

112402  
5



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
SECRETARIA DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

TRATAMIENTO DEL CANCER AVANZADO  
DE LARINGE

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN  
CIRUGIA ONCOLOGICA

P R E S E N T A :

DR. EDUARDO HIDALGO LOFFREDO

ASESOR DE TESIS:  
DR. MARTIN GRANADOS GARCIA



MEXICO, D. F.

2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

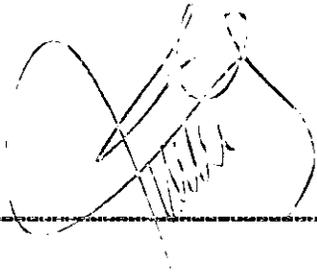
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

**TRATAMIENTO DEL CANCER AVANZADO  
DE LARINGE**

**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA**

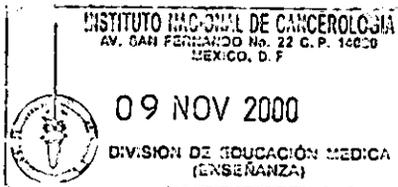
**DR.EDUARDO HIDALGO LOFFREDO**



---

**DR. MARTIN GRANADOS GARCIA**  
**JEFE DEL SERVICIO DE CABEZA**  
**Y CUELLO**

**TUTOR DE TESIS**



# **AGRADECIMIENTOS**

## **A DIOS:**

Por todo.

## **A MIS PADRES EDUARDO Y GISELLE:**

Cuyo apoyo incondicional ha permitido llevar a cabo todas mis metas, gracias a su esfuerzo y ejemplo me he podido formar no sólo como profesional, sino como un hombre de bien.

## **A MIS HERMANAS KARINA Y DENISSE:**

Por su apoyo y cariño.

## **A MI HIJO EDUARDO ANDRES:**

Quien es el motivo de mi superación, y al que dedico todo mi esfuerzo presente y futuro.

## **AL DR.MARTIN GRANADOS:**

Por su valioza colaboración en la realización de este trabajo.

## **AL SR.MAURICIO FRIAS:**

Por su apoyo desinteresado en la estructuración y desarrollo del trabajo.

# INDICE

INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	5
OBJETIVOS.....	6
MATERIAL Y METODOS.....	7
RESULTADOS.....	9
DISCUSION.....	13
ANEXO GRAFICOS.....	15
CONCLUSIONES.....	25
PROPUESTA.....	26
BIBLIOGRAFIA.....	27

# INTRODUCCION

## Generalidades

El carcinoma de laringe es una neoplasia poco frecuente. Ocupa el lugar 18 por frecuencia en la República Mexicana. Se presentan alrededor de 1255 casos anuales, lo que representa el 1,4% de todas las neoplasias malignas.<sup>(1)</sup>

En el Instituto Nacional de Cancerología de México<sup>(2)</sup> el carcinoma de laringe representó el 1,37% de todas las neoplasias malignas atendidas entre 1985 a 1994.(Tabla 1)

Tabla 1

Distribución de los tumores malignos. INCAN. México (1985-1994)  
Total casos = 28.581\*

	n.	%
1) Cervix	7169	25.08
2) Mama	4031	14.1
3) Linfoma N.H.	1159	4.1
4) Pulmón	1021	3.57
5) Testículo	748	2.6
6) Ovario	740	2.59
7) Sarcomas P.B.	707	2.47
8) Cavidad Oral	680	2.38
9) Estómago	589	2.06
10) Colon y Recto	584	2.04
14) Laringe	391	1.37

Mohar;Frias:Epidemiología descriptiva del cáncer  
Incan México.SaludPública.9(4):253-258,1997

La diferencia en la incidencia por sexo ha variado en los últimos 40 años, siendo más frecuente en el sexo masculino en una proporción de 4,6:1. Se presentan anualmente 1033 casos en hombres vs. 222 casos en el sexo femenino.<sup>(1)</sup>

En países desarrollados como Estados Unidos el 60% de los pacientes con cáncer de laringe se diagnostican en Ec. I y II, 25% con enfermedad localmente avanzada, y un 15% con enfermedad a distancia.<sup>(3)</sup>

En México se reporta que el 75% de los tumores se presentan en etapas avanzadas.<sup>(4)</sup>

## Etiología:

- Tabaquismo
- Consumo de alcohol

-Otros: Exposiciones ocupacionales  
VPH

El 90-96% de los pacientes son fumadores activos y/o consumen alcohol, el riesgo relativo es proporcional a la intensidad de exposición.<sup>(128)</sup>

### Factores pronósticos:

- Metástasis a ganglios linfáticos
- Tamaño tumoral
- Grado histológico
- Patrón de crecimiento tumoral
- Localización<sup>(129)</sup>

La traqueostomía preoperatoria se ha asociado con un alto riesgo de recurrencia y mal pronóstico.<sup>(130)</sup> Carrillo y cols.<sup>(131)</sup> mostraron que el 80% de pacientes con traqueostomía preoperatoria en carcinoma avanzado de laringe presentaban recurrencia a los 2 años de seguimiento.

