



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES NO. 14

CMN "ADOLFO RUIZ CORTINES"



**"CÁNCER DE LARINGE Y SU VARIEDAD HISTOPATOLÓGICA.
ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA UMAE 14
ADOLFO RUIZ CORTINES"**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

PRESENTA:

DRA. ZAIRA IVETTE ABURTO MARTINEZ

ASESORES:

DRA. ALEJANDRA ORTEGA SALAZAR



HOJA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN VERACRUZ NORTE
UMAE 14 ADOLFO RUIZ CORTINES VERACRUZ, VER.



CÁNCER DE LARINGE Y SU VARIEDAD HISTOPATOLÓGICA. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA UMAE 14 ADOLFO RUIZ CORTINES

ALUMNA: DRA. ZAIRA IVETTE ABURTO MARTINEZ

DR. LUIS PEREDA TORALES
DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD

DR. ARMANDO MUÑOZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

DR. GUSTAVO MARTINEZ MIER
JEFE DE DIVISION DE INVESTIGACION EN SALUD

DRA. ALEJANDRA ORTEGA SALAZAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN MÉDICA EN
OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

NÚMERO DE REGISTRO DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD:
R-2015-3001-67

AGRADECIMIENTOS

A mi esposo Carlos por ser mi apoyo incondicional, por su amor y comprensión en esta etapa de mi vida.

A Carlitos porque con su amor y ternura logró despertar en mí el deseo de ser cada día mejor persona y profesional, por perdonar mis ausencias.

A mis papas, que durante toda mi carrera me han impulsado, me han guiado y me han demostrado que todo lo que se propone se puede lograr.

A mis hermanos por compartir su vida conmigo y ser parte de los momentos más felices de mi vida

A mis suegros por ayudarme en la crianza de mi hijo para poder alcanzar una meta más.

A mis maestros, los cuales me han formado como Otorrinolaringóloga, aprendiendo de cada uno lo mejor, por la paciencia, la enseñanza y dedicación.

A mi asesora la Dra. Alejandra Ortega Salazar, por su orientación, su disposición y momentos de buen humor que hemos pasado.

A mi segunda familia, mis amigos y compañeros residentes en quienes encontré el apoyo, las palabras, el cariño y el humor que hicieron este camino más fácil, los quiero mucho.

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	7
MARCO TEÓRICO	8
JUSTIFICACIÓN	20
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
HIPÓTESIS	22
OBJETIVOS.....	23
MATERIAL Y MÉTODO.....	24
RESULTADOS	26
DISCUSIÓN	28
CONCLUSIÓN.....	30
BIBLIOGRAFÍA.....	31
ANEXOS.....	34

RESUMEN

Título: “Cáncer de Laringe y su variedad histopatológica. Análisis retrospectivo de 5 años de experiencia en la UMAE 14 Adolfo Ruiz Cortines”

Antecedentes: El cáncer es una enfermedad que se caracteriza por alteraciones en las células, que tiene como resultado modificación en los oncogenes, en los genes supresores tumorales y en la estabilidad genética. ²

Aunque no ha sido completamente dilucidada la etiología de las neoplasias, mucho se ha avanzado en los últimos años en el conocimiento de los factores que producen, condicionan o se asocian con su aparición.²

Objetivo: Determinar cuáles son los tipos histopatológicos más frecuentes de cáncer de laringe, en un análisis retrospectivo de 5 años en esta unidad médica.

Material y Método: El estudio se realizó en el servicio de Otorrinolaringología en conjunto con el servicio de Patología Clínica, identificando los casos con diagnóstico histopatológico de cáncer de laringe, en el periodo de tiempo comprendido de enero del 2010 a noviembre del 2015 en la UMAE 14, Veracruz, Ver. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Resultados: Del total de reportes histopatológicos se clasificaron de acuerdo al tipo de cáncer en base a las variables establecidas, siendo la distribución: carcinoma de células escamosas 64 casos representando 75.29% de la patología, adenocarcinoma 5, con 5.88%, carcinoma adenoideo quístico 4 casos 4.70%, carcinoma adenoescamoso 4 casos 4.70%, linfoma 3 casos 3.52%, 2 sarcoma 2

casos con 2.35%, condrosarcoma, carcinoma mucoepidermoide, carcinoma neuroendocrino 1 caso cada uno, representando cada uno un 1.17%.

Conclusiones: En este estudio se obtuvieron resultados similares a los que se encontraron en la bibliografía revisada, coincidiendo nuestras frecuencias con las encontradas en la literatura.

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias malignas son todas aquellas enfermedades en las que existen células anormales que se multiplican sin control y que invaden los tejidos cercanos. Estas células se pueden diseminar a otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático.¹

El cáncer es un problema de salud importante en nuestro país y una de las principales causas de morbilidad y mortalidad tanto en niños como en adultos.²

Según GLOBOCAN 2012, había un estimado de 156,877 nuevos casos por año y 83,376 muertes en el mundo de cáncer laríngeo; las tasas de incidencia y de mortalidad ajustadas fueron 2,1 / 100.000 y 1,1 / 100.000, respectivamente.³

El cáncer de laringe fue el segundo cáncer más común en cabeza y cuello, siguiendo al cáncer de la cavidad oral; así como el segundo más frecuentemente ocurrido en el tracto respiratorio, después del cáncer de pulmón.³

