

11236



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL
CENTRO MEDICO LA RAZA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO
EN PACIENTES CON CARCINOMA DE LARINGE.

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN:
OTORRINOLARINGOLOGIA
P R E S E N T A
DOCTORA MARIA VICTORIA LLANOS MANZANO



IMSS

ASESOR: DOCTORA LUZ ARCELIA CAMPOS NAVARRO

MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON
FALLA . RIGFN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

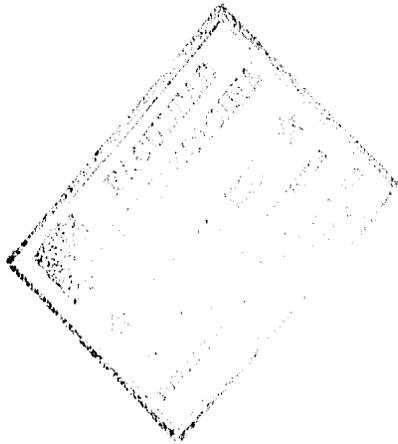


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

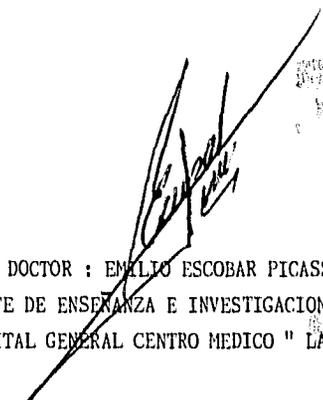
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



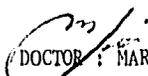
MINISTERIO DE LA SALUD
HOSPITAL GENERAL

MINISTERIO DE LA SALUD
HOSPITAL GENERAL

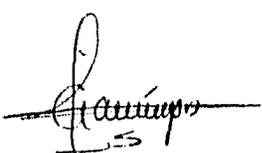
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO " LA RAZA "



DOCTOR : EMILIO ESCOBAR PICASSO .
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION MEDICA
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO " LA RAZA " .



DOCTOR : MARIANO HERNANDEZ GORIBAR .
JEFE DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO " LA RAZA " .



DOCTORA : LUZ ARCELIA CAMPOS NAVARRO .
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO " LA RAZA " .

A G R A D E Z C O :

A MI MADRE : Por todo el amor , confianza y apoyo que me ha brindado a lo largo de mi vida y especialmente durante mi residencia.

A MI HERMANO : Por su comprensión .

A MIS AMIGOS : Por sus consejos , el diario compartir y apoyo incondicional.

A MIS COMPANEROS : Por su colaboración , a quienes les deseo triunfos en todas las tareas emprendidas

A MIS MAESTROS : Por sus conocimientos , consejos y experiencia que contribuyen a mi desarrollo personal .

A DIOS : Por guiar e iluminar mi camino.

INDICE .

	Págs
OBJETIVOS	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
HIPOTESIS GENERAL	6
METODOLOGIA	7
MATERIALES Y METODOS	7
TIPO DE ESTUDIO	8
CRITERIOR DE INCLUSION , NO INCLUSION Y EXCLUSION	8
CONSIDERACIONES ETICAS	10
RESULTADOS	11
CONCLUSIONES	14
BIBLIOGRAFIA	15

OBJETIVO

Se identificaron las complicaciones postquirúrgicas que se presentaron en los pacientes con carcinoma de laringe a quienes se les realizó laringectomía total como único tratamiento quirúrgico o laringectomía total con disección de cuello, en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Centro Médico "La Raza".

2. ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

El carcinoma de laringe constituye el 2% de las neoplasias malignas ,siendo más común en varones con una relación de 11:1 . (1)

La variedad histológica más frecuente es el carcinoma epidermoide representando el 90% a 95% y el carcinoma verrugoso se presenta en menos del 5% . El comportamiento clínico de estas lesiones varia según su localización , tamaño ,grado de diferenciación y potencial metastásico .

