

**Universidad de Ciencias Médicas Ciego de Ávila
Hospital General Docente “Roberto Rodríguez”**

XXVII Fórum Nacional de Ciencias Médicas.

**Incidencias del cáncer de laringe en la consulta de
cabeza y cuello del Hospital Morón**

AUTORA: Yordanis Martínez Abreu*
Darian Nicanor Vega**

TUTOR: Dr. Antonio Ángel Álvarez

* Estudiante de 5^{to} año, alumno ayudante de Otorrinolaringología.

** Estudiante de 5^{to} año, alumno ayudante de Otorrinolaringología.

*** Especialista de 1^{er} Grado en Otorrinolaringología. Profesor asistente.

**Año 2015
“Año 57 de la Revolución”**

Introducción

El cáncer laríngeo se conoce desde la antigüedad. Asclepiades de Bitinia y Galeno describieron en sus trabajos enfermedades laríngeas que se han interpretado como carcinomas.

El primer caso, según historiadores romanos se detectó en la Afranius Burrus, pero el diagnóstico exacto de la enfermedad se logra con Witchow, quien es el padre de la histología moderna.*1

En 1854 Manuel García, hijo de un cantante español resuelve el problema del estudio de la laringe en el paciente vivo, creando la laringoscopia, que Ceemak en Budapest propagandiza. La cirugía del cáncer laríngeo data del siglo XIX, cuando Theodor van Ryillronth realiza la primera laringectomía total. En Cuba esta técnica fue introducida por el fundador de la especialidad en nuestro país, el Dr Emilio Martínez.*2.

El cáncer de la laringe se define como la aparición del proceso neofornativo en cualquiera de las porciones de la laringe, desde la epiglotis hasta el borde inferior del cartílago cricoides, dividiéndose esta zona en tres regiones, con marcadas diferencias en cuanto a función y sintomatología: región supraglótica que abarca desde la epiglotis hasta la cara superior de las cuerdas vocales, la región glótica, que comprende la cara superior de éstas, el borde libre y la comisura anterior y posterior de la laringe, y por último, la región infraglótica, que se extiende desde la cara inferior de las cuerdas vocales hasta el borde inferior del cricoides.*3.

La función principal de la región supraglótica es de tipo esfinteriana, por tanto su síntoma principal serán los trastornos en la deglución, la región glótica está especializada en la fonación y su síntoma principal y precoz será la disfonía, que en este caso adquiere un timbre especial, llamado "voz leñosa" y la región infraglótica tiene como función principal la respiratoria de ahí que su síntoma principal al ser invadida por la neofornación será la disnea.

La localización infraglótica es la menos frecuente de esta entidad, manteniendo un porcentaje similar las otras localizaciones.

Esta enfermedad se presenta generalmente a partir de la cuarta y quinta décadas de la vida, afectando al ser humano en su plena capacidad física, laboral e intelectual.

El tratamiento del cáncer laríngeo comprende cirugía, radioterapia y poliquimioterapia. Estas posibilidades terapéuticas se aplican en diferentes combinaciones teniendo en cuenta la localización del tumor y su extensión, la presencia de adenopatías cervicales y la extensión a otros órganos*4.

El cáncer de la laringe no debe concebirse como una enfermedad aislada de la laringe, pues se ha probado de forma repetida que en etiología intervienen factores genéticos, pues se ha

observado la aparición de la enfermedad en varios miembros de una misma familia y que han sido estudiados desde su perfil genético-molecular.

Debido a la incidencia de esta enfermedad en nuestro medio y los problemas que crea en el ser humano, surge la idea de realizar este trabajo, con el fin de contribuir al diagnóstico precoz del cáncer laríngeo y cumplimentar un objetivo primordial de la medicina social contemporánea: diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, contemplados en el esquema de la OMS.

