

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA - MANAGUA

HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENIN FONSECA.



**Tesis para optar al título de ESPECIALISTA EN
OTORRINOLARINGOLOGIA**

**PREVALENCIA Y CARACTERIZACION DEL CANCER LARINGEO EN PACIENTES
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DEL HOSPITAL
ANTONIO LENIN FONSECA EN EL PERIODO COMPRENDIDO 2013 AL 2015.**

AUTOR:

DRA. ANIELKA MORALES ARANCIBIA

MEDICO RESIDENTE III

TUTOR:

DRA. MARIA EUGENIA GONZALEZ

ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA

ASESOR METODOLOGICO

DR. ALVARO LOPEZ

INTERNISTA-FARMACOLOGO CLINICO

INDICE

	Pagina
Resumen	
Opinión del tutor	
Agradecimientos	
Dedicatoria	
Introducción.....	1
Antecedentes.....	2
Justificación.....	3
Planteamiento del problema.....	4
Objetivo General.....	5
Objetivos Específicos.....	6
Marco teórico.....	7-18
Material y método.....	19
Operacionalización de variables.....	20-21
Resultados.....	22-23
Discusión.....	24-25
Conclusiones.....	26
Recomendaciones.....	27
Bibliografía.....	28-30
Anexos.....	31-47

RESUMEN

El cáncer de laringe representa un 20 % - 25 % de los carcinomas de cabeza y cuello. El consumo de tabaco y alcohol son los factores epidemiológicos más comunes en el cáncer de cavidad oral, orofarínge, hipofarínge, y laringe. El tratamiento de los pacientes es complejo. Requiere un amplio equipo de profesionales que intervienen en el diagnóstico, toma de decisiones, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de estos pacientes.

En presente estudio se describe la prevalencia y características del cáncer laríngeo en pacientes atendidos en el servicio de otorrinolaringología del hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013-2015.

El grupo etáreo más afectado fue mayor de sesenta años, el sexo masculino predominó sobre el femenino, los agricultores son los más afectados la mayoría estuvo expuesto a tabaco y alcohol, la disfonía fue el síntoma más representativo, la mayoría acudió a consulta después de tres meses de iniciado los síntomas, el cáncer glótico fue el más predominante, el estadio IV fue el más frecuente y el tratamiento más indicado fue radioterapia/quimioterapia.

OPINION DEL TUTOR

El Hospital Antonio Lenin Fonseca es el centro de referencia nacional donde se diagnostica el cáncer de laringe frecuentemente es por ello que el presente trabajo es de gran importancia para el servicio de otorrinolaringología ya que es una patología que implica su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Los estudios descriptivos respecto a esta patología servirán de base a futuras investigaciones clínicas que contribuyan al seguimiento de la evolución de estos pacientes posterior al tratamiento recibido.

Luego de haber revisado el informe final de la tesis de la Dra. Morales considero que el presente trabajo reúne los requisitos de investigación científica y académica el cual será de aporte al servicio en el manejo integral del paciente oncológico con patología de laringe.

Dra. María Eugenia González.

Especialista en otorrinolaringología.

AGRADECIMIENTO

- ✓ En especial a Dios, mi amparo mi roca fuerte.
- ✓ A mi esposo por el apoyo incondicional en estos tres años de la carrera.
- ✓ A los docentes por la docencia sus consejos y paciencia con cada uno y especialmente a la Dra. María Eugenia González por su apoyo y consejos para la realización de esta investigación.
- ✓ A mis buenos compañeros por el mutuo apoyo en todo momento.

DEDICATORIA

Este estudio el cual he culminado se lo dedico a Dios sobre todo y a mi padre Evaristo Morales que estoy segura estaría muy orgulloso por esta etapa más de mi vida y a todos los que de una u otra manera ha aportado para culminar la especialidad.

INTRODUCCIÓN

Los carcinomas de cabeza y cuello representan el 6 % de la incidencia total de los tumores de cabeza y cuello. El cáncer de laringe representa un 20 % - 25 % de los carcinomas de cabeza y cuello. Es más frecuente entre los 50 y 70 años, pero se observa cada vez más en edades tempranas. Predomina en hombres en una relación de 4:1.

El consumo de tabaco y alcohol son los factores epidemiológicos más comunes en el cáncer de cavidad oral, orofaringe, hipofaringe, y laringe. El tratamiento de los pacientes es complejo. Requiere un amplio equipo de profesionales que intervienen en el diagnóstico, toma de decisiones, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de estos pacientes. (1)

La evaluación inicial y el desarrollo de un plan de tratamiento para el paciente requiere un equipo multidisciplinario con experiencia en todos los aspectos de cuidados especiales que requieren estos pacientes. (2)

El estadiaje de la enfermedad en el momento del diagnóstico es el factor predictivo mayor sobre el pronóstico de la enfermedad. (2)

Actualmente su tratamiento incluye diversas modalidades, desde cirugía para enfermedad localizada hasta esquemas concurrentes de quimioterapia y radioterapia para estadios avanzados. (1)

El presente estudio pretende conocer la prevalencia y a la vez caracterizar el cáncer laríngeo en los pacientes del servicio de otorrinolaringología de este hospital en el periodo de tiempo descrito.

ANTECEDENTES

Se realizaron dos estudios sobre el cáncer laríngeo en este hospital.

El primer estudio sobre el comportamiento del cáncer laríngeo por la Dra Leonor Morín en 1997 se encontró que: el cáncer laríngeo es más frecuente en hombres entre 60 y 70 años de edad, con tabaquismo y alcoholismo como principales factores de riesgo; el síntoma principal fue disfonía y el cáncer glótico fue la localización más frecuente. Los estadios I y II predominaron y el tratamiento quirúrgico fue mayor que el paliativo.

El segundo estudio elaborado por la Dra Daliza Gonzalez en el 2001 donde se evaluó la referencia de pacientes con cáncer laríngeo mediante el uso de la hoja de registro del cáncer donde se encontró que el llenado en su mayoría fue completo, los estadios I, II, III fueron referidos según el protocolo y el tiempo de referencia fue menor a un mes a los q no recibieron cirugía y mayor a este para los que si recibieron cirugía, el estadio más referido fue el II. El tipo histológico predominante fue el de células escamosas.

JUSTIFICACIÓN

En el servicio de otorrinolaringología del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, centro de referencia nacional, se diagnostica frecuentemente el cáncer laríngeo de aquí la importancia del presente estudio para determinar la prevalencia del cáncer laríngeo en los pacientes y sus características ya que desde hace algunos años no se ha realizado estudios al respecto y se desconoce la prevalencia actual de dicha patología.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia del cáncer laríngeo y sus características en pacientes atendidos en el servicio de otorrinolaringología del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 al 2015?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y características del cáncer laríngeo en pacientes atendidos en el servicio de otorrinolaringología del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 al 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar los factores sociodemográficos de los pacientes con cáncer laríngeo.
2. Describir los principales factores de riesgo.
3. Mencionar los síntomas referidos y el tiempo de evolución.
4. Identificar la localización anatómica más frecuente.
5. Mencionar los tipos histológicos predominantes.
6. Identificar los estadios clínicos de los pacientes en estudio.
7. Mencionar el tratamiento indicado.

MARCO TEÓRICO

ANATOMÍA DE LA LARINGE.

La laringe ocupa la parte media de la región anterior del cuello, anterior a la aproximada, en el adulto, de 45 milímetros de altura por 35 milímetros de diámetro anteroposterior en la parte superior, variable según la edad y el sexo, siendo más corta y cefálica faringe, inferior al hueso hioides y superior a la tráquea. Tiene una dimensión en las mujeres y en los niños y más larga y caudal en los hombres. El extremo inferior coincide con el cuerpo vertebral de la sexta vértebra cervical. (1)

Constituye un complejo mecanismo neuromuscular con un sistema de cartílagos fijos y móviles que funciona admirablemente bien tanto en su función primitiva de esfínter relacionada de esta forma con la deglución y la respiración, como en su función adaptativa de fonación. (1)

La laringe se divide anatómicamente en supraglotis, glotis y subglotis. Las estructuras supraglóticas incluyen la epiglotis, pliegues ariepiglóticos, los aritenoides y las bandas ventriculares o cuerdas vocales falsas. La glotis comprende las cuerdas vocales verdaderas, la comisura anterior y la comisura posterior. La subglotis se extiende desde la zona por debajo de las cuerdas vocales hasta el borde inferior del cartílago cricoides. (1)

CANCER DE LARINGE

El cáncer no es una enfermedad nueva. Papiros egipcios que datan de aproximadamente el año 1600 a.C. ya la describían. Se cree que fue el médico griego Hipócrates la primera persona en utilizar la palabra “carcinosis” (cangrejo)

para denominar el cáncer. Cuando la primera autopsia fue realizada por el anatomista italiano Giovanni Morgagni en 1761, se sentaron las bases para el estudio científico del cáncer, también conocido como “la oncología”. (2)

