

**HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE DE  
“ANTONIO LUACES IRAOLA”  
CIEGO DE ÁVILA**

**Comportamiento de algunos factores clínicos epidemiológicos en el cáncer laríngeo en Ciego de Ávila.**

**Behaviour of some clinical and epidemiological factors in laryngeal cancer in Ciego de Avila.**

Luis E. Pérez Paz(1), Yosbany Morales González(1), Francisco Álvarez Morales(1)  
Frank Álvarez Llambías(2).

**RESUMEN**

Se realizó un estudio transversal descriptivo en los hospitales provinciales de Ciego de Ávila y Morón a 42 pacientes con cáncer laríngeo, que fueron atendidos en los Servicios de Otorrinolaringología durante el período de octubre de 1996 a octubre de 1998, para analizar el comportamiento de algunos factores clínico-epidemiológicos en estos pacientes. Observamos una mayor incidencia en el sexo masculino, sexta década de la vida y grupo racial blanco, el hábito de fumar y el alcoholismo se encontraron en más de la mitad de los casos, la disfonía fue el síntoma más frecuente, el tipo histológico que predominó fue el carcinoma epidermoide bien diferenciado y el diagnóstico del mayor número de pacientes fue realizado en estadios tempranos. El cáncer laríngeo no se presentó en ocupaciones específicas, ningún paciente infiere poseer antecedentes de cáncer laríngeo y la mayoría no presentaron antecedentes de lesiones precancerosas laríngeas.

**Palabras Clave:** NEOPLASMAS LARINGEOS/epidemiología.

1. Especialista de 1er Grado en ORL
2. Médico General.

**INTRODUCCIÓN**

El cáncer laríngeo se conoce desde la antigüedad. Asclepiades de Bitinia y Galeno describieron enfermedades laríngeas que fueron interpretadas como un carcinoma, pero fue en el Siglo XVII cuando apareció la primera comunicación de una angina de tipo carcinomatosa por Boerhabe. (1)

La etiopatogenia del cáncer laríngeo es desconocida; sin embargo, se ha descrito por varios autores la influencia de varios factores de riesgo, como tabaquismo, alcoholismo, contaminación ambiental, radiaciones, predisposición genética, infecciones crónicas, presencia de lesiones precancerosas (laringitis crónica, hiperqueratósica, leucoplasias, papilomas córneos). (2,4,5,6)

El cáncer laríngeo representa entre el 2 y el 5% de todas las neoplasias malignas que se diagnostican en el mundo. En los dos últimos decenios ha aumentado su incidencia, fundamentalmente en regiones industrializadas, observándose con mayor frecuencia en Asia e India, siendo mayores estas cifras que en los Estados Unidos. (7, 8,9)

Considerando los riesgos y hábitos tóxicos a que se encuentra expuesta nuestra población y el incremento del número de pacientes que sufren cáncer laríngeo en Cuba, nos motivamos a

la realización de esta investigación para conocer cómo se comportan los factores clínico-epidemiológicos en los pacientes con cáncer laríngeo en nuestro medio.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio transversal descriptivo con el objetivo de conocer el comportamiento de algunos factores clínico-epidemiológicos en el cáncer laríngeo en los servicios de Otorrinolaringología del Hospital Provincial de Ciego de Ávila y Morón, en el período comprendido entre octubre de 1996 y octubre de 1998.

El universo de estudio quedó constituido por 42 casos, lo cual representa el 100% de los pacientes con cáncer laríngeo que se atendieron en consulta externa en dichos hospitales.

Se les realizó laringoscopia indirecta y directa a todos los pacientes con el laringoscopio de KLEINSASSER, con el objetivo de examinar exhaustivamente la laringe y tomar muestra del tejido tumoral para estudio anatómo-patológico, mediante biopsia por parafina. (1)

Para el diagnóstico anatómopatológico nos basamos en la clasificación de Broders en 1926. Finalmente, los pacientes fueron clasificados según el sistema de estadificación (TNM) para los tumores de cabeza y cuello.