El cáncer de la laringe provoca en su evolución dificultad respiratoria creciente y pérdida de la voz por lo que se recomienda la toma de medidas específicas y adecuadas para su diagnóstico precoz y programas de prevención, de suma trascendencia si se conoce que sólo el cáncer laríngeo de localización glótica, por su rápida sintomatología que preocupa al enfermo, hace que éste acuda al facultativo relativamente temprano.

Esta entidad, históricamente, afecta principalmente al sexo masculino, sobre todo mayores de 40 años, aunque con la incorporación de la mujer a la vida laboral y a la extensión a ellas de la adicción al tabaco y al alcohol de forma más generalizada, en la actualidad se ha visto un incremento en la incidencia de esta enfermedad en la mujer*6.

Es una afección que epidemiológicamente ha adquirido mayor importancia en los países desarrollados y en vías de desarrollo en la medida que se incrementa el promedio de vida.

La prevalencia es mayor en la población blanca que en la negra, así como en las personas que trabajan o se desenvuelven en ambientes contaminados, de ahí que sea más frecuente en zonas industrializadas que en el campo.

A pesar de ser esta entidad la principal causa de pérdida de la voz y con su extensión a otros órganos, de la vida, hasta ahora no hay programas nacionales de pesquizaje para su prevención, que sería de gran utilidad para evitar llegar a los estadios finales de la enfermedad.

La estrategia preventiva consiste, en estos momentos, por tanto, en un diagnóstico precoz. El objetivo es tratar de controlar la enfermedad y evitar su diseminación a otros órganos.

La integridad del individuo se basa en una relación de equilibrio entre los aspectos psicológicos, intelectuales y corporales de la persona.

En el cáncer laríngeo se rompe esta armonía y el órgano afectado se convierte en el centro de atención para el paciente. Es una realidad que la pérdida de la voz y la disnea causan un desequilibrio en el enfermo, lo cual lleva a la desestabilización emocional con consecuencias sociales negativas y repercusiones profundas en lo personal y familiar.

Entonces podemos decir que el diagnóstico precoz del cáncer laríngeo tiene un notable impacto social, por ser una enfermedad que sin tratamiento conduce a la muerte irremediablemente, con toda su cascada de efectos negativos sobre el individuo, su familia y la sociedad.

Este impacto social está relacionado con la necesidad de una mirada más humanista, más centrada en el hombre, su felicidad y sus valores cuando analizamos la ciencia y la tecnología, así como también un fundamento más científico y tecnológico cuando de comprender al hombre y su vida espiritual se trata.

El contenido de la Ética Médica bien puede resumirse con preguntarse (como médico) frente a un enfermo: "¿estoy haciendo con él lo que me gustaría que hicieran conmigo, de ser yo el paciente?".

Esta materia, con el decursar del tiempo y la aparición de adelantos científicos que entrañan el cambio de muchos conceptos que hasta el momento de su descubrimiento la medicina no se planteaba, comprende dos vertientes para estudiar este problema:

- ✓ La Ética Biomédica, la cual se circunscribe más a los temas relacionados con los pacientes y el personal de la salud para derechos y obligaciones.
- ✓ La Bioética, que toma y considera al ser humano en su relación estrecha con sus factores ambientales, como naturaleza, cultura, religión, política y sociedad, entre otros, es el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria, en cuanto se examina dicha conducta a la luz de valores y principios morales.

La Bioética en el manejo del paciente con cáncer laríngeo constituye un problema social actual, atendiendo a la interrelación que tiene lugar: médico-paciente-familia en el contexto social (con el médico de la familia y las autoridades sanitarias como directores de las acciones) y por tanto está presente en todas las etapas del manejo de esta entidad.

- ***En el diagnóstico precoz:*** En Cuba no existe un pesquizaje para la detección precoz del cáncer laríngeo. De existir, actuaría sobre el individuo en término de hacerse un juicio de la aceptabilidad del riesgo, sin embargo, en los programas actuales de prevención del cáncer (mamas, boca, cuello uterino) no se les pide a los pesquisados un consentimiento informado ni se les informa siquiera de los posibles riesgos y beneficios de la investigación. De hacerse esto, el pesquisado tendría autonomía de decisión y se respetarían sus prioridades.
- Sin embargo, todos los egresados de la carrera de medicina, en su rotación por la especialidad, durante su 5to año, reciben información y conocimientos teóricos y

prácticos para detectar los síntomas y signos relacionados con la enfermedad en su etapa precoz, así como la conducta adecuada que deben tomar al respecto.

