

Anatomía Laríngea

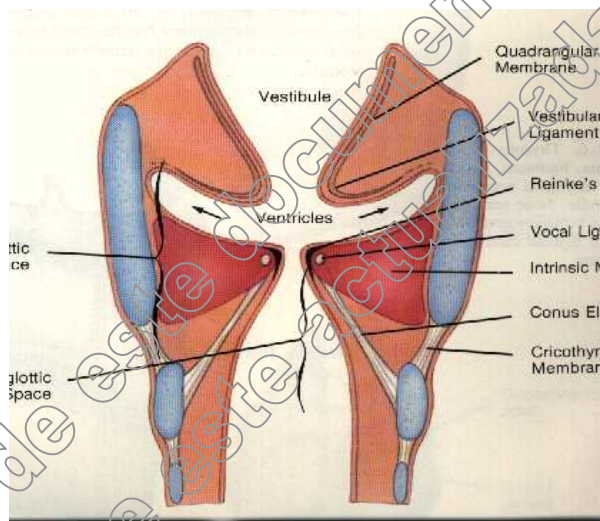
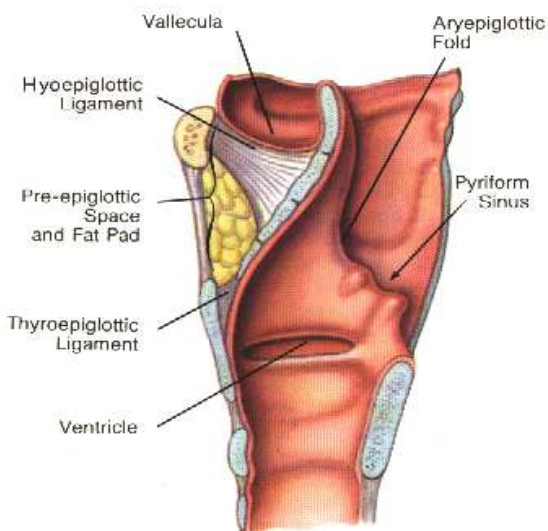
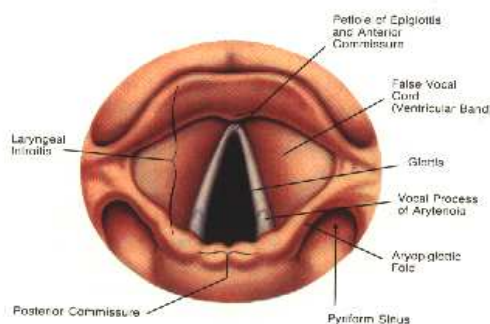


Figure 1-7. Midline cutaway of the larynx with internal membranes exposed (tr)



Copia N°:	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<u>Revisó</u>	<u>Aprobó</u>
<u>Nombre</u>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Inés Morend
<u>Firma</u>		
<u>Fecha</u>	07/11	22/11

Cáncer de Laringe: Clasificación Topográfica	
Supraglótica (epiglotis, repliegues aritenopiglótico, aritenoides, bandas ventriculares y ventrículo de Morgagni)	30%
Glótica (cuerdas vocales, comisura anterior y posterior)	50%
Subglótica (caras laterales, anterior y posterior)	10%
Área marginal e hipofaringe (valécula glosopiglótica, repliegue faríngeopiglótico, senos piriformes, región retrocricoidea y paredes laterales y posterior de hipofaringe)	10%

Epidemiología

La edad más frecuente de presentación entre 45 y 70 años, con predominio en el sexo masculino (9 a 1). Los factores predisponentes incluyen variables genéticas (antecedentes familiares), laborales (humo ambiental), de hábitos (tabaquismo, alcoholismo) e inflamatorias crónicas (reflujo gastroesofágico, exposición radiante).

Se reconocen entre las lesiones preneoplásicas a la papilomatosis laríngea, la displasia intraepitelial y la laringitis crónica.

