

EPIDEMIOLOGIA DEL CANCER DE LARINGE

Dr. Frade González, Dr. Soto Varela, Dr. Del Rio Valeiras,
Dr. Vélez Regueira, Dr. Labella Caballero.

Hospital General de Galicia

INTRODUCCION

EL cáncer de laringe representa actualmente menos del 2% de todos los tumores malignos del organismo, representando el 25% de los localizados en cabeza y cuello. (1)

La incidencia media anual en España es de 4 casos nuevos por cada 100.000 habitantes. (2)

Es más frecuente en el varón que en la mujer, con una proporción aproximada de 10:1, con diferencias geográficas; así en Finlandia, la relación es de 23:1. (3) Sin embargo, actualmente se observa una disminución de esta relación; así en 1960, en U.S.A. la relación era 11:1, mientras que en 1991, es de 5: 1. (4)

La edad de aparición puede ser cualquiera, aunque es muy raro en individuos por debajo de los 30 años. En los varones existe un predominio en la sexta década de la vida, mientras que en las mujeres en una década menos.

Se observa una estrecha relación con el tabaco, aumentando la incidencia con el número de cigarrillos consumidos, sobre todo si se asocia consumo excesivo de alcohol. Sin embargo, actualmente se han sugerido otra serie de factores de riesgo como polvo de madera, de metal, gas mostaza, tintes capilares, asbestos, níquel, etc.

Dado que el cáncer de laringe es el más frecuente de cabeza y cuello, y que su posibilidad de curación total es real, creemos justificado la realización de la siguiente revisión epidemiológica.

MATERIAL Y METODO

Realizamos una revisión parcial del archivo de historias clínicas del Servicio de O.R.L. del Hospital General de Galicia, diagnosticadas de cáncer de laringe, entre los años 1975 y el mes de mayo de 1994, ambos inclusivos.

Realizamos un estudio epidemiológico, analizando las siguientes variables: Número de casos, edad media e incidencia anual, edad sexo, domicilio, profesión, servicio médico de origen, antecedentes personales y familiares, hábitos tóxicos (con especial hincapié en el tabaco y alcohol), localización del tumor, clasificación T.N.M., estadio tumoral, síntoma de inicio, retraso diagnóstico, tratamiento realizado y estudio anatómo-patológico.

Para realizar el análisis de todas las variables hemos utilizado un paquete estadístico por ordenador.

RESULTADOS

Hemos revisado 343 enfermos diagnosticados de cáncer de laringe, 337 varones (98.25%) y 6 mujeres (1.75%). La incidencia media anual es de 17.15, con un rango amplio de 4 a 28 pacientes anuales (Tabla I).

La edad media es de 60.44 años (Desv Std=10.23). En la tabla 2 puede verse la edad media anual, que varía de 52.75 (en 1975) a 69 años (en 1994).

Existe un predominio rural en la procedencia de los pacientes, ya que 235 (68,5%) pertenecen a ese ámbito.

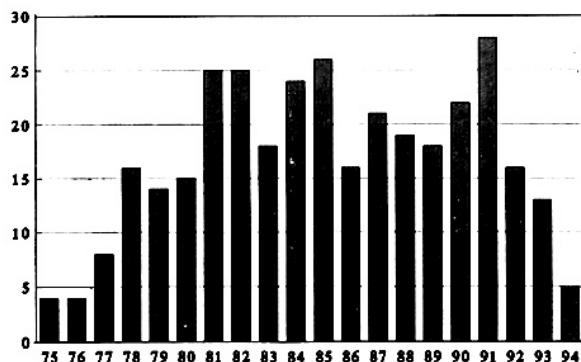


Tabla I. Número de casos por año.

El mayor porcentaje de pacientes son labradores, con 95 pacientes (27.7%), seguido de marineros con 52 (15.16%).

Destaca que 151 pacientes (44%) fueron enviados a nuestro Servicio por el O.R.L. de cupo, 38 por el Servicio de Urgencias (11%), 34 por el Médico de Cabecera (10%), 29 de procedencias varias (8.45%), 26 de otros Servicios del Hospital (7.6%), 6 a petición propia (1.75%) y en 59 pacientes no se ha podido determinar con exactitud la procedencia (17.2%).

323 pacientes (94.2%) no han presentado antecedentes personales de importancia en el posible desarrollo posterior del cáncer. 14 pacientes (4.1%) habían sido operados previamente de la laringe, por medio de microcirugía de laringe (siguiendo la técnica de Kleinsasser), por metaplasias, queratosis, papilomas, etc.

332 pacientes (96.8%) no presentaban antecedentes familiares de primera línea de tumores malignos. 5 pacientes presentaban familiares afectados de cáncer de laringe, mientras que en el resto tenían otras localizaciones.

Dentro de los hábitos tóxicos se ha hecho especial hincapié al tabaco y al alcohol.