- **En el tratamiento:** En esta etapa el fundamento bioético de la relación médico-paciente-familia consiste en entregarle al paciente toda la información requerida para tomar las decisiones médicas, basadas en los principios de la ética médica, Aquí nos encontramos de plano en una disyuntiva: decir la verdad o no. Por un lado, los principios de la Bioética plantean que debemos dar toda la información necesaria al paciente y por el otro, el reglamento disciplinario para los trabajadores de la salud en su artículo 7 inciso ch plantea mantener la debida reserva en relación con el paciente sobre el diagnóstico en los casos de enfermedades de curso letal y brindar la información necesaria con el tacto que se requiere a los familiares. Los otorrinolaringólogos siguen la siguiente conducta:

-Ante pacientes jóvenes, en que las tumoraciones son pequeñas y que sabemos que curan con tratamiento radiante damos información completa a los pacientes en cuanto a las acciones terapéuticas pero retenemos información sobre el diagnóstico.

-Ante pacientes de la tercera edad, con tumores grandes, que necesitan la extirpación de la laringe damos información completa y los vinculamos con otros pacientes ya operados y recuperados y damos alternativas reales en cuanto a la capacidad de comunicarse mediante voz esofágica con técnicas logofoniátricas.

En ambos casos los familiares sí conocen la realidad en todos sus aspectos y además son atendidos y apoyados psicológicamente para enfrentarse a esta situación, participando en el cuidado del enfermo, contribuyendo a una mejor atención del mismo.

- **-En la asistencia paliativa:** El enfermo con enfermedad maligna terminal tiene derecho a morir con dignidad y sin dolor, de ahí que los objetivos fundamentales de los cuidados paliativos son:

1. -El control de los síntomas (dolor).
2. -Apoyo emocional.
3. -Preservación de la dignidad.
4. -Autonomía del paciente.

En Cuba existe el programa nacional de atención al dolor y cuidados paliativos al paciente oncológico, que consta de una atención multidisciplinaria incluyendo la atención emocional a los familiares y que exhibe como protagonista principal al médico de la familia en su ejecución.*7.

La preservación de la dignidad se refiere a la preservación de la dignidad humana, o sea al valor no esencial e intransferible de todo ser humano, contando de su condición en la que se encuentra la persona⁸.

La autonomía del paciente puede interpretarse como libertad de acción, como libertad de escogencia o como deliberación efectiva. Lo cierto es que la racionalidad y la libertad de acción son fundamentales para que un individuo pueda considerarse autónomo, sin embargo, finalmente hay que recordar, que cuando brindamos cuidados paliativos a un paciente terminal debemos tener presente que la muerte es un hecho natural que *no se debe posponer ni acelerar*, por lo tanto, no debe considerarse como un fracaso de la atención médica brindada⁹.

El presente estudio pretende avanzar más uniforme y dinámicamente para contrarrestar la incapacidad causada por el cáncer laríngeo abandonado a su suerte o tardíamente diagnosticado. Este va dirigido ha evitar que aumente la incidencia de pacientes con este padecimiento ,cuya finalidad es aumentar la calidad de vida de la persona enferma proporcionando una mano de trabajo sana en nuestro país y la disminución de recursos económicos ,evitando que estos pacientes sean diagnosticados tardíamente lo que trae consigo que se le apliquen tratamientos muy costosos ,tanto el quirúrgicos como el radiante por no relizar un diagnóstico oportuno.

Atendiendo a lo anterior se dice que el problema científico es :

¿Cuál es la incidencia del cáncer de laringe en los pacientes atendidos en la consulta de Otorrinolaringología en el Hospital Provincial General Docente de Morón “Cap. Roberto Rodríguez”, de enero del 2013 a diciembre de 2014?.