Definición de cáncer

El término “cáncer” es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. El cáncer: es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos. El cáncer, que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y de la célula de origen. (3)

Epidemiología

En los Estados Unidos, aproximadamente 11.300 casos de cáncer de laringe fueron diagnosticados en 2007 y habrá aproximadamente 3.660 muertes. La razón de incidencia-hombre-mujer es de 3,8: 1,1 La epidemiología y factores de riesgo para el cáncer de laringe en paralelo en gran medida los de cabeza y cuello general cáncer. Más del 90% de los cánceres ocurren en los mayores de 40 años de la edad, y 85% a 95% de estos son de células escamosas. La mayor incidencia en los hombres se debe a un aumento de la exposición a factores de riesgo en lugar de una predilección de género inherente, y por lo tanto como el número de mujeres fumadoras ha aumentado en los últimos 60 años, la brecha se ha reducido de más de 15: 1 a aproximadamente 4: 1.(1,2,3)

Su incidencia varía mucho entre diferentes países, siendo especialmente alta en Polonia, Francia, Italia y España, alcanzando en este último los 25 casos por 100.000 habitantes. El cáncer de laringe corresponde a un 1-2% de todos los tumores malignos del organismo, y a un 26% de todos los carcinomas epidermoides de cabeza y cuello. Son los tumores más frecuentes del área otorrinolaringológica. (2)

Debido a sus precoces manifestaciones en las funciones fonatorias y respiratoria de la laringe, el 60% de los carcinomas laríngeos se diagnostican en etapa localizada, 25% con extensión regional y 15% como enfermedad avanzada metastásica. (2)

Etiología

Factores de riesgo

El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo en la aparición del carcinoma epidermoide de laringe. Se cree que el hábito tabáquico es directamente responsable de hasta un 95% de los carcinomas glóticos y supraglóticos, y el riesgo es dependiente de la dosis y el tiempo de exposición: en grandes fumadores (más de 35 cigarrillos/día) se ha descrito un riesgo de hasta 40 veces superior al de no fumadores. Si bien el riesgo de cáncer de laringe declina notoriamente al abandonar el tabaquismo, éste no desaparecería del todo, estabilizándose aproximadamente en un riesgo 2,5 veces superior a los pacientes que nunca han fumado. El cáncer de laringe es excepcional en no fumadores.”(5)

El alcohol es el segundo factor de riesgo en importancia en el desarrollo del cáncer de laringe, elevando el riesgo hasta en 5 veces en pacientes no fumadores. Esto se aplica a todos los tipos de alcohol (etanol), incluso al uso de enjuagues bucales con contenido alcohólico. El etilismo se asocia con especial fuerza al desarrollo de carcinoma supraglótico, probablemente por ejercer su efecto carcinogénico al contacto directo con la mucosa. Se sabe que el alcohol es un cofactor sinérgico cuando se combina con el tabaco: se estima que el riesgo de desarrollar un tumor maligno de laringe es de hasta 100 veces mayor en fumadores que beben, en comparación con pacientes que no fuman ni beben (5,6).

Se ha postulado una serie de factores de riesgo secundarios, como son una alimentación pobre en frutas y verduras (déficit de fibra dietética y de vitaminas A y C), la exposición previa a radiación y el contacto con diversas sustancias laborales (asbestos, polvo de madera, polvo de cemento, alquitrán, humo de diesel, ácido sulfúrico, níquel, gas mostaza). Sin embargo, ninguno de ellos ha demostrado un rol causal categórico al ser analizado independientemente del tabaco y del alcohol (1, 7,8).

La papilomatosis laríngea del adulto, en especial aquella debida a la cepa 16 del virus papiloma humano (VPH), tiene un potencial de malignización y se plantea como factor causal de algunos casos de cáncer de laringe, en particular del carcinoma verrucoso de laringe. Sin embargo, la evidencia en este sentido aún es contradictoria, dependiendo de si se trata de estudios con técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), técnica de Southern blot o estudios serológicos de infección viral (1, 9,10).

El reflujo gastroesofágico y, más específicamente aún, el reflujo faringolaríngeo (RFL), aparece como un probable cofactor en el desarrollo de carcinoma laríngeo; en estudios de monitoreo de pH, se ha demostrado RFL en un 56-85% de pacientes con cáncer laríngeo, incluyendo estadios precoces e incluso lesiones premalignas de laringe. (1,11).

La predisposición genética también se ha señalado como un factor de riesgo en los individuos expuestos al tabaco y alcohol ocurriendo con gran frecuencia en individuos con susceptibilidad genética. (Familiares de primer y segundo grado con cáncer laríngeo)(11)

Tipos histológicos

El 90-95% de los cánceres son carcinomas de células escamosas también llamados carcinomas epidermoides o epitelomas malphigianos. (12)

A nivel microscópico se clasifican en tres grupos:

- Bien diferenciado: similar al epitelio plano estratificado normal, son fácilmente reconocibles por la formación de perlas por el proceso de queratinización.
- Moderadamente diferenciado: presenta menos queratinización, las células presentan polimorfismo y actividad mitótica anormal entre ellas.
- Pobremente diferenciado o anaplásico: la queratinización es mínima existen muchas células inmaduras con numerosas mitosis típicas y atípicas.

Existen otros mucho menos frecuentes: carcinoma verrucoso, carcinoma basaloide, carcinoma papilar, carcinoma sarcomatoide entre otros.

Presentación clínica

La disfonía persistente es la forma de presentación más habitual del carcinoma glótico. Pequeñas lesiones cordales pueden resultar en una disfonía significativa, y los pacientes con disfonía suelen presentarse en etapas precoces de la enfermedad. En consecuencia, todo paciente con disfonía persistente, de más de dos semanas de evolución, debe ser sometido a un examen laríngeo, especialmente si tiene factores de riesgo para desarrollar un carcinoma de laringe. En casos de tumores de gran tamaño, el cáncer glótico puede causar hemoptisis y disnea (12,13).

El carcinoma supraglótico, en cambio, puede permanecer silente por un largo tiempo, y muchos de ellos pueden debutar con una metástasis ganglionar cervical. Según su ubicación y tamaño, los carcinomas supraglóticos pueden producir trastornos vocales, odinofagia y otalgia refleja, carraspeo, disfagia, tos y hemoptisis. Los grandes tumores supraglóticos suelen producir una voz cavernosa, mientras que la disfonía "glótica" se produce cuando la extensión tumoral produce una fijación cordal. (12,13)

Se debe realizar un completo examen de cabeza y cuello en todos los pacientes en quienes se sospeche un carcinoma laríngeo. Esta evaluación debiera incluir un examen exhaustivo de la piel facial, cuero cabelludo, pabellones auriculares, nariz, cavidad oral y cuello. (12,13)

El examen laríngeo se puede efectuar en la mayoría de los pacientes con un espejo laríngeo (laringoscopia indirecta), el cual proporciona una excelente visión de la laringe e hipofaringe. Un endoscopio flexible puede utilizarse también para examinar la laringe, y permite conectarse a una cámara para documentación con fotografía o video. El examen estroboscópico permite evaluar el patrón de movilidad cordal, y permite delimitar lesiones glóticas pequeñas. La palpación cervical es esencial, buscando adenopatías y evaluando la movilidad del complejo laringotraqueal y la eventual extensión tumoral fuera de la laringe.(12)

Imagenología

La tomografía computarizada (TC) cervical es útil para evaluar la extensión tumoral (especialmente la invasión de cartílago), la afección de estructuras anatómicas críticas y la presencia de metástasis ganglionares. (14)

La resonancia nuclear magnética (RNM) presenta una mejor resolución al evaluar la infiltración de partes blandas, así como para diferenciar tumor de edema. Sin embargo, en pacientes con tumores glóticos precoces (Tis, T1 y algunos T2), los estudios de imagen no son estrictamente necesarios dado que la invasión local y las metástasis ganglionares son poco frecuentes. (14)

PET (tomografía por emisión de positrones) tiene una elevada sensibilidad y especificidad para detectar de manera precoz las metástasis ganglionares, su papel es más importante para el seguimiento después del tratamiento.

