

**HOSPITAL UNIVERSITARIO  
“ARNALDO MILIÁN CASTRO”  
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

## **COMUNICACIÓN**

### **CÁNCER DE LARINGE Y LESIONES PRECANCEROSAS EN PACIENTES CON RIESGO**

Por:

Dra. Gloria Adriana Martínez Macías<sup>1</sup>, Dr. Amado Luis Figueroa Álvarez<sup>2</sup> y Dr. Francisco Javier Palacios Alonso<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara. e-mail: [adrianamar70@hotmail.com.mx](mailto:adrianamar70@hotmail.com.mx)
2. Especialista de II Grado en Otorrinolaringología. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara. Profesor Auxiliar. ISCM-VC. e-mail: [amadofig@yahoo.es](mailto:amadofig@yahoo.es)
3. Residente de cuarto año de Cirugía General. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara e-mail: [fpa\\_20@yahoo.com.mx](mailto:fpa_20@yahoo.com.mx)

***Descriptor DeCS:***

NEOPLASMAS LARINGEOS/diagnóstico  
CONDICIONES PRECANCEROSAS/diagnóstico  
FACTORES DE RIESGO

***Subject headings:***

LARYNGEAL NEOPLASMS/diagnosis  
PRECANCEROUS CONDITIONS/diagnosis  
RISK FACTORS

El cáncer de laringe es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial<sup>1-4</sup>. Uno de cada 100 000 habitantes padece de cáncer de laringe al año y casi 3 500 personas mueren de esta enfermedad anualmente, declara la Sociedad Americana del Cáncer<sup>5,7</sup>.

Según datos del Registro Nacional del cáncer en Cuba, la frecuencia del cáncer de laringe en el decenio 1981-1990 fue de 587 casos nuevos como promedio anual, con un incremento del número de casos a partir de 1986<sup>4</sup>. En Villa Clara, la frecuencia ha ido en aumento. El 17,4 % del diagnóstico inicial fue en las etapas T<sub>3</sub> y T<sub>4</sub> en el 2002, y en el año 2003 ascendió al 25 % en estas mismas etapas. Como se puede observar, este corresponde a etapas tardías y, como es lógico, disminuye la sobrevida o curación del enfermo<sup>8</sup>.

En la mayoría de los pacientes se presentan los inconvenientes relacionados con la ignorancia, el temor y la despreocupación ante síntomas probables y existentes de alguna enfermedad a nivel laríngeo, lo cual, en conjunto, hace que el diagnóstico no sea lo oportuno que debiera ser, para instituir un tratamiento conveniente y elevar la sobrevida por los métodos de tratamiento correspondientes<sup>4-6,9</sup>.

Una reflexión amplia de toda esta problemática permitió llegar a la necesidad de esclarecer algunas interrogantes mediante una investigación: ¿Qué frecuencia ocupa el cáncer de laringe no diagnosticado en esta población?; ¿cuáles son las lesiones precancerosas más frecuentes que se detectan en el paciente con riesgo de la comunidad?; ¿qué otros factores concomitantes presentan los pacientes con lesiones precancerosas y cáncer diagnosticados en este estudio?; ¿es posible diagnosticar etapas tempranas de la enfermedad mediante chequeos periódicos a poblaciones con riesgo?

Determinar si el cáncer de laringe y las lesiones precancerosas en grupos de riesgo constituye un problema de salud, es de interés para el desarrollo de un programa que coadyuve a la detección de esta enfermedad.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional con carácter transversal. El universo a estudiar estuvo formado por la población perteneciente al Área de Salud del Policlínico "Santa Clara" de la ciudad del mismo nombre, en el período de enero a diciembre de 2005.

Se tomaron como criterios de inclusión: pacientes fumadores, bebedores de alcohol, o ambos factores de riesgo, de ambos sexos y mayores de 50 años, y se utilizó como fuente la ficha familiar existente en los consultorios. Fueron excluidos los que ya habían sido diagnosticados previamente, tratados o no, con cáncer laríngeo, los que acudían al policlínico y no pertenecían a este, aquellos que cambiaron de dirección, y los que fallecieron.

