



CANCER DE LA LARINGE

I- INTRODUCCION

En la laringe se distinguen tres pisos: uno superior o supraglótico, uno medio o glótico, donde están las cuerdas vocales y uno inferior o subglótico. En cada uno de estos pisos pueden asentar tumores, pero su frecuencia y su gravedad son muy diferentes. Se considera que de 100 cánceres de laringe, 40 comienzan en la supraglotis, 59 en la glotis y sólo 1 en la sublotis.

La región supraglótica es muy rica en linfáticos y los tumores que comienzan a ese nivel dan frecuentemente metástasis o colonizaciones en los ganglios del cuello, y muchas veces, la tumoración en el cuello es el primer síntoma de la enfermedad. Este hecho ensombrece el pronóstico ya que cuando se hace el diagnóstico, el tumor ya ha tenido una diseminación regional.

En cáncer glótico es de pronóstico más favorable debido a que se evidencia precozmente a través de su síntoma principal: la disfonía o ronquera. De ahí el consejo de que cuando una ronquera se prolonga más de quince días se debe consultar al especialista. La ronquera se explica porque el tumor que se inicia en la cuerda vocal o en su vecindad, altera los movimientos o inmoviliza la cuerda provocando la voz disfónica.

Los cánceres subglóticos son poco comunes, 1 de cada 100. Pocas veces causan ronquera. En cambio puede causar fatiga o disnea por que propenden a obstruir la vía aérea.

En general los cánceres de la laringe tienen un buen pronóstico con una sobrevida a cinco años en EEUU del orden del 65%. De todos modos, importa hacer el diagnóstico en etapa localizada, ya que, obviamente, en esta etapa, las posibilidades de curación son mayores.

Cabe señalar, también, que el cáncer de laringe tiene un claro predominio masculino de 10 a 1, es decir, por cada mujer afectada por la enfermedad hay 10 hombres que la padecen. En el Uruguay esa diferencia es mucho mayor: en el año 2000 fallecieron 102 hombres y sólo 4 mujeres por esta localización del cáncer.

También se ha observado la existencia de una correspondencia entre las tasas de cáncer de pulmón y las tasas de cáncer de laringe, del mismo orden, es decir, por cada cáncer de laringe aparecen 10 cánceres de pulmón. Y, lo que es más importante, las tendencias de las tasas siguen una evolución similar; cuando aumentan los casos de cánceres de pulmón también aumentan los de cánceres de laringe. Este hecho está demostrando que los mismos factores de riesgo, tabaco sobre todo, actúan en las dos localizaciones del cáncer.

Debemos decir, además, que el cáncer de laringe afecta predominantemente a la gente de edad: las tasas aumentan aún hasta la séptima y octava década de la vida. Cuando el tumor aparece en gente joven, se ha visto que muchas veces está precedido por la existencia de papilomas de la laringe, un tumor benigno, de posible origen viral, que se ha malignizado.

II- FACTORES DE RIESGO

A- PREPONDERANTE

- 1- **Tabaco** – El tabaco es conocido, desde los primeros estudios epidemiológicos, como el principal factor de riesgo para los cánceres laríngeos glóticos y supraglóticos, que son casi la totalidad de los cánceres de este órgano, ya que totalizan, como hemos dicho, el 99%.

Corresponde señalar, que en las autopsias de fumadores, fallecidos por causas ajenas al cáncer de laringe, se encontraron en muchos de ellos algún grado de atipia epitelial en la mucosa de la laringe, proceso pre-maligno, y en el 16% de estas autopsias ya existía un cáncer in situ de la laringe.

En la India, donde se acostumbra a mascar el tabaco, el riesgo de contraer cáncer para los que fuman y mascan tabaco, es 20 veces mayor que el de los que no tienen estos hábitos.

- 2- **Alcohol** - El alcohol ejerce una interacción con el tabaco, como sucede en la cavidad bucal y en el esófago, lo que produce un efecto multiplicativo.

Algunos investigadores consideran que el alcohol tiene más peso como factor de riesgo que el tabaco, sobre todo para el cáncer supraglótico.

Otra demostración de la importancia del alcohol y del tabaco, como factor de riesgo, está dada por las tasas bajas de este cáncer que presentan las colectividades religiosas, como los mormones, entre los cuales está prohibido fumar y beber alcohol.

B- OTROS

- 3- **Factores ocupacionales** – Se ha encontrado un riesgo acrecentado en los trabajadores con asbestos, sustancias conocidas como factores de riesgo en otros cánceres, como los mesoteliomas.

Otras sustancias, como el níquel y los gases de mostaza son factores de riesgo para los operarios que las manipulan sin las protecciones adecuadas.

- 4- **Virosis** – Ciertos virus, como el Herpes Virus tipo II, fueron considerados como factores de riesgo, ya que en muchos enfermos de cáncer de laringe se encontraron anticuerpos para dicho agente. Se los vincula al origen de los papilomas laríngeos que a veces sufren transformación maligna.

- 5- **Factores socioeconómicos** – Se observa una acrecentada incidencia en los grupos socioeconómicos de bajos ingresos.

- 6- **Factores hereditarios** – La vinculación del cáncer de laringe con la existencia de factores hereditarios, queda limitada a admitir la existencia de sujetos predispuestos a generar la enfermedad frente a la acción de carcinógenos ambientales, como el tabaco y el alcohol.

- 7- **La dieta** – Se llevan realizados numerosos trabajos buscando asociaciones entre la dieta y el cáncer de laringe, con resultados discutibles. Parece admitirse que lo mismo que sucede en otras localizaciones tumorales, la ingestión de betacaroteno, vitamina A, frutas y verduras actúan como protectores, mientras que el consumo de dietas hipercalóricas e hipergrasas aumentan el riesgo.

III- MEDIDAS PREVENTIVAS

Los principales factores de riesgo identificados para el cáncer de laringe son el tabaco y el alcohol, así como algunas sustancias químicas como el níquel, el gas de mostaza y los asbestos. Actuando en conjunto tienen un efecto multiplicativo.

El tabaco actuaría directamente: las células de la mucosa sufrirían transformaciones mutagénicas por acción de las sustancias carcinógenas del alquitrán y de la nicotina del tabaco. El alcohol sería un cofactor cuya acción podría explicarse por las deficiencias nutricionales que genera este hábito a través del tiempo.

En consecuencia la cesación del tabaquismo y la eliminación o reducción del alcoholismo, son las medidas más importantes para limitar la incidencia de este cáncer.

Cabe también proteger el obrero que manipula asbestos u otras sustancias químicas conocidas como carcinógenos, proporcionándole los medios de aislamiento adecuados: guantes, máscaras, etc.

Con respecto a la detección precoz podemos decir que los cánceres iniciados en el piso medio de la laringe o piso glótico, que son la mayoría, se evidencian precozmente por una alteración de la voz, la disfonía o ronquera. En consecuencia, cualquier alteración de la voz que no desaparezca con los tratamientos comunes en una o dos semanas, debe merecer el examen especializado. El médico especialista puede observar directa o indirectamente la laringe con instrumental adecuado.

En cuanto a la realización de trabajos de detección precoz sobre población supuestamente sana, aún no se dispone de una tecnología adecuada a estos fines.

Fuente: Vassallo, J.A.; Barrios, E.- Actualización Ponderada de los Factores de Riesgo del Cáncer. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 2003.