Confirmación diagnóstica

Se requiere obtener una biopsia tisular para confirmar el diagnóstico antes de plantear cualquier tratamiento, la mayoría de las biopsias laríngeas se obtienen durante una laringoscopia directa. La laringoscopia directa permite además una

acuciosa evaluación de la laringe y del tracto aerodigestivo superior para realizar un adecuado estadiaje, así como para descartar eventuales lesiones sincrónicas.
(1)

Estadiaje

El estadiaje del cáncer de laringe se basa en parámetros específicos del tumor, que varían según se trate de un carcinoma supraglótico o glótico. Para fines de estadiaje, la laringe supraglótica se divide en 5 subsitios: epiglotis suprahióidea, epiglotis infrahióidea, pliegues ariepiglóticos, aritenoides y bandas ventriculares ("cuerdas vocales falsas"). El método de estadiaje más utilizado corresponde al sistema TNM elaborado por el American Joint Committee on Cancer (AJCC)

CLASIFICACION DEL CÁNCER DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE CABEZA Y CUELLO	
Estadio I	T1, N0, M0
Estadio II	T2, N0, M0
Estadio III	T3, N0, M0, T1, T2, T3, N1, M0
Estadio IV	T4 N0, N1, M0
	Cualquier T, N2, N3, M0
	Cualquier T, cualquier N, M1

CLASIFICACION TNM PARA ESTADIFICACIÓN

Tumor primario (T)	
TX	Sin información de tumor primario
T0	Sin evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma <i>in situ</i>
Supraglotis	
T1	Tumor limitado a un subsitio de la supraglotis con movilidad normal de las cuerdas vocales
T2	El tumor invade la mucosa de más de un subsitio adyacente de la glotis y supraglotis, fuera de la supraglotis (ej: mucosa de la base de la amígdala, úvula, pared media del seno piriforme) sin fijación a la laringe
T3	Tumor limitado a la laringe, con fijación de cuerdas vocales y/o invasión a cualquiera de las áreas siguientes: post cricoidea, preepiglotica, espacio paraglotico y/o erosión del cartílago tiroideo menor
T4 a	El tumor invade a través del cartílago tiroideo y/o invade tejidos más allá de la laringe (ej: tráquea, tejidos blandos de cuello incluyendo musculo profundo extrínseco de la amígdala, tiroides o esófago)
T4 b	El tumor invade el espacio prevertebral, revestimiento de arteria carotidea o estructuras de mediastino
Glotis	
T1	Tumor limitado a la(s) cuerda(s) vocale(s) (puede involucrar la comisura anterior o posterior) con movilidad normal
T1 a	Tumor limitado a una cuerda vocal
T1 b	Tumor que involucra ambas cuerdas vocales
T2	Tumor que se extiende a supraglotis y/o subglotis, o con afectación de la movilidad de la cuerda vocal
T3	Tumor limitado a la laringe con fijación de la cuerda vocal
T4 a	El tumor invade el cartílago cricoideo o tiroideo y/o invade tejidos más allá de la laringe (ej: traquea, tejidos blandos de cuello incluyendo musculo profundo extrínseco de la lengua, tiroides o esófago)
T4 b	El tumor invade el espacio prevertebral, revestimiento de arteria carotidea o estructuras de mediastino
Subglotis	
T1	Tumor limitado a subglotis
T2	Tumor que se extiende a cuerda(s) vocal(es) con movilidad normal o afectada
T2	Tumor limitado a laringe con fijación de cuerda vocal
T4 a	El tumor invade el cartílago cricoideo o tiroideo y/o invade tejidos más alla de la laringe (ej: traquea, tejidos blandos de cuello incluyendo musculo profundo extrínseco de la lengua, tiroides o esófago)
T4 b	El tumor invade el espacio prevertebral, revestimiento de arteria carotidea o estructuras de mediastino

CLASIFICACION GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES (N)

Ganglios linfáticos regionales (N)	
NX	Los ganglios pueden ser valorables o no
N0	Sin ganglios clínicamente positivos
N1	Un nódulo clínicamente positivo, homolateral y de diámetro < 3cm
N2a	Un nódulo clínicamente positivo, homolateral y de diámetro entre 3 y 6 cm
N2b	Múltiples ganglios homolaterales clínicamente positivos, ninguno mayor de 6 cm de diámetro
N3a	Ganglios positivos homolaterales y mayores de 6 cm
N3b	Ganglios positivos clínicamente bilaterales y mayores de 6 cm
N3c	Ganglios positivos clínicamente contralaterales y mayores de 6 cm
Metástasis a distancia (M)	
MX	No se valoró las metástasis a distancia
M0	Sin evidencia de metástasis a distancia
M1	Con metástasis a distancia

Planificación terapéutica

El objetivo del tratamiento del cáncer de laringe es la curación de la enfermedad. Objetivos secundarios incluyen la preservación o reconstrucción de los mecanismos fonatorios, así como de la habilidad de deglutir sin aspirar. Tanto la cirugía, la radioterapia y el tratamiento multimodal pueden manejar esta patología. Para determinar la mejor modalidad terapéutica para un paciente en particular, deben considerarse múltiples factores, como son el estadio y características del tumor, factores relacionados con el paciente así como la experiencia y equipamiento del centro que proporcionará el tratamiento. (15)

Cuando se planifica el tratamiento, se debe evaluar las características del tumor y determinar el estadio tumoral. En términos generales, los tumores pobremente diferenciados tienden a producir metástasis más precozmente que los tumores bien diferenciados, y los tumores exofíticos responden mejor a la radioterapia que los tumores endofíticos. Los tumores supraglóticos presentan enfermedad ganglionar cervical en forma precoz, y muchas veces bilateral. Los factores relacionados con el paciente, como ocupación, condición mental y salud general deben usarse para guiar las decisiones terapéuticas. La condición médica general,

y en especial la función pulmonar, son de gran importancia en la toma de decisiones respecto del tratamiento. (15)

Los cánceres superficiales incipientes sin fijación o compromiso ganglionar pueden tratarse con RT sola siendo las tasas de curación similares a la cirugía (85-95% para ambas). Las lesiones más avanzadas localmente pueden tratarse con éxito con cirugía, radioterapia o una combinación de ambas. Cuando existen ganglios comprometidos pero móviles predominara el tratamiento quirúrgico con o sin radioterapia.

Todos los pacientes con cáncer de laringe T1 o T2 deben ser tratados inicialmente con intención de preservar la laringe y en los tumores T3 o T4 sin invasión a los tejidos a través de cartílago a los tejidos blandos del cuello la preservación laríngea con QRT sería lo más apropiado. En los tumores localmente avanzados el tratamiento con QT y RT es la alternativa estándar ala laringectomía total, aunque el valor de añadir QT y el momento óptimo de añadirla a la RT son desconocidos.

En los últimos años se está viendo un aumento en la cirugía frente a la RT en estadios iniciales y un aumento de la QRT frente a la cirugía en estadios avanzados.

Modalidades de tratamiento según la localización y el estadio de la lesión

Para los tumores supraglóticos T1 y T2 las tasas de curación son aproximadamente entre el 50 y 70% con cirugía como RT. Cuando no afectan a la glotis o los aritenoides la técnica quirúrgica indicada sería una laringectomía supraglótica con vaciamiento ganglionar funcional bilateral, se recomienda Postoperatoria en el caso de que haya ganglios con metástasis. Para los tumores que afectan el plano glótico la RT sería el tratamiento de elección, ya que cualquier técnica quirúrgica presentaría peores resultados funcionales.

En los tumores glóticos y subglóticos T1 tanto la cirugía conservadora (cirugía endoscópica laser o laringectomía parcial por laringofisura), como la RT, tienen muy buenos resultados. La supervivencia a los 5 años es del 90-95 %. La elección de una u otra técnica depende de intentar obtener la mejor funcionabilidad posible. Una ventaja de usar inicialmente la cirugía, es que ante una recidiva podremos disponer también de la RT. En ausencia de adenopatías no es necesario tratar el cuello en estos tumores.

El manejo de los tumores glóticos y subglóticos T2 es más complicado debido a su gran variabilidad. Las probabilidades de curación están entre el 50- 85% a los 5

años según las series. En los pacientes con buena movilidad de las cuerdas vocales se recomienda la RT ya que cualquier opción quirúrgica tendría peores resultados funcionales. En este caso, en caso de necesitar tratamiento de rescate casi siempre habría que realizar una laringectomía total. Cuando la movilidad de la cuerda vocal esta alterada, aunque existe disparidad de opiniones parece ser más controlable con la cirugía. En estos casos el tratamiento de rescate podría ser la RT. Los resultados finales son similares con ambos tratamientos siendo válidas las dos opciones y la elección debe tomarse junto con el paciente. Cuando la principal preocupación del paciente es reducir el riesgo de una laringectomía total, se recomienda la realización de cirugía parcial pero si la principal preocupación es la calidad de la voz se recomienda el tratamiento con RT. Si el tumor invade ambas cuerdas vocales se recomienda la RT al menos en pacientes con buen estado general ya que un cirugía de rescate tras la radiación no representaría un riesgo particular.

