

Laringectomía parcial horizontal supracricoidea con cricoideoepiglotopexia

Reporte del primer caso en el Centenario Hospital Miguel Hidalgo

Flores-Álvarez Efrén*, Sánchez-Miranda Gerardo**, Vázquez-Díaz de León Ricardo***

Resumen

Durante muchos años, la laringectomía total seguida de radioterapia se consideró el tratamiento estándar para el cáncer de laringe. Las modalidades de tratamiento quirúrgico actuales para el cáncer laríngeo abarcan desde la cirugía transoral, resecciones parciales y la laringectomía total. Actualmente, los objetivos de la cirugía de laringe con preservación del órgano por cáncer de laringe son maximizar la supervivencia y cuando sea posible, preservar la voz y la función de la deglución. La laringectomía parcial supracricoidea abierta como tratamiento primario de los cánceres laríngeos presenta una tasa de control local a 5 años del 100% para los tumores T2 y de 96% para los tumores T3. Presentamos el caso clínico de una paciente joven con cáncer epidermoide glótico tratada con laringectomía horizontal supracricoidea con cricoideoepiglotopexia, manejada inicialmente con quimioterapia de inducción con buen resultado quirúrgico. **LUXMÉDICA, AÑO 12, NÚMERO 36 MAYO-AGOSTO 2017, PP 49-54**

Abstract

For many years, total laryngectomy followed by radiation therapy was considered the standard treatment for laryngeal cancer. Current surgical modalities for laryngeal cancer range from transoral surgery, partial resections, and total laryngectomy. Currently, the objectives of laryngeal surgery with preservation of the organ with laryngeal cancer are to maximize survival and, when possible, to preserve voice and swallowing function. Open partial supracricoid laryngectomy as the primary treatment for laryngeal cancers has a 5-year local control rate of 100% for T2 tumors and 96% for T3 tumors. We present the case of a young patient with glottic squamous cell cancer treated with horizontal supracricoid laryngectomy with cricohyoidoepiglottopexy, initially managed with induction chemotherapy and with a good surgical outcome. **LUXMÉDICA, AÑO 12, NÚMERO 36 MAYO-AGOSTO 2017, PP 49-54**

Palabras clave: cáncer de laringe, laringectomía parcial, cricoideoepiglotopexia

Key words: laryngeal cancer, partial laryngectomy, cricohyoidoepiglottopexy

Introducción

El cáncer de laringe es diagnosticado en cerca de 10,000 hombres y mujeres en los Estados Unidos anualmente y es uno de los cánceres más comunes del tracto aerodigestivo superior. Durante muchos años, la laringectomía total seguida de radioterapia se consideró el

* Maestro en Ciencias. Cirujano Oncólogo. Profesor Titular de Posgrado en Cirugía General. Centenario Hospital Miguel Hidalgo.

** Residente de Cuarto Año Cirugía General. Centenario Hospital Miguel Hidalgo.

*** Residente de Segundo Año Cirugía General. Centenario Hospital Miguel Hidalgo.

Fecha de recibido 17 junio 2017
Fecha de aceptación 17 julio 2017

Correspondencia: Dr. Efrén Flores Álvarez. Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Departamento de Oncología, C. Galeana Sur 465, Colonia Obraje, C.P. 20230, Aguascalientes, Ags, México correo electrónico: efflores@hotmail.com

tratamiento estándar para el cáncer de laringe. Por desgracia, los pacientes tratados con laringectomía total experimentan una pérdida completa de la voz y también pueden presentar deterioro de la función de la deglución, llevando a una disminución de la calidad de vida en muchos aspectos, incluyendo nutrición, convivencia social e higiene personal.¹