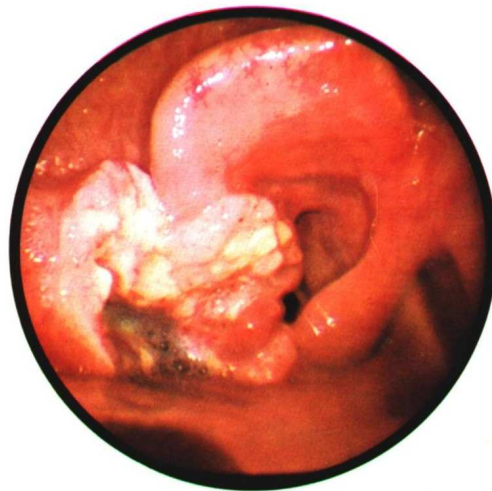
Clasificación General		
Epiteliales (carcinoma : 98.5%)	Sarcomas (1%)	Otros (linfomas, plasmocitomas)

Clasificación Macroscópica			
Vegetante	Ulcerado	Infiltrante	Asociación de formas

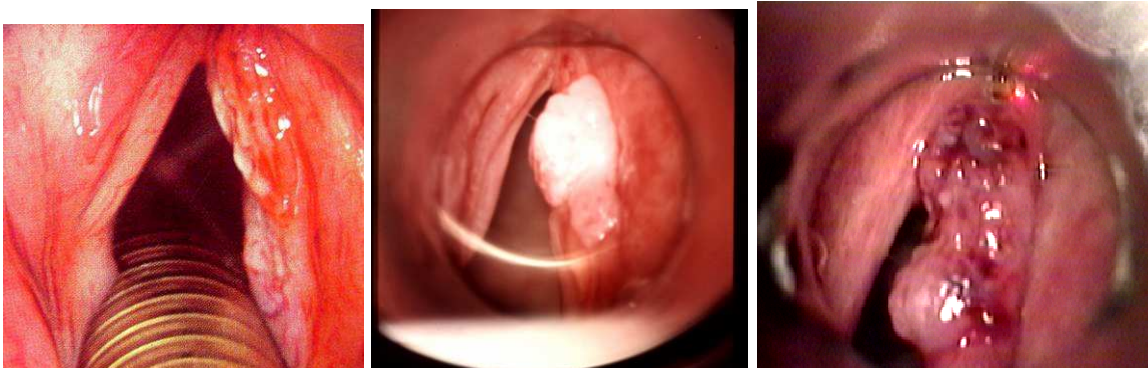
Clasificación Histológica	
Carcinoma epidermoide diferenciado	Carcinoma epidermoide semidiferenciado
Carcinoma epidermoide indiferenciado	Verrugoso de Ackerman, mucoepidermoide y pleomorfo

Clínica

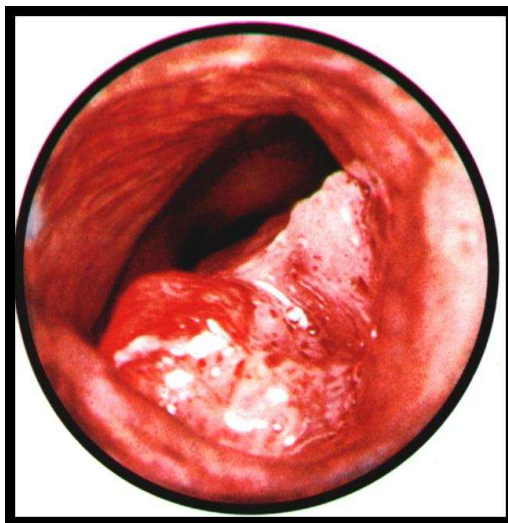
- Tumores supraqlóticos e hipofaríngeos:
 - Síntomas tempranos: parestesias faringolaríngeas, carraspeo, sensación de cuerpo extraño
 - Síntomas tardíos: otalgia, odinodisfagia, sialorrea, disfonía, disnea, halitosis, alteración del timbre de la voz, hemoptisis



