ANALES DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL; 7: 47-54

Cáncer de laringe en mujeres en Málaga. Nuestra casuística en el decenio 1990-2000

POZUELO GARCÍA, M. J.; MONJE VEGA, E.; REYES R.; ORTIZ, M; PROF. GONZALEZ PEREZ, M.

HOSPITAL REGIONAL CARLOS HAYA. MÁLAGA.

Resumen:

Presentamos un estudio epidemiológico retrospectivo de 13 pacientes de sexo femenino diagnosticadas de carcinoma de laringe en el periodo comprendido entre 1990-2000, ambos inclusive, en el Servicio de O.R.L. del Hospital Regional Carlos Haya de Málaga.

Palabras clave: cáncer, laringe, mujer.

Abstract:

We present a retrospective epidemiological study of 13 female patients with cancer of the larynx diagnosed between January 1990 and December 2000 in the ENT service of Carlos Haya University Hospital, Málaga, Spain.

Key words: cancer, larynx, female

Introducción:

El cancer de laringe (CL) es uno de los tipos en los que resulta más evidente una morbilidad y mortalidad diferencial por sexos más acusada. Los varones se ven afectados hasta cuatro veces más en algunas series *(1)*, pero la mayoría de los autores, al igual que en nuestra casuística, llega a ser una entidad rara en la mujer, no llegando a representar por encima del 3 % *(2,3,4,5)*.

Esta baja incidencia del cancer de laringe en la mujer (CLM) ha tratado de explicarse por causas hormonales, anatómicas, y sobre todo, por la menor difusión entre el sexo femenino del hábito tabáquico +/- enólico.

Sin embargo, a pesar de haber aumentado la proporción de mujeres fumadoras en la población, esto no ha repercutido de forma significativa en el número de casos de cáncer de laringe femenino diagnosticados en nuestro entorno, por lo que parece haber menor predisposición en la mismas a padecer esta patología.

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la incidencia y características del CLM en nuestro medio.

Material y método:

Se realiza un estudio epidemiológico retrospectivo de pacientes de sexo femenino diagnosticados de CL en nuestro servicio entre los años 1990-2000, con un total de 13 casos.

El diagnóstico se estableció en función de los resultados histopatológicos de muestras obtenidas mediante biopsia.

Para el proceso de recogida de datos se elaboró una ficha que constaba de 20 variables que fueron cumplimentadas a través de la historia clínica.

Se estudiaron las variables: edad, hábitos tóxicos (alcohol, tabaco, ambos, otros), antecedentes personales +/- familiares oncológicos, descripción de la localización primitiva del tumor- valorando tamaño de la lesión y motilidad laríngea-, presencia de adenopatías en el momento del diagnóstico, opción terapéutica aplicada -recogiendo en el caso de la cirugía, técnica quirúrgica-, afectación de márgenes de la pieza y existencia de ganglios metastásicos en el caso de vaciamiento cervical , anotando el tamaño del mayor ganglio y si tenía afectación extracapsular.

El seguimiento prospectivo fue de cinco años posteriores al inicio del tratamiento, excepto para aquellos diagnosticados en los años 1999 y 2000 que fue de 3 y 2 años respectivamente.

Asímismo , se establecieron los intervalos libre de enfermedad, y en su caso, la existencia de recidiva tumoral, así como si ésta fue locorregional o a distancia.

Se contactó telefónicamente con cada uno de los casos, constatando si en el momento del estudio vivían con/sin enfermedad, y si habían fallecido, cual fue la causa de la muerte.

El tamaño de la muestra no permitió someter los resultados a control estadístico, no pudiendo establecer hipótesis generales de comportamiento para cada uno de los estadíos.

Resultados:

Incidencia:

Durante el periodo de 1990-2000 se registraron un total de 13 casos de mujeres diagnosticadas de CL en nuestro servicio, lo que representa el 1.8 % de total de enfermos tratados durante esta década.

De la muestra fueron excluidos aquellos casos que no cumplían los requisitos de confirmación histológica, habían recibido terapia en otros centros o no habían tenido un seguimiento correcto.

Edad:

Las edades más afectadas fueron la quinta y sexta década de la vida (76.92 %), aunque el rango de edades osciló desde los 38 a los 79 años.

Antecedentes personales/familiares:

Del total de 13 casos, 6 fumaban y ninguna refería consumo de alcohol. Tampoco constaba en ningún caso abuso de ambos tóxicos de forma simultánea. Dos tenían antecedentes familiares oncológicos directos y 5 no tenía ningún factor de riesgo.