Con los actuales avances y los últimos protocolos de preservación de órgano para el cáncer de laringe en estadio intermedio o avanzado, basados en la quimiorradioterapia, el papel de la cirugía parece relevado únicamente al rescate quirúrgico de los tumores que no responden a estos tratamientos, siendo la opción quirúrgica la laringectomía total. Este tipo de tratamientos no quirúrgicos se ofrecen como estrategias de preservación de órgano, en contraposición a la laringectomía total.² La laringectomía total se considera como un tratamiento excesivo para tumores T1-T2 de las cuerdas vocales, por lo tanto, el desarrollo de técnicas quirúrgicas parciales de la laringe se tornó relevante. La cirugía parcial horizontal de la laringe para el carcinoma glótico se desarrolló en la década de 1970. La laringectomía parcial supracricoidea o la laringectomía horizontal parcial con cricoioidoepiglotopexia es una de las técnicas quirúrgicas más utilizadas. En comparación con la laringectomía parcial vertical, tiene un menor índice de recurrencia local para tumores glóticos T1 y T2 con afectación de la comisura anterior.³ El objetivo del presente trabajo fue presentar el caso clínico de una paciente joven con cáncer epidermoide glótico tratada con laringectomía horizontal supracricoidea con cricoioidoepiglotopexia, manejada inicialmente con quimioterapia de inducción.

Presentación del caso clínico

Mujer de 51 años de edad, originaria y residente de Aguascalientes. Presenta antecedentes de tabaquismo moderado suspendido 5 años antes, etilismo de tipo social, hipertensión arterial sistémica tratada con telmisartán e hidroclorotiazida y cirugía pélvica por quiste ovárico roto 30 años previos. Inició su padecimiento en noviembre del 2015 con disfonía, odinofagia y malestar general, recibió múltiples tratamientos considerándose inicialmente un cuadro infeccioso de vías respiratorias sin mostrar mejoría. Es referida al servicio de otorrinolaringología del hospital donde se le realizó laringoscopia directa detectándose un tumor de la cuerda vocal derecha de 14 mm, con extensión vestibular y parálisis parcial, y se tomó biopsia. El estudio histopatológico reveló la presencia de un infiltrado de células neoplásicas de tipo epidermoide en la cuerda vocal. En la tomografía computarizada se observó un tumor de 12 mm, con áreas de densidad aumentada en el espacio supraglótico derecho, superficie medial a cartílagos tiroideos y aritenoides, ocluyendo el 40% de la luz. Es estadificado

como un tumor laríngeo T3 N0 M0, etapa clínica III y es referida al servicio de Oncología Médica. Recibió tres ciclos de quimioterapia neoadyuvante con paclitaxel, carboplatino y 5-fluorouracilo. Al concluir la quimioterapia se realizó una laringoscopia directa de control en donde se apreció una buena respuesta clínica con desaparición casi completa de la lesión neoplásica.

El 25 de mayo de 2016 es sometida a una laringectomía parcial horizontal supracricoidea con cricoioidoepiglotopexia. Los hallazgos operatorios fueron edema laríngeo moderado, lesión neoplásica ulcerada de 15 mm que involucra la cuerda vocal derecha e infiltra hacia el vestíbulo laríngeo, sin invasión de cartílago tiroides y los márgenes macroscópicos de resección se apreciaron respetados. Su evolución posoperatoria es favorable, al día 3 se egresa del hospital sin evidencia de complicaciones en área quirúrgica, con analgésico y dieta enteral por sonda nasogástrica. El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica muestra la presencia de un carcinoma epidermoide queratinizante, moderadamente diferenciado, microinvasor, transglótico de 2 x 2 cm, sin actividad tumoral en los bordes de sección quirúrgica.

Discusión

Los tumores malignos del tracto aerodigestivo superior son una de las principales causas de muerte en los Estados Unidos de América. Entre todos los cánceres del tracto aerodigestivo superior, el carcinoma de células escamosas o carcinoma epidermoide es el más común. Aproximadamente 40,000 nuevos pacientes son diagnosticados con carcinoma de células escamosas de la cabeza y cuello cada año en los Estados Unidos, de estos más de 10,000 hombres y 3,000 mujeres tienen cáncer de laringe. La mayoría de los pacientes son mayores de 65 años. El factor de riesgo más importante para el desarrollo de cáncer laríngeo es el consumo de tabaco, con un riesgo mayor de 17 veces en relación a no fumadores.⁴