Objetivos

Generales:

Describir el comportamiento del cáncer de laringe en los pacientes atendidos en la consulta de Otorrinolaringología en el Hospital Provincial General Docente de Morón “Cap. Roberto Rodríguez”, de enero del 2013 a diciembre de 2014.

Específicos:

-Distribuir la muestra según:

- ✓ Edad.
- ✓ Sexo.
- ✓ Color de la piel.
- ✓ Hábitos tóxicos.
- ✓ Localización de la lesión.
- ✓ Tratamiento impuesto.

Método

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal para caracterizar algunos factores relacionados con el comportamiento del cáncer laríngeo en los pacientes afectados de la enfermedad que asistieron a la Consulta de Cabeza y Cuello que radica en el Hospital Provincial Docente de Morón, de enero del 2013 a diciembre del 2014. A todos se les realizó una historia clínica otorrinolaringológica completa y firmaron el consentimiento informado. Se analizaron los datos según frecuencia absoluta y por ciento utilizando la estadística descriptiva, se utilizó la observación y el análisis bibliográfico.

El universo del trabajo lo constituyeron 75 pacientes de ellos se escogieron 63 en un muestreo aleatorio simple. Se exponen como criterios de exclusión a todos aquellos pacientes que no aceptaron participar en la investigación.

Discusión y Resultados

- Distribución de los pacientes con cáncer laríngeo según la edad:

Grupo de edades	Número de pacientes	Por ciento
Menos de 40 años	1	1.5%
De 41 a 50 años	7	11 %
De 51 a 60 años	16	19 %
De 61 a 70 años	17	26 %
De 71 a 80 años	12	25 %
Mas 81 años	10	15 %

Al analizar los pacientes según la edad, se observó que la cifra más significativa se encontraba entre los pacientes que cursaban la sexta década de vida con 17 enfermos para un 26% del total

- Distribución de los pacientes con cáncer laríngeo según sexo:

Sexo	Número de pacientes	Por ciento
Masculino	63	100 %
Femenino	0	0 %

En cuanto al sexo, comprobamos que la enfermedad predomina sobre los pacientes masculinos, aunque en otras investigaciones se ha demostrado que existe un aumento en la aparición de esta enfermedad en el sexo femenino por el aumento de hábitos tóxicos en esta parte de la población. De los 63 pacientes, 63 pertenecían al sexo masculino, para un 100% en su totalidad.

- Distribución de los pacientes con cáncer laríngeo según el color de la piel:

Color de la piel	Número de pacientes	Por ciento
Blanca	59	93 %
Negra	4	6 %

Cuando analizamos los pacientes según el color de su piel, los resultados indicaron que la raza más afectada por esta enfermedad es la blanca, con 59 pacientes enfermos para un 93% del total.

- Distribución de los pacientes con cáncer laríngeo según sus hábitos tóxicos:

Hábitos tóxicos	Número de pacientes	Por ciento
Tabaco	63	100 %
Alcohol	50	79 %

Los hábitos tóxicos, en nuestra población, han ido en aumento en los últimos años, por lo que surgió la necesidad de comprobar este aspecto en nuestros pacientes, arrojando como dato más significativo que los 63 pacientes eran fumadores para un 100% del total.

- Distribución de los pacientes con cáncer laríngeo según el tratamiento impuesto:

Tipo de tratamiento	Número de pacientes	Por ciento
Radiante	34	53 %
Quirúrgico + Radiante	21	33 %
Quirúrgico	6	9.5 %
Poliqumioterapia	2	3 %

Al distribuir los pacientes con cáncer laríngeo según el tratamiento impuesto, se comprobó que el más utilizado es el tratamiento mediante radiaciones o tratamiento radiante, con 34 pacientes recibéndolo, para un 53% del total.

- Distribución de los pacientes con cáncer laríngeo según la localización.