MARCO TEÓRICO

Tumor o neoplasia, es el nombre que se le da a las enfermedades en las que existe un crecimiento o alteración en las células de los tejidos, produciendo un aumento en su volumen. Las neoplasias son divididas en dos grupos: neoplasias malignas y neoplasias benignas.¹

Las neoplasias malignas son todas aquellas enfermedades en las que existen células anormales que se multiplican sin control y que invaden los tejidos cercanos. Estas células se pueden diseminar a otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático. Existen varios tipos de estas neoplasias que se identifican de acuerdo al lugar en el que aparecen, entre otras tenemos:

- Carcinoma, empieza en la piel o en los tejidos que revisten o cubren los órganos internos.
- Sarcoma, empieza en el hueso, el cartílago, la grasa, el músculo, los vasos sanguíneos u otro tejido de sostén.
- Leucemia, empieza en un tejido donde se forman las células sanguíneas, como la médula ósea.
- Linfoma y Mieloma múltiple, empiezan en las células del sistema inmunológico.

A toda neoplasia maligna, también se llama cáncer.¹

El cáncer es una enfermedad que se caracteriza por alteraciones en las células, que tiene como resultado modificación en los oncogenes, en los genes supresores tumorales y en la estabilidad genética.²

Aunque no ha sido completamente dilucidada la etiología de las neoplasias, mucho se ha avanzado en los últimos años en el conocimiento de los factores que producen, condicionan o se asocian con su aparición.²

Múltiples estudios epidemiológicos, clínicos, y de biología molecular, han contribuido a la identificación de sustancias químicas, virus, genes y agentes físicos que actúan como carcinógenos. Por otra parte, se han establecido condiciones particulares en el huésped, como las diferencias ambientales, hormonales, de resistencia inmunológica y hereditaria, que aumentan la susceptibilidad de contraer cáncer.¹

En el mundo, de acuerdo al Informe Mundial sobre el Cáncer, la incidencia del cáncer podría aumentar en un 50% hasta el año 2020, en el que habría 15 millones de nuevos casos. En el año 2000, los tumores malignos fueron la causa del 12% de los casi 56 millones de muertes que se produjeron en el mundo por todas las causas. En muchos países, más de una cuarta parte de las muertes son atribuibles al cáncer. El informe revela que el cáncer ha pasado a ser un importante problema de salud pública en los países en desarrollo, igualando el efecto que tiene en los países industrializados.¹

El cáncer es un problema de salud importante en nuestro país y una de las principales causas de morbilidad y mortalidad tanto en niños como en adultos.²

Según GLOBOCAN 2012, había un estimado de 156,877 nuevos casos por año y 83,376 muertes en el mundo de cáncer laríngeo; las tasas de incidencia y de mortalidad ajustadas fueron 2,1 / 100.000 y 1,1 / 100.000, respectivamente.³

El cáncer de laringe fue el segundo cáncer más común en cabeza y cuello, siguiendo al cáncer de la cavidad oral; así como el segundo más frecuentemente ocurrido en el tracto respiratorio, después del cáncer de pulmón.³

Las neoplasias en cabeza y cuello representan 17.6% (108,064) de la totalidad de las neoplasias malignas reportadas al Registro Histopatológico de Neoplasias en México (RHNM) en el año 2007. 62% son carcinomas cutáneos. El siguiente grupo está constituido por las neoplasias malignas de las vías aerodigestivas superiores, que representan 12% de las lesiones malignas en cabeza y cuello, con 2,269 casos que se distribuyen de la siguiente manera:

- Cáncer laríngeo 42%.
- Cáncer bucal 37%.
- Cáncer de fosas nasales y senos paranasales 9%.
- Cáncer de la orofaringe 6%.
- Cáncer de la nasofaringe 3%.
- Cáncer de hipofaringe con 3%.^{2,3}

El registro de tumores del sistema respiratorio y órganos intratorácicos en México en el año 2004 sumaron 3,755 registros, el 3.26% del total nacional de ese año. En 2005 fueron 3,591 (3.19%), y en 2006 3,254 integrando el 3.06%.¹

Sistema respiratorio y órganos intratorácicos

Causa	CIE10	2004		2005		2006	
		N	%	N	%	N	%
Fosas nasales y oído medio	C30	119	0.10	67	0.06	83	0.08
Senos paranasales	C31	112	0.10	99	0.09	95	0.09
Laringe	C32	1,026	0.89	946	0.84	879	0.83
Tráquea	C33	30	0.03	28	0.02	12	0.01
Bronquios y pulmón	C34	2,166	1.88	2,111	1.87	1,770	1.67
Timo	C37	28	0.02	24	0.02	25	0.02
Corazón, mediastino y pleura	C38	272	0.24	316	0.28	390	0.37
Otros y mal definidos del sistema respiratorio y órganos intratorácicos	C39	2	0.00	0	0.00	0	0.00

Los factores de riesgo clásicos para el desarrollo de cáncer laríngeo son el tabaco y el alcohol, pero se han vinculado otros factores como la infección por el virus del papiloma humano, el reflujo gastroesofágico, el reflujo intestinal (por gastrectomías previas) y los vinculados con exposiciones ocupacionales a polvos de madera y asbesto.⁴

La clasificación histológica de los tumores malignos no es sólo de interés académico desde un punto de vista histogenético sino también del punto de vista de tratamiento y pronóstico. El carcinoma de células escamosas (SCC) es con mucho la neoplasia maligna más importante y más frecuente que afecta cabeza y cuello, representando más del 90%.