### Tratamiento:

El tratamiento combinado: Cx + Rt continua siendo la terapia estándar en el cáncer avanzado de laringe (Ec. III y IV). Su aplicación tiene 2 limitantes importantes:

- \*Impacta negativamente en la función del órgano, y puede ser desfigurante.
- \*A pesar de márgenes quirúrgicos adecuados, estos ptes. tienen una alta tasa de recurrencia ya sea local, o a distancia.<sup>(132)</sup>

Han surgido estrategias utilizando Rt con o sin QT con intento curativo en estadios III y IV:

- \*Terapias de preservación del órgano.-
  - Weems y cols.<sup>(132)(133)</sup>
  - Grupo de Estudio del Departamento de Veteranos.<sup>(134)</sup>
  - Browman.<sup>(135)</sup>

*Weems y cols.:*

\**Int J Radiat Oncol Biol Phys* 13:1483-1487,1987.

Analizó series de 195 ptes. en la Universidad de Florida con cáncer de laringe tratados con intento curativo con Rt, Cx o ambos.(Tabla 2)

Tabla 2

	Supervivencia a 5 años	
	RT sola	Cx +Rt
T1	13/13 (100%)	9/9 (100%)
T2	32/36 (89%)	21/25(84%)
T3	15/20 (75%)	18/18(100%)
T4	7/13 (54%)	15/18 (83%)

*Grupo de Estudio del Departamento de Veteranos:*

\**N Engl J Med* 324:1685-1690,1991.

Aleatorizó 332 pctes. con cáncer de laringe en Ec. III y IV para recibir 3 ciclos de QT (CDDP/5-FU) seguido de Rt o Cx + Rt. Luego de 8 años de seguimiento demostró que la supervivencia en ambos grupos fue similar, y que el 65% de los pctes. vivos del grupo dc QT preservaron la laringe.

\*35% de los pctes. requirieron Cx de rescate.

\*Se incluyeron pocos pctes. con N2/N3.

*Browman:*

\**Cancer Invest* 12:662-671, 1994

Revisión de 11 estudios randomizados comparando QT neoadyuvante vs. Cx estándar en Ec: III y IV.(Tabla 3)

Tabla 3

	<u>QT.</u>		<u>Cx.</u>	
	n.	Supervivencia.	n.	Supervivencia.
11 estudios.	882	20,9 meses	852	20 meses

*Hoffman y cols.:*

\**Otolaryngol Clin North Am* 1997;30(1):114

Si bien es cierto, los tratamientos con Rt sola o en combinación con QT pueden curar el cáncer de laringe en etapas avanzadas, los rangos de supervivencia son inferiores al grupo de Cx sola o Cx/Rt, cuando se excluye de los mismos a la cirugía de salvamento.

*Wayne:*

\**Semin Oncol* 27(4):5-12, 2000

"Ningun estudio, comparando terapias no quirúrgicas ha demostrado hasta el momento ventajas en supervivencia, y todos han utilizado en menor o mayor medida Cx de rescate para obtener resultados comparables con el tratamiento estándar: Cx + Rt."

Se ha observado un deterioro progresivo en la voz y la deglución en pctes. tratados agresivamente con QT y Rt. La función del órgano preservado, no ha sido en ninguno de estos estudios rigurosamente evaluada.<sup>(11)</sup>

El tratamiento ideal debiera:

- Optimizar las probabilidades de supervivencia.
- Mejorar el período libre de enfermedad.
- Producir niveles aceptables de calidad de vida.

Aproximadamente el 33% de los pacientes desarrollan fallas al tratamiento inicial, y más del 85% ocurren dentro de los dos primeros años.

La evolución de estos pacientes no es clara y tratamientos efectivos aún están por

determinarse, donde la Cx y la Rt forman parte importante.<sup>(16)</sup>

### Supervivencia:

Los rangos de curación usando tratamiento combinado: Cx + Rt o Rt y Cx de rescate oscilan entre 50 a 65% en los estadios III y IV. Estas cifras no han cambiado en las últimas 2 décadas.<sup>(3)(17)</sup>

## JUSTIFICACION

¿Cuál es el mejor tratamiento para el cáncer avanzado de laringe (Ec. III y IV) en el Instituto Nacional de Cancerología de México?

¿Es valido utilizar modalidades de tratamiento diferentes a la terapia estándar?

¿Cuáles son los principales factores pronósticos en estos pacientes?

## **OBJETIVOS**

- \*Analizar las diferentes modalidades de tratamiento aplicados en el INCAN a los pacientes con cáncer de Laringe Ec. III y IV, durante el período de Enero 1985/Diciembre 1995.**
- \*Comparar el tratamiento estándar: Cx/Rt vs otras modalidades terapéuticas.**
- \*Identificar factores pronósticos en este grupo de estudio.**

## MATERIAL Y METODOS

### Tipo estudio:

Retrospectivo,descriptivo.

### Intervalo:

1 de Enero de 1985 a 31 de Diciembre de 1995.

### CRITERIOS DE INCLUSION:

- \*Pacientes con diagnóstico histológico de cáncer epidermoide de laringe.
- \*Estadio clínico III y IV.
- \*Con tratamiento completo.
- \*Seguimiento mayor de 6 meses.

### CRITERIOS DE EXCLUSION:

- \*Estadio clínico I y II.
- \*Seguimiento menor de 6 meses.
- \*Enfermedad a distancia.
- \*Histología no epidermoide.

Entre 1985 y 1995 se atendieron en el Instituto Nacional de Cancerología de México 428 pacientes con el diagnóstico de cáncer de laringe. De estos se escogieron 106 que cumplieran todos los criterios de selección (Ec.III y IV. tratamiento completo, seguimiento mayor de 6 meses, histología epidermoide, sin enfermedad a distancia).