Dentro del tabaco se han hecho tres categorías: No fumadores, fumadores de menos y de más de 20 cigarrillos. 146 pacientes (42.57%) fuman más de 20 cigarrillos diarios, 123 (35.86%) fuman 20 o menos, 21 (6.12%) no fuman y en 53 pacientes no existen datos (15.45%).

Asimismo se han realizado grupos relacionados con el consumo de alcohol: No

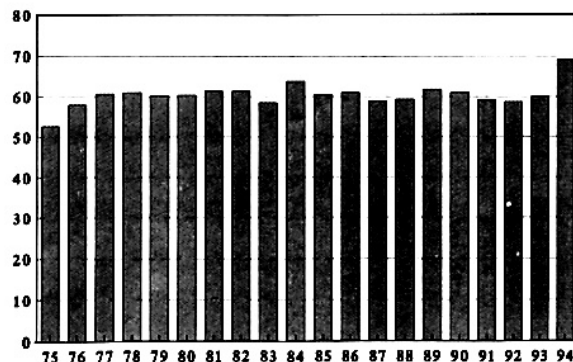


Tabla II. Edad media por año.

bebe, ocasional, leve, moderado y severo. Destaca que 124 pacientes (36.15%) tienen un consumo moderado, 85 (24.8%) severo, 40 (11.66%) leve, 2 (0.6%) ocasional, 36 no consumen alcohol (10.5%), mientras que en 56 pacientes (16.29) no se ha podido determinar este factor.

Es importante la localización del tumor para el posible tratamiento posterior. En nuestra serie destaca el cáncer de supraglotis, con 153 casos (44.6%), seguido del de glotis con 115 (33.5%), trasglótico con 72 (21%) y 3 de subglotis (0.9%).

Una vez determinada la localización inicial del tumor, hemos realizado el estadiaje tumoral, mediante la clasificación T.N.M. Hemos encontrado 80 T1 (23.32%), 92 T2 (26.82%), 116 T3 (33.82%) y 55 T4 (16.04%). Con respecto a los nódulos palpables en el momento del diagnóstico, 261 pacientes son N0 (76.1%), 34 N1 (9.9%), 16 N2A (4.6%), 17 N2B (4.7%), 9 N2C (2.6%) y 6 N3 (2.1%). Sólo un paciente presentaba metástasis a distancia (M1) en el momento del diagnóstico.

Con la clasificación T.N.M. hemos realizado el estadiaje: 75 casos estadio I (21.9%), 67 estadio II (19.5%), 114 estadio III (33.2%) y 87 estadio IV (25.4%).

El síntoma de inicio, debido al cual acuden a nuestra consulta, más frecuente es la disfonía que aparece en 225 pacientes (65.6%), la disfagia en 55 (16%), la odinofagia en 36 (10.5%), adenopatía cervical metastásica en 9 (2.6%), la disnea en 6 (1.75%), las parestesias faríngeas en 6 (1.75%), cuerpo extraño en 2 (0.6%) y tos y otros síntomas inespecíficos en 4.

El retraso diagnóstico medio, desde la

aparición del síntoma de inicio hasta el diagnóstico, ha sido de 7.43 meses (Dev Std=10.28).

El tratamiento más utilizado ha sido la cirugía en 297 pacientes (86.6%), utilizándose en 215 casos de forma aislada, mientras que en el resto de los casos se utilizó asociada a quimioterapia y/o radioterapia. La radioterapia se utilizó en 94 pacientes (27.4%), pero de forma aislada sólo en siete casos. La quimioterapia se ha empleado en 80 casos (23.3%), pero sólo en cuatro de forma única. En siete pacientes no se realizó ningún tratamiento, bien porque el cáncer estaba muy avanzado, bien por el estado general del paciente o bien por negarse el propio afectado.

Dentro del estudio histológico, destaca por encima de todos los demás, el carcinoma epidermoide en 332 pacientes (96.8%), siendo 137 bien diferenciados, 117 moderadamente diferenciados, 32 pobremente diferenciados, un microinvasor y 44 sin determinar la diferenciación. De las demás histologías destacan siete carcinomas verrucosos, un sarcoma indiferenciado, un liposarcoma, un carcinoma fusocelular y un fibrosarcoma.

DISCUSION

Encontramos en nuestra serie una relación de varón-hembra de 56:1. Nuestra serie es similar a la presentada por Quer-Aguste y cols (5) y Bartual y cols (6). No se observa la disminución de esta relación, como ocurre en USA. (4)

	1	2	3	4	Total
NO	12	3	5	1	21
< 20	28	19	39	37	123
> 20	27	33	50	36	146
¿?	8	12	20	13	53
Total	75	67	114	87	343

Tabla III. Relación entre consumo de cigarrillos y estadio tumoral.

Hemos estudiado la relación entre el consumo medio de cigarrillos y el estadio tumoral (Tabla III). No observamos un aumento del estadio tumoral en relación con el

aumento de consumo de cigarrillos, salvo para el estadio 3, que es estadísticamente significativo ($p < 0,01$).