El SCC se divide generalmente en tres categorías histológicas: in situ, superficialmente invasivo o profundamente invasivos, con modificadores adicionales sobre la base de grado histológico, incluyendo así, moderadamente o mal diferenciada.⁵

Más de 95 % de todos los tumores malignos de laringe son carcinomas de células escamosas, sin embargo, pueden ocurrir expresiones fenotípicas menos comunes de esta neoplasia, tabla I.^{6,7}

Tabla I. Tipos histopatológicos de neoplasias primarias malignas de laringe, de acuerdo a la OMS	
Tumores Epiteliales	Carcinoma de células escamosas Carcinoma de células escamosas verrucoso Carcinoma de células fusiformes Carcinoma de células escamosas adenoideo Carcinoma de células escamosas basaloide Adenocarcinoma Carcinoma de células actínicas Carcinoma mucoepidermoide Carcinoma adenoideo quístico Carcinoma en adenoma pleomorfo Carcinoma epitelial-mioepitelial Carcinoma de células claras Carcinoma adenoescamoso Carcinoma de células gigantes Carcinoma ductal salival Tumor carcinoide Tumor carcinoide atípico Carcinoma linfoepitelial
Tumores de tejidos blandos	Fibrosarcoma Histiocitoma fibroso maligno Liposarcoma Leiomiosarcoma Rabdomiosarcoma Sarcoma de Kaposi Angiosarcoma Hemangiopericitoma Sarcoma sinovial Ewin sarcoma
Tumores de hueso y cartílago	Condrosarcoma Osteosarcoma
Linfomas Malignos	
Tumores misceláneos	Melanoma maligno
Tumores secundarios	
Tumores no clasificados	

El porcentaje restante se reparte en varios tipos histológicos distintos, denominados en conjunto “cáncer laríngeo no escamoso”. Sin embargo, existen variantes histológicas del carcinoma escamoso (verrucoso, sarcomatoide, basaloide y adenoescamoso) ⁵ que no estarían incluidas dentro de este grupo “no escamoso”, por lo que encontramos más adecuada la denominación “cáncer laríngeo de histología inhabitual” ^{8,9}

El origen de estos tumores malignos es diverso. Pueden derivar de tejido neuroendocrino, epitelial, tejido conectivo, glándulas salivales, células inmunológicas y también corresponder a metástasis. De esta forma, se describen en la literatura casos de tumores carcinoides, carcinomas de células pequeñas, carcinoma sarcomatoide (células fusiformes), carcinoma verrucoso (Ackerman), sarcomas (condrosarcomas, leiomiosarcomas, fibrosarcomas), carcinomas adenoescamosos y adenoquísticos, mucoepidermoides, linfomas, plasmocitomas, otros adenocarcinomas, metástasis de cáncer pulmonar y hepático, entre otros. ^{9,10}

Aunque muchos de estos subtipos de carcinoma de células no escamosas de la laringe, se han descrito previamente en la literatura, la poca frecuencia de estos tipos de cáncer, las variaciones en su comportamiento patológico y su respuesta a diversas modalidades en la evolución del tratamiento han limitado nuestra comprensión de sus comportamientos clínicos. En los últimos decenios, se han publicado pequeñas series de casos de experiencias institucionales y han sugerido una variedad de estrategias de tratamiento y se ha informado acerca de las diferentes tasas de supervivencia para estos tumores laríngeos. ¹¹

En cuanto a la frecuencia de subtipos de cáncer laríngeo de histología inhabitual, no existe claridad sobre cuáles son los más comunes, considerando el bajo número

de casos de las series. En una serie de 244 casos se encontró 15,9% de carcinomas de células pequeñas, 13,9% de carcinomas sarcomatoides, 12,7% de linfomas, 11,9% de sarcomas y 11,1% de tumores neuroendocrinos, distribuyéndose el resto en otros subtipos. ⁸

De un total de 128 pacientes con diagnóstico de egreso “cáncer laríngeo”, se obtuvo registro útil de 85 fichas clínicas. Setenta y cinco casos (87,1%) correspondieron a pacientes de sexo masculino y 10 casos (12,9%) de sexo femenino. El promedio de edad al diagnóstico fue de 64 años, con un rango de 41 a 91 años. Las características clínicas de los pacientes se muestran en la Tabla II. ⁸

Tabla II. Características clínicas de pacientes con cáncer de laríngeo escamoso y de histología inusual.

	Escamoso	Histología inusual
Edad promedio	64.7 años	52 años
Distribución por sexo		
Masculino	88.8%	60%
Femenino	11.2%	40%
Hábito tabáquico presente	83.8%	60%
Localización		
Supraglótico	11,25%	40%
Glótico	57.5%	20%
Transglótico	31.25%	0%
Subglótico	0%	40%

Del total de tumores, 80 casos correspondieron a carcinomas escamosos (94,1%) y 5 casos a cánceres laríngeos de histología inusual. El tipo, número y localización de casos de cánceres de histología inusual encontrados se muestran en la Tabla II.

En dos casos se requirió más de una toma de biopsia para efectuar el diagnóstico: en el caso del tumor carcinoide se requirieron dos procedimientos y en el carcinoma verrucoso cinco.⁸

Tabla II. Tipo y localización de cánceres laríngeos de histología inhabitual.