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

Los pacientes estudiados fueron distribuidos en cinco grupos de edades. La mayor frecuencia correspondió al grupo de 60-69 años con 19 casos para un 45.3% (tabla 1). A medida que transcurren los años hay cambios en el epitelio y, por ende, mayor vulnerabilidad al cáncer laríngeo. Varios autores coinciden que más del 40% de los casos ocurren en la sexta década de la vida. (10, 11,12)

En la bibliografía revisada existen trabajos, como el de Rathman en 1980, que expresan una incidencia pico en la séptima década de la vida. (9)

En la tabla #2 se recoge la distribución de los pacientes con cáncer de laringe según el sexo, donde se observó que 36 pacientes correspondieron al sexo masculino, para un 85.7% y sólo 6 casos al sexo femenino, para un 14.3%, lo que da una relación de hombre comparado con mujer de 7: 1, cifra ésta que coincide con varios autores (9, 10, 11, 12,13). A nuestro juicio, esto se explica por la mayor frecuencia de tabaquismo en el sexo masculino y por estar expuestos a los irritantes del medio.

Se han realizado varios trabajos para demostrar el papel de las influencias hormonales en el cáncer laríngeo. Ranch realizó un estudio en 5 mujeres con esta entidad y pudo comprobar un grupo de disregulaciones hormonales (hipertriosis, voz masculina, atrofia mamaria, aumento del metabolismo basal). Por otra parte, el intento de tratar el cáncer laríngeo en hombres con hormonas sexuales femeninas (Tamburello, Hesse) no condujo a resultados convincentes en controles ulteriores. (13,14)

En la bibliografía revisada a nuestro alcance, no se encontró predominio racial por el cáncer laríngeo. Wasfic y Newman han descrito un incremento entre los negros durante este siglo, refiriendo además que tiende a ocurrir en pacientes más jóvenes dentro de esta raza.

El cáncer laríngeo no se presentó en una ocupación especial en nuestro estudio. La mayoría de los casos eran obreros, vaqueros, choferes, campesinos, etc.

Otros estudios en la literatura epidemiológica identifican la existencia de riesgo ocupacional en trabajadores de níquel, madera, cuero y maquinistas. (14)

Frecuentemente se ha sospechado del asbesto como un posible agente causal; sin embargo, la revisión por Hong y Gee no apoya un papel etiológico para el asbesto. (13)

En la tabla #3 se encuentra que el hábito tóxico más importante está representado por el tabaquismo (97.6%); de ellos, el 66.6% eran grandes fumadores, el 26.2% fumadores moderados y el 4.8% conformó el grupo de los que fumaban hasta 10 cigarrillos por día.

En el tabaco se han aislado sustancias cancerígenas, como el 3:4 benzopireno, 1:12 benzoperileno, metilcolantreno y el óxido arsenioso, se ha demostrado también el efecto irritativo del calor que desprende el humo del tabaco para la laringe. (14)

En nuestro estudio, el 92.8% fumaban más de 10 cigarrillos diariamente, coincidiendo con los estudios realizados por Wynder, donde plantea que más del 90% de los pacientes con cáncer laringeo eran fumadores de más de 15 cigarrillos al día.

En cuanto al consumo de alcohol, se encontró que el 64.2% resultaron ser grandes etílicos. Muchos autores coinciden en que este factor tiene mayor importancia en la génesis del cáncer de hipofaringe; no obstante, se ha demostrado su relación con el cáncer de laringe e incluso estudios realizados por Martthias expresan que es posible que los carcinógenos se encuentren en los componentes no alcohólicos de tales licores.