De los 7 casos diagnosticados en estadío I, 3 eran fumadoras y 1 tenía antecedentes familiares directo de carcinoma de mama; y de los 4 diagnosticados en estadíos avanzados (1 en IV y 3 en III), solo 1 fumaba y otra tenía antecedentes familiares de carcinoma uterino.

Localización:

Existió un claro predominio por la localización glótica, representado el 53 % de los casos. No registramos ninguno con extensión subglótica, 2 eran glóticos-supraglóticos, 2 supraglóticos puros, y 1 de afectación faringolaríngea (fig.1)

El resultado histopatológico de la lesión fue de carcinoma epidermoide en el total de los casos.

Estadiaje:

Como se aprecia en la fig. 2, el 53.8 % (7 casos) se agrupaban en estadíos I, 2 en el II, 3 en el III y 1 en el IV, que correspondía al caso de extensión faringolaríngea con presencia de adenopatías positivas en el momento del diagnóstico.

Tratamiento:

Con respecto a la terapéutica aplicada, en 6 de los casos se practicó solo cirugía, 4 solo radioterapia, 2 cirugía+radioterapia, y en uno se hizo una técnica combinada de quimio+cirugía+radioterapia.

Las distintas técnicas que se emplearon fueron: 3 cordectomías, 3 laringectomías horizontales supraglóticas y 3 laringectomías totales.

Se practicaron un total de 5 vaciamientos funcionales y 1 vaciamiento funcional + vaciamiento radical. (fig. 3 y 4).

Los márgenes quirúrgicos estaban libres de tumor en todos los casos, y la presencia de N+ se registró en 1 de los 5 VCFB y , como se esperaba, en el VCF+VCR. Ninguno tenía afectación extracapsular adenopática.

Recidiva/supervivencia:

De las 13 enfermas, en solo 2 casos se constató la presencia de recidiva tumoral, que correspondía a los grupos de estadiaje III y IV.

En el primer caso, fue solo locorregional, y en el segundo, locorregional y a distancia, concretamente a pulmón.

La supervivencia actuarial es del 92.3 % , habiendo registrado solo 1 caso de exitus , que corresponde al estadío IV. (fig. 5).

Discusión:

Los principales factores relacionados con la aparición del CLM son los mismos que en el varón: el tabaco y el alcohol pero, a pesar del aumento del índice de fumadoras en las nuevas generaciones, nuestra casuística es muy reducida (1.8 %), sobre todo si se compara con las que plantean Chahine, Rosemberg o H. Ronda *(1)*.

El hábito tóxico de fumar estaba presente en el 46 % de nuestras pacientes (solo 1 de ellas superaba la cantidad de 20 cig./día), encontrando algunas publicaciones donde referían porcentajes desde el 29,62 *(5)* al 63 % *(6)* . Por otro lado, son numerosos los estudios que han revelado que el fumar cigarrillos tiene un efecto antiestrogénico, lo que condiciona unos niveles séricos de andrógenos circulantes más altos, al igual que ocurre en la mujer postmenopáusica. Esto sugiere que la relativa preponderancia de hormonas sexuales masculinas en este rango de edad podría ser el factor responsable de la mayor incidencia del CL en la mujer menopáusica *(9)*.

Por tanto, podemos concluir que , al margen de lo 2 factores etiológicos claros: alcohol y tabaco, existen otra serie de condicionantes (hormonales, genéticos, anatómicos...) que parecen estar implicados favorablemente en el desarrollo del CLM.

Sin embargo, la agrupación de la mayoría de los CLM en estadíos iniciales, no parece que pueda establecer una evolución más benigna del CLM.

Existe un claro predominio de las lesiones glóticas (63.3%), correspondiéndose con los hallazgos de *C.Juan (5) y García Soto(4)* (40.7 y 77, 7%), siguiéndole en frecuencia los glóticos con extensión supraglótica y los supraglóticos puros , que representan el 30.8 %, siendo esta localización la más frecuente para *Barra y cols (2) y H. Ronda (1).*

Esta afectación preferentemente glótica, por un lado permite un diagnóstico precoz, por ser la disfonía su síntoma inicial, y por otro, la escasa tendencia de diseminación regional linfática, reduce de forma importante el número de casos con N+ en el momento del diagnostico.

