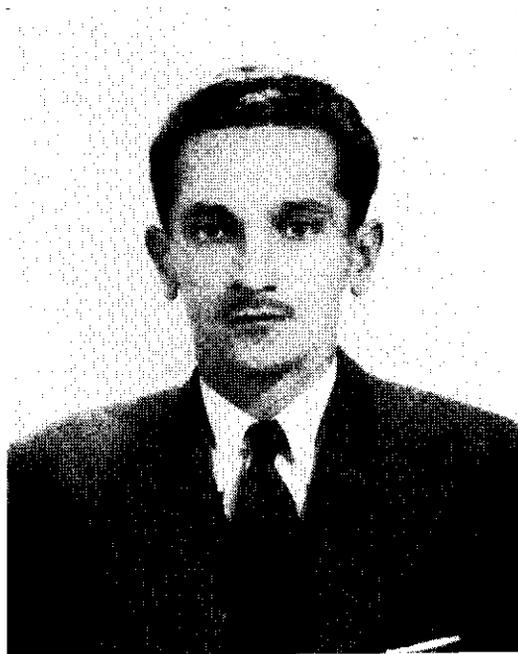


NUEVO ACADEMICO



DR. RICARDO TAPIA ACUÑA,  
Académico de número en la Sección de Otorrinolaringología.

**Datos biográficos del**  
**DR. RICARDO TAPIA ACUÑA**

Nació en la ciudad de México el 27 de septiembre de 1909, siendo sus padres el Sr. Dr. Ricardo Tapia y Fernández y la Sra. Carlota Acuña de Tapia. Hizo sus estudios primarios, preparatorios y profesionales en la misma ciudad de México, habiéndose recibido de médico cirujano en la Escuela Nacional de Medicina el 1º de abril de 1933.

En 1934 ingresó al personal docente de esa Escuela con el cargo de profesor ayudante libre y en 1935 fué nombrado profesor ayudante de terapéutica quirúrgica. Ha prestado sus servicios profesionales en el Sanatorio para Tuberculosos de Huipuleo, en el Hospital General y en el Hospital Español.

Es miembro de varias sociedades científicas nacionales y extranjeras, entre las cuales destacan la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, de la cual es fundador, The American College of Chest Physicians y The American Broncho-Esophagological Association, y ha publicado diversos trabajos de la especialidad a que se dedica.

Fué aceptado como miembro de número en la Sección de Otorrinolaringología el 19 de mayo de 1947.

## TRABAJOS ACADEMICOS

### CANCER DE LA LARINGE \*

Por el Dr. RICARDO TAPIA Y ACUÑA,  
académico de número.

El cáncer de la laringe es el padecimiento que se anuncia desde que empieza, que "habla" aun antes de que el mismo médico esté en posibilidad de comprobar su presencia y, sin embargo, muy pocas veces llega a manos del laringólogo en condiciones de ser atacado oportunamente. Varias razones hacen que este problema revista en México un interés mayor, y probablemente la principal de ellas es de carácter económico-social.

¿Hasta qué punto un enfermo con ronquera, y su médico, son capaces de sospechar que este síntoma es la iniciación de uno de los más graves padecimientos? He aquí la cuestión fundamental, tan difícil de ser contestada acertadamente en un momento dado. Aparentemente bastaría tomar un espejo laringeo y relacionar la lesión, aunque fuese pequeña, con la edad, costumbres y algunos otros antecedentes, para hacer pensar en el cáncer. En la práctica, esto es erróneo; generalmente se necesita que el padecimiento no hable sino que "grite" para que el paciente, y a veces aun el médico, comprendan la gravedad de la situación; pero hay el peligro de que cuando esto suceda ya sea demasiado tarde. De ahí la necesidad de que la ronquera, un síntoma objetivo y subjetivo, deba conducir a la convicción de un detenido y cuidadoso examen.

Se ha calculado que entre todos los casos de cáncer de cualquier órgano o tejido, el 4 por ciento corresponde a los de la laringe. El más común de éstos es el carcinoma. Es excepcional encontrarlo en niños o

---

\* Trabajo de ingreso a la sección de oto-rino-laringología. Leído en la sesión del 18 de junio de 1947.

en personas jóvenes; pero esta posibilidad es admitida. La edad, el sexo, la herencia y la irritación prolongada son los principales factores que influyen en la aparición del cáncer de la laringe. En los casos que he observado, la edad ha sido entre 35 y 75 años, el 4 por ciento del sexo femenino y casi todos fumadores. Aunque sólo unos cuantos enfermos me confesaron haber sabido que sus padres o abuelos sufrieron este mismo padecimiento, la mayoría asegura ignorar estos datos. Es indudable que el factor irritación juega un papel de primer orden; y entre los irritantes, es el tabaco el que ocupa el primer lugar; solamente uno de mis enfermos no fumaba y era del sexo femenino. Es quizá ésta la razón por la que en México el porcentaje de mujeres con cáncer de la laringe sea tan bajo en relación con las cifras estadísticas de otros países, pues hasta hace unos cuantos años era hábito poco común entre las personas de dicho sexo. El alcoholismo se ha invocado también como factor etiológico, así como el abuso de la voz. Uno de mis pacientes fumaba poco, pero abusaba de su voz y sobre todo de las bebidas alcohólicas.