Se analizaron las siguientes variables:

Sexo, edad, etapa clínica, localización, antecedentes, tiempo de evolución, diferenciación, aspecto macroscópico, estado ganglionar, tratamiento previo, dosis de radioterapia, QT: dosis, respuesta, complicaciones del tratamiento, falla al tratamiento, supervivencia libre de enfermedad, supervivencia global.

### ANALISIS ESTADISTICO

- Medidas de tendencia central y dispersión.
- Frecuencia y porcentaje
- $\chi^2$ , Exacta de Fisher
- T de Student

\* De Supervivencia y Período libre de enfermedad:

- Curvas de Kaplan Meier.
- Pruebas de logrank.
- Análisis multivariado "Regresión de Cox"
- Al 95% de nivel de confianza ( $P = 0.05$ )

## RESULTADOS

En el grupo de estudio, se presentaron 89(84%) hombres y 17(16%) mujeres, en una proporción de 5,2:1. (Gráfico 1)

El 82,3% de los pacientes eran mayores de 60 años, la edad osciló entre 34 y 84 años, con una media de edad de 61 años para los hombres y 59,3 para las mujeres.(Gráfico 2)

59 pacientes ( 55,6%), se presentaron en etapa clínica III y 47 pacientes (44,3%) en etapa clínica IV. Hay que anotar que el 64,7% de las mujeres se presentaban en estadio IV vs. el 59,5% en los hombres.

En cuanto a la localización del tumor, en 54 casos (60%) fue transglótico; 28 (26,4%) casos glóticos; y en 24 casos (23,6%), la localización fue supraglótica.(Gráfico 3)

El 91,5% de los pacientes presentaban el antecedente de ser fumadores, consumir alcohol, o ambos. Sólo el 3,37% de los hombres no presentaban este antecedente vs. 35,29% de las mujeres.

El tiempo de evolución de los síntomas osciló entre 1 y 120 meses, con una media de 14,89 para los hombres y 13,82 para las mujeres.

87 pacientes (82%) fueron tratados inicialmente en el INCAN, es decir que 19 pacientes recibieron algún tipo de tratamiento en forma inicial fuera de nuestro Instituto, y luego fueron referidos.

En cuanto al tamaño tumoral del primario, este osciló entre 0,7 y 7 cm. El 84,7% de los tumores que pudieron ser medidos eran mayores de 2 cm. El 67% de estos tumores eran exofíticos, 16% infiltrantes, y en 17% de los casos se desconocía el aspecto macroscópico. El 100% de los casos estudiados fueron histologías epidermoides, de estos, 48 (45%) eran bien diferenciados, 46 (43%) moderadamente diferenciados, y 12 casos (11%) pobremente diferenciados. No se presentó ningún caso de tumor indiferenciado. (Gráfico 4, 5 y 6)

Todos los pacientes recibieron una de 4 modalidades de tratamiento: 19 pacientes (17,9%) recibieron sólo Cx., 43 (40,6%) Cx. + Rt, 17 (16%) sólo Rt inicialmente, y 27 pacientes (25,5%) recibieron QT. neoadyuvante. Analizando cada uno de los grupos de tratamiento encontramos: que en el grupo de Cx. sola todos fueron llevados a laringectomía total, a 12 de los 19 pacientes(63,15%) se les realizó cirugía a cuello, 8 de estos en forma electiva y 4 en forma terapéutica. De los 43 pacientes que recibieron Cx. + Rt., todos fueron sometidos a laringectomía total y luego recibieron Rt adyuvante, la dosis de Rt osciló entre 36 y 70 Gy., con una media de 54Gy. y una mediana de 55 Gy.; en 23 de estos pacientes (53,5%), se realizó algún tipo de cirugía a cuello, 13 en forma electiva y 10 en forma terapéutica. En el grupo que recibió sólo Rt.

inicialmente, la dosis de la misma osciló entre 28 y 72Gy. con una media de 56Gy. y una mediana de 60Gy., el 90% de estos pacientes recibieron una dosis mayor de 45Gy., y 25% más de 66Gy.; hay que anotar que 10 de los 17 pacientes de este grupo requirieron cirugía de salvamento. Finalmente en el cuarto grupo de tratamiento, los 27 pacientes recibieron uno de dos esquemas de quimioterapia: 26 (96,3%) CDDP/5-FU) y sólo 1 (4,7%) recibió Metrotexate; los ciclos oscilaron entre 2 y 4, el 85,2% recibió 3 ciclos. Al evaluar la respuesta a este tratamiento se encontraron respuestas globales del 66,7%, con respuesta completa en el 26% de los casos y parcial de 40,7%. Hay que anotar que 12 de los 27 pacientes (45,5%) de este grupo requirieron Cx. de salvamento, es decir que en el 55,5% de los casos, se pudo preservar el órgano.