Al igual que la mayoría de los autores, encontramos un predomio casi absoluto de carcinoma epidermoide, y entre éstos las formas bien diferenciadas.

La forma terapéutica más utilizada en todos fue la cirugía *(10,11,12,13,1).* En nuestro estudio se realizó de forma exclusiva en 6 casos, en combinación con radioterapia 2, y más radio y quimio en 1 caso.

La diversidad de resultados obtenidos en cuanto a la presencia de recidiva tumoral y las tasas de supervivencia, se explican por la baja incidencia del CLM que hace que las series publicadas sean muy limitadas por lo que los resultados obtenidos no tienen una importante significación estadística. Existe la necesidad de estudios interhospitalarios dirigidos unificados que permitan obtener casuísticas más amplias que permitan establecer hipótesis de comportamiento de estos tumores.

Bibliografía:

1.- H. Ronda Marisy.Cancer de laringe en el sexo femenino en Camagüey (Cuba). Acta Otorrinolaring. Esp. ,46.1 (61-63),1994.

2.- Barra, C. Incidencia del carcinoma laríngeo en la mujer. Acta Otorrinolaring. Esp.,34 (1):13-15,1983.

3.- Vega, M. Revisión estadística del cáncer glótico -supraglótico (1965-1976). Acta Otorrinolaring. Esp., 28 (5):73-80, 1977.

4.- García Soto, N. Cáncer de laringe en la mujer. Acta Otorrinolaring. Esp. 35 (3):179-181,1984.

5.- C.Juan. Carcinoma de laringe en la mujer. Acta Otorrinolaring. Esp.,38,6 (377-378),1987.

6.- DeRienzo DP. Carcinoma of the larynx. Changing incidence in women. Arch Otolaryngol. Head Neck Surg. 1991; 117 (6): 681-4.

7.- Guo-Pei Y. Smoking history and cancer patient survival: a hospitan cancer registry study. Cancer Detect Prev. 1997; 21(6):497-509.

8.- Yang PC. Differences in the sex ratio of laryngeal cancer incidencie rates by anatomic subsite. J. Clin Epidemiol 1989; 42 (8) 755-8.

9.- Oscar F. Martinez Ballesteros. El cancer de laringe en la mujer. A propósito de un caso. ORL-DIPS 2001; 28 (5):254-258.

10.- Alfranca, JM. El cáncer laríngeo en la mujer. Acta otorrinolaring. Esp.; 26, IV:83-86, 1975.

11.- Redondo Luciañez,E. Epidemiología del cancer de laringe en la comarca de Cartagena en el periodo de 1972-1984. Acta Otorrinolaring. Esp.; 40 (4): 273-276, 1989.

12.- Sancho Calvo,R; Valoración de 200 casos de cáncer de laringe . Acta Otorrinolaring. Esp. ,39 (3):166-170, 1988.

13.- Nuñez Marti, M.; Esturdio descriptivo del cáncer de laringe en Guadalajara (1975-1985). Acta Otorrinolaring. Esp. 39 (1): 5-11,1988.

Dirección para correspondencia:
HOSPITAL REGIONAL CARLOS HAYA. MÁLAGA
MARIA JOSÉ POZUELO GARCÍA
C/. Almogía, nº 14, bl. 6, 1º B.
C.P.: 29007. MÁLAGA
TF: 95-236 22 79
E-mail: luis.martin@arrakis.es

GLÓTICO	8	63.3 %
GLÓTICO-SUBGLÓTICO	0	0%
GLÓTICO-SUPRAGLÓTICO	2	15.3 %
SUPRAGLÓTICO	2	15.3 %
FARINGOLARÍNGEO	1	7.6 %

Figura 1: localización tumoral.