Tipo histológico	Nº	Localización
Condrosarcoma	1	Subglótico
Tumor carcinoide	1	Supraglótico
Tumor adenoideo-quístico	1	Subglótico
Carcinoma sarcomatoide	1	Glótico
Carcinoma verrucoso	1	Supraglótico
Total	5 casos	

En el Instituto Nacional de Cancerología de la Ciudad de México se realizó un estudio con 500 pacientes encontrándose la siguiente frecuencia histopatológica, tabla II.

Tabla II.

Histologías	n	%
Carcinoma de células escamosas	483	96.6
Carcinoma mucoepidermoide	3	0.6
Carcinoma <i>in situ</i>	2	0.4
Carcinoma de células escamosas basaloide	2	0.4
Carcinoma sarcomatoide	2	0.4
Carcinosarcoma	2	0.4
Adenoideo quístico	1	0.2
Osteosarcoma	1	0.2
Linfoma no-Hodgkin	1	0.2
Plasmocitoma	1	0.2
Condrosarcoma	1	0.2
Carcinoide	1	0.2
Total	500	100

El Instituto Nacional del Cáncer y Vigilancia Epidemiológica y Resultados Finales (SEER), distribuye y recopila las tasas de incidencia y supervivencia, sobre cáncer en los Estados Unidos, se ha utilizado previamente para abordar análisis de

supervivencia de muchos tipos de los cánceres de cabeza y cuello. Se ha utilizado la base de datos SEER para determinar las histopatologías que ocurren de carcinoma de células no escamosas de la laringe, para describir los factores que influyen en la supervivencia de los pacientes y comparar la supervivencia de estos pacientes en relación con CCE (carcinoma de células escamosas) de laringe.^{4,12,13,14}

Durante el periodo de análisis se reportaron 140 casos de carcinoma no escamoso supraglótico de laringe, con 94 hombres y 46 mujeres con una edad media de 62 años. Los reportes de los distintos tipos histopatológicos se resumen en la Tabla III.

9,1

Tabla III. Reportes Histopatológicos para Carcinoma de células no escamosas de Supraglotis.

Histopatológico	n
Neuroendocrino	25
Carcinoma de células pequeñas	25
Linfoma	22
Sarcoma	16
Carcinoma adenoescamoso	13
Adenoideo quístico	7
Mucoepidermoide	7
Indiferenciado	6
Adenocarcinoma	4
Carcinoma de células fusiformes	4
Carcinoide	3
Linfoepitelial	3
Carcinoma de células grandes	3
Carcinoma hepatocelular	1
Pulmón	1
Total	140

Para el período de investigación, se identificaron 78 casos (65 hombres y 13 mujeres) con cáncer de glotis que no es de células escamosas, con una edad media de los pacientes de 66.1 años. Los reportes histopatológicos se resumen en la Tabla

IV.^{9,13}

Tabla IV. Reportes Histopatológicos para Carcinoma de células no escamosas de Glotis

Histopatológico	N
Carcinoma de células fusiformes	32
Sarcoma	13
Carcinoma de células pequeñas	10
Carcinoma adenoescamoso	6
Linfoma	5
Mucoepidermoide	4
Carcinoma pseudosarcomatoso	3
Neuroendocrino	2
Carcinoma de células grandes	2
Adenocarcinoma	1
Total	78

Se reportaron un total de 26 casos (16 hombres y 10 mujeres) de cáncer de subglotis de cualquier tipo que no sea carcinoma de células escamosas, teniendo una edad media en el momento del diagnóstico de 62.5 años. En la tabla V, se enlistan los diferentes tipos histopatológicos para este subsitio.^{9,13}

Tabla V. Reportes Histopatológicos para Carcinoma de células no escamosas de Subglotis

Histopatológico	N
Carcinoma adenoideo quístico	8
Carcinoma de células pequeñas	4
Linfoma	4
Condrosarcoma	3
Histiocitomas fibrosos	2
Carcinoma de células fusiformes	2
Carcinoma adenoescamoso	1
Carcinoma de células grandes	1
Carcinoma mucoepidermoide	1
Total	26

En la Unidad Operativa de Otorrinolaringología del Hospital Veneto Vittorio en Italia desde junio 1990 a mayo 2003, se diagnosticaron 1781 los tumores malignos de la laringe. De estos casos, 32 (1,8%) fueron las neoplasias malignas de células no escamosas de laringe.

Los 29 casos que no fueron considerados tumores malignos de células escamosas de laringe eran 9 condrosarcomas, 3 carcinomas indiferenciados de células pequeñas, 3 carcinomas mucoepidermoides, 3 carcinomas adenoideo quísticos (Figura 1A-C;), 2 leiomiosarcomas, 2 rabdomyosarcomas, 2 schwannomas malignos (Fig. 2 B-C), 2 carcinosarcomas (carcinoma de células fusiformes), 1 carcinoma de células gigantes, 1 angiosarcoma y 1 carcinoide. La edad media del grupo de pacientes fue de 49.9 años (media de 53.0 años).^{15,16}