En cuanto a los ganglios del cuello la RT postoperatoria estaría indicada cuando existen tres o más ganglios linfáticos metastásicas.

La probabilidad de curación en los tumores avanzados (T3 y T4) de supraglotis es aproximadamente del 50% y se asocian con metástasis en los ganglios del cuello en el 30-60% de los casos. Los tumores glóticos avanzados tienen un 30-80% de curación, y deben tratarse los ganglios del cuello. Los tumores subglóticos avanzados tienen una probabilidad de curación de aproximadamente 60% y con frecuencia presentan afectación ganglionar. Los tumores en estadio IV se asocian con metástasis a distancia en un 30% de los casos.

La elección del tratamiento en estos casos (cirugía o radioterapia) es controvertida. La cirugía pasa generalmente por la realización de la laringectomía total aunque en el caso de pacientes jóvenes en los que al menos un cartílago aritenoides se puede preservar se puede optar por una laringectomía subtotal.

La RT postoperatoria está indicada en los casos en que existiera metástasis ganglionar en tres o más ganglios linfáticos o en alguno de gran tamaño o con invasión extra capsular en los casos de invasión perineural y cuando existen márgenes quirúrgicos afectados.

La radioterapia es defendida por algunos autores como posibilidad de tratamiento en estos pacientes aunque las tasas de control local son generalmente menores que con la cirugía, sobre todo cuando está invadido el cartílago tiroides.

Hay estudios que demuestran que la quimioterapia de inducción seguida de RT hacen que los pacientes puedan preservar la laringe en más del 60% de los casos, sin comprometer la supervivencia con respecto a la cirugía estándar. La QT-RT concomitante debe ser ofrecida como posibilidad en aquellos pacientes con buenas condiciones excepto aquellos con T4 extendidos. Los tumores T4 y tumores transglóticos son más candidatos para laringectomía total.

Evolución

Después de la cirugía o de la radioterapia, los pacientes son seguidos estrechamente para evaluar su proceso de cicatrización y el eventual desarrollo de complicaciones. Tanto el paciente como la familia suelen requerir un gran apoyo de parte del equipo tratante, en la medida en que se van adaptando a los cambios físicos y funcionales implícitos en el tratamiento de su enfermedad. Tras completar la cicatrización, los pacientes son sometidos a un completo examen físico cervicofacial cada 3 meses. Si la laringe se ha respetado, ésta debe ser evaluada con atención. La detección de recurrencias o de un nuevo tumor primario puede ser extremadamente difícil en algunos pacientes, especialmente en aquellos que han sido irradiados. Se debe realizar una laringoscopia directa con toma de biopsias si aparece cualquier lesión sospechosa al examen clínico. (15)

Se recomiendan controles cada 4 meses tras dos años de seguimiento, cada 6 meses tras cuatro años de seguimiento, y anuales tras cinco años de seguimiento. Es importante solicitar una radiografía de tórax y pruebas de función hepática una vez al año, para detectar tumores o enfermedad metastásica a distancia. (17)

Resultados y pronóstico

La supervivencia global del carcinoma laríngeo es del 70-80%, variando en relación a una serie de factores pronósticos. En forma general, la supervivencia es mayor en los tumores glóticos que en los supraglóticos, dado que en estos últimos el diagnóstico suele ser más tardío y las metástasis ganglionares son más frecuentes. El estadiaje según el sistema TNM es la variable que se correlaciona con mayor fuerza con la supervivencia. Otros factores pronósticos incluyen el grado de diferenciación histológica, la invasión tumoral en profundidad, la infiltración de tejidos blandos cervicales, la ruptura capsular de las adenopatías, el grado de angiogénesis tumoral, la ploidia del ADN tumoral y el desarrollo de un segundo tumor primario. Ciertos desbalances genéticos también se correlacionan con un peor pronóstico. (17)

La sobrevida global a 5 años para el carcinoma glótico precoz (T1 y T2), independientemente de la modalidad de tratamiento escogida, es de 85-100%. Las metástasis ganglionares en la enfermedad precoz reducen las tasas de sobrevida a 60%. Los tumores T3-N0 tienen una sobrevida a 5 años de 65%, que cae a 50% cuando hay enfermedad metastásica ganglionar. Los tumores glóticos invasivos (T4) se asocian a una tasa de sobrevida a 5 años de 40% en ausencia de enfermedad ganglionar, pero ésta fluctúa entre 10 y 30% en cuello. (18)

Tendencias y Proyecciones

La laringectomía total sigue siendo el tratamiento estándar del carcinoma glótico avanzado. La enfermedad avanzada parece que será manejada aún, al menos en el futuro inmediato, mediante la laringectomía total, aunque la terapia multimodal y los protocolos de quimio-radioterapia están siendo perfeccionados y podrían mejorar la sobrevida y potencialmente preservar la laringe en casos seleccionados.(18)

MATERIAL Y METODO

Se procedió a elegir del libro de registro de pacientes oncológicos todos los nombres y números de expedientes de pacientes diagnosticados con cáncer de laringe en el periodo comprendido 2013 a 2015.

Área de estudio: servicio de otorrinolaringología del hospital escuela Antonio Lenin Fonseca.

Tipo de estudio:

Es un estudio descriptivo retrospectivo transversal observacional.

Universo: todos los pacientes diagnosticados con cáncer laríngeo del servicio de otorrinolaringología del Hospital Antonio Lenin Fonseca.

Muestra: constituida por 53 pacientes con diagnóstico de cáncer laríngeo.

Criterios de Inclusión

- Pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer laríngeo.
- Con expediente clínico completo.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer laríngeo.
- Con expediente clínico incompleto.

Recolección de la información: la información se obtuvo de los expedientes clínicos de los pacientes en estudio a través de una ficha recolectora de datos previamente diseñada que contiene las variables en estudio.

Plan de análisis:

Los datos obtenidos se procesaron en el programa Microsoft office Excel 2013 y los resultados se presentan en tablas de frecuencia 2x2 y gráficos con las variables en estudio.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA
Edad	Años cumplidos del paciente al momento del estudio.	Menor de 30 40 a 49 años 50 a 59 años >60 años
Sexo	Condición biológica que diferencia al ser humano.	Femenino Masculino
Ocupación	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo laboralmente	Agricultor Obrero Constructor Maestro Conductor Comerciante Ama de casa
Antecedente de fumado	Uso de tabaco o cigarrillo previo al diagnostico	Si No
Años de fumado	Tiempo del consumo del tabaco	Menos de 5 años 5 a 10 años 10 a 20 años Más de 20
Antecedente de Ingesta de licor	Consumo de alcohol previo al diagnostico	Si No
Años de ingesta de licor	Tiempo en años del consumo de alcohol	Menos de 5 años 5 a 10 años 10 a 20 años Más de 20

Síntoma referido	Es la razón que lleva al paciente a solicitar atención sanitaria.	Disfonía Disnea Disfagia Odinofagia
Tiempo de evolución de síntomas	Momento desde inicio de los síntomas hasta la primera consulta	Menos de 1mes 1mes 2mes Más de 3 meses
Localización anatómica	Región o subsitio donde se localiza la lesión	Supraglotis Glotis Subglotis
Estadio clínico	Sistema internacional que describe la extensión anatómica de la enfermedad	Estadio I Estadio II Estadio III Estadio IV
Tipo histológico	Categoría de clasificación de los tejidos orgánicos	Ca. de cel. escamosas Ca. de cel. Transicionales Ca. de cel. Claras.
Tratamiento indicado	Terapia utilizada para en el manejo de una enfermedad	Cirugía-radio-quimioterapia Radioterapia-quimioterapia

RESULTADOS

En el presente estudio se encontró 53 casos de cáncer laríngeo en el periodo comprendido del año 2013 al año 2015, obteniendo los siguientes resultados.

Respecto a los grupos etarios, se encontró en los menores de 40 años 1 paciente (1.9%); de 40 a 49 años 5 pacientes (9.4%); de 50 a 59 años 9 pacientes (17%); mayor de 60 años 38 pacientes (71.7%).

El sexo masculino se encontró 46 pacientes (86.8%) y en el sexo femenino 7 pacientes (13.2%).

Respecto a la ocupación se encontró, 17 Agricultores (32.1%); Constructores 13 (24.5%); Ama de casa 7 (13.2%); Comerciantes 7 (13.2%); Obreros 6 (11.3%); Conductores 2 (3.8%) y Maestro 1 (1.9%).

En cuanto al antecedente de fumado, 38 pacientes (71.7%) fumaron y 15 pacientes (28.3%), nunca fumaron.

De los pacientes fumadores, 1 paciente (2.6%), fumo menos de 5 años; 2 pacientes (5.3%) fumaron entre 5 y 10 años; 3 pacientes (7.9%) fumaron de 10 a 20 años; 32 pacientes (84.2%) más de 20 años.