Al analizar cada una de las variables de acuerdo al tratamiento impartido, encontramos que los pacientes que fueron tratados inicialmente con alguna modalidad quirúrgica se encontraban al momento del diagnóstico en una etapa clínica más temprana en comparación con aquellos pacientes tratados inicialmente ya sea con Rt sola o con QT neoadyuvante: así 57,9% de los pacientes tratados con Cx sola y 74,4% con Cx + Rt se presentaron en etapa clínica III, vs. 41,2% y 33,3% de los pacientes en el grupo de RT sola y QT neoadyuvante respectivamente. Esto mostró ser estadísticamente significativo ( $P=0.0007$ ), (Gráfico 7)

Los pacientes considerados clínicamente como N0 y N1, tuvieron una distribución homogénea independientemente del tipo de tratamiento, sin embargo aquellos pacientes con mayor carga tumoral a cuello es decir N2 y N3, se encontraron en mayor proporción en los grupos de Rt sola y QT neoadyuvante, 17,6% y 26% respectivamente en comparación a los pacientes en las modalidades quirúrgicas: 15,9% Cx sola y 9,3% Cx + Rt. Pero esto no fue estadísticamente significativo. (Gráfico 8)

En la tabla no. 4 se describe la sensibilidad y especificidad con la cual se determina el estado ganglionar en el INCAN

**Tabla 4**

	Ganglios por patología		Total
	(+)	(-)	
Ganglios por clínica	(+) 21	11	32
	(-) 7	12	19
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>23</b>	<b>51</b>
<b>Sensibilidad</b>	<b>21/28 = 75%</b>		
<b>Especificidad</b>	<b>12/23 = 52%</b>		

En la tabla no.5 se describe el tamaño tumoral del primario en relación al tipo de tratamiento impartido; en general el tamaño de tumor es similar para los diferentes grupos con excepción del grupo de Cx sola, donde se observa un tamaño ligeramente menor, aunque sin tener significancia estadística. ( $P=0.06$ )

**Tabla 5**  
**Tamaño del tumor por tipo de tratamiento**

Grupo	n	Media	Mediana	Intervalo
Cx sola	18	2.6	2.3	1.2-5
Cx + Rt	33	3.1	3.3	1-5
Rt sola	10	3.1	2.85	0.7-7
Qt neoady	9	2.9	3.0	1.4-5

En los grupos de tratamiento con Rt y Qt neoadyuvante se trataron tumores que en proporción mayor fueron pobremente diferenciados, en relación a los grupos quirúrgicos, sin embargo esto no mostró significancia estadística. (Gráfico 9)

De acuerdo a la localización del primario encontramos lo siguiente: en el grupo de Cx sola el 47,4% de los pacientes tenían tumores glóticos, 31,6% transglóticos y 21% supraglóticos; en el grupo de Cx + Rt el 58,5% eran transglóticos, 27,9% glóticos, y 13,9% supraglóticos; en el grupo de Rt el 41,2% eran transglóticos y 29,4% tanto en la localización glótica como supraglótica; y finalmente en el grupo de QT neoadyuvante, el 59,3% fueron transglóticos, sólo 7,4% glóticos, y 33,3% supraglóticos, lo cual mostró ser estadísticamente significante ( $P=0,0408$ ). (Gráfico 10)

17 pacientes (16%) fueron sometidos a traqueostomía previo al tratamiento; la distribución de los pacientes con traqueostomía fue homogénea en los diferentes grupos de tratamiento. (Gráfico 11)

43 pacientes (40,5%) tuvieron fallas al tratamiento inicial, 15 persistencias y 28 recurrencias. Por tratamiento las recurrencias se presentaron de la siguiente manera: 2/16 (12,5%) en el grupo de Cx sola; 9/38 (23,68%) con Cx + Rt; 6/11 (54,5%) con Rt; y 11/26 (42,3%) en el grupo de QT neoadyuvante. Además de los 17 pacientes que habían sido sometidos a traqueostomía, 4(23,5%) persistieron y de los 13 que tuvieron periodo libre de enfermedad, 7(54%) recurrieron. (Gráfico 12 y 13)

En el gráfico no. 14 se puede observar la curva del periodo libre de enfermedad por tipo de tratamiento, el cual fue muy superior para los grupos tratados con cirugía inicialmente.

La supervivencia global a 5 años fue del 54% para los pacientes del estudio. Al comparar las diferentes modalidades de tratamiento, la supervivencia a 5 años fue muy superior ( $P= 0.0037$ ) para los grupos con Cx + Rt y Cx sola: 70,3 y 68,3% respectivamente, en comparación con los grupos de Rt y QT neoadyuvante de 25 y 39 % respectivamente.(Gráfico 15 y 16)

Los pacientes con manejo quirúrgico del cuello tuvieron una supervivencia a 5 años del 70%, en cambio los que no recibieron manejo del cuello la misma fue de 45%. ( $P= 0.2029$ ). (Gráfico 17)

Los pacientes que recurrieron tuvieron una supervivencia a 5 años de apenas el 22%. (Tabla 6)

Tabla 6

	n.	%	%
<u>Recurrencia</u>	28/106	26,4	22
Con Tratamiento	18	64,3	29
Sin Tratamiento	10	35,7	10

El analisis multivariado según el modelo de regresión de Cox sólo mostró como factores pronósticos independientes a la etapa clínica y a la realización de traqueostomía previa al tratamiento.(Tabla 7)

Tabla 7

Grupo	HR	IC 95%	P
Etapa clínica	2.7	1.1429-6.4220	0.024
Tamaño tumoral	0.61	0.1999-1.88972	0.395
Estado ganglionar	1.59	0.7065-3.6194	0,260
Grado histológico	1.52	0.8841-2.6255	0.129
Aspecto macroscópico	1.08	0.9781-1.2114	0.120
Traqueostomía	3.76	1.5025-9.4351	0.005
Localización tumor	1.26	0.7381-2.1510	0.397

## DISCUSION

Entre 1985 y 1995 se diagnosticaron en el INCAN 280 casos de carcinoma de laringe en EC. III y IV, lo que representó el 65.4% del total.