Del total de casos estudiados, en 40 casos no se recogió el antecedente de lesiones precancerosas. (95.2%)

Nuestro estudio coincide con muchos autores que refieren que la incidencia de estas entidades es baja (3.4%), pero como su nombre lo indica, siempre que estemos ante un paciente con estas lesiones, debe tener un seguimiento. (14)

En nuestro estudio, la lesión precancerosa que se presentó fue la leucoplasia en 2 casos, para un 4.8%. Esto no quiere decir que un mayor número de estos pacientes no haya presentado estas lesiones anteriormente, pues se ha descrito por autores como Chevalier Jackson la aparición de carcinomas sobre estas lesiones laríngeas e incluso sobre otros menos frecuentes, como lesiones fibromatosas, úlceras de contacto y verrugas espinosas laríngeas. (13,14)

Se ha invocado a la papilomatosis laríngea juvenil como una entidad que puede engendrar cambios malignos tempranos. Inicialmente se sospechaba que esto estaba relacionado con el tratamiento radiante en estos pacientes; no obstante, Kashima ha demostrado que los pacientes con papilomatosis juvenil no irradiados, pueden desarrollar un cáncer laríngeo incluso 30 años después del diagnóstico inicial.

En nuestro estudio, el 100% de los pacientes negaron antecedentes hereditarios de cáncer laríngeo.

La tabla #4 recoge los síntomas más manifiestos en los pacientes estudiados. El más frecuente fue la disfonía, con 38 pacientes, lo que representó un 90.5%; siguiéndole la disfagia, con un 52.4%; la odinofagia y la tos con expectoración con flemas y/o sangre, en un 23.8%; la sensación de cuerpo extraño, en un 19.0%; mientras que la disnea y adenopatías cervicales se halló en un 9.5% y 14.3%, respectivamente. Finalmente, la halitosis y otalgia se encontraron en sólo un 2.4% de los casos.

La disfonía y la disfagia son los síntomas más frecuentes encontrados en la literatura revisada, lo cual concordó con nuestro trabajo(10-13).

También coincidimos con la bibliografía mundial donde la halitosis, astenia, anorexia y pérdida de peso son generalmente indicadores de una enfermedad local avanzada(12-14).

En nuestra investigación, tal y como lo recoge la tabla #5, la forma tumoral exofítica sesil ocupó un mayor porcentaje, con 57.1% (24 pacientes), seguida de la infiltrante, con 9 pacientes, para un 21.4%. Las formas ulceradas, mixtas y exofítica-ulcerada se presentaron con menor frecuencia.

En la bibliografía revisada, las formas exofíticas e infiltrantes son las más frecuentes, lo que coincide con los resultados de nuestro estudio; las formas mixtas se presentan generalmente en etapas más avanzadas del cáncer laríngeo(9-13).

La tabla #6 muestra las regiones anatómicas en que puede localizarse el cáncer laríngeo. En nuestro trabajo, la más frecuente resultó ser la glótica, en 18 pacientes, para un 42.8%, seguida

de la glótica–supraglótica, con 31.0%. La tumoración supraglótica superó a la subglótica, con 9.5 y 2.4%, respectivamente; la glótica-subglótica se halló en 7.1% de los casos, la lesión de los tres pisos laríngeos en un 4.8% y en uno de los pacientes el tumor infiltraba la laringe (2.4%).

Nuestro estudio coincide con el de otros autores que expresan que la mayoría de los cánceres laríngeos ocurren en la región glótica, le siguen en frecuencia la supraglótica o combinación de éstas y que, por último, las localizaciones subglóticas son menos frecuentes(11-14).

La tabla #7 muestra que el carcinoma epidermoide ocupa el primer lugar en nuestro estudio con un 95.2% de los casos, dentro de éste prevalece la forma bien diferenciada o queratinizante (76.2%) en 32 casos, siguiéndole las formas moderada y pobremente diferenciadas, ambas con cuatro casos, para un 9.5%. Se diagnosticó carcinoma in situ en 2 casos, para un 4.8%

Un gran porcentaje de los autores revisados coincidió en que los carcinomas epidermoides bien diferenciados y las variedades intermedias son más frecuentes en la laringe que los carcinomas indiferenciados, datos éstos que coincidieron con esta investigación, pues de este último no se diagnosticó caso alguno. (13,14)

Los pacientes estudiados fueron agrupados en estadíos clínicos (tabla 8). El mayor número de pacientes se encontró en el estadio I y II, con 38% y 26.2% respectivamente. La bibliografía revisada coincide en que los tumores de cabeza y cuello en estadíos I y II son diagnosticados en etapas tempranas y su pronóstico es más favorable que el de los tumores en estadíos III y IV (9,10,11,12). Es de señalar que en nuestro trabajo se lograron diagnosticar 2 casos en estadio 0, para un 4.8%.