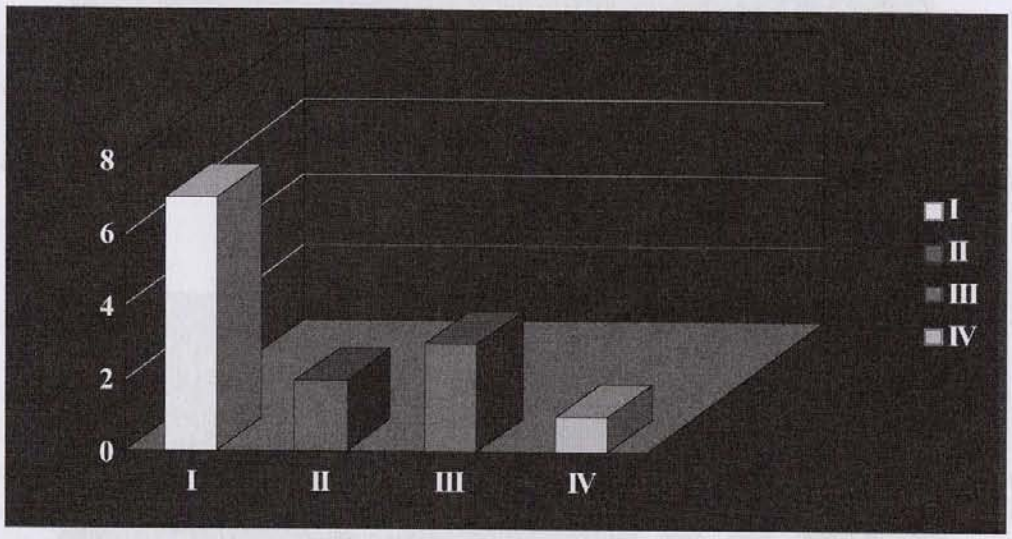

Figura 2: estadiaje tumoral.

CIRUGÍA	6
RADIOTERAPIA	4
CIRUGÍA+RADIOTERAPIA	2
QUIMIO+CIRUGÍA+RADIOTERAPIA	1

Figura 3: tratamiento.

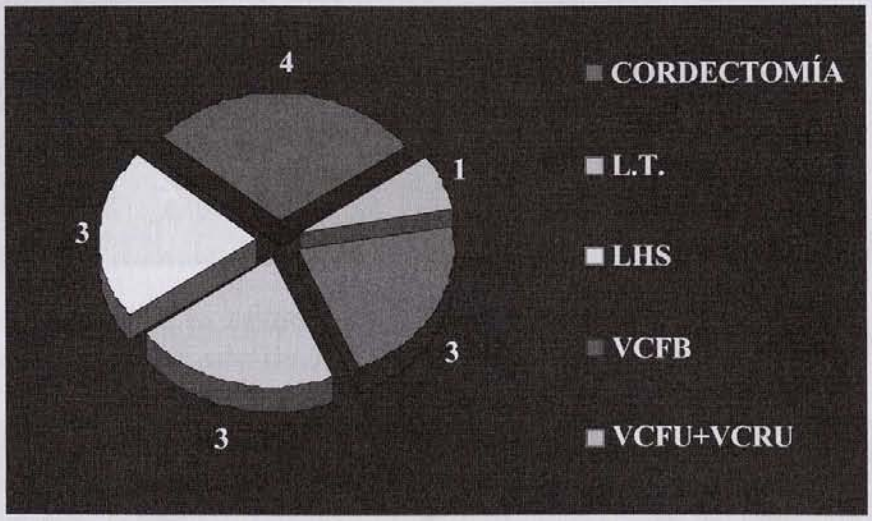

Figura 4: técnicas quirúrgicas.

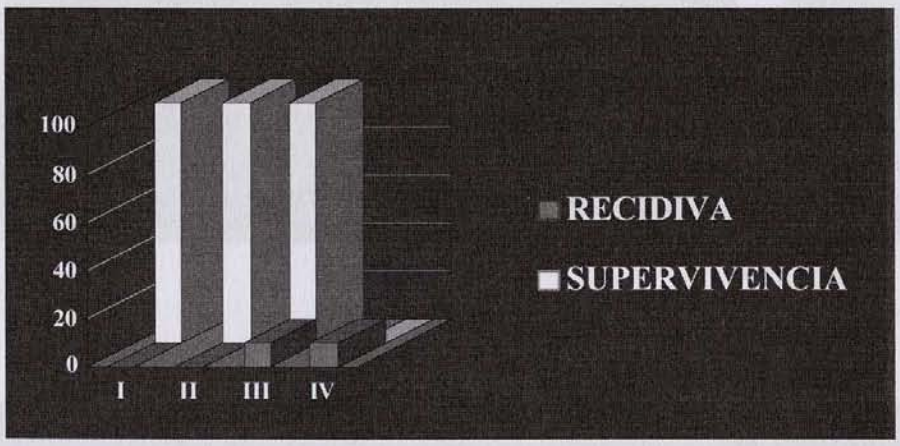

Figura 5: recidiva tumoral/supervivencia.