En cuanto al antecedente de ingesta de alcohol, 41 pacientes (77.4%) tomaron licor y 12 pacientes (22.6%) nunca tomaron.

De los pacientes que ingirieron alcohol, 1 paciente (2.4%) menos de 5 años; 1 paciente (2.4%) de 5 a 10 años; 5 pacientes (12.2%) de 10 a 20 años; 34 pacientes (82.9%) más de 20 años.

Respecto a los síntomas referidos 40 pacientes (75.5%) presentaron Disfonía; 8 pacientes (15.1%) Disnea; 3 pacientes (5.7%) Disfagia y 2 pacientes (3.8%) Odinofagia.

En relación al tiempo de evolución de los síntomas, ningún paciente consulta antes del mes; 8 pacientes (15.1%) consultaron a los 2 meses; 45 pacientes (84.9%) después de los 3 meses.

En cuanto a la localización anatómica del Cancer Laríngeo, 25 pacientes (47.2%) se encontró en supraglotis; 27 pacientes (50.9%) glótico y 1 paciente (1.9%) subglótico.

Referente al tipo histológico del Cancer Laríngeo, 52 pacientes (98.1%) fue de células escamosas y 1 paciente (1.9%) de otra clasificación.

Respecto al estadio clínico del Cancer Laríngeo, 4 pacientes (7.5%) en Estadio I; 3 pacientes (5.7%) en Estadio II; 8 pacientes (15.1%) en Estadio III; 38 pacientes (71.7%) en Estadio IV.

En cuanto al tratamiento indicado para el Cancer Laríngeo, 4 pacientes (7.5%) fue cirugía, más radioterapia más quimioterapia y 49 pacientes (92.5%) fue radioterapia más quimioterapia.

DISCUSION Y ANALISIS

Del total de casos estudiados 38 pacientes (71.7%) fueron mayores de 60 años correspondiéndose, con resultados encontrados en estudio similar en este hospital y con estadísticas de Estados Unidos donde se mencionan rangos de edades similares sin embargo en la actualidad se encuentran más casos en personas menores de 40 años, lo cual puede explicarse por el mayor tiempo de exposición a los diferentes factores de riesgo para la patología en estudio. (1,4)

De los 53 casos estudiados el 87% (46 pacientes) correspondieron al sexo masculino y el 13% (7 pacientes) al sexo femenino con una relación de 8.7:1 con predominio del masculino sobre el femenino dato que concuerda con las estadísticas mundiales donde se describe que el sexo masculino es más afectado esto puede deberse a que el sexo masculino tiene mayor exposición al tabaco y licor, además semeja a resultados obtenidos en estudio similar realizado en este centro por la misma patología. (1,4), sin embargo se menciona la afección al sexo femenino ha ido en ascenso por el mayor consumo de licor y fumado en mujeres.

Destacan los agricultores en un 32% y los constructores con 24% siendo la ocupación más afectada por el cáncer laríngeo correspondiéndose a lo descrito en la donde se menciona que la exposición a agentes químicos irritantes están asociados a la etiología del cáncer laríngeo en estas ocupaciones. (9)

De los factores de riesgo el antecedente de fumado se encontró que 38 pacientes(71.7%) fumaron de los cuales 32(84.2%) lo hicieron por más de 20 años seguido por 41 pacientes(77%) que tomaron alcohol, de los cuales 34(82.9%) la ingesta de alcohol fue mayor a 20 años datos que semejan a los mencionados en estudios realizados sobre el tema donde el fumado y uso de alcohol son los factores de riesgo más frecuentemente encontrados por el daño ocasionado a la mucosa laríngea por estas sustancias.(6, 7, 8,9)

La disfonía fue el síntoma que más predominó, con un 75.5%, correspondiendo al sitio anatómico más afectado, es el síntoma primario de los tumores de laringe debido a la toma de las cuerdas vocales, por la lesión tumoral y un 15% de los pacientes presento disnea, esto se debió a la obstrucción de la vía aérea por grandes tumores.(1,2)

Se observó que 45 pacientes (84.9%) acudieron después de 3 meses del inicio de los síntomas, lo que puede deberse a poca cultura preventiva de los pacientes, además de ser manejados inicialmente como infecciones de vías respiratoria superiores. Estos datos corresponden en estudio previo, realizados sobre el tema.

En cuanto a la localización anatómica del cáncer laríngeo se encontró que 27 pacientes (50,9%) tenían cáncer en glotis y 25 pacientes (47.2%) en supraglotis, reflejando los hallazgos similares con estudios previos a nivel nacional e internacional donde se menciona que la localización más frecuente es a nivel glótico.

El tipo histológico de cáncer laríngeo más frecuente fue el escamoso con un 98%, datos que corresponden con la literatura internacional, el cual ocurre en más del 95% de los casos, datos que corresponde a estudio previo en este hospital.(1,4,5)

El estadio clínico que más predominó fue el Estadio IV con 38 pacientes (71.7%), lo cual puede deberse a la búsqueda de atención médica tardíamente y por ende un pronóstico de vida desfavorable.

En cuanto al tratamiento indicado predominó Radio/Quimioterapia, con un 92.5% y un pequeño porcentaje el tratamiento quirúrgico como primera elección lo cual concuerda con el Estadiaje encontrado en literaturas consultadas sobre el tema en es estudio

CONCLUSIONES

En nuestro estudio se encontró que el cáncer de laringe es más frecuentes en el sexo masculino que el femenino con una relación de 8.7:1. El grupo etáreo en el que se presenta más comúnmente el Cancer laríngeo es en mayores de sesenta años. Los agricultores y constructores son los más afectados por cáncer laríngeo. La mayoría de los pacientes estuvieron expuestos al tabaco y alcohol por más de veinte años. La disfonía fue el principal síntoma referido por el paciente al momento de la consulta y el tiempo de evolución fue de más de tres meses. La localización anatómica más frecuente fue el glótico. El estadio IV fue el más predominante. El tratamiento más indicado fue radioterapia mas quimioterapia.

RECOMENDACIONES

1. Realizar campañas educativas a nivel nacional en los diferentes medios de comunicación sobre los síntomas tempranos del cáncer laríngeo y los efectos producidos por el consumo de tabaco y alcohol.
2. Capacitar al personal de atención primaria en salud sobre los síntomas tempranos de cáncer laríngeo.
3. Realizar estudios sobre la evolución clínica de los pacientes posteriores al tratamiento recibido, para valorar eficacia del tratamiento indicado y así contribuir al conocimiento sobre el comportamiento de esta patología en el servicio.
4. Aumentar los turnos quirúrgicos al servicio de otorrinolaringología para detectar el Cáncer laríngeo a través de la laringoscopia directa más toma de biopsia con el fin de un diagnóstico y manejo precoz que mejore el pronóstico de vida para estos pacientes.

X. BIBLIOGRAFIA

1. Cummings, et al. Otolaryngology: Head & Neck Surgery. 4th ed.
2. Woodson G.E. Laryngeal and pharyngeal function. En: Cummings Otolaryngology Head and neck surgery. 4ª ed. Philadelphia (Pensilvania): Elsevier-Mosby, 2005; 1.963-1.974.
3. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures. Atlanta. Disponible en URL: <http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/>.
4. Morin Muñoz Leonor. Comportamiento del cáncer laríngeo. Hospital Antonio Lenin fonseca.1991-1196.
5. Gonzalez Daliza .Referencia de pacientes con cancer laríngeo mediante el uso de la hoja del cancer laríngeo. Hospital lenin Fonseca. 2001
6. Cancer National Institute. Cáncer de laringe: Tratamiento. Cáncer National Institute [on line] Nov 2008. [fecha de acceso 20 de marzo de 2009]. URL disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/laringe>
7. R. Talamini, C. Bosetti, C. La Vecchia, *et al.* Combined effect of tobacco and alcohol on laryngeal cancer risk: a case-control study. *Cancer Causes Control*, 13 (10) (2008), pp. 957–964.
8. A.J. Tuyns, J. Esteve, L. Raymond, *et al.* Cancer of the larynx/hypopharynx, tobacco and alcohol: IARC international case-control study in Turin and Varese (Italy), Zaragoza and Navarra (Spain), Geneva (Switzerland) and Calvados (France) *Int J Cancer*, 41 (4) (2008), pp. 483–491