El diagnóstico del cáncer de la laringe no siempre es fácil. La confusión con otros padecimientos, como la tuberculosis en alguna de sus formas, principalmente el fibrotuberculoma, puede ser posible a pesar de que exista biopsia positiva. Este hecho ha sido señalado desde hacer varios años por Hautant (15), quien confesó haber practicado hemilaringectomía a un paciente cuyo examen de tórax había revelado únicamente enfisema y, no obstante que la biopsia había correspondido al examen laringoscópico, al ser examinada la pieza se encontraron numerosas celdillas gigantes y otros signos correspondientes a tuberculosis; lo que había hecho pensar en carcinoma fué la proliferación de las celdillas basales del epitelio. Hace más de un año tuve oportunidad de observar un paciente de 25 años de edad, portador de una tumoración papilomatoide en una de las cuerdas vocales cerca de la comisura anterior, cuyos síntomas eran disfonía y disnea y, como antecedentes de importancia, sífilis adquirida. En vista de que sus condiciones generales eran muy malas, hube de practicarle traqueotomía de urgencia. Procedí algunos días después a la resección de la mayor parte de la tumoración por laringoscopia directa, la que envié al laboratorio para su estudio. Para sorpresa mía, la contestación fué epiteloma grado iv. La persona que practicó este examen es de reconocida competencia y siempre me ha inspirado enorme confianza; sin embargo, recurrí a ella con objeto de que personalmente me confirmara el hallazgo y así lo hizo, habiéndome asegurado que había pocas proba-

bilidades de error en su dictamen. Practiqué nueva laringoscopia al paciente, cuyo estado general y aun la voz habían mejorado notablemente, y encontré un pequeño resto de la tumoración adherido a una de las cuerdas, el cual resequé no sin antes cerciorarme de que estas últimas presentaban un aspecto casi normal y toda la laringe disfrutaba de su movilidad completa. Envié el producto de esta segunda sesión operatoria al mismo patólogo y esta vez la contestación fué *papiloma*. El paciente fué decanulado poco después; recuperó su voz y demás atributos de una persona normal sin que este cambio favorable implicara un período apreciable de convalecencia. Hasta la fecha se encuentra perfectamente bien. Otro caso que prueba una vez más la dificultad del diagnóstico, es el siguiente: Sr. R. M., de 65 años de edad, natural de San Luis Potosí, México. Antecedentes hereditarios y personales sin importancia, de buenas costumbres, fumaba poco y no acostumbraba las bebidas alcohólicas. Hace cerca de un año empezó a notar cierto cambio en su voz y más tarde ronquera hasta casi llegar a la afonía; esto no se acompañó de ningún otro síntoma. Recurrió a un médico especialista, quien le descubrió una tumoración pequeña en la cuerda vocal izquierda, la cual fué reseca y enviada al laboratorio para su examen histopatológico; el resultado de este examen fué: epiteloma del tipo iv de la escala de Broders. Después de esta operación, su voz mejoró bastante; pero inquieto por el resultado histopatológico, resolvió venir a la capital para hacerse examinar nuevamente. Habéndole examinado por espejo laríngeo y poco después por vía directa, encontré un muy pequeño fragmento de tumor adherido al borde libre de la cuerda vocal izquierda al nivel de la unión de tercio medio con tercio anterior; por lo demás, no había alteración morfológica o de color en el resto de dicha cuerda o en otra región de la laringe: la movilidad se conservaba normal. Procedí con el mayor cuidado a la excisión de lo que indudablemente era el resto del tumorcillo y lo envié a examen histopatológico cuyo resultado fué: "Proceso inflamatorio, no se encontraron celdillas neoplásicas." La voz se recuperó totalmente y he podido observar este paciente cada mes, teniendo cuidado de investigar la presencia de adenopatía cervical o manifestaciones broncopulmonares; hasta ahora, su estado es completamente satisfactorio, después de más de seis meses.