En países desarrollados como Estados Unidos el 60% de los pacientes con cáncer de laringe se diagnostican en EC: I y II. <sup>(9)</sup>

Una explicación probable a la presentación en México de los pacientes con cáncer de laringe en etapa clínica avanzada sería el retraso importante desde la aparición de los síntomas hasta la consulta médica. El tiempo promedio en este estudio fue de 14,31 meses.

Los pacientes recibieron una de 4 modalidades de tratamiento en forma inicial: 17,9% Cx sola; 40,6% el tratamiento estándar o tradicional con Cx + Rt; 16% Rt., y 25,5% entraron al grupo de QT neoadyuvante. 43 pacientes presentaron fallas al tratamiento inicial, 15(35%) persistieron con la enfermedad, y 28(65%) presentaron recurrencias. Por tratamiento las recurrencias se presentaron de la siguiente manera:

-Cx sola	2/16 (12,5%)
-Cx/Rt	9/38 (23,68%)
-Rt	6/11 (54,5%)
-Qt neoady.	11/26 (42,3%)

El 26,4% de los pacientes recurrieron, y el 90% de las recurrencias se presentaron en los primeros dos años. Aproximadamente el 33% de los pacientes desarrollan recurrencias, de estos el 85% ocurren dentro de los dos primeros años.<sup>(16)</sup>

En cuanto al estado ganglionar la sensibilidad del examen físico fue del 75%, pero la especificidad fue pobre de apenas 52%. La presencia de metástasis ocultas en cuello clínico N0 oscila en reportes de la literatura entre 15-25%.<sup>(17)</sup>

El 54% de los pacientes del estudio estaban vivos a 5 años. La supervivencia global reportada para los Ec.III y IV oscila entre 50-65%.<sup>(18)</sup>

Al comparar las diferentes modalidades de tratamiento, la supervivencia a 5 años fue muy superior ( $P= 0.0037$ ) para los grupos con CX + Rt y Cx sola: 70,3 y 68,3% respectivamente, en comparación con los grupos de Rt y QT neoadyuvante de 25 y 39 % respectivamente. La mayoría de estudios randomizados muestran supervivencias similares entre los grupos de tratamiento no quirúrgicos al compararlos con los de Cx.<sup>(11)(12)(13)</sup>

Los pacientes con manejo quirúrgico del cuello tuvieron una supervivencia a 5 años del 70% en relación a los que no recibieron manejo del cuello con una supervivencia de 45%. Si bien es cierto esto no fue estadísticamente significativo ( $P= 0.2029$ ), si fue relevante desde el punto de vista clínico. La alta incidencia de metástasis ganglionares en tumores supraglóticos y glóticos avanzados, justifica el uso de disección electiva del cuello.<sup>(14)</sup>

Los pacientes que recurrieron tuvieron una supervivencia muy pobre, aproximadamente 22% a 5 años. El tipo de rescate terapéutico en estos pacientes no impactó finalmente en la supervivencia global. El manejo de recurrencias en cáncer de laringe, y en general en la mayoría de las neoplasias malignas de cabeza y cuello, constituye una de las situaciones más frustrantes para el cirujano, y el oncólogo en general.<sup>(16)</sup>

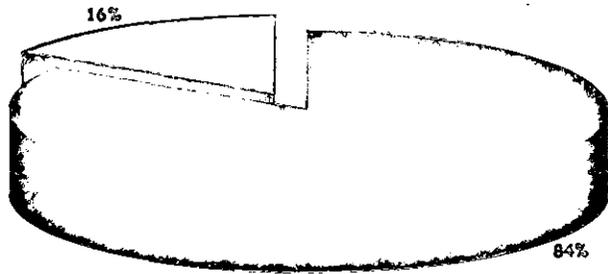
Los pacientes que requirieron traqueostomía previa al tratamiento definitivo tuvieron una recurrencia del 54%, este grupo evolucionó desfavorablemente. El uso de traqueostomía previa a tratamiento definitivo se ha asociado con alto riesgo de recurrencia, al igual que con pobre pronóstico.<sup>(9)</sup>

En este estudio sólo el estadio clínico y la traqueostomía mostraron significancia estadística ( $P=0,024$  y  $0,005$  respectivamente) en el análisis multivariado.<sup>(12)</sup>