9. C. Bosetti, W. Garavello, S. Gallus, *et al.* Effects of smoking cessation on the risk of laryngeal cancer: an overview of published studies *Oral Oncol*, 42 (9) (2006), pp. 866–872.
10. J.E. Muscat, E.L. Wynder Tobacco, alcohol, asbestos, and occupational risk factors for laryngeal cancer *Cancer*, 69 (9) (1992), pp. 2244–2251.
11. R.B. Capone, S.I. Pai, W.M. Koch, *et al.* Detection and quantitation of human papillomavirus (HPV) DNA in the sera of patients with HPV-associated head and neck squamous cell carcinoma *Clin Cancer Res*, 6 (11) (2000), pp. 4171–4175.
12. M.L. Gillison, W.M. Koch, R.B. Capone, *et al.* Evidence for a causal association between human papillomavirus and a subset of head and neck cancers *J Natl Cancer Inst*, 92 (9) (2006), pp. 709–720.
13. H.B. El Serag, E.J. Hepworth, P. Lee, *et al.* Gastroesophageal reflux disease is a risk factor for laryngeal and pharyngeal cancer *Am J Gastroenterol*, 96 (7) (2005), pp. 2013–2018.
14. A.A. Thekdi, R.L. Ferris. Diagnostic assessment of laryngeal cancer. *Otolaryngol Clin North Am*, 35 (5) (2007), pp. 953–969.
15. G. Marioni, R. Marchese-Ragona, G. Cartei, *et al.* Current opinion in diagnosis and treatment of laryngeal carcinoma. *Cancer Treat Rev*, 32 (7) (2006), pp. 504–515.
16. Imaging in laryngeal cancer: computed tomography, magnetic resonance imaging, positron emission tomography *Otolaryngologic Clinics of North America, Volume 35, Issue 5, October 2005, Pages 971-991.*
17. D.G. Pfister, S.A. Laurie, G.S. Weinstein, *et al.* American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline for the use of larynx—preservation

strategies in the treatment of laryngeal cancer. *J Clin Oncol*, 24 (22) (2006), pp. 3693–3704.

18. Radiotherapeutic Management of Laryngeal Carcinoma *Otolaryngologic Clinics of North America*, Volume 41, Issue 4, August 2008, Pages 715-740
Boris Hristov, Gopal K. Bajaj
19. Gómez Bernal A. Tratamiento multidisciplinario del cáncer. Cirugía, radioterapia y quimioterapia: principios generales. En: Cruz JJ (ed.). *Lecciones de oncología clínica*. 2ª ed. Madrid
20. Cooper JS, Pajal LF, Forastiere AA et al. Posoperative concurrent radiotherapy and chemotherapy for high risk squamous-cell carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med* 2005;350:1937-
21. Calvo Manuel FA. Radioterapia. En: Díaz-Rubio E, García-Conde J (eds.). *Oncología clínica básica*. Madrid: Arán; 2000. p.269-288.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

**PREVALENCIA Y CARACTERIZACION DEL CANCER LARINGEO EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
DEL HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA EN EL PERIODO
COMPRENDIDO 2013 A 2015**

Expediente -----

Ficha-----

I. Edad:

1. Menor de 40 años
2. De 40 a 49 años
3. De 50 a 59 años
4. Mayores de 60 años

II. Sexo:

Femenino _____ Masculino: _____

III. ocupación:

agricultor _____ constructor _____ conductor _____

obrero _____ maestro _____ comerciante _____ ama/casa _____

IV. antecedente de fumado:

si _____ no: _____

V. Años de fumado:

5-10 años _____ 10-20 años _____

Más de 20 años _____

VI. antecedente de ingesta de licor:

Si _____ No _____

VII. Años de ingesta de licor:

5-10 años____ 10-20 años_____

Más de 20 años_____

VIII. síntomas referidos:

disfonía_____ disnea_____

disfagia_____ Odinofagia_____

IX. Tiempo que tardo el llegar a consulta:

Menos de 1 mes_____ 1 mes_____

2 meses_____ más de 3 meses_____

X. Localización anatómica:

supraglotis_____ glotis_____

subglotis_____

XI. Tipo histológico:

Ca. Cel. Escamosas _____ Ca. Cel. Transicionales _____ otros _____

XII. Estadio clínico:

Estadío I _____ estadio II _____

Estadío III _____ estadio IV _____

XIII. Tratamiento indicado:

Quirúrgico/radio/quimioterapia_____

Radioterapia/quimioterapia_____

TABLAS

Tabla 1. Grupos etáreos de los pacientes con cáncer laríngeo del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.

Edad	N°	%
MENO DE 40	1	1.9
40 a 49	5	9.4
50 a 59	9	17.0
MAYOR 60	38	71.7
TOTAL	53	100

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 2. Sexo de los pacientes con cáncer laríngeo del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015. .

Sexo	N°	%
MASCULINO	7	13.2
FEMENINO	46	86.8
TOTAL	53	100

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 3. Ocupación de los pacientes con cáncer laríngeo del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.

Ocupación	N°	%
AGRICULTOR	17	32.1
CONSTRUCTOR	13	24.5
AMA DE CASA	7	13.2
COMERCIANTE	7	13.2
OBRERO	6	11.3
CONDUCTOR	2	3.8
MAESTRO	1	1.9
TOTAL	53	100

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 4. Antecedente de fumado en los pacientes con cáncer laríngeo del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.

Antecedente de fumado	N°	%
SI	38	71.7
NO	15	28.3
TOTAL	53	100

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 5. Años de fumado de los pacientes con cáncer laríngeo del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.

Años de fumado	N°	%
Menor de 5 AÑOS	1	2.6
5 A 10 AÑOS	2	5.3
10 A 20 AÑOS	3	7.9
mayor de 20 AÑOS	32	84.2
TOTAL	38	100.0

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 6. Antecedente de ingesta de alcohol de los pacientes con cáncer laríngeo del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.

Antecedente de Ingesta de Alcohol	N°	%
SI	41	77.4
NO	12	22.6
TOTAL	53	100

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 7. Años de ingesta de alcohol de los pacientes con cáncer laríngeo del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.

Años	N°	%
Menor de 5 AÑOS	1	2.4

5 A 10 AÑOS	1	2.4
10 A 20 AÑOS	5	12.2
mayor de 20 AÑOS	34	82.9
TOTAL	41	100.0

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 8. Síntomas referidos por los pacientes con cáncer laríngeo del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.

Síntomas	N°	%
DISFONIA	40	75.5
DISNEA	8	15.1
DISFAGIA	3	5.7
ODINOFAGIA	2	3.8
TOTAL	53	100

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 9. Tiempo de evolución de los síntomas de los pacientes con cáncer laríngeo del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.

meses	N°	%
MENOR DE 1 MES	0	0.0
1 MES	0	0.0
2 MESES	8	15.1
MAS DE 3 MESES	45	84.9
TOTAL	53	100

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 10. Localización anatómica del cáncer laríngeo de los pacientes del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.

Localización Anatómica	N°	%
SUPRAGLOTIS	25	47.2
GLOTIS	27	50.9
SUBGLOTIS	1	1.9
TOTAL	53	100.0

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 11. Tipo histológico del cáncer laríngeo de los pacientes del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.

Tipo histológico	N°	%
Cel. ESCAMOSAS	52	98.1
Cel. TRANSICIONAL	0	0.0
Cel. Claras	1	1.9
TOTAL	53	100

Fuente: Expediente Clínico.

TABLA 12. Estadío clínico de los pacientes con cáncer laríngeo del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.

Estadío	N°	%
ESTADIO I	4	7.5
ESTADIO II	3	5.7
ESTADIO III	8	15.1
ESTADIO IV	38	71.7
TOTAL	53	100

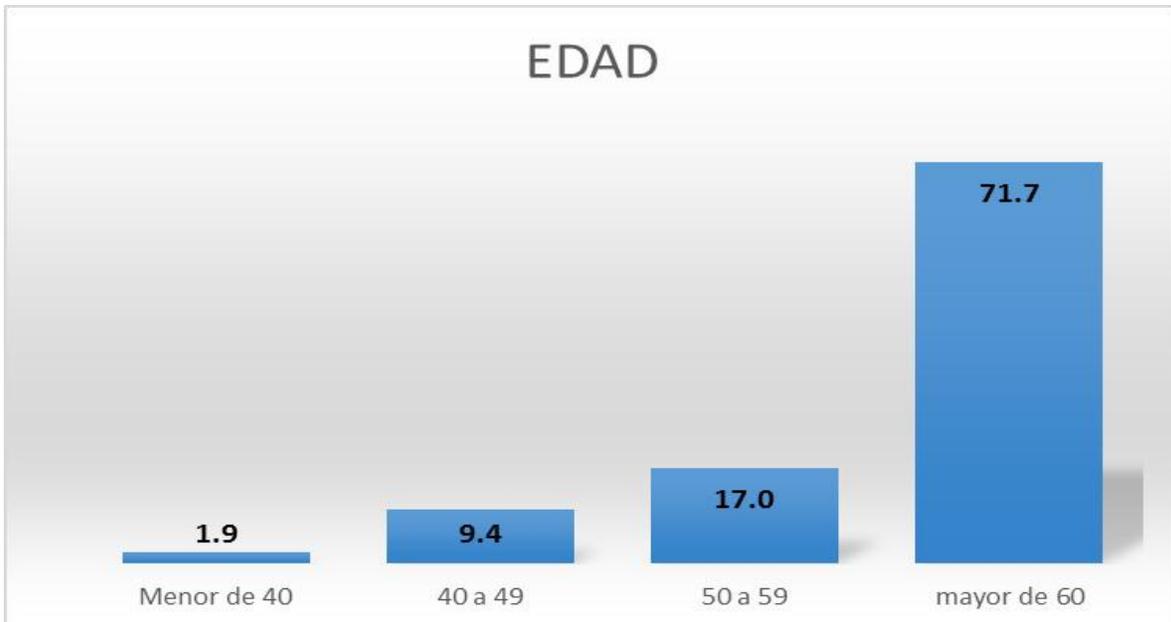
Fuente: Expediente Clínico.