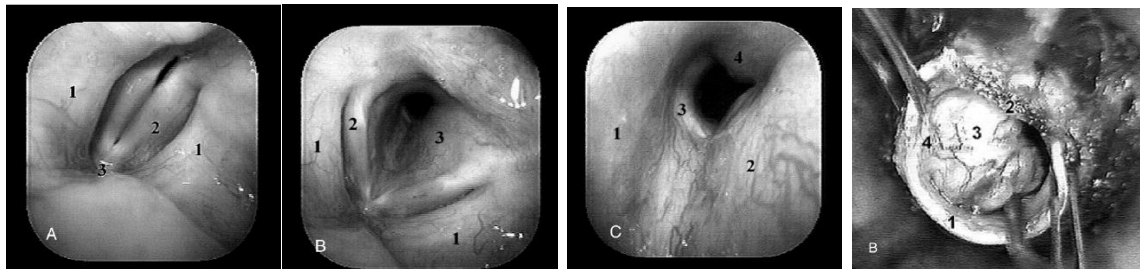


Fig. 1. Carcinoma adenoideo quístico. (A) Vista endoscópica de la glotis (durante la fonación): (1) banda ventricular, (2) cuerdas vocales, (3) comisura anterior. (B) Vista endoscópica de la glotis (durante la respiración): (1) bandas ventriculares, (2) cuerdas vocales, (3) subglotis izquierda (neoplasia). (C) Vista endoscópica de la subglotis: (1) subglotis derecha, (2) subglotis izquierda, (3) cricoides, (4) lámina cricoides. Fig. B: Especimen quirúrgico: (1) anillo traqueal, (2) membrana de tráquea, (3) neoplasia, (4) pedículo de la neoplasia.

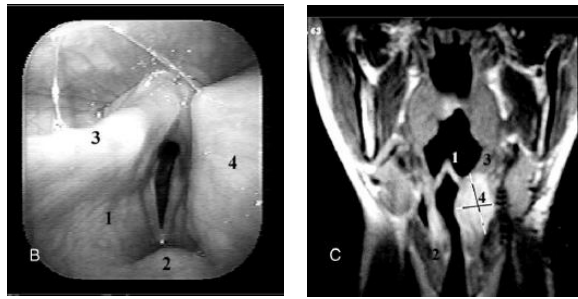


Fig. 2. Schwannoma maligno. (B) glotis vista endoscópica: (1) banda ventricular derecha, (2) petiolus, (3) pliegues ariepiglóticos derecho, (4) banda ventricular izquierda (neoplasia). (C) TAC con reconstrucción coronal: (1) epiglotis, (2) cuerdas vocales, (3) pliegue faringoepiglótico, (4) neoplasia.

Las neoplasias de células no escamosas de la laringe como ya mencionamos incluyen los sarcomas, los linfomas; así como el carcinoma de glándulas salivales, estos últimos son poco frecuentes en la laringe y representan menos del 1% de todos los tumores malignos de la laringe. Los adenoideos quísticos son más comunes en las regiones supraglótica y subglótica.^{17,18,19}

Los carcinomas neuroendocrinos de la laringe son raros, pero son los tumores de células no escamosas más comunes de este órgano, que se pueden dividir en 2 grandes categorías en función de su tejido de origen: epitelial y neuronal.²⁰ Desde el primer informe de un tumor carcinoide atípico de la laringe en 1969 por Goldman et al.²¹ la laringe ha recibido una atención creciente por el potencial desarrollo de diferentes tumores neuroendocrinos. Hasta la fecha, aproximadamente 700 casos de carcinomas neuroendocrinos, se han reportado en la literatura, y sin embargo la mayoría de ellos son reporte de casos.²²

JUSTIFICACIÓN

La patología de laringe de tipo maligno ha cobrado mayor importancia en los últimos años, ya que se ha presentado un incremento en esta enfermedad debido a los múltiples factores de riesgo entre los que se encuentra en consumo de tabaco, así mismo se ha visto un aumento de la incidencia del cáncer laríngeo, en el sexo femenino debido a los cambios socioculturales.

En México, desafortunadamente no existen cifras estadísticas exactas documentadas, por lo que considero necesario la realización de este estudio donde se englobara un lapso de 5 años de registros histopatológicos, para favorecer la estadística y registros epidemiológicos; además de comparar nuestros resultados, con lo descrito habitualmente en la literatura sobre el tema.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de los tipos histopatológicos de cáncer de laringe en la Unidad Médica de Alta Especialidad 14?

HIPÓTESIS

H1: La frecuencia de las variantes histopatológicas de cáncer de laringe encontrada en un análisis retrospectivo de 5 años en esta unidad, es similar a la reportada en la literatura.

H0: La frecuencia de las variantes histopatológicas de cáncer de laringe encontrada en un análisis retrospectivo de 5 años en esta unidad, es diferente a la reportada en la literatura.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Determinar cuáles son los tipos histopatológicos más frecuentes de cáncer de laringe, en un análisis retrospectivo de 5 años en esta unidad médica.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Determinar cuál es el tipo histopatológico más frecuente de cáncer de laringe en un análisis retrospectivo de 5 años, en esta unidad médica.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, analítico; en el servicio de Otorrinolaringología en conjunto con el servicio de Patología Clínica, identificando en los registros del servicio los casos con diagnóstico histopatológico de cáncer de laringe, en el periodo de tiempo comprendido de enero del 2010 a noviembre del 2015 en la UMAE 14, Veracruz, Ver. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se recabaron los folios y reportes histopatológicos de todos los pacientes con diagnóstico de cáncer de laringe, que son derechohabientes al IMSS, en un periodo de tiempo comprendido desde enero del 2010 hasta el mes de noviembre del 2015; los cuales cumplieron con los criterios de inclusión.