**ANEXOS**

**GRAFICOS**

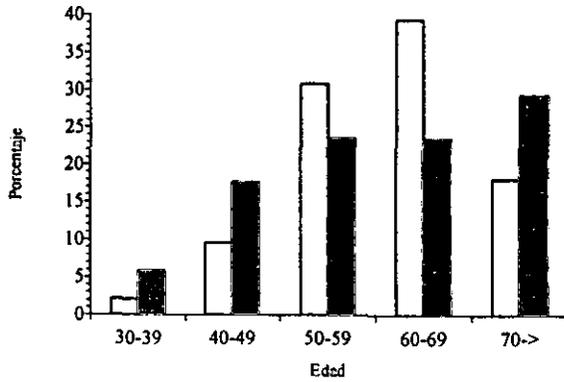
Gráfico No.1  
Distribución por sexo



■ Hombres = 89

□ Mujeres = 17

Gráfico 2



□ Hombres = 89 ■ Mujeres = 17

Gráfico 3

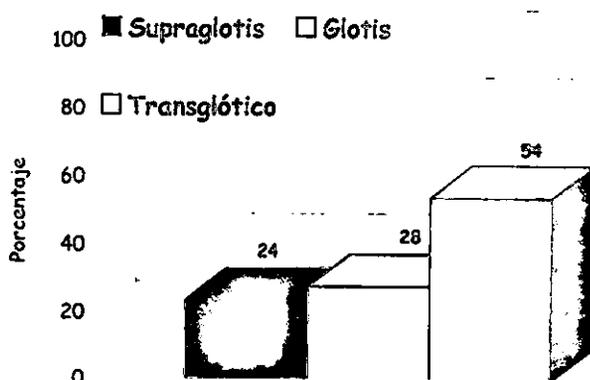
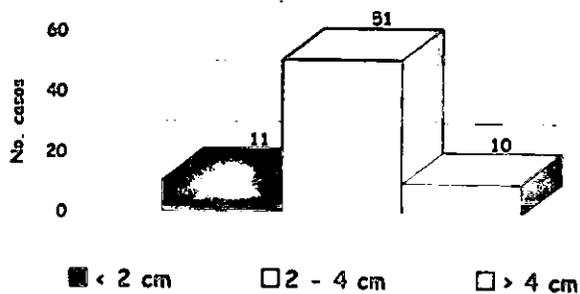
Gráfico 4  
Tamaño Tumoral

Gráfico 5  
Aspecto macroscópico

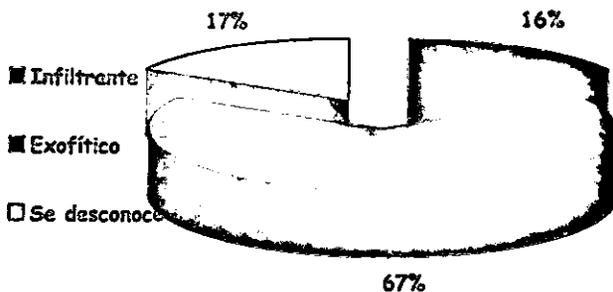
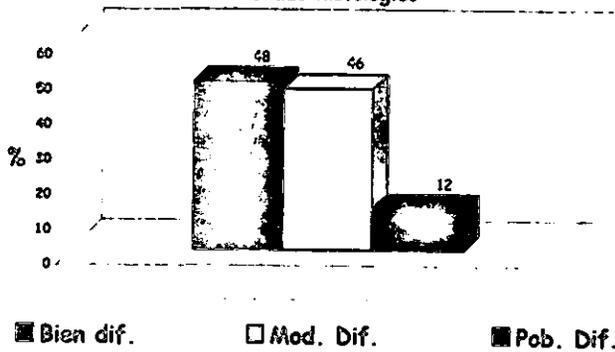
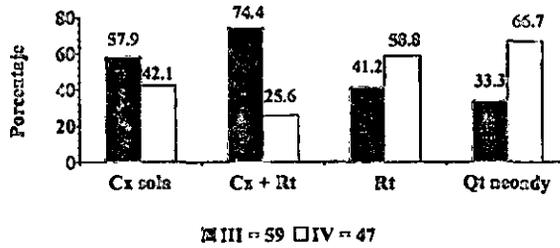