- Tumores glóticos:
 - Síntomas tempranos: disfonía permanente y progresiva
 - Síntomas tardíos: disnea, manifestaciones por metástasis (infrecuente)



- Tumores subglóticos:
 - Síntomas tempranos: ausentes
 - Síntomas tardíos: tos irritativa, disfonía por invasión, disnea, metástasis



Semiología	
Anamnesis	Forma de comienzo. Tiempo de evolución
Inspección	Búsqueda de deformidades cervicales
Palpación	Tamaño, infiltración de partes blandas, movilidad activa y pasiva, adenopatías
Laringoscopia indirecta (LI) y fibroscopia	Visualización de la lesión (eventual toma de biopsia)
Laringoscopia directa (LD) y/o microlaringoscopia directa (MLD)	Observación completa de la lesión (biopsia)

Estudios por imágenes	
Radiografía de perfil de cuello	Tomografía lineal (frontal)
Tomografía computada de cuello con y sin contraste	Estudio radiológico de la deglución
Radiografía de tórax (frente y perfil)	Resonancia magnética

Diagnóstico

- Cuadro clínico
- Examen físico
- Imágenes
- Anatomía patológica

Diagnósticos Diferenciales

- Lesiones precancerosas (displasias, laringitis)
- Micosis (blastomicosis sudamericana, histoplasmosis)
- Tuberculosis
- Sífilis, leishmaniasis
- Otras lesiones

Factores Pronósticos

- Localización: glótico > supraglótico > subglótico > área marginal e hipofarínge
- Grado de diferenciación: a mayor diferenciación, menor agresividad
- Forma macroscópica: vegetante > infiltrante > ulcerado
- Tamaño: los más pequeños tienen mejor pronóstico
- Metástasis: su presencia indica peor pronóstico

Estadificación (TNM)	
Tis: Carcinoma in situ	N ₀ : Sin lesión
T ₁ : limitado a la(s) cuerda(s) vocales con movilidad conservada	N ₁ : Nódulo único homolateral < 3 cm.
- T _{1a} una cuerda vocal	N _{2a} : nódulo único homolateral de 3 a 6 cm.
- T _{1b} ambas cuerdas vocales	N _{2b} : nódulos múltiples homolaterales < 6 cm.
T ₂ : compromete 2 regiones con movilidad normal o alterada	N _{2c} : nódulos bilaterales o contralaterales menores de 6 cm.
T ₃ : limitado a la laringe con cuerda vocal fija	N ₃ : Nódulo mayor a 6 cm
T ₄ : tumor que invade el cartílago tiroides y/o se excede de los límites de la laringe a tejidos vecinos	

Tratamiento

Se opta por la cirugía, el tratamiento radiante o la quimioterapia en función de la alternativa menos agresiva que no compromete la curación del paciente.

CANCER DE LARINGE

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

ENDOSCÓPICO	Corpectomía	Tis T1
A CIELO ABIERTO	<p>Laringectomía parcial</p> <p style="margin-left: 20px;">Horizontal → Supraglótico T1 y T2</p> <p style="margin-left: 20px;">Vertical → Glótico T2</p> <p>Laringectomía total</p>	T3 y T4 y recidivas quirúrgicas y radiantes

VACIAMIENTO DE CUELLO: ante la presencia de una adenopatía o tumores avanzados

Tratamiento Radiante (total: 6500 cGy)

- T1 glótico o supraglótico (preferentemente vegetante e indiferenciado)
- Recidivas locales quirúrgicas
- T4 (tratamiento conservador)

La quimioterapia se indica en asociación con la terapia radiante en el marco del enfoque conservador de los pacientes en estadio T4.



Cáncer de Laringe

Revisión: 1 – Año 2013

Dra. R. Stawski

Página 7 de 7

Supervivencia a Cinco Años

- Supraglótico: 50%
- Glótico: 90%
- Subglótico: 30%
- Hipofaringe: 25%

Bibliografía

Otorrinolaringología y afecciones conexas, Vicente Diamante, 3ra edición. El Ateneo, Bs. As; 2004