Tabla 13. Tratamiento indicado a los pacientes del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.

Tratamiento Indicado	N°	%
QX + RT + QT	4	7.5
RT+QT	49	92.5
TOTAL	53	100

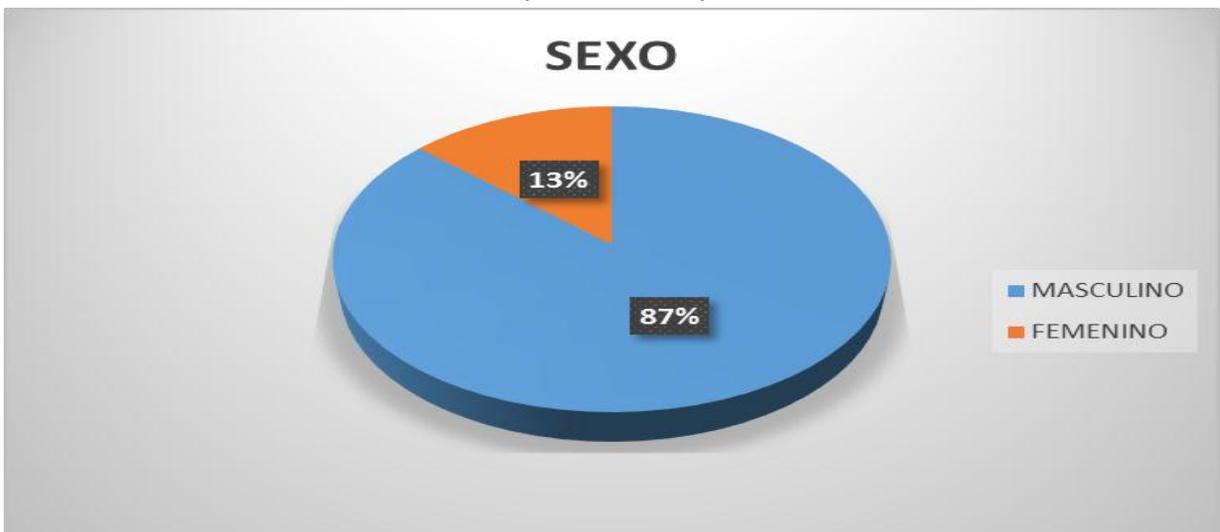
Fuente: Expediente Clínico.

Gráfico1. Grupos etáreos de los pacientes con cáncer laríngeo del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.



Fuente: Tabla N° 1.

Gráfico 2. Sexo de los pacientes con cáncer laríngeo del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.



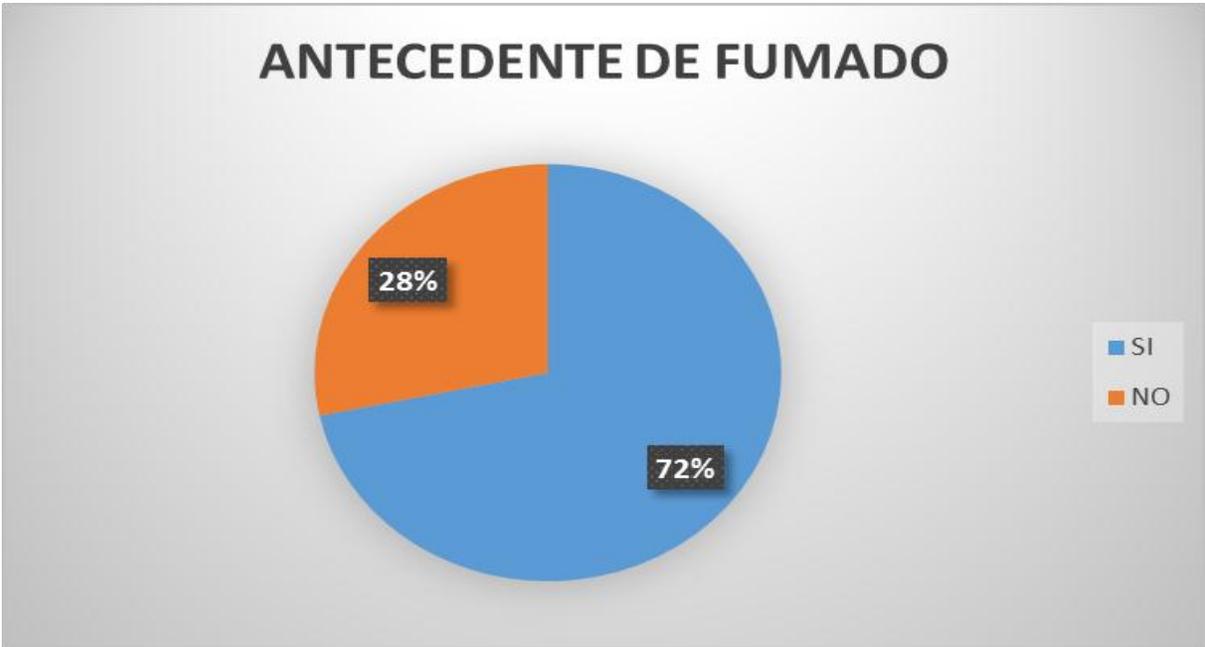
Fuente: Tabla N° 2.

Gráfico 3. Ocupación de los pacientes con cáncer laríngeo del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.



Fuente: Tabla N° 3.

Gráfico 4. Antecedente de fumado en los pacientes con cáncer laríngeo del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.



Fuente: Tabla N° 4.

Gráfico 5. Años de fumado de los pacientes con cáncer laríngeo del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.



Fuente: Tabla N° 5.

Gráfico 6. . Antecedente de ingesta de alcohol de los pacientes con cáncer laríngeo del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.



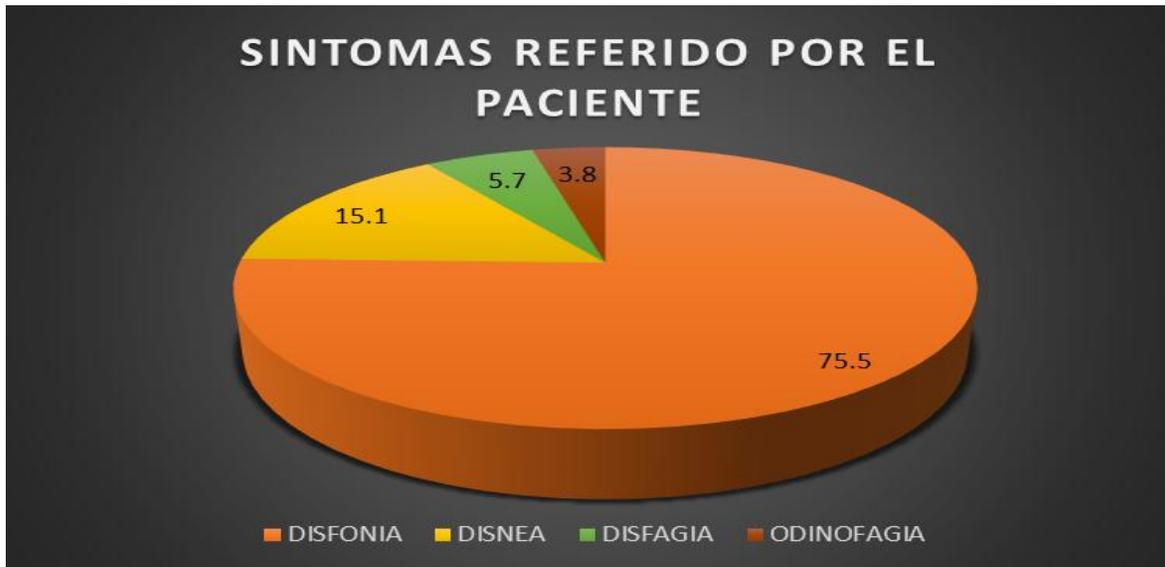
Fuente: Tabla N° 6.