Posteriormente se realizó el llenado del formato Anexo 1, por método de paloteo, para realizar conteo de cada variable.

No ameritó hoja de consentimiento informado por ser un estudio retrospectivo, se respetó la confidencialidad de los pacientes. Este estudio fue aprobado por el Comité Local de Investigación en Salud.

Los criterios de inclusión fueron los reportes histopatológicos definitivos de pacientes con diagnóstico de cáncer de laringe, comprendidos de enero del 2010 a noviembre del 2015, en la Unidad Médica de Alta Especialidad 14. Los criterios de exclusión fueron reportes histopatológicos con diagnósticos no concluyentes y los criterios de eliminación fueron los reportes histopatológicos sin malignidad.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico incluyó la medición de las variables para obtener las frecuencias simples y porcentajes de los tipos histopatológicos de cáncer de laringe.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 85 pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de laringe, de los cuales 7 fueron mujeres (8.23%) y 78 hombres (91.76%). Con un rango de edad de 44 a 92 años. Con una media de 72.4 años. (Figura 1).

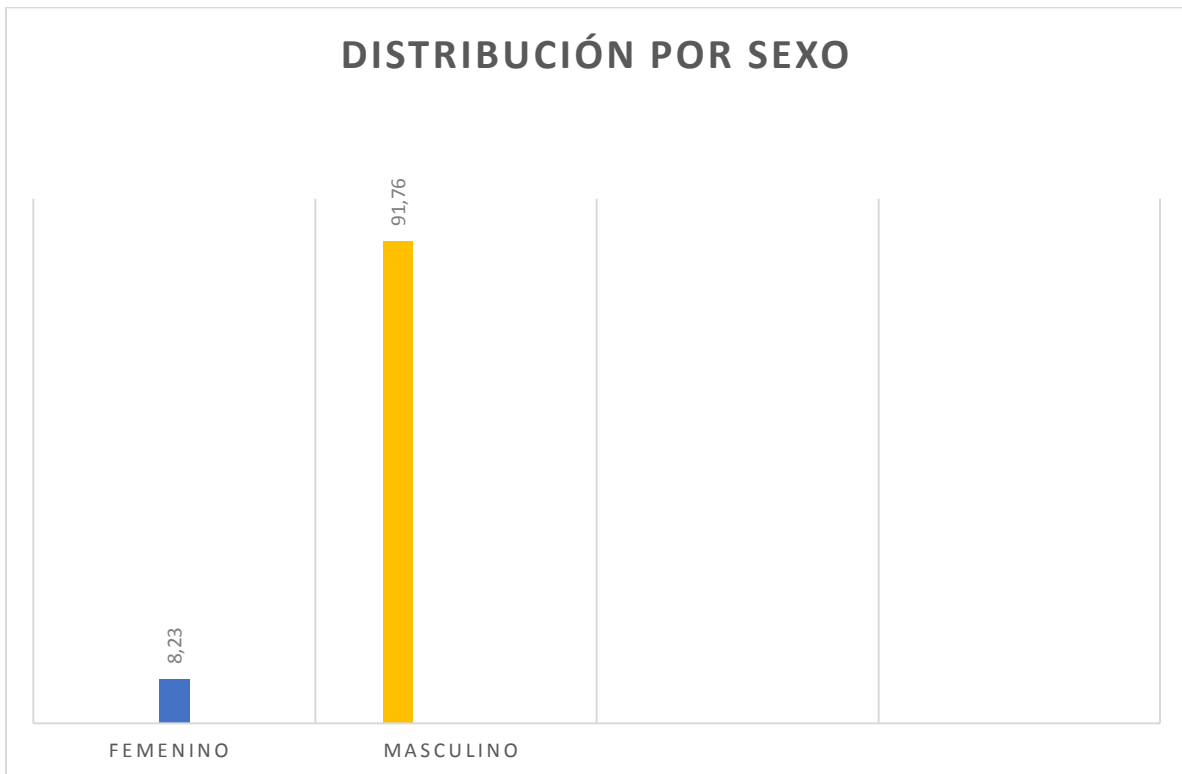


Figura 1

Del total de reportes histopatológicos se clasificaron de acuerdo al tipo de cancer en base a las variables establecidas, siendo la distribución: carcinoma de células escamosas 64 casos representando 75.29% de la patología, adenocarcinoma 5, con 5.88%, carcinoma adenoideo quístico 4 casos 4.70%, carcinoma adenoescamoso 4 casos 4.70%, linfoma 3 casos 3.52%, 2 sarcoma 2 casos con

2.35%, condrosarcoma, carcinoma mucoepidermoide, carcinoma neuroendocrino 1 caso cada uno, representando cada uno un 1.17%. (Figura 2)

