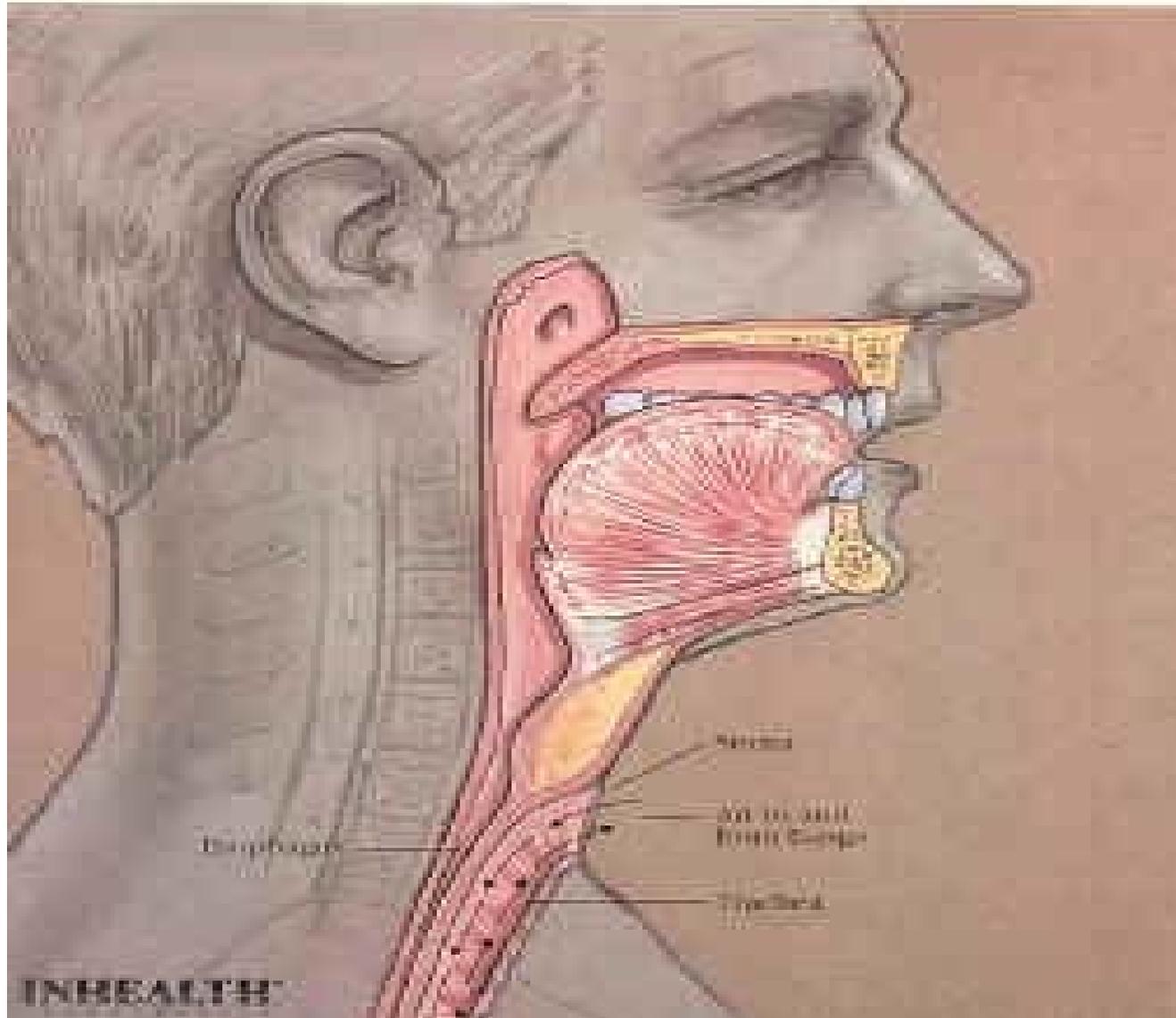
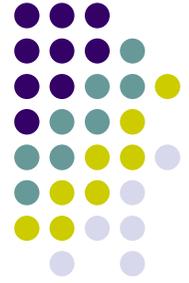








LARINGECTOMÍA TOTAL

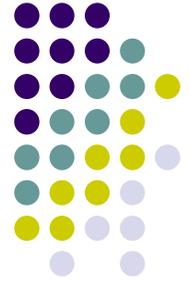


REHABILITACIÓN DE LA VOZ



- Prótesis traqueoesofágicas
(Blom-Singer)
- Electrolaringe
- Lenguaje esofágico puro (30%)

COMPLICACIONES



- Infección
- Alteraciones de la voz
- Trastornos de la deglución
- Pérdida del gusto y olfato
- Fístula faringocutáneas
- Lesión de pares craneales: VII, IX, X, XI, XII
- Embolia o ruptura carotidea
- Hipotiroidismo
- Fibrosis inducida por radiación

PRONÓSTICO



Sobrevida a 5 años	
Estadio I	>95%
Estadio II	85-90%
Estadio III	70-80%
Estadio IV	50-60%

- Después del tratamiento los pacientes se siguen cada 4-6 semanas. Tras el primer año cada 2 meses. El tercer año cada 3 meses y espaciar anualmente hasta llegar a controles anuales.



Pronóstico

- Los pacientes se consideran curados tras permanecer libres de enfermedad por 5 años.
- La mayoría de las recurrencias se presentan en los primeros 2 años.
- A pesar de la mejoría de los métodos diagnósticos y terapéuticos la sobrevida no ha mejorado significativamente en los últimos 30 años.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MÉXICO