Localización de la lesión	Número de pacientes	Por ciento
Supraglótica	31	49 %
Glótica	27	43 %
Infraglótica	5	8%

La localización más frecuente de esta afección es de la región supraglótica representando el 49 % y infraglótica es la menos frecuente de esta entidad, manteniendo un porcentaje por debajo las otras localizaciones.

Sobre esta problemática se han realizados varios estudios en otras provincias del país y en varias universidades del mundo por varios autores ,por ejemplo:

Según el Dr Juan J. Lence Anta del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de la Habana : El cáncer de laringe ocupa una de las primeras causas de incidencia y mortalidad por cáncer en Cuba, fundamentalmente en hombres entre 50-74 años de edad. Mientras que el cáncer de infraglotis es poco frecuente, el cáncer de glotis es hasta tres veces más frecuente que el de supraglotis*¹⁰.

Según la Dr Leticia M. Fernández Garrote de la Escuela Nacional de Salud Pública de la Habana plantea que el cáncer de laringe ocupa una de las primeras causas de incidencia y mortalidad por cáncer en Cuba, fundamentalmente en hombres entre 50-74 años de edad. Mientras que el cáncer de subglotis es poco frecuente, el cáncer de glotis es hasta tres veces más frecuente que el de supraglotis*¹¹.

“Los resultados que se mantuvieron durante la última década y el tratamiento estandarizado de atención, ha demostrado que el 15 % de los pacientes necesitan una laringectomía con el enfoque concomitante,pero comparandolo el doble, o el 80 %, utilizan quimioterapia y radioterapia de manera secuencial o radioterapia solamente”, alegó la Dr María.C. Rodriguez Prieto de la Universidad de Camaguey*¹².

...“se modificaron el tratamiento estandarizado para proteger la laringe que pasó del uso secuencial de la quimioterapia seguido de radioterapia a la aplicación conjunta de ambas terapias”, dijo doctora Arlene Forastiere, de Johns Hopkins University*¹³.

Para el doctor Chris Holsinger, cirujano de cáncer de cabeza y cuello del Centro de Oncología MD Anderson, Houston, Texas planteo que la incidencia cáncer de células cáncer supraglótico o glótico ha sufrido un ascenso considerable al igual que el tratamiento con una laringectomía y radioterapia siendo la quimieterapia el principal tratamiento en el mundo y “que no existe duda de que con varios estudios de este tipo cambiará la forma en que enfoquemos y tratemos esta enfermedad” *¹⁴.

... “ahí determinar la gran validez del médico general es decir del médico de la familia para sospechar y diagnosticar el cáncer de laringe y evalúan si la referencia y el acceso inmediato a un centro especializado constituye una forma efectiva de asegurar la detección temprana de la enfermedad , Dr Gregorio Pérez Manga, Oncología Clínica. España*¹⁵.

Conclusiones:

- ❖ La detección del cáncer laríngeo en estadios iniciales reporta calidad de vida para el paciente y su familia, así como beneficio a la sociedad.
- ❖ El debut del cáncer laríngeo es generalmente entre la quinta y la séptima décadas de la vida, siendo los grupos de edades más frecuentes los pacientes por encima de los 50 años prevaleciendo la raza blanca y el sexo masculino con un 100 % de los casos de estudio.
- ❖ Al ser las adicciones permitidas (tabaco y alcohol) un factor de riesgo del cáncer laríngeo podemos lograr su detección a través de la pesquisa a grupos de riesgo y familiares de pacientes con dicha enfermedad.
- ❖ El tratamiento radiante resultó el más frecuentemente utilizado y la combinación de tratamiento quirúrgico más tratamiento radiante siguió en orden de frecuencia.
- ❖ Es insuficiente aún la labor que desarrolla el médico y la enfermera de la familia en cuanto a promoción y prevención del cáncer laríngeo.
- ❖ Existe un pobre uso de los medios de difusión masiva encaminados a divulgar aspectos relacionados con el origen, naturaleza y sintomatología del cáncer laríngeo, así como con sus factores de riesgo.