Para su tratamiento se tienen diferentes modalidades terapéuticas que incluyen la cirugía,radioterapia o ambas . Dentro de la cirugía se encuentra la laringectomía que puede ser parcial o total .

La laringectomía total se ha utilizado como parte del tratamiento del cáncer de laringe desde 1873 , cuando por primera vez la realizó Billroth . En este procedimiento se retira la totalidad de la laringe , formandose un estoma traqueocutáneo con modificación de la faringe .

Esta cirugía cursa con una mortalidad y morbilidad elevada ; causando secuelas tanto funcionales como psicológicas importantes . (1)

Los primeros años de la historia de esta operación se caracterizaron por una mortalidad hasta del 50% (2) , que incluían hemorragia ,sepsis y neumonia . Posteriormente se logra disminuir la mortalidad hasta un 4.1% (2) como lo reportó New en 1928 ; también influyeron los adelantos en la asepsia ,anestesia, técnica quirúrgica y cuidados posoperatorios , junto con el uso de los antibióticos . Esta intervención se puede efectuar después de recibir el paciente radioterapia o de relizar una cirugía parcial de la laringe , lo que incrementa la magnitud de las secuelas.

Los factores sistémicos también afectan la morbilidad , dentro de estos se incluyen : la edad avanzada , donde existe gran controversia ; al igual que

las enfermedades sistémicas , malnutrición , tabaquismo y abuso del alcohol. Estudios realizados en México han reportado una mortalidad de 2.5% en los pacientes con laringectomía total y de un 13% a quienes se asocia una disección uni o bilateral de cuello . (2)

El porcentaje global de complicaciones fue de 63% (2) incluyendo la infección, necrosis del colgajo , fístula ,ruptura de la carótida ,choque séptico o muerte. Dentro de los factores locales se mencionan : la extensión de la enfermedad, bordes libres de la resección quirúrgica y las infecciones . (3)

Las complicaciones médicas no fatales ocurren en el 63%(3) , incluyendo la falla respiratoria , accidentes cerebrovasculares , infarto del miocardio y embolismo pulmonar .

Las infecciones subcutáneas en la laringectomía total representan un 13,5% a un 60% (2,4) , las que han disminuido hasta un 4,5% (5)con el uso de anti-bióticos profilácticos . Se manifiestan por la presencia de edema o eritema del colgajo de la piel y la herida quirúrgica , apareciendo entre el tercer y cuarto día postquirúrgico ; cursando con fiebre y secreción fétida .

La dehiscencia de la herida quirúrgica se asocia con un cierre innadecuado de la piel , infecciones y fístulas . (4,5,6)

La fístula faringocutánea es la complicación más frecuente con un 7.6% al 50%; presentándose como una comunicación entre el cierre faríngeo y la piel . Dentro de los factores predisponentes se mencionan a la traqueotomía previa , la disección radical de cuello , la iniciación de la vía oral tempranamente al igual que la radioterapia previa , que incrementa el riesgo de la fístula de un 10% a un 20% . Las fístulas primarias cierran espontáneamente en la mayoría de los casos , mientras que las fístulas de tipo secundario requieren cierre quirúrgico . (3,4,7-10)

La estenosis del estoma forma parte de las complicaciones tardias , con una ocurrencia entre el 4% al 42% , pudiéndose desarrollar hasta años después de la cirugía . (7)

La recurrencia tumoral en el estoma representa de un 4% a un 12% , con una mayor incidencia en las mujeres hasta un 26% . Debido a una resección inadecuada de la tumoración , extensión subglótica , enfermedad residual en los ganglios linfáticos , hemilaringectoma y traqueotomía previa . (1,9)

Otras complicaciones son la estenosis hipofarngea con un alto índice del 20% al 40% . El seudodivertculo valecular e hipotiroidismo se presentan en menos del 1% . (3-6)

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .

En nuestro servicio se realiza el procedimiento quirúrgico de la laringectomía como parte del tratamiento del CA de Laringe y según reportes de la literatura mundial se presenta una alta incidencia de complicaciones , causando una mortalidad hasta del 2,5% .