La operacionalidad de las variables a estudiar fueron: edad, sexo, antecedentes personales patológicos, paciente afectado de cáncer de laringe y lesiones precancerosas, factores de riesgo ambiental y laboral, síntomas relacionados con las características propias de la enfermedad, examen físico de laringe y cuello, laringoscopia indirecta, laringoscopia directa y estadio de la enfermedad.

A aquellos pacientes en quienes se diagnosticó una posible afección cancerosa, se le realizó la biopsia, y si fue positiva, se procedió a llenar el reporte de cáncer e indicar tratamiento en correspondencia con su gravedad. Las biopsias laríngeas se obtuvieron durante una laringoscopia directa realizada en el quirófano con anestesia general, pues permite una minuciosa exploración de la laringe y del tracto aerodigestivo superior, para realizar un adecuado estadiaje, así como para investigar la presencia de eventuales lesiones sincrónicas.

Se utilizaron herramientas de estadística descriptiva. Se aplicaron medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas en correspondencia con el tiempo de padecimiento, del fumador o bebedor. En las pruebas, se trabajó con el 95 % de confiabilidad; esto se tradujo en significativo cuando la probabilidad asociada a la misma estaba por debajo de un alfa de 0,05 ( $\alpha < 0,05$ ), altamente significativo ( $\alpha < 0,01$ ), muy altamente significativo ( $\alpha < 0,001$ ) y no significativo ( $\alpha > 0,05$ ).

Se identificaron 466 individuos que tenían riesgo. El total de entrevistados de la serie fumaban (100%) e ingerían algún tipo de bebida alcohólica con variada frecuencia el 49,1% del total. De esta población pesquisada de pacientes con riesgo, se identificaron 26 afectados por cáncer de laringe y lesiones iniciales precancerosas (5,6 %). Las lesiones precancerosas representaron el 76,9 % del total de enfermos ( $p < 0,05$ ) y el 4,3 % de los pesquisados. Los afectados por cáncer ocuparon el 23,1 % de los diagnosticados como enfermos y el 1,3 % del total. De los 466 casos entrevistados, la gran mayoría correspondía a pacientes menores de 79 años (91,2 %), así como al sexo masculino (71,5 %), valores que en la prueba inferencial resultaron muy altamente significativos ( $p < 0,001$ ). En las labores asociadas a determinados factores de riesgo se destacan los constructores, mecánicos, choferes, albañiles, maestros, carpinteros y chapisteros. De los enfermos, el 69,2 % presentaban riesgo laboral y tenían antecedentes de enfermedad o síntomas laríngeo-faríngeos; el 7,3 % de los entrevistados afirmaron sufrírselos y cerca de la cuarta parte de los enfermos informaron padecerlos: cuatro con menos de 12 meses y tres con más de 12 meses. Entre los síntomas referidos, se encontraron: la disfonía, la disnea y la disfagia, seguida de la odinofagia y la sensación de cuerpo extraño. La permanencia del mal hábito de fumar fue de más de 20 años en la mayoría de los entrevistados (76,0 %). La exposición al humo, al cemento y al diésel fue predominante en los pesquisados. También es de destacar que la alimentación pobre en frutas y vegetales estuvo presente en el 30,7 % de los entrevistados, y el 11,9 % correspondió a enfermos. En dependencia del tumor (T) y de la localización del cáncer de laringe, los afectados se clasificaron en: dos pacientes  $T_1 N_0 M_0$ , un paciente en  $T_{1a} N_0 M_0$ , uno  $T_2 N_1 M_0$ , otro  $T_2 N_0 M_x$  y uno con un diagnóstico en etapa más avanzada ( $T_3 N_2 M_x$ ).

Con esta práctica de exámenes a la población de riesgo, se logró identificar estados iniciales del cáncer laríngeo, así como lesiones precancerosas.