Gráfico 7. Años de ingesta de alcohol de los pacientes con cáncer laríngeo del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.



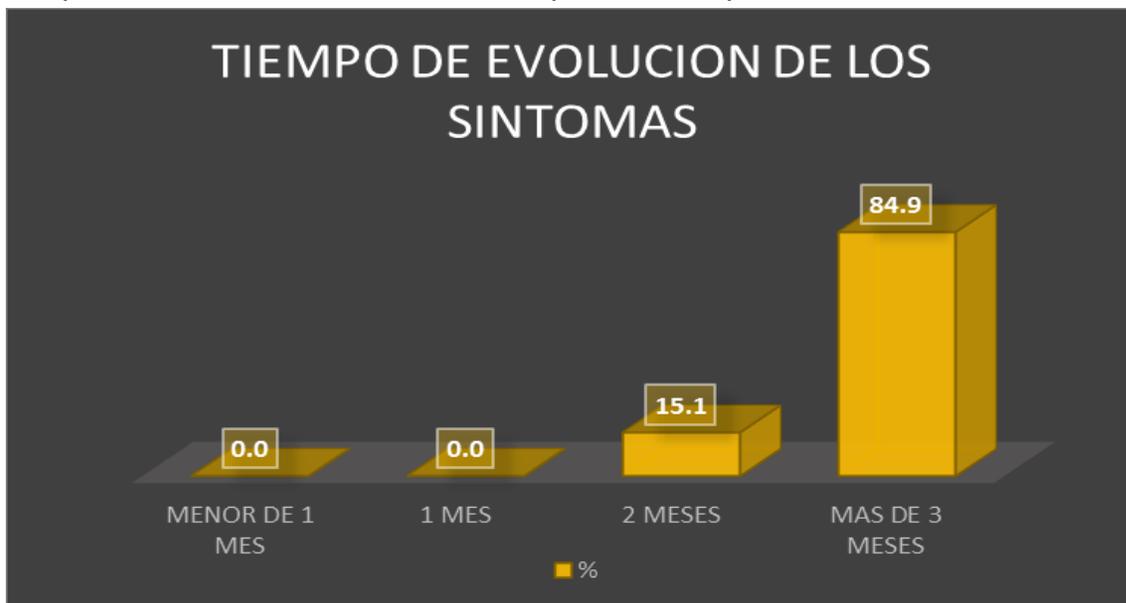
Fuente: Tabla N° 7.

Gráfico 8. Síntomas referidos por los pacientes con cáncer laríngeo del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.



Fuente: Tabla N° 8.

Gráfico 9. Tiempo de evolución de los síntomas de los pacientes con cáncer laríngeo del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.



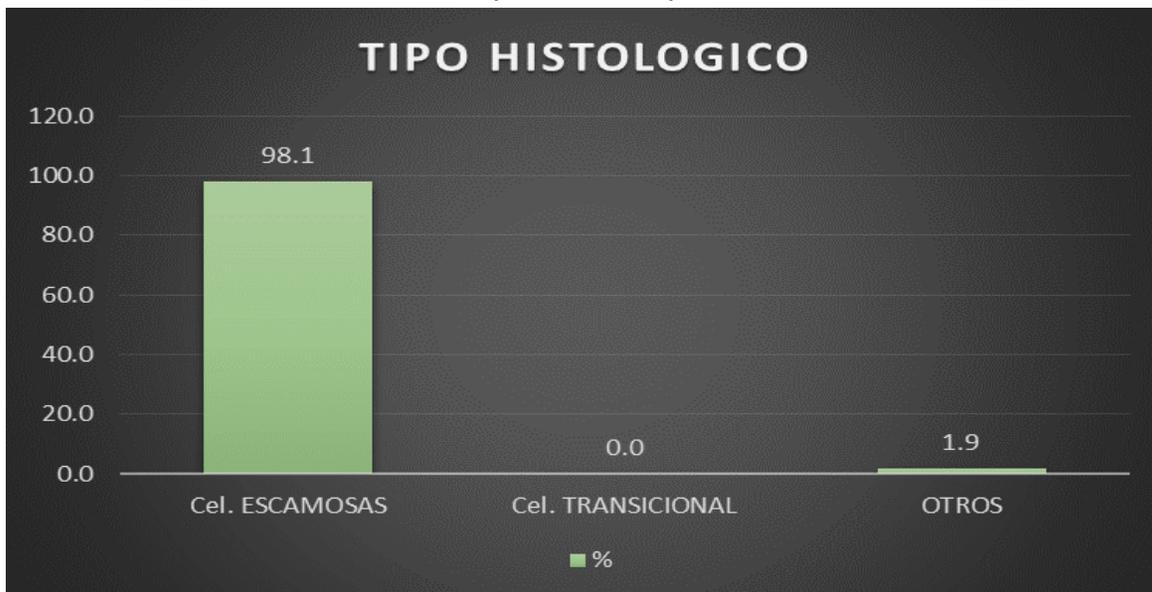
Fuente: Tabla N° 9.

Gráfico 10. Localización anatómica del cáncer laríngeo en pacientes del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.



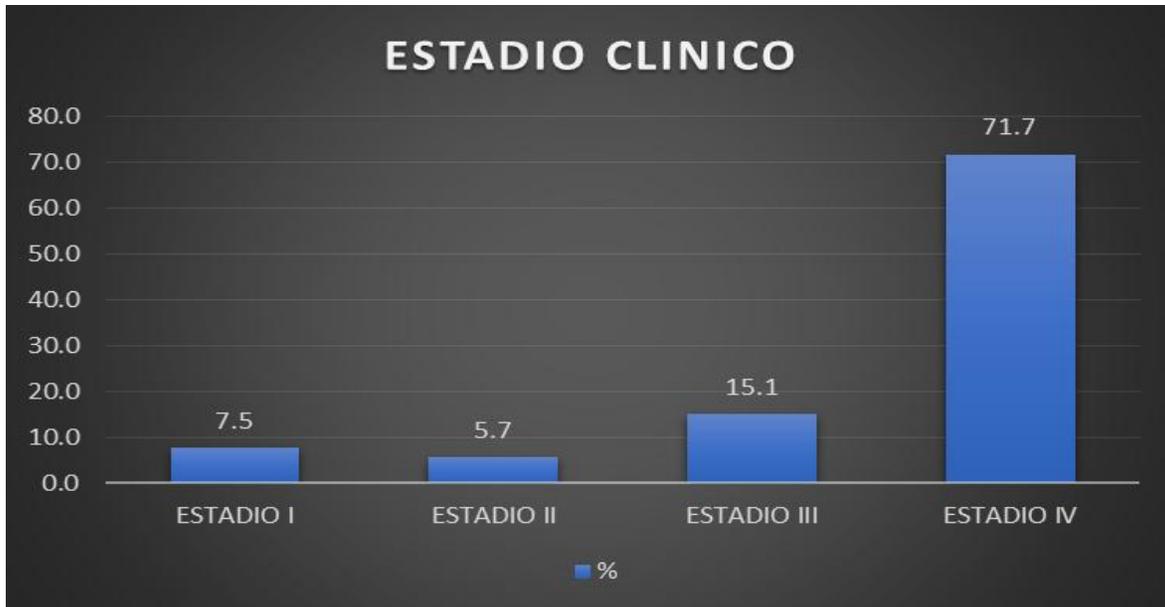
Fuente: Tabla N° 10.

Gráfico 11. Tipo histológico del cáncer laríngeo de los pacientes del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.



Fuente: Tabla N° 11.

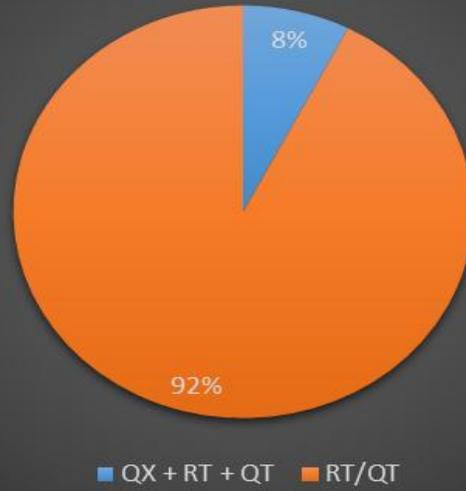
Gráfico 12. Estadio clínico de los pacientes con cáncer laríngeo de los pacientes del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.



Fuente: Tabla N° 12.

Gráfico 13. Tratamiento indicado a los pacientes con cáncer laríngeo del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido 2013 a 2015.

TRATAMIENTO INDICADO



Fuente: Tabla N° 13.