En México, en el año 2000 se registraron 936 casos de cáncer de laringe, lo que representa el 1% de las neoplasias malignas diagnosticadas ese año y el sexto lugar de neoplasias malignas, más común en pacientes masculinos de sesenta y cinco años y más. Los factores de riesgo clásicos para el desarrollo de cáncer laríngeo son el taba-

co y el alcohol, pero se han vinculado otros factores como la infección por el virus del papiloma humano, el reflujo gastroesofágico, el reflujo intestinal por gastrectomías previas y los vinculados con exposiciones ocupacionales a polvos de madera y asbesto.⁵

El tratamiento del cáncer de laringe se remonta al año 1340, en que Trousseau sistematiza la traqueotomía como terapéutica paliativa empleando una cánula de plata que dejaba de forma permanente en la tráquea. La laringectomía total fue descrita por Albers en el año 1829, de forma experimental en perros. Theodor Christian Albert Billroth, cirujano general en el año 1873 realizó la primera laringectomía total en Viena, realizada bajo anestesia con cloroformo.⁶ Las modalidades de tratamiento quirúrgico actuales para el cáncer laríngeo abarcan desde la cirugía transoral, resecciones parciales y la laringectomía total. Existen asimismo conceptos de tratamiento curativo no quirúrgico, que incluyen la radioterapia sola en casos de etapas tempranas del cáncer laríngeo, la combinación de

quimioterapia y radioterapia y la inducción con quimioterapia seguida de radioterapia en lesiones locales mayores. Para la mayoría de los carcinomas laríngeos tempranos, el tratamiento con una única modalidad terapéutica (cirugía o radioterapia) es suficiente. En los casos de tumores avanzados a menudo se requiere de terapia multimodal (cirugía, radioterapia y quimioterapia).⁷

Actualmente, los objetivos de la cirugía de laringe con preservación del órgano por cáncer de laringe son maximizar la supervivencia y, cuando sea posible, preservar la voz y la función de la deglución. El propósito final de la cirugía de preservación del órgano es similar a la preservación de órgano no quirúrgico: habla útil sin traqueostomía y nutrición oral sin un tubo de gastrostomía. El manejo quirúrgico ha cambiado de una laringectomía total y posteriormente laringectomía parcial a una resección endoscópica láser transoral, referida a menudo como la microcirugía laríngea transoral. En la actualidad, los enfoques abiertos, tanto la laringectomía parcial como la total son principalmente procedimientos de rescate en pacientes con recurrencia después del tratamiento primario con radioterapia o quimio-radioterapia. Una excepción es la laringectomía parcial supracricoidea abierta que se utiliza en algunos centros para tratamiento primario de los cánceres laríngeos T3 que no se consideran apropiados para resección transoral.⁸ Weinstein y cols.⁹ informaron tasas de control local a 5 años del 100% para los tumores T2 y de

96% para los tumores T3, de 96 pacientes no tratados previamente o sometidos a laringectomía supracricoidea de rescate.

La laringectomía supracricoidea fue originalmente concebida en 1959 por Majer y Rieder de Viena. Representa una alternativa a la quimiorradioterapia, la laringectomía supraglótica y la laringectomía casi-total y total en casos seleccionados de carcinoma supraglótico y transglótico. Este procedimiento es una técnica de preservación funcional y debe ser considerada como una técnica de conservación laríngea ya que salvaguarda la rehabilitación fisiológica del habla, la deglución y la respiración sin la necesidad de una traqueostomía permanente. Consiste en la resección de las cuerdas vocales, las bandas, los repliegues aritenopiglóticos, la parte de subglotis que corresponde a la cara superior del cartílago cricoides, el cartílago tiroides, y el contenido del espacio pre y paraglótico. La resección puede incluir un aritenoides, pero debe preservar el hueso hioides. Dos tipos de reconstrucción diferentes son posibles dependiendo del grado de afectación de la epiglotis. En los casos en que la parte inferior de la epiglotis está afectada, la epiglotis suprahiodea puede ser preservada y utilizada en la reconstrucción con cricohioidoepiglotopexia y en los casos en que no es oncológicamente factible preservar la epiglotis, la reconstrucción implicará la impactación de la base de la lengua/complejo hiodeo al cartílago cricoides (cricohioidopexia).^{2,8}