A nuestro juicio, los elementos presentados en este trabajo contribuyen a realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno con el fin de evitar el acrecentamiento de esta afección y, con ello, mejorar la calidad de vida de estos enfermos.

## **CONCLUSIONES**

1. La mayor incidencia de cáncer laríngeo se presentó en los pacientes de sexo masculino, sexta década de la vida y de grupo racial blanco.
2. Ningún paciente tuvo ocupación considerada de riesgo para el cáncer laríngeo.
3. El hábito de fumar y el alcoholismo se encontraron en más de la mitad de los pacientes estudiados.
4. En la mayoría de los pacientes no se recogió el antecedente de lesiones precancerosas.
5. No se confirmó antecedentes hereditarios de cáncer laríngeo en los pacientes estudiados.
6. El síntoma más frecuente fue la disfonía.
7. La forma macroscópica tumoral que predominó fue la exofítica sesil.
8. La localización tumoral más frecuente fue la glótica.
9. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma epidermoide bien diferenciado.
10. El diagnóstico del mayor número de pacientes fue realizado en estadíos tempranos.

## **ABSTRACT**

A descriptive transversal study in the Ciego de Avila and Morón Hospital to 42 patients with laryngeal cancer that were treated in otolaryngology service during the period from October, 1996 to October, 1998 to analyze the behaviour of some clinical and epidemiological factors in these patients. A higher incidence of male sex, sixth decade of life and white racial group, smoking habit and alcoholism were found in more than half the cases was observed, dysphony was the more frequent symptom. The hystological type that prevailed was epidermoid carcinoma well differentiated and the diagnosis of the higher number of patients was done in

early stages. The laryngeal cancer was not present in specific labor, none of the patients have antecedents of laryngeal precancerogenic injuries.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berendes J, Link R, Zollner F. Tratado de Otorrinolaringología. En: Laringe, trastorno de la locución. t.2. Barcelona: Científico–Médica, 1970. p.1073-74.
2. Gregor RT, Oei SS, Borisle RB, Balm AJ, Hilgers FJ. Supraglótica Laryngectomy with postoperative radiation. Versus primovoy , radiation in the menoge nient of Supraglotic laringueal cancer. Am J Otolaryngol 2000; 17 (5):316-21.
3. Ibarrondo J, García M, Lorente J. Comparative Study of 2 Antibiotic prophylactics protocols in Oncologic Surgery of the pharynx an Larynx. Acta Otorronolaringol Esp.1998; 49(5): 357-9
4. Suárez NC, Herrero MF, Díaz FC, Alvarez AI. Clinico pathologic pronostic factors in laryngeal pharyngolovyngeal tumors. Am J Otolaryngol 2001; 42(2):77-83.
5. Velly Am, Franco. El, Schlecht N, Pintos J, Kowalski LP. Relationship between dental factors and risk of upper aerodigestive tract cancer. Oral Oncol 2001; 34 (4):284-91.
6. Avalos E, Beltran M, Martín A, Pérez J. Prediction Factors for Lymph node involment in carcinoma of the Larynx. An J. Otolaryngol 2002; 40 (3):271-80.
7. Crosignani P, Russo A, Tagliabue G. Tobacco and diet as determinants of seervical in mole laringeal cancer patients. Int J Cancer 2002; 65(3): 308-13
8. Carlson RD, Sasaki CT. Malignant neoplasms of the Larynx. En: Fredrickson JM. Neoplasms. St. Louis: Mosby, 1999. p.1925–54.
9. Weiland SK, Straifk. Work place risk factors for cancer in the german rubber industry: Part 1. Mortality from respiratory cancers. Ocup Environm Med 2002;55(5):317-24.
10. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. La Habana: Dirección Nacional de Estadística; 1996.
11. Kjaerheim K, Gord M, Anderson A. The role of Alcohol Tobacco, and dietary factors in upper aerogastric tract cancer: a prospective study of. 10,900 norwegin men. Cancer auses Control 2002; 9(1):99-108.
12. Thompson VE, Bertelli JA, Robbio Campo JP, Zubizarreta J. Clínica Otorrinolaringológica. 2 ed. La Habana: Pueblo y Educación; 1975.
13. Shaha R, Strong EW. Cáncer de la Cabeza y del Cuello. En. Murphy GP, Lawrence W, Lenhord RE. Oncología Clínica. 2. ed, Washington: Am Cancer Soc 2000. 399-423.
14. Leon X Aver M, Agudelo D. Influence of age on Laryngeal Carcinoma. Amn Otolrhinol Laryngol 2002; 107(2):164-9.
15. Alonso JM. Cáncer Laríngeo. En: Alonso JM. Tratado de Otorrinolaringología y broncoesofagología. T.2. Madrid: Editorial Paz. Montalvo; 1964. p.1057-62.