	NO	OCAS.	LEVE	MODER.	SEVERO	¿?	Total
NO	10	1	3	5	2	0	21
< 20	13	1	23	54	27	5	123
> 20	13	0	12	64	55	2	146
¿?	0	0	1	1	1	50	53
Total	36	2	39	124	85	57	343

Tabla IV. Relación entre el consumo de cigarrillos y el consumo de alcohol

Asimismo hemos relacionado el consumo de cigarrillos con el consumo de alcohol (Tabla IV). Observamos que está relacionado el aumento de consumo de cigarrillos con el incremento en el alcohol, siendo estadísticamente significativo ($p < 0.0001$).

	1	2	3	4	Total
GLOTIS	57	20	27	11	115
SUPRAGLOTIS	18	39	45	51	153
SUBGLOTIS	0	2	1	0	3
HEMILARINGE	0	6	41	25	72
Total	75	67	114	87	343

Tabla V. Relación entre la localización y el estadio tumoral.

También hemos relacionado la localización del tumor con el estadio tumoral que presentaban (Tabla V). Observamos en predominio del estadio 1 en los tumores de glotis, así como estadios más avanzados para los tumores de supraglotis, diferencia que es estadísticamente significativa ($p < 0.0001$).

Relacionando la localización tumoral con el síntoma de inicio del tumor (tabla VI), observamos el predominio de la disfonía en los tumores de glotis y la sintomatología faríngea en los localizados en la supraglotis, que es estadísticamente significativo ($p < 0.0001$).

Si relacionamos el estadio tumoral con el tratamiento (Tabla VII), se observa que en estadios 1 y 2 existe un predominio de la cirugía, bien aislada o de forma combinada con radioterapia y/o quimioterapia, mientras que en los de mayor extensión (3 y 4) se emplea con más frecuencia la radioterapia o la quimioterapia (estadísticamente significativo para $p < 0.005$).

	GLOTIS	SUPRAGL.	SUBGLOT.	HEMILAR.	Total
DISFONIA	111	64	2	48	225
ODINOFAGIA	1	29	0	6	36
DISFAGIA	3	45	0	7	55
DISNEA	0	0	1	5	6
CUERPO EXTRAÑO	0	2	0	0	2
PAREST. FARING.	0	5	0	1	6
TOS	0	0	0	1	1
ADENOPATIA	0	6	0	3	9
OTROS	0	2	0	1	3
Total	115	153	3	72	343

Tabla VI. Relación del primer síntoma con la localización tumoral.

En nuestra serie existe un predominio de los estadios III y IV, similares a los patrones de otras series europeas (7). En cuanto a la localización existe un predominio de los tumores supraglóticos sobre los glóticos, que coincide con los datos generales de nuestro país (6,8%).

	1	2	3	4	Total
CIR	60	47	70	37	214
RADIO	6	1	6	4	17
QUIMIO	0	1	2	1	4
QUIMIO + RADIO	0	2	3	13	18
RADIO + CIR	5	7	7	5	24
QUIMIO + CIR	1	1	11	10	23
C + R + Q	3	7	13	13	36
NADA	0	1	2	4	7
Total	75	67	114	87	343

Tabla VII. Relación entre estadio tumoral con tratamiento utilizado.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cancer of the larynx, ear, and paranasal sinuses. En: *Lee, KJ*: Essential Otolaryngology. Head and Neck surgery. Fifth edition. Medical examination publishing company, 1991; 513-536.
- 2.- *Cobeta, I*: Tumores de laringe e hipofaringe. En: *Martínez A, Bertrán JM, Cabezo L et Cobeta I*: Otorrinolaringología básica. Ediciones Ergon, 1988; 331-346.
- 3.- *Martínez A*: Patología del cáncer de laringe. En: *Abelló P et Traserra J*: Otorrinolaringología. Ediciones Doyma, 1992; 561-565.
- 4.- *De Rienzo DP, Greenberg D et Fraire A*: Carcinoma of the larynx. Changing incidence in women. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1991; 117: 681-684.
- 5.- *Quer-Aguste M et Burgues-Vila J.*: Incidencia del carcinoma de laringe: Análisis de 255 casos. Acta Otorrinolaringológica Española 1988; 39: 381-384.
- 6.- *Bartual J., Marco J. et Sacristán T.*: Cáncer laríngeo y faringolaríngeo. Ponencia oficial al IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de ORL y Patología Cérvico-Facial. Acta ORL Española 1975; 26: 1-659.
- 7.- *Ali S, Tiwari R, Snow GB et Waal VD*: Indicence of squamous cell carcinoma of the head and neck. J Laryngol Otol 1986; 100: 315-327.
- 8.- *Redondo ER, Canteras M, Piqueras F, Ortuno G et*: Epidemiology of cancer of the larynx in the region of Cartagena from 1972 to 1984. Acta Otorrinolaringológica Española 1989; 40 (4): 273-276.