Recomendaciones:

- Extender este estudio a todo familiar de primer grado de consanguinidad de los pacientes con cáncer laríngeo que se atendieron en el municipio Morón, por la importancia y significación social que tiene.
- Elaborar una estrategia de promoción y prevención de salud, donde se tenga en cuenta las prioridades detectadas en este trabajo hacia las cuales dirigir un proceso de acciones, tales como:
 - Realizar intervenciones educativas sobre el cáncer laríngeo para conocer qué sabe la población acerca de esta enfermedad y hacia allí enfocar nuestros esfuerzos.
 - Desarrollar programas de orientación masiva a través de los medios de difusión (radio y televisión moronera) encaminados a divulgar en qué consiste el cáncer laríngeo y cuáles son sus factores de riesgo.
 - Impartir charlas y dinámicas de grupos en la comunidad, con el objetivo de sensibilizar a la población acerca de los daños irreversibles que esta enfermedad causa.
 - Identificar la población de riesgo de padecer cáncer laríngeo, con el apoyo del médico y la enfermera de la familia y tomar acciones de prevención de salud con ellos.
 - Garantizar un seguimiento constante a los pacientes operados y recuperados, por su área de salud.
 - Proponer a las instancias superiores efectuar una pesquisa activa de cáncer laríngeo a toda la población cubana, determinando la prevalencia de esta entidad.
 - Sugerir como norma la remisión al especialista ORL de todo paciente adulto, mayor de 50 años, fumador y/o bebedor, que presente disfonía y/o molestias faríngeas constantes por un período de 15 días o más, en un término de 1 mes como máximo.

Bibliografía:

1. Schwaab G, Bourshis J. Cancers du larynx: Indications therapeutiques. Resultats. En: Diplome de Carcinologie.2000.
2. Historias Clinicas de la Consulta de Cabeza y Cuello ,Hospital Provincial Docente de Morón, de enero del 2013 a diciembre del 2014 .
3. Sasak Clarence T. Malignant neoplams of the larynx. En: Cummings Charles W. Otolaryngology head and neck surgery. 2 ed. St. Lois: Mosby,2010.
4. SosselinBenoit J, Gollane, Patric J, Iris Jonthan C. Cáncer de la laringe, senos paranasales y hueso temporal .2010.
5. En: Lee K J. Lo esencial en otorrinolaringología: Cirugía de cabeza y cuello. 6 ed. Colombia: Appleton and Lange, 2012
6. S. Morales Suarez Varela M M, LlopisGonzalez A, Moreno Guillem E, Martinez Selva M I, Victoria Miñana G
7. Gisbert V. Habitostoxicos en relacion con el cáncer de laringe. Acta OtorrinolaryngolEsp 2012 .
8. Dalmau Galofre J, Murcia Puchades V, Faubel Serra M, Artazkoz del Toro J J. Vaciamientos ganglionares cervicales cáncer de laringe. Nuestra experiencia de quince años. Acta Otorrinolaring España,2010.
9. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Cáncer de laringe. Guía de Tratamiento. Ciudad de la Habana, 2012.
10. Arbesun O. Síndrome disfónico. Otorrinolaringología. En: Arbesun Ruiz O, editor científico. Temas de Otorrinolaringología [sitio en Internet]. 2006 [citado 2008]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/otorrino/temas..>
11. Juan J. Lence Anta Especialista de II Grado en Bioestadística. Investigador Auxiliar. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba
12. Dr Gregorio Pérez Manga, Especialista de Primer Grado en Otorrinolaringología y Oncología Clínica.España.

13.Leticia M. Fernández Garrote Doctora en Ciencias Médicas. Investigadora Titular. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

14.Dr María.C. Rodríguez Prieto ,Especialista de II Grado en Otorrinolaringología. Profesor Instructor de la Universidad de Camaguey.

15. Arlene Forastiere, de Johns Hopkins University .California Estados Unidos.