Nos gustaría conocer su presentación y comportamiento en nuestra población hospitalaria ; lo que nos permitiría comparar los diferentes resultados de la literatura mundial con los obtenidos por nosotros .

Al conocer su frecuencia y forma de presentación podríamos establecer protocolos de manejo y metodos de prevención.

Cuales son las complicaciones que se presentan en los pacientes con Carcinoma de laringe a quienes se les realiza laringectomía total con o sin disección de cuello en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Centro Médico "La Raza"?

4. HIPOTESIS GENERAL:

En los pacientes con carcinoma de laringe , las complicaciones en la laringectomía total con disección de cuello se presentan con mayor frecuencia con relación a la laringectomía total .

5. METODOLOGIA .

Se identificaron los pacientes que se operaron durante el tiempo ya establecido , buscándose los expedientes correspondientes en el archivo . Se les asigno un número para la codificación y registro de datos ; procediéndose a clasificar inicialmente el tipo de cirugía que se realizó , evaluando la hoja quirúrgica. Posteriormente se revisó si los pacientes presentaron alguna complicación en un periodo de 6 meses como mínimo , método de diagnóstico , tratamiento , tiempo de duración y resolución .

Todo lo anterior se llevó a la hoja de recolección de datos .

Los pacientes se dividieron en 2 grupos :

Grupo 1- Incluye a los pacientes con laringectomía total y disección de cuello.

Grupo 2- Pacientes con laringectomía total únicamente .

6. MATERIAL Y METODOS .

6.1 Universo de trabajo : Pacientes de diferentes sexos y edades con diagnóstico de CA de laringe a quienes se les realizó laringectomía total con o sin disección de cuello en el servicio de Otorrinolaringología del Centro Médico "La Raza " desde septiembre de 1992 a diciembre de 1995 .

7. TIPO DE ESTUDIO :

- 7.1 Restrospectivo .
- 7.2 Trasversal .
- 7.3 Comparativo .
- 7.4 Observacional .
- 7.5 Clínico .
- 7.6 Encuesta descriptiva .

8. CRITERIOS DE INCLUSION, NO INCLUSION Y EXCLUSION .

8.1 CRITERIOS DE INCLUSION :

- A- Todos los pacientes con diagnóstico de CA de laringe en estadios T3 y T4 según AMJ .
- B- Pacientes con CA de laringe que se les practica laringectomía total con o sin disección de cuello en cualquiera de sus modalidades en el servicio de Otorrinolaringología del Centro Médico "La Raza".
- C- Pacientes con laringectomía total con o sin disección de cuello con un seguimiento mínimo de 6 meses postquirúrgico .

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

D- Pacientes con CA de laringe post-operado de laringectomía total con o sin disección de cuello que se encuentre su expediente en archivo .

8.2 CRITERIOS DE NO INCLUSION :

A- Pacientes con CA de laringe que han recibido radioterapia previa como parte de su tratamiento inicial .

B- Pacientes con antecedentes de cirugías previas de laringe , exceptuando la traqueotomía .

C- Pacientes con CA de laringe a quienes se les realiza cirugía de salvamento.

D- Pacientes con un seguimiento menor de 6 meses en el postquirúrgico .

E- Pacientes con carcinoma de laringe en estadios T3 y T4 a quienes no se les realiza laringectomía total .

8.3 CRITERIOS DE EXCLUSION :

A- Pacientes con laringectomía total que no tienen un seguimiento mínimo de 6 meses en el post-operatorio .

B- Pacientes post-operado de laringectomía con o sin disección de cuello que no se encuentran datos completos en su expediente clínico .

9. CONSIDERACIONES ETICAS.

Se basaron en los principios establecidos por La OMS , normas de salud en la República Mexicana , del IMSS en investigación médica y la Convención de Helsinky en la que se respetaron los derechos de los pacientes y las consideraciones que se tuvieron en cuenta para llevar a cabo un protocolo de investigación . Teniéndose como propósito primordial el mejorar los procedimientos terapéuticos , diagnósticos , profilácticos ; con el conocimiento de la patogénesis y etiología de la enfermedad .