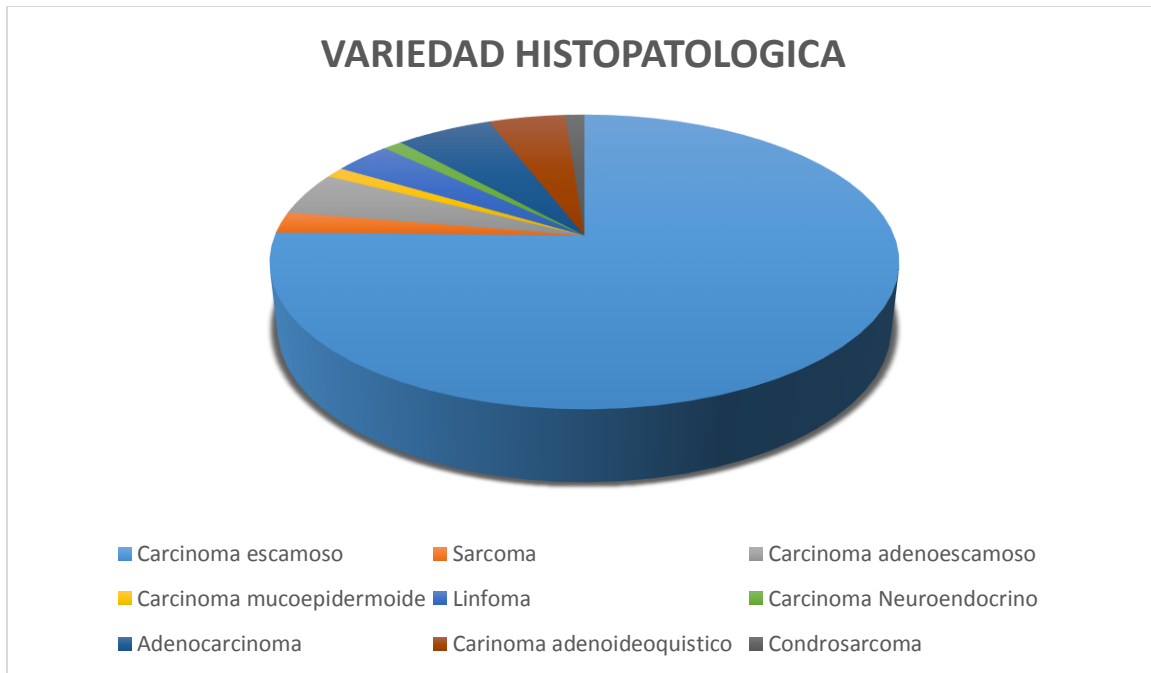


Figura 2

DISCUSIÓN

El cancer laríngeo, es una patología la cual ha ido en aumento en los últimos años de manera global, por lo que es muy importante realizar un diagnóstico de forma oportuna, para poder ofrecer un tratamiento adecuado y disminuir la morbi-mortalidad de dicha patología.

Para poder ofrecer el mejor tratamiento es necesario saber la estirpe histopatológica en cada caso. En nuestro país poca es la estadística que se encuentra en relación a la frecuencia de presentación de diversas variantes histopatológicas del cancer de laringe, por lo que es esta tesis el objetivo fue determinar cuál es el tipo histopatológico más frecuente de cáncer de laringe en un análisis retrospectivo de 5 años, en esta unidad médica.

En un estudio con un total de 128 pacientes con diagnóstico de egreso “cáncer laríngeo”, se obtuvo registro útil de 85 fichas clínicas. Setenta y cinco casos (87,1%) correspondieron a pacientes de sexo masculino y 10 casos (12,9%) de sexo femenino.⁸ La edad de los pacientes se encontró entre los 44 y 92 años de edad, con una distribución de sexo en su mayoría masculino, lo cual concuerda con toda la bibliografía revisada para este estudio.

En la bibliografía en una serie de 244 casos se encontró 15.9% de carcinomas de células pequeñas (carcinoma de células escamosas), 13.9% de carcinomas sarcomatoides, 12.7% de linfomas, 11.9% de sarcomas y 11.1% de tumores neuroendocrinos, distribuyéndose el resto en otros subtipos.⁸

En otro estudio de la bibliografía se encontraron 29 casos que no fueron considerados tumores malignos de células escamosas de laringe eran 9

condrosarcomas, 3 carcinomas indiferenciados de células pequeñas, 3 carcinomas mucoepidermoides, 3 carcinomas adenoideo quísticos, 2 leiomiosarcomas, 2 rabdiosarcomas, 2 schwannomas malignos, 2 carcinosarcomas (carcinoma de células fusiformes), 1 carcinoma de células gigantes, 1 angiosarcoma y 1 carcinoide.^{15,16}

Las variables histopatológicas encontradas en esta revisión fueron carcinoma de células escamosas 64 casos representando 75.29% de la patología, adenocarcinoma 5, con 5.88%, carcinoma adenoideo quístico 4 casos 4.70%, carcinoma adenoescamoso 4 casos 4.70%, linfoma 3 casos 3.52%, 2 sarcoma 2 casos con 2.35%, condrosarcoma, carcinoma mucoepidermoide, carcinoma neuroendocrino 1 caso cada uno, representando cada uno un 1.17%.

Las frecuencias encontradas en nuestra revisión fueron similares a las encontradas en la bibliografía consultada para este estudio.