Gráfico 6  
Grado histológico

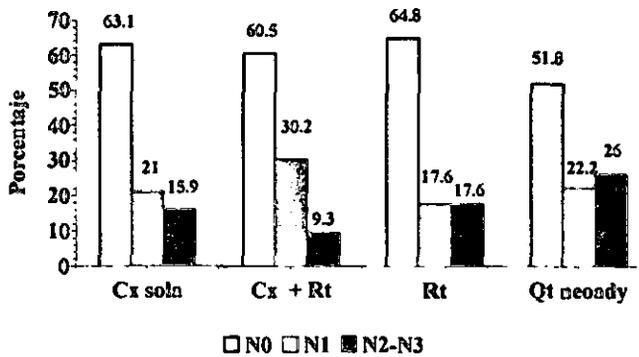


**Gráfico 7**  
**Etapas clínicas por tipo de tratamiento**

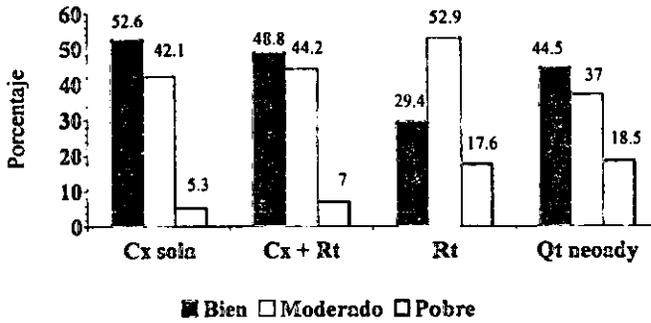


	Cx sola	Rt sola	Qt neoady
Cx + Rt	P=0.316	P=0.015	P=0.0007

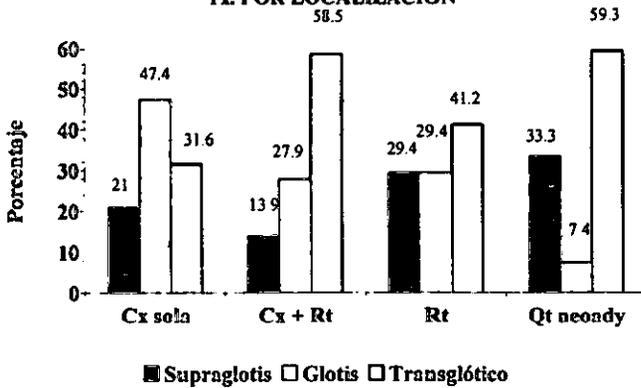
**Gráfico 8**  
**Tipo de tratamiento de acuerdo al estado ganglionar (clínico)**



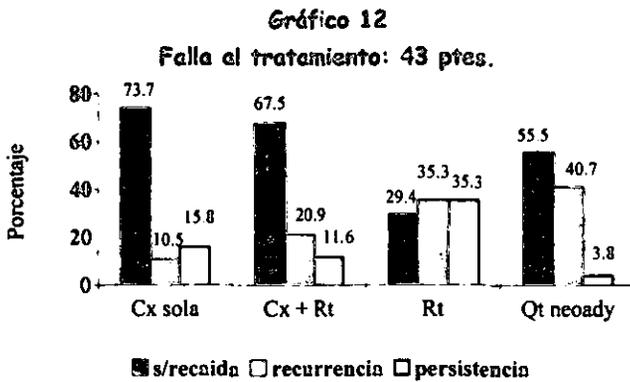
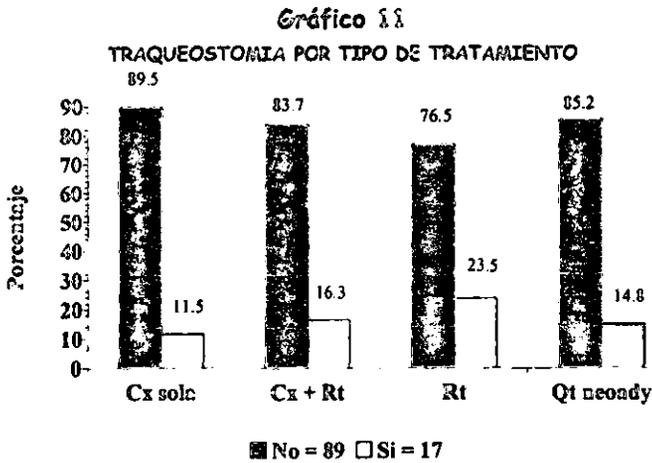
**Gráfico 9**  
**GRADO DE DIFERENCIACION POR TRATAMIENTO**



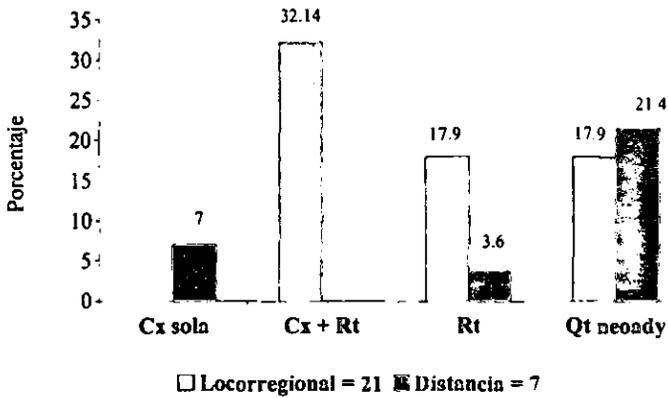
**Gráfico 10**  
**Tx. POR LOCALIZACION**