RESULTADOS .

Durante el periodo de septiembre de 1992 a diciembre de 1995 se realizaron 36 cirugías en el Hospital General Centro Médico "La Raza" en el servicio de Otorrinolaringología, como parte del tratamiento quirúrgico en el paciente con carcinoma de laringe en estadios T3 y T4.

Se excluyeron 11 pacientes de nuestro estudio: 9 pacientes por un seguimiento menor de 6 meses, un paciente por practicarsele cirugía de rescate y otro por tener un expediente incompleto, siendo la población final a evaluar de 25 pacientes.

La mayoría de pacientes en el grupo de LT+DC. fueron masculinos (87.5%) y el resto (12.5%) femeninos ; mientras que el 100% del grupo con LT fueron masculinos . El promedio de edad para la población final fue de 62,8 años con una desviación standar de 7.6 años.

Las complicaciones se presentaron en el 64% (15 ptes) de la población final, de los cuales el 5.8% (10 ptes) correspondieron a LT. , el 75% (6 ptes) a LT+DC. y a su vez el 50% de la población final presentó complicaciones múltiples.

Según la clasificación del T.N.M. se encontró la siguiente distribución: T3N0M0 10 pacientes, T3N1M0 2 pacientes, T4N0M0 10 pacientes, T4N1M0 2 pacientes, T4N2M0 1 paciente. Practicandose laringectomía total (LT) en 17 pacientes y a los 8 restantes se les realizó laringectomía total con disección de cuello (LT+DC). (3 pacientes con disección selectiva , 3 pacientes con disección modificada, 1 paciente con disección radical y otro con disección radical izquierda y disección modificada derecha).

La distribución de complicaciones con relación al T.N.M. en ambos grupos es la siguiente: T3NOMO el 31.2% (5 ptes) , T3N1MO el 6.25% (1 ptes), T4NOMO el 37.5% (6 ptes) , T4N1MO el 12.5% (2 ptes) , T4N2MO el 6.25% (1 ptes).

El 50% (8 ptes) de las complicaciones en la población final correspondió a la fístula faringocutánea , seguida de la dehiscencia de la herida quirúrgica, la recurrencia tumoral y la estenosis esofágica con un 12.5% (2 ptes) en cada una de estas . Mientras que la lesión periestomal y el carcinoma de amígdala se presentó respectivamente con el 6.25% (1 ptes).

Con relación a las complicaciones en los pacientes con LT hay que destacar que al 17.6% (3 ptes) se le realizó traqueotomía previa a la cirugía con un promedio de días prequirúrgico de 8,3 días con una DS. de 21 días . Presentandose complicaciones en todos los traqueotomizados , siendo las siguientes : (1 ptes) estenosis esofágica a los 3 meses PQX. , (1 ptes) cursa con infección de la herida quirúrgica asociada a estenosis esofágica y divertículo hipofaríngeo a los 10 meses PQX. diagnosticada por serie gastroduodenal y endoscopia y un último paciente tuvo infección de la herida quirúrgica asociada a fístula faringocutánea.

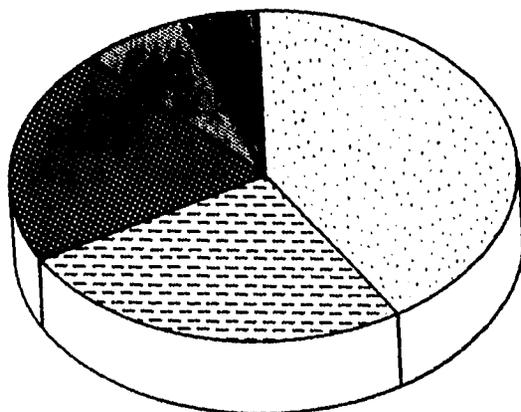
La complicación más frecuente en el grupo de LT+DC. fue la fístula faringocutánea con un 66.3% (4 ptes) y la dehiscencia de la herida quirúrgica ocupó el segundo lugar con un 33.3% (2 ptes) . Al igual que en el grupo de LT la fístula faringocutánea representó el 40% (4 ptes) seguido de la recurrencia tumoral con un 20% (2 ptes) , la estenosis esofágica con otro 20% (2 ptes) y con un 10% (1 ptes) cada uno respectivamente , la lesión periestomal y el carcinoma de amígdala.

La prueba de la fistula se realizó en la población final a los 7,5 días en promedio con una DS. de 1,95 días , permaneciendo con SNG, como parte del tratamiento por un promedio 12,5 días con DS. de 21,1 días , no requiriendo ninguno cierre quirúrgico.

No se presentó ninguna muerte en los 2 grupos durante el tiempo de seguimiento con promedio de 16,6 meses con una DS. de 9,15 meses y con un tiempo de estancia hospitalaria en promedio de 23,3 días con una DS. 12,8 días.

DISTRIBUCION DE LAS COMPLICACIONES CON
RELACION AL T.N.M.

N = 16



6.25% $T_4 N_2 M_0$



6.25% $T_3 N_1 M_0$



12.5% $T_4 N_1 M_0$



31.2% $T_3 N_0 M_0$

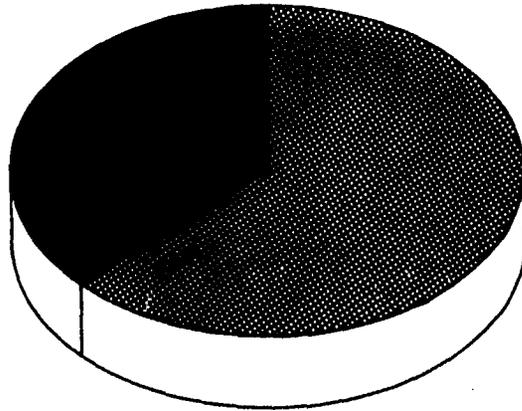


37.5% $T_4 N_0 M_0$



COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS EN
PACIENTES CON LT + DC.

N = 6



66.6 % Fistula Faringocutanea

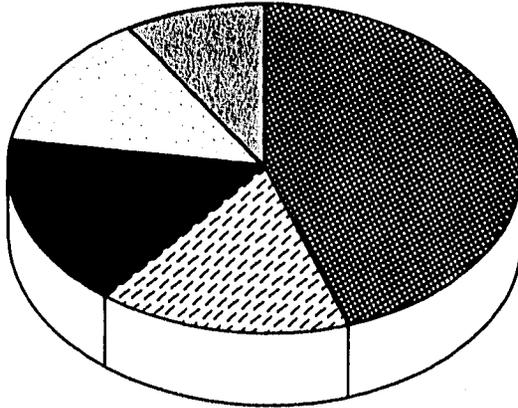


33.3 % Dehiscencia de la Herida Quirúrgica.



COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS EN
PACIENTES CON L.T.

N = 10



40 %	Fistula Faringocutanea	
20 %	Estenosis Esofágica	
20 %	Recurrencia Tumoral	
10 %	Lesión Periestomal	
10 %	Carcinoma de Amígdala	

CONCLUSIONES

Ya que la mayoría de los pacientes con carcinoma de laringe que acuden a nuestra consulta se encuentran en estadios avanzados T3N0M0 y T4N0M0, realizándoseles laringectomía total como único procedimiento y en algunos casos la disección de cuello como un procedimiento asociado. Con base en lo anterior se podría explicar porque las complicaciones posquirúrgicas son más frecuentes en el estadio T4N0M0, lo que se relaciona con una mayor extensión de la enfermedad requiriendo cirugías más amplias, aumentando el riesgo de presentación.