## ANEXOS

### Tabla No. 1

Distribución según grupos de edades.

Grupos Etáreos	No.	%
≤ 39	1	2.4
40 – 49	5	11.9
50 – 49	9	21.4
60 – 69	19	45.3
≥ 70	8	19.0
Total	42	100

Fuente: Encuesta

**Tabla No. 2**

Distribución de pacientes según sexo.

Sexo	No.	%
Masculino	36	85.7
Femenino	6	4.3
Total	42	100

Fuente: Encuesta

**Tabla No. 3**

Cáncer de laringe. Hábitos tóxicos.

Hábitos tóxicos	No.	%
No fuma	1	2.4
Fuma menos de 10 cigarrillos /día	2	4.8
Fuma de 10 a 20 cigarrillos /día	11	26.2
Fuma más de 20 cigarrillos /día	28	66.6
Alcohólico	27	64.2
Ambos hábitos	27	64.2

---

Fuente: Encuesta

**Tabla No. 4**

Cáncer de laringe. Sintomatología

Síntomas	No.	%
Disfonía	38	90.5
Disfagia	22	52.4
Odinofagia	10	23.8
Tos, expectoración con flemas y/o estrías de sangre	10	23.8
Sensación de cuerpo extraño a la altura de la laringe	8	19.0
Adenopatías cervicales	6	14.3
Disnea	4	9.5
Halitosis	1	2.4
Otalgia	1	2.4

**Tabla No.5**

Cáncer de laringe. Forma macroscópica.

Formas Macroscópicas	No.	%
Exofítica : Sesil	24	57.1
Pediculada	1	2.4
Infiltrante	9	21.4
Ulcerada	1	2.4
Exofítica infiltrante	3	7.1
Exofítica ulcerada	2	4.8
Infiltrante ulcerada	2	4.8
Total	42	100.0

Fuente Encuesta

**Tabla No. 6**

Cáncer laríngeo. Localización topoesional

Localización		
Supraglótico	4	9.5
Glótico	18	42.8
Subglóticos	1	2.4
Glotis + supraglotis	13	31.0
Glotis + subglotis	3	7.1
Tres pisos laríngeos	2	4.8
Laríngeo - faríngeos	1	2.4
Total	42	100.0

Fuente: Encuesta

**Tabla No.7**

Cáncer laríngeo. Diagnóstico Histopatológico

Tipo Histopatológico	No. Casos	%
Carcinoma epidermoide bien diferenciado o queratinizante	32	76.2
Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado o no queratinizante	4	9.5
Carcinoma in situ	2	4.8
Total	42	100

Fuente: Encuesta

**Tabla No. 8**

Cáncer laríngeo. Estadío clínico.

Estadío	No. Casos	%
Estadío 0	2	4.8
Estadío I	16	38.1
Estadío II	11	26.2
Estadío III	10	23.8
Estadío IV	3	7.1
Total	42	100

Fuente: Encuesta