CONCLUSIÓN

El cáncer laríngeo de histología inhabitual es poco frecuente, la estirpe más común sigue siendo el carcinoma de células escamosas, las otras variantes tienen una frecuencia de presentación baja. Las frecuencias reportadas en nuestro estudio coinciden con las reportadas en la literatura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dirección General de Epidemiología (DGE). Base de datos del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas 2004-2006 (RHNM). Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológico (SINAVE). [México]: Secretaría de Salud. http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/mo-nografias/P_EPI_DE_LOS_TUMORES_MALIGNOS_M%C3%A9xico.pdf
2. Hernández A, Martínez T, Sánchez R, Mora I, Fernández I. Expresión del receptor tipo toll 7 en muestras de tejido con diagnóstico histopatológico de carcinoma escamoso de laringe. Rev Sanid Milit Mex 2010 Ene-Feb;64(1): 24-36.
3. Lingbin D, Huizhang L, Chen Z, Rongshou Z, Siwei Z, Wanqing C. Incidence and mortality of laryngeal cancer in China, 2011. Chin J Cancer Res 2015;27(1):52-8.
4. Herrera A, Villavicencio V, Rascón M, Luna M. Demografía del cáncer laríngeo en el Instituto Nacional de Cancerología. Cir Ciruj 2009;77:353-7.
5. Thompson L. Squamous cell carcinoma variants of the head and neck. Current Diagnostic Pathology 2003;9:384-96.
6. Gino M, Marchese R, Cartei G, Marchese F, Staffieri F. Current opinion in diagnosis and treatment of laryngeal carcinoma. Cancer Treatment Reviews 2006;(32):504-15.
7. Almadori G, Bussu F, Cadoni G, Galli J, Paludetti G. Molecular markers in laryngeal squamous cell carcinoma: towards on integrated clinicobiological approach. Eur J Cancer 2005; (41):683-93.

8. Landaida C, Torrente M. Cáncer laríngeo de histología inhabitual. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2010; (70):129-32.
9. Lin HW, Bhattacharyya N. Staging and survival analysis for nonsquamous cell carcinomas of the larynx. Laryngoscope 2008;(118):1003-13.
10. Bilia M, Prgomet D, Kovac L. Nonepidermoid carcinomas of the larynx 15 years experience in the single institution. Lijec Vjesn 2009;(131):196-98.
11. Pakin D, Bray F, Ferby J, Pisoni G. Global Cancer Statistics 2002. Cancer J Clin 2005;(55):74-108.
12. Bhattacharyya N, Chien W. Risk of second primary malignancy after radioactive iodine treatment for differentiated thyroid carcinoma. Ann Otol Rhinol Laryngol 2006;(115):607-10.
13. Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) Program. www.seer.cancer.gov. SEER Stat Database: Incidence, SEER. Nov 2005, Sub. National Cancer Institute, DCCPS Surveillance Research Program, Accessed April 2007.
14. Nichols A, Bhattacharyya N. Racial differences in stage and survival in head and neck squamous cell carcinoma. Laryngoscope 2007;(117):770-5.
15. Lucioni M, Marioni G, Della D, Bittesini L. Treatment of unusual or rare laryngeal nonsquamous primary malignancies: radical (total/extended total laryngectomy) or conservative surgery? American Journal of Otolaryngology – Head and Neck Medicine and Surgery 2008;(29):106–12.
16. Bittesini L, Falconier G, Della L. Classificazione istopatologica in tumori rari della laringe. Atti del XLVI Radono del grupo otorinolaringologico Alto Italia, Vittorio Venete, December 8, 2000.

17. Moukarbel R, Goldstein D, O'Sullivan B, Gullane P, Brown D. Adenoid cystic carcinoma of the larynx: a 40-year experience. *HEAD & NECK—DOI* 10.1002/hed July 2008
18. Wang M, Liu C, Li W, Chong S, Chu P. Salivary gland carcinoma of the larynx. *J Chin Med Assoc* 2006;(69):322-5.
19. Dexamble P, Huth J, Rebufy M, Chabrol A. Carcinome adenoïde kystique du larynx a Propos de deux cas. *Ann Otolaryngol Chiv Cervicofac* 2003;(120);244-8.
20. Chen Z, Liming G, Yunxiao M, Wenwen D, Xiaoli Z, Guojun L, Zhiqiang G, Xingming C. Laryngeal Neuroendocrine Carcinomas: A Retrospective Study of 14 Cases. *BioMed Research International* 2015; 231-7.
21. Ferlito A, Lewis S, Rinaldo A. The evolving management of laryngeal neuroendocrine carcinomas. *European Archives of the Oto-Rhino-Laryngology*. 2011;(268):1247-9.
22. Ferlito A, Silver E, Bradford R. Neuroendocrine neoplasms of the larynx: an overview. *Head and Neck* 2009;(12):1634-46

ANEXOS

Anexo 1

Nombre del Paciente	NSS	No. de folio del reporte histopatológico	Diagnóstico

Anexo 2

Reporte Histopatológico	Número de casos
Carcinoma de células escamosas	
Sarcoma	
Carcinoma adenoescamoso	
Linfoma	
Carcinoma mucoepidermoide	
Carcinoma neuroendocrino	
Adenocarcinoma	
Carcinoma adenoideo quístico	
Condrosarcoma	



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3001
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES NO. 14, CENTRO MEDICO NACIONAL LIC. ADOLFO RUIZ CORTINES, VERACRUZ
NORTE

FECHA 15/12/2015

DRA. ALEJANDRA ORTEGA SALAZAR

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

CANCER DE LARINGE Y SU VARIEDAD HISTOPATOLÓGICA. ANALISIS RETROSPECTIVO DE 5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA UMAE 14 ADOLFO RUIZ CORTINES

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-3001-67

ATENTAMENTE

DR. (A). MARIO RAMÓN MUÑOZ RODRÍGUEZ
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3001

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL