



Reporte de caso
**laringuectomía radical
más vaciamiento
ganglionar bilateral.**
Estudio de caso.



Andrea Julieth **Montañez Puentes**

Estudiante del Programa
de Instrumentación Quirúrgica.
Fundación Universitaria del Área Andina.

38

RESUMEN

El cáncer de laringe es el segundo tipo de enfermedad más frecuente del tracto aerodigestivo superior. Se presenta de manera predominante en hombres, principalmente por malos hábitos alimenticios y costumbres de vida que afectan de manera signifi-

cativa la aparición de la enfermedad, convirtiéndose en posibles factores de riesgo relacionados con la aparición del carcinoma escamocelular con una incidencia del 95% de los casos.

Palabras clave

cáncer de laringe, carcinoma escamocelular, laringotomía radical.

SUMMARY

The laryngeal cancer is the second most frequent disease of the upper Aero-digestive tract type. Occurs predominantly in men mainly by poor eating habits and customs of life affecting significantly the appearance of the disease, becoming potential risk factors related to the occurrence of this disease, becoming potential risk factors related to the occurrence of squamous cell carcinoma with an incidence of 95% of the cases.

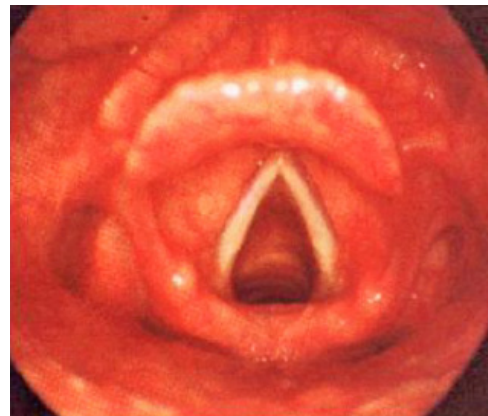
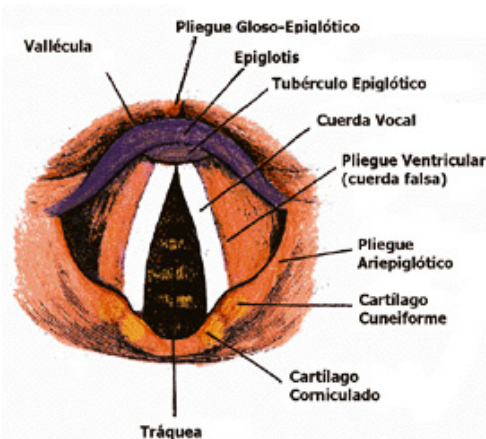
Key Words:

cancer of larynge carcinoma
squamous cell, radical
laryngectomy.

Introducción

Esta cirugía, se considera un procedimiento agresivo hacia todas las formas de cáncer que han sido tratados mediante la cirugía parcial o radioterapia. La laringectomía total es la extirpación completa de la laringe, órgano encargado de la fonación, es decir, que cuando un paciente es laringectomizado pierde las cuerdas vocales, por lo tanto la voz debe ser reeducada. Debe aprender a emitir la voz con aire del esófago, por lo que se le llama voz esofágica o erimofónica.

La primera laringectomía total fue realizada por C. A. T. Billroth (1829-1894) hace cien años. En España, en la década de los cin-



cuenta, se realizaba en Madrid y Barcelona. Los operados utilizaban prótesis laríngeas: el modelo Tapia o el Casadesús. En el año 1950 el Profesor J. Perelló se desplaza fuera de España para profundizar en una nueva especialidad: la foniatría o medicina de la voz y la palabra. Conocida la técnica erimofónica organiza un dispensario de foniatría en el Hospital Clínico de Barcelona para enseñar a hablar a los laringectomizados. En 1960, se creaba en Barcelona la primera asociación de laringectomizados que se fue extendiendo por todo el estado español.

Anatomía

La laringe es una estructura móvil, que forma parte de la vía aérea, actuando normalmente como una válvula que impide el paso de los elementos deglutidos y cuerpos extraños hacia el tracto respiratorio inferior.

Además permite el mecanismo de la fonación, diseñado específicamente para la producción de

la voz. La emisión de sonidos está condicionada al movimiento de las cuerdas vocales. Son los movimientos de los cartílagos de la laringe los que permiten variar el grado de apertura entre las cuerdas y una depresión o una elevación de la estructura laríngea, con lo que varía el tono de los sonidos producidos por el paso del aire a través de ellos. Esto junto a la disposición de los otros elementos de la cavidad oral (labios, lengua y boca) permite determinar los diferentes sonidos que emitimos.

Se encuentra situada en la porción anterior del cuello y mide aproximadamente 5 cm de longitud, siendo más corta y cefálica en las mujeres y especialmente en los niños. Ella se relaciona con los cuerpos vertebrales C3-C6.

Su estructura está constituida por un esqueleto cartilaginoso, al cual se unen un grupo importante de estructuras musculares y en donde la mucosa adquiere características particulares.

El cáncer de laringe es un tipo de cáncer de cabeza y cuello.

Indicaciones quirúrgicas

Tumores malignos que por su extensión no permiten una cirugía más conservadora. Tumores que han vuelto a aparecer, tiempo después, tras resecciones parciales. Tumores previamente irradiados que no lograron ser remitidos al especialista a tiempo.

Descripción quirúrgica

La técnica quirúrgica de la laringectomía total consiste en la extirpación de todo el órgano fonatorio (desde la base de la lengua hasta la tráquea, incluyendo, glándula tiroides lengua o faringe) y para lograrlo es necesario separarla de todos los tejidos blandos que la rodean. Pero en la misma intervención, se realiza una reconstrucción plástica de la faringe.

Al extirpar la laringe, la tráquea debe ser abocada al exterior para permitir la función respiratoria a través de la traqueotomía, lo que implica que el paciente lleve consigo durante un tiempo una cánula, para impedir la estenosis o estrechamiento del orificio exterior.

Cuando durante el procedimiento se encuentren adenopatías o metástasis en las cadenas ganglionares (cadena yugular y cadena espinal), se procederá a realizar un vaciamiento radical del cuello, lo que generalmente pue-

de ser bilateral. Este vaciamiento consiste en la extirpación de los ganglios linfáticos de toda la zona afectada. Si existe la posibilidad de que haya metástasis ganglionares en un determinado tipo de tumor muy grande, se debe realizar el vaciamiento radical del cuello, aunque clínicamente no se haya demostrado. La literatura basada en estudios realizados de esta patología, menciona que hay un alto porcentaje de curación, por lo que se recomienda el procedimiento.

El uso de productos como el tabaco y el consumo excesivo de alcohol pueden influir en el riesgo de cáncer de laringe.

Signos y síntomas

Entre los signos posibles del cáncer de laringe se incluyen dolor de garganta y dolor de oído.

Algunos de los síntomas que se mencionan adelante pueden ser una alerta de cáncer de laringe u otras afecciones.

Dolor de garganta o tos que no desaparece.

Dificultad o dolor al tragar.

Dolor de oído.

Bulto en el cuello o la garganta.

Cambio de la voz o ronquera.

Diagnóstico clínico

- **Examen físico del cuello y garganta:** el médico palpará el interior de la boca y la garganta con un dedo enguantado, utilizando un espejo pequeño iluminado de mango largo. El proceso incluye la revisión del interior de las mucosas laterales y los labios, encías, parte posterior de la boca, el paladar duro y blando y la base de la boca; la parte superior, inferior lateral de la lengua y, por último, la garganta. El galeno palpará el cuello para revisar si existen inflamaciones en los ganglios linfáticos. Se debe tomar nota de los antecedentes de los hábitos de salud del paciente, enfermedades anteriores y tratamientos médicos.
- **Biopsia:** extracción de células o tejidos por medio de un biótomo para que un patólogo las observe en un microscopio en búsqueda de signos de cáncer. La muestra de tejido se puede extraer durante uno de los siguientes procedimientos:
- **Laringoscopia:** procedimiento para revisar la laringe (cuerdas vocales) y para identificar áreas anormales. Mediante un espejo o laringoscopio (un instrumento, en forma de tubo delgado con una lente

para observar) se introduce a través de la boca para observar la laringe. Un biótomo se introduce a través del laringoscopio y sirve para extraer muestras de tejido.

- **Endoscopia:** procedimiento para revisar órganos y tejidos dentro del cuerpo, como la garganta, esófago y la tráquea y observar de manera detallada la posible existencia de patologías. Un endoscopio (instrumento en forma de tubo delgado con iluminación y una lente para observar) se introduce por la boca y un biótomo de endoscopia, se introduce a través de este para extraer muestras de tejido.
- **Exploración por TC (exploración por TAC):** procedimiento mediante el cual se toma una serie de imágenes detalladas del interior del cuerpo, desde ángulos diferentes. Las imágenes son creadas por una computadora conectada a una máquina de rayos X. Se inyecta medio de contraste en una vena o se ingiere a fin de que los órganos o los tejidos se destaquen más claramente. Este procedimiento también se llama tomografía computada, tomografía computarizada o tomografía axial computarizada.



- **IRM (imágenes por resonancia magnética):** procedimiento que utiliza un imán, ondas de radio y una computadora para crear imágenes detalladas de áreas internas del cuerpo. Este procedimiento también se llama imágenes por resonancia magnética nuclear (IRMN).
- **Exploración con TEP (exploración con tomografía por emisión de positrones):** procedimiento especializado, utilizado para encontrar células de tumores malignos en el cuerpo. Se inyecta en una vena una cantidad pequeña de glucosa (azúcar) radioactiva. El escáner de la TEP rota alrededor del cuerpo y toma una imagen de los lugares del cuerpo que absorben la glucosa. Las células de tumores malignos tienen aspecto más brillante en la imagen porque

son más activas y absorben más glucosa que las células normales.

- **Exploración ósea:** procedimiento para verificar si hay células en los huesos que se multiplican rápidamente, como las células cancerosas. Se inyecta una cantidad muy pequeña de material radiactivo en una vena y este recorre todo el torrente sanguíneo. Cuando el material radiactivo se acumula en los huesos, se puede detectar con un escáner.
- **Ingesta de bario:** serie de radiografías del esófago y el estómago. El paciente bebe un líquido que contiene bario (compuesto metálico de color plateado blancuzco). Este líquido reviste el esófago y el estómago y se toman radiografías. Este procedimiento también se llama serie del tubo digestivo superior.

Caso clínico

Paciente masculino de 76 años, con antecedentes de diabetes e hipertensión arterial; quien presenta sintomatología de más de un año y que ha manifestado “me cambió la voz”. Su evolución se ha caracterizado por la dificultad de comer y hablar.

Para la detección del CA escamocelular de laringe fue necesaria la realización de una fibrobroncoscopia, en la cual se evidenció una lesión exótica irregular que compromete los 2/3 anteriores del pliegue vocal derecho. Solo unos meses después se le practicó al paciente una laringoscopia diagnóstica con biopsia de lesión, donde se evidencia un tumor de comportamiento incierto.

Otro de los procedimientos realizados al paciente que permitieron verificar el progreso de la enfermedad fue una nasofibroscopia, la cual evidencia un carcinoma escamocelular de bordes mal definidos que ocupa todo el pliegue vocal izquierdo, comprometiendo la comisura anterior y se aprecia compromiso parcial del pliegue derecho.

Luego de los estudios se concluyó que el paciente debe ser sometido a cirugía y el procedimiento determinado por la Junta quirúrgica fue laringectomía radical + vaciamiento ganglionar bilateral debido a la malignidad del tumor.

Al finalizar el procedimiento quirúrgico, el paciente es trasladado a UCI para extubación programada que duró 9 días, presentando trastorno de oxigenación moderado, se inicia sedoanalgesia con Fentanil y Midazolam y el paciente queda en soporte ventilatorio.

Discusión

Cuando la laringe es afectada por cáncer (tumor maligno) se ven alterados en mayor o menor medida cualquiera de sus funciones, dependiendo la localización o sitio de implantación del tumor y de sus dimensiones; para poder especificar qué tipo de tratamiento se le dará a esta patología se debe tener en cuenta el estadio del carcinoma.

Un estudio (Binelfa, L. F., Cima-devilla, J. M. V., González, P. C., y Correa, T. 2001) evidencia que las medidas radicales para tratarla es la laringectomía total, procedimiento que se realiza en pacientes cuyos casos no responden a tratamientos previos, debido a la recurrencia de estos.

Entre los tratamientos quirúrgicos que se utilizaron, se encontró la laringectomía total como el procedimiento más usado, según el estadio de neoplasia que se encontró y pocos pacientes tenían indicada una cirugía menos radical. Los procedimientos conservadores en este estudio se realizaron en pacientes con estadios iniciales o que tenían carcinoma verruco-

so, el cual por su comportamiento solo puede researse, con buen pronóstico. Se evidenció que en un 19 % de los casos reincidieron a un segundo tumor localizado en el pulmón y cola del cornete medio, cuya localización es muy rara para un primario. No se apreció ningún paciente con neoplasia sincrónica.

Repercusión sobre la calidad de vida del enfermo y su familia

La pérdida de la voz no es el único déficit con que se encuentra el laringectomizado; el posquirúrgico produce también una baja autoestima por su apariencia física, sus relaciones sociales, su dificultad en la comunicación, quizá la pérdida de su trabajo y, por ende, un desequilibrio en lo económico. Su papel en la familia cambia significativamente.

La información del diagnóstico debe ser muy cuidadosa y detallada, tanto al paciente como a su familia, no todos los pacientes responden igual ante la noticia de la posible laringectomía. Existen una serie de respuestas como: sentimiento de miedo, ansiedad, confusión, auto-compasión y miedo de morir.

Al procedimiento quirúrgico se le une el trauma por el cual atraviesa, que es la pérdida de la voz.; produciendo un deterioro psicossomático por la sospecha de

no resolver la enfermedad y su posible recurrencia, el sentimiento de inseguridad que esto comporta puede conducir a una actitud negativa que dificulte obviamente la rehabilitación. Para el paciente la cirugía muestra una mutilación de la voz, creándose situaciones de una casi total incomunicación. Por otro lado, se encuentra con un orificio en el cuello por el que respira, tose y expectora. Este hecho crea una actitud de rechazo.

Un segundo paso en el proceso de recuperación es el intento de emitir un sonido. En este punto es importante la formación psicopedagógica del foniatra, quien actúa como un profesor con su alumno conformándose como un pilar de la consecución de la voz erimofónica, que es la base sobre la que se estructurará la rehabilitación integral. Esto le ayudará al paciente a

lograr estabilidad emocional a medida que la persona pueda comunicarse con su entorno.

A pesar de esta rehabilitación, el operado en edad laboral, puede tener una actitud de invalidez que dificulta notablemente su reincorporación social.

La familia es un factor importante y primordial en la pronta recuperación del paciente y en su fácil integración al medio social y laboral, logrando estabilidad socioafectiva y emocional.

Referencias bibliográficas

- Herranz, J., Martínez Vidal, J., y Martínez Moran, A. (2001). Laringuectomía supraglótica. Todavía en la brecha. *Acta Otorrinolaringologica Espanola*, 57(5), 235-241.
- Martínez, I., Feijoo, G., Camacho, R., Vilau, L., y Pichs, V. (1985). Complicaciones de la cirugía laríngea radical; Complications of radical laryngeal surgery. *Rev. Cuba. Oncol*, 1(3), 257-62.
- Binelfa, L. F., Cimadevilla, J. M. V., González, P. C., y Correa, T. (2001). Vaciamiento selectivo lateral para tratamiento electivo del cuello en cáncer laríngeo. *Rev Cubana Oncol*, 17(2), 89-94.
- Pablo Rodrigo, J., Charlone, R., Cabanillas, R., Luis Llorente, J., y Suárez, C. (2008). ¿Es necesario diferir los vaciamientos cervicales en las laringectomías supraglóticas con láser? *Acta Otorrinolaringológica Española*, 59(7), 345-348.
- Sarra, L. D., Rodríguez, J. C., García Valea, M., Bitar, J., y Da Silva, A. (2009). Fístula tras laringectomía total. Estudio retrospectivo y revisión bibliográfica. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 60(3), 186-189.
- Fandiño, L. H. J., Wuesthoff, C., y García-Reyes, J. C. *Acta de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*.
- Uribe, R. R. *Otorrinolaringología. Prácticas y procedimientos. Guías de práctica clínica. Tomo VI. Universidad Javeriana*.