Aunque la disfonía es el primer síntoma que generalmente aparece en el cáncer de la laringe, no es el único, pues la localización del tumor en las cuerdas vocales o bandas ventriculares no es regla absoluta. La odinofagia puede aparecer como primer síntoma cuando la localización

está en la región posterior, especialmente al nivel de los aritenoides. Este fué el triste caso de un distinguido colega, quien había sufrido la presencia de un tumor benigno hacia diez años, el cual había sido resecado por vía indirecta con magníficos resultados posteriores; pero el paciente continuó abusando del tabaco y de la voz, no habiéndose presentado la odinofagia hasta pocos meses antes de que el cáncer se manifestara al espejo laríngeo como un engrosamiento edematoso en uno de los aritenoides. Es un caso muy interesante en vista de que, mientras el único síntoma fué el dolor a la deglución, visitó una de las principales clínicas del extranjero sin ningún resultado diagnóstico. Un distinguido laringólogo, quien entonces estuvo de visita en México, observó la laringe en mi compañía, pero ambos la vimos únicamente por vía indirecta; al indicársele la necesidad de hacer una inspección directa por medio del laringoscopio, el interesado se negó aduciendo como razones que ya se le habían practicado varias exploraciones y no deseaba ser molestado más en este sentido. Pocos meses después tuve la oportunidad de ver la tumoración; pero para entonces el paciente se encontraba con estado de ánimo sumamente deprimido, lo que dió lugar a que rehusara seguir el camino indicado en estos casos. Más tarde supe que se le había practicado la biopsia, la cual resultó positiva. He creído pertinente mencionar esto en vista de la gran enseñanza que trae consigo: en casos dudosos la exploración de la laringe debe hacerse siempre completa, es decir, no basta un simple examen laringoscópico indirecto, conviene practicar laringoscopia directa y aun faringoscopia, recurriendo además a la ayuda del radiodiagnóstico.

La hemoptisis es raro observarla cuando el cáncer está en su iniciación. Es en cambio muy común en los casos avanzados, en los cuales puede haber hemorragias profusas y difíciles de controlar.

La metástasis ganglionar en el cuello o bien las metástasis en el pulmón son las complicaciones graves que más frecuentemente se presentan en el curso del cáncer de la faringe. Por esta razón, la exploración del cuello y de los campos pulmonares debe ser regla para el examen de estos pacientes. Investigaciones complementarias son: el estudio serológico en la sangre, bacteriológico en el esputo y radiológico de la laringe y tórax. La tomografía es de primordial importancia, pues puede significar la clave de la indicación terapéutica.

En los casos en que es difícil apreciar el estado de la subglotis, es útil la traqueoscopia por medio de un broncoscopio delgado, el cual se

introduce a través de la luz de la laringe. La laringoscopia retrógrada, cuando el paciente es portador de fístula traqueal, tiene la misma utilidad.

Se acepta la posibilidad de que un tumor benigno degenera en maligno; pero hay que convenir en que cierto número de ellos puede tener de benigno sólo el aspecto, y la base de implantación no es otra cosa que el lugar de asiento de un carcinoma. Una biopsia negativa no significa gran cosa cuando los caracteres y la evolución del tumor no corresponden a este resultado. Cuando un tumor benigno se reproduce con cierta rapidez en un paciente con hábitos de alcoholismo o tabaquismo y de más de 35 años de edad, hay que sospechar que se trata de cáncer, debiendo insistirse en una toma más próxima a la base de implantación. Además, si dicha toma incluye varios fragmentos, deben examinarse todos y cada uno de ellos. Dos de estos casos han sido observados por el que habla, y en ambos no fué posible aclarar el diagnóstico hasta la tercera toma, con intervalos de semanas entre una y otra. Por otro lado, no debe temerse que biopsias repetidas sean la causa o tengan algún efecto desfavorable en lo que respecta a la malignidad del proceso.

Desde el punto de vista endoscópico, el carcinoma se presenta como neoformación irregular, rojiza o grisácea, localizada en una de las cuerdas vocales, o en la comisura anterior, región subglótica, bandas ventriculares, o epiglotis, o bien, cuando se encuentra en la cara posterior de la laringe y en los pliegues aritenoepiglóticos, su superficie se conserva regular, pudiendo adquirir un aspecto edematoso. Otras veces aparece como un simple engrosamiento o como un tumor benigno pediculado o sésil. Debido a este polimorfismo, siempre será difícil afirmar o negar categóricamente la presencia del cáncer si no se recurre a todos los otros medios de diagnóstico. Dos hechos apreciables durante la endoscopia pueden tener una gran importancia, y éstos son la fijación o rigidez de los tejidos subyacentes y la resistencia perceptible por la mano del operador al hacer tracción con la pinza sobre los tumores cancerosos.