Cx + Rt
Cx sola
Rt sola
Qt neoady
 $P=0.114$ 
 $P=0.324$ 
 $P=0.0408$



**Gráfico 13**  
**Tipo de recurrencias = 28 casos**



**Gráfico 14**  
**Curva de periodo libre de enfermedad**

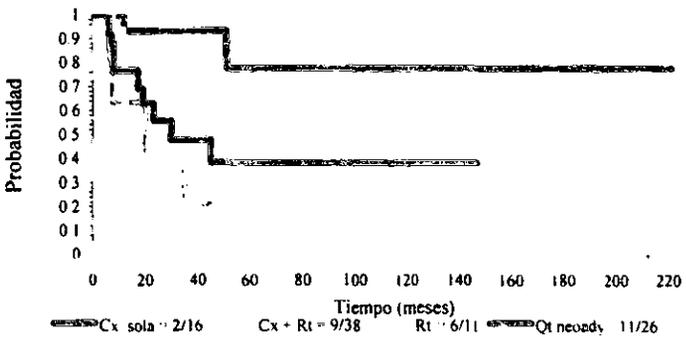


Gráfico 15  
Curva de Supervivencia

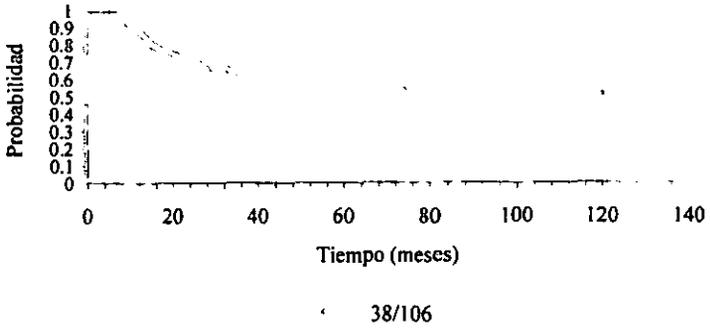
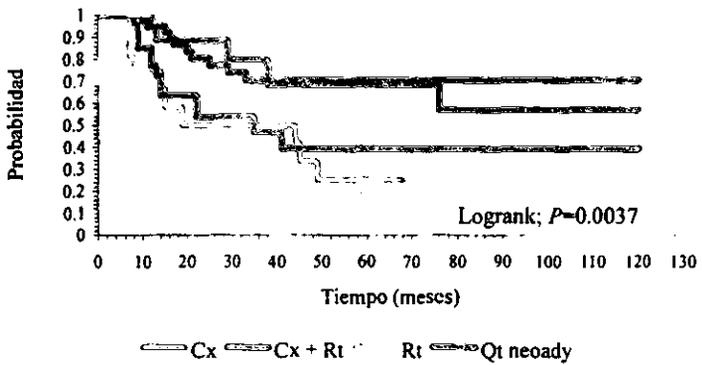
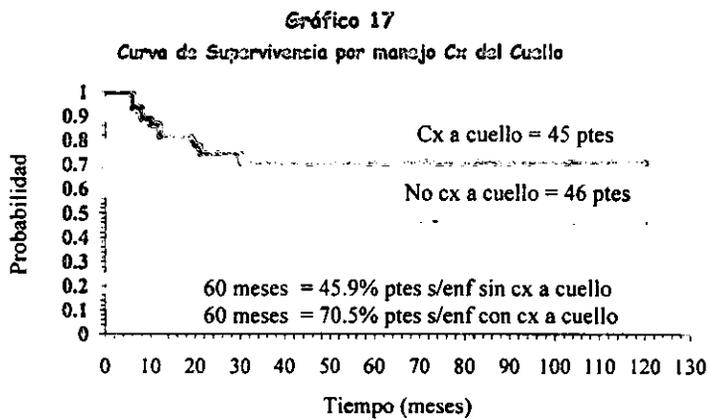


Gráfico 16  
Curva de Supervivencia por tipo de Tx.





## CONCLUSIONES

-En el INCAN, durante el período de Enero de 1985 a Diciembre de 1995, el tratamiento que mostró mejor período libre de enfermedad y mejor supervivencia en los pacientes con cáncer de laringe Ec. III y IV fue el de Cx + Rt, seguido del grupo de Cx sola.

-Al análisis multivariado según el modelo de Cox, sólo el estadio clínico y la realización de traqueostomía previo al tratamiento definitivo mostraron ser factores pronósticos independientes.

-La recurrencia se mostró como un factor adverso y de pobre pronóstico. Se asoció directamente al tratamiento inicial recibido. El manejo terapéutico de la misma tuvo poco impacto, y la mayoría evolucionó desfavorablemente.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

PROPUESTA

- 1) En base a los resultados obtenidos, debe considerarse al tratamiento con Cx + Rt, como la modalidad estándar para el manejo de los pacientes con cáncer de laringe en EC. III y IV en el INCAN .
- 2) A pesar de que la Cx + Rt demostró en este estudio retrospectivo asociarse a mejores resultados en período libre de enfermedad y supervivencia, no por ello son del todo satisfactorios. Por lo cual, deberían ensayarse nuevas formas de tratamiento.
- 3) Todo paciente con dificultad respiratoria u obstrucción de la vía aérea debería someterse a un rápido estudio, y posteriormente ser llevado a Laringectomía de urgencia, evitando en lo posible la traqueostomía.
- 4) Todo paciente con cáncer de laringe en EC. III y IV debe manejarse el cuello electivamente.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas de México. Secretaria de Salubridad y Asistencia, 1997
- 2.- Mohar, Frias: Epidemiologia descriptiva del cáncer Incan México. Salud Pública 9(4): 253-258,1997
- 3.- Otolaryngol Clin North Am. 30(1):1-20,1997
- 4.- Manual de Oncología: Procedimientos Médico-Quirúrgicos. McGraw-Hill Interamericana, 1ra ed, 2000
- 5.- De Stefani y cols.: Risk factors for laryngeal cancer. Cancer 60: 3087-3091, 1981
- 6.- Muscat y cols. Cancer 69(9):2244-2251, 1992
- 7.- Cancer 58: 928-934, 1986
- 8.- Tumori 71: 361-365, 1985
- 9.- Cancer 64: 143-149, 1989
- 10.-Eur Arch Otorrinolaryngol 256: 78-82, 1999
- 11.-Semin Oncol 27(4): 5-12, 2000
- 12.- Int J Radiat Oncol Biol Phys 13: 1483-1487, 1987
- 13.-Chao, Perez: Radiation Oncology: Management decisions. 263-273, 1999
- 14.-N Engl Med 324: 1685-1690. 1991
- 15.-Cancer Invest 12: 662-671, 1994
- 16.-Lacy P, Piccirillo J. Cancer 83(5): 910-917, 1998
- 17.-J Surg Oncol 74: 79-82, 2000

18.-Head and Neck 22: 380-385, 2000