Las complicaciones tempranas tienen mayor frecuencia en nuestro grupo evaluado (infección de la herida quirúrgica y la fístula faringocutánea), mientras las tardías se presentan en menor proporción, encontrándose la estenosis faríngea como la principal, seguida de la recurrencia tumoral. Todo lo anterior podría estar influenciado por una mala técnica quirúrgica asociada a infecciones o debido a una mala evaluación inicial del paciente y estadificación del tumor, practicándose una cirugía poco extensa que no erradica la enfermedad en su totalidad, concordando con los reportes de la literatura mundial.

Finalmente podemos decir que no existe significancia estadística con respecto a la mayor frecuencia de complicaciones en el grupo de LT+DR con relación a LT, ya que el grupo evaluado es muy pequeño y no permite una comparación adecuada, siendo necesaria la realización de estudios posteriores.

18. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1-Escajadillo J.R. Oidos , Nariz , Garganta y cirugía de Cabeza y Cuello. Tumores laríngeos . la ed.México . 1991 : 581-588 .
- 2-Rodriguez CS, Labastida A S.Complicaciones post-operatorias de la laringectomía . Revista de Oncología IMSS 1986 ; 1 (1) : 12-16 .
- 3-Arriaga AM,Johnson JT, Kanel KT, Myers NE, Medical complications in total laryngectomy : incidence and risk factors . Ann Otol Rhinol Laryngol 1990; 99 : 611-615 .
- 4-Cousins CV, Milton MC and CR Bickerton , Hospital morbidity and mortality following total laryngectomy . Laryngol Otol 1987 ; 101 : 1159-1164 .
- 5-Farrington TW , Weighill SJ and Jones III , Total laryngectomy for cancer of the larynx . Laryngol Otol 1986 ; 100 : 53-56 .
- 6-Natvig K , Boysen M , Tauso J . Fistulae following laryngectomy in patients treated with irradiation . Laryngol Otol 1993 ; 107 :1136-1139 .
- 7-Gutierrez F , Rodriguez CS , Granados VF , Labastida AS . Administración perioperatoria de antibióticos para la prevención de infecciones en la laringectomía . Anales de otorrinolaringología mexicana 1995 ; 40 (2): 82-85.
- 8-Violaris N , Briger M . Prophylatic antibiotics and post laryngectomy pharyngocutaneous fistulae . Laryngol Otol 1990 ; 104 : 225-228.
- 9-Kuo M , Ming Ch , Wie Iw . Tracheostomal stenosis after laryngectomy : An analysis of predisposing clinical factors . Laryngoscope 1994 : 104 ; 59-63 .
- 10-Meyers NE , Gallia JL , Tracheostoma stenosis following total laryngectomy. Ann Otol Rhinol 1982 ; 91 : 450-453 .

- 11-Esteban E , Moreno J.A , M . Delgado-Rodriguez , A . Nochon . Risk factors involved in stomal recurrence following laryngectomy . Laryngol Otol 1993; 107 : 527-531 .
- 12-Rodriguez CS , Labastida AS , Suarez CJ . Cáncer de laringe . Revisión de 357 casos . Revista de Oncología IMSS 1988 ;3 (3) : 87-96 .
- 13-Rodriguez CS , Kelly GJ , Labastida AS . Fístula faríngea pos-laringectomía total . Revista de Oncología IMSS 1990 ;vol 5 , núm 1 : 13-16 .
- 14-Saati AA , Mitchell B , Toynton , Fitzgerald O'connor SA . Pos-laryngectomy diverticulum-a case report . Laryngol Otol 1993 ;107 : 46-48 .
- 15-Weingrad ND , Spiro RH . Complications after laryngectomy . Am J Surg 1983 ; 146 : 517-520 .
- 16-Lavalle RJ and Maw RA . The aetiology of post-laryngectomy pharyngo-cutanea . Laryngol Otol 1976 ; 86 : 785-793 .
- 17-Briant T.D.R . Spontaneous pharyngeal fistula and wound infection following laryngectomy . Laryngoscope 1975 ; 85 : 829-834 .
- 18-Cummings CHW.Otolaryngology Head and Neck Surgery ,Bruce H . Haughey . Total Laryngectomy and Laryngopharyngectomy .2a ed Baltimore . 1993 : 2166-2177 .