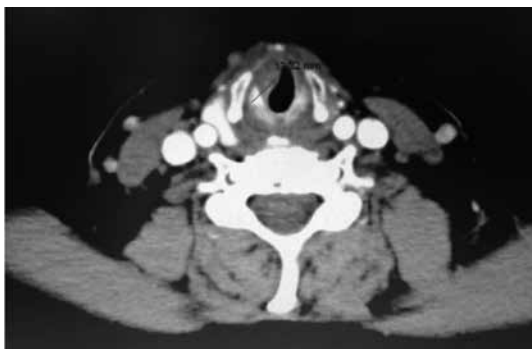


Figura 1. TAC que muestra el tumor laríngeo localizado a nivel de la glotis derecha.



Figura 2. Laringoscopia directa que evidencia el tumor localizado en la cuerda vocal derecha.



Figura 3. Pieza quirúrgica. Segmento de caja laríngea entre cartílago cricoides y epiglottis.



Figura 4. Área quirúrgica una vez resecada la pieza quirúrgica. Cavidad faríngea abierta y presencia de cánula de traqueotomía.

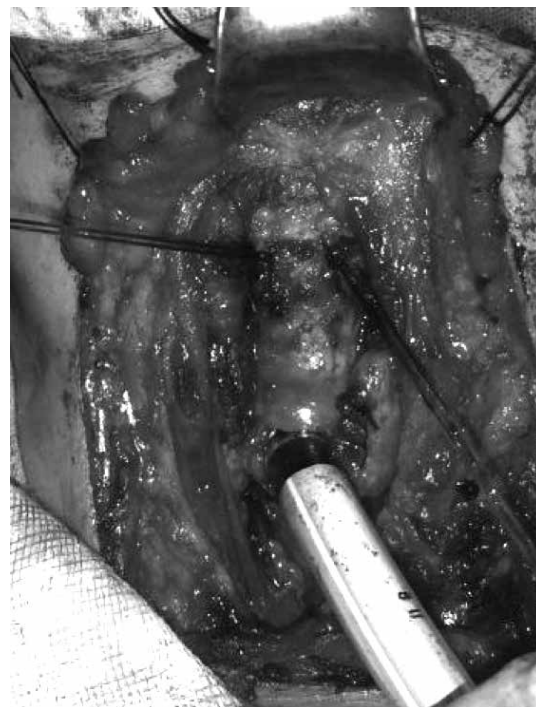


Figura 5. Puntos de fijación de cricoides a epiglottis cerrando el defecto faríngeo.

Bibliografía

1. Chen AY, Halpern M. Factors Predictive of Survival in Advanced Laryngeal Cancer. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2007;133(12):1270-1276.
2. Rodrigo JP, Coca-Pelaz A, Suárez C. The current role of partial surgery as a strategy for functional preservation in laryngeal carcinoma. Acta Otorrinolaringol Esp 2011;62:231-8)
3. Atallah J, Berta E, Coffre A, Villa J, Reyt E, Righini CA. Supracricoid partial laryngectomy with crico-hyoido-epiglottopexy for glottic carcinoma with anterior commissure involvement. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2017 Jun; 37(3): 188–194.
4. Ramroth H, Dietz A, Becher H. Intensity and inhalation of smoking in the aetiology of laryngeal cancer. Int J Environ Res Public Health 2011;8:976–84.
5. Herrera-Gómez A, Villavicencio-Valencia V, Mario Rascón-Ortiz, Luna-Ortiz K. Demografía del cáncer laríngeo en el Instituto Nacional de Cancerología. Cir Ciruj 2009;77:353-357.
6. Rizzi M. Historia de la laringectomía total. Sus comienzos en Uruguay. Rev Med Uruguay 2005; 21: 4-14.
7. Wiegand S. Evidence and evidence gaps of laryngeal cancer surgery. Head and Neck Surgery 2016;15:1-30.
8. Forastiere AA, Weber RS, Trotti A. Organ Preservation for Advanced Larynx Cancer: Issues and Outcomes. J Clin Oncol 2015;33(29):3262–3268.
9. Weinstein GS, O'Malley BW, Jr, Snyder W, et al. Transoral robotic surgery: Supraglottic partial laryngectomy. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2007;116:19–23.