El hábito de fumar está muy arraigado en Cuba. Es por ello que entre los países de América Latina, Cuba presenta altas tasas de cáncer relacionado con este mal hábito, a diferencia de los países mediterráneos europeos<sup>1</sup>. Se debe destacar que según el estudio de prevalencia nacional de factores de riesgo, realizado en 1990 por el Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología, el 36,8% de la población cubana mayor de 17 años fumaba, y predominaban los hombres fumadores

(48,1%)<sup>1,4</sup>. Otros trabajos internacionales revisados informan que el cáncer de laringe afecta predominantemente a los hombres con una relación de 10 a uno con respecto a las mujeres. Se desarrolla preferentemente en la edad media de la vida, entre los 50 y 70 años, pero se han tratado pacientes a los 20 y 30 años, y por encima de los 80<sup>3,5,7</sup>.

En algunos informes, se ha descubierto que las personas que fuman y beben tienen hasta 100 veces más probabilidades de contraer cáncer de laringe e hipofaringe que las que no tienen ninguno de estos hábitos<sup>2,5,10</sup>. El no comer suficientes alimentos con vitaminas B, A y retinoides podría ser un factor que predispone al surgimiento del cáncer, según informan algunos trabajos<sup>5,6,9</sup>. En nuestro estudio, esto se ve reflejado de forma preocupante, pues a pesar de los esfuerzos en la comunicación a través de los medios de difusión masiva, aún nuestra población no posee una cultura alimentaria suficiente para preferir o disfrutar de las frutas y vegetales en su dieta.

Se observa cómo los resultados de este estudio coinciden plenamente con la bibliografía<sup>1,3,4,7,9</sup>, al reafirmar que estos malos hábitos son responsables de las enfermedades encontradas y que la combinación de ambos riesgos aumenta considerablemente la responsabilidad de su aparición.

### **Referencias bibliográficas**

1. Díaz Martínez JR, López Castro RI, Lugo Alonso J, Rodríguez Saldaña C, Cuevas Pérez I. Cáncer de la laringe. Experiencia del Instituto Nacional de Oncología. La Habana, Cuba. 1966-1996. *Rev Inst Nac Enf Resp Mex.* 2002 Oct;15(4):220-5.
2. Vincent T, DeVita VT, Hellman S, Steven A. Cancer of the larynx. En: Bereck JS, De Vita VT. *Cancer: principles and practice of oncology.* 5<sup>a</sup> ed. Bethesda: Pa Lippincott Williams; 2001. p. 1426-72.
3. Fernández E, Borrás JM. Mortalidad por cáncer en España. 1955-1994. *Med Clin.* 2000;114:449-51.
4. Díaz Martínez JR, Guarnaluze Brooks R. Cirugía parcial laríngea. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba. *Oncología.* 1997;7(4):243-6.
5. Menvielle G, Luce D, Goldberg P, Leclerc A. Smoking, alcohol drinking, occupational exposures and social inequalities in hypopharyngeal and laryngeal cancer. *Int J Epidemiol.* 2004;33(4):799-806.
6. Qadeer MA, López R, Wood BG, Esclamado R, Strome M, Vaezi MF. Does acid suppressive therapy reduce the risk of laryngeal cancer recurrence? *Laryngoscope.* 2005;115(10):1877-81.
7. Salomón D. Causa y patogenia del carcinoma laríngeo. En: Koufman James A; Burke Alan J. *Clínicas otorrinolaringológicas de Norteamérica. Conceptos actuales en cáncer laríngeo vol.1.* Estados Unidos: Mc Graw-Hill Interamericana; 1997. p. 1-13.
8. Wunsch Filho V. The epidemiology of laryngeal cancer in Brazil. *Sao Paulo Med J.* 2004;122(5):188-94.
9. Robbins C, Kumar R. Cabeza y cuello. En: Robbins C, Kumar R. *Patología estructural y funcional.* 6<sup>ta</sup> ed. México DF: McGraw-Hill-interamericana; 2003. p. 789-807.
10. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de Salud Pública 2004. Registro Nacional de Cáncer INOR. La Habana: Dirección Nacional de Estadística; 2005.