El pronóstico del cáncer de la laringe es tan sombrío como el de cualquier otro órgano, si se abandona a sí mismo; la diferencia estaría quizá en los terribles momentos que tiene que sufrir el enfermo en la etapa final del padecimiento. La caquexia ocupa un lugar muy secundario al lado del dolor, la disfagia, la asfixia y aun el mal olor que tiene que soportar hasta momentos antes de la muerte, en plena lucidez mental. Las complicaciones, como la bronconeumonía y la insuficiencia cardíaca, pueden significar en estos casos una verdadera liberación para el paciente.

Es muy penoso para el médico verse obligado a asistir a un cuadro de drama tan terrible. Quien piense que es preferible la muerte a sufrir los efectos de la laringectomía, pocas veces ha tenido la oportunidad de presenciar de cerca la etapa final del cáncer de la laringe.

No es mi propósito provocar la discusión de si es mejor la roentgenoterapia o la cirugía en el tratamiento del padecimiento que me ocupa; por lo tanto, sólo me referiré al papel que debe desempeñar el laringólogo cuando se ha convencido de que el diagnóstico de cáncer ya no tiene lugar a dudas. La orientación para la conducta que ha de seguir depende de muchos factores, siendo los principales los siguientes: localización y extensión del tumor, estado general del paciente y características del neoplasma desde el punto de vista de su malignidad de acuerdo con el examen histopatológico. Para que el cáncer de la laringe tenga probabilidades de curación, se requiere un diagnóstico oportuno, es decir, que de ninguna manera sobrepase los límites del órgano mismo. Esto, desgraciadamente, no en todos los casos es fácil de precisar, pues puede haber adenopatías metastásicas, sobre todo de la cadena carotídea, imposibles de reconocer; pero aun en estas condiciones habrá perspectivas de curación siempre y cuando al instituir el tratamiento se logre descubrir la adenopatía.

La edad es un factor relativo; mas no así el estado general del paciente, el cual deberá ser bueno para poder soportar el tratamiento quirúrgico. La sífilis no es inconveniente si ha sido suficientemente tratada; lo mismo acontece con la diabetes poco avanzada. El corazón, riñón y pulmón deben trabajar normalmente.

Desde el punto de vista de las características del tumor mismo, el carcinoma en general y en especial el de la laringe, reviste un gran interés si se toma como base para la orientación del tratamiento. La clasificación en grados, según el porcentaje de celdillas diferenciadas que se presente en los cortes de la biopsia preliminar, es del todo razonable. En el grado I la diferenciación de las celdillas existe en el 75 por ciento. Naturalmente, la apreciación puede tener variaciones ligeras de acuerdo con el criterio del histopatólogo. Ya que las lesiones de grado IV son muy radiosensibles, lo ideal es que la indicación se dirija hacia la roentgenoterapia; en cambio, las lesiones de grados I y II, deben ser tratadas quirúrgicamente; las de grado III, en forma mixta.

El tratamiento quirúrgico del cáncer de la laringe puede ser llevado a la práctica por diversos procedimientos, según el criterio del laringólogo, siendo los principales, a mi modo de ver, la resección por laringofisura y

la laringectomía. Ambas tienen indicaciones más o menos precisas, las cuales trataré de exponer a ustedes. La laringofisura está indicada cuando el tumor se halla situado adelante de la unión del tercio posterior con el tercio medio de una de las cuerdas vocales, aun cuando llegue hasta la comisura anterior, no debiendo sobrepasar hacia arriba el límite del ventrículo de Morgagni y hacia abajo la cara inferior de la propia cuerda. Generalmente se reserva esta operación para pequeños tumores que ocupan únicamente el borde libre de la misma. La laringectomía total está indicada cuando la lesión abarca ambas cuerdas o alguna de las bandas ventriculares o bien la cara posterior de la epiglotis. Cuando la tumoración ha invadido la región aritenoidea, la cara anterior de la epiglotis o la región subglótica, los resultados de la operación son muy dudosos a pesar de la ausencia de metástasis cervicales, según he podido comprobar personalmente. La recaída en casos tratados por laringofisura es también una indicación formal de la laringectomía.

Aunque hasta la fecha he seguido aproximadamente la técnica de laringofisura para el tratamiento del cáncer, sin incluir la resección de cartílago, después de lo acontecido recientemente a uno de mis enfermos, cuyo resumen de historia clínica referiré en seguida, me parece preferible hacer dicha resección cuando se encuentre invadida la comisura anterior. La historia es como sigue: Enfermo de 58 años de edad, sin antecedentes de cáncer en su familia. Tabaquismo intenso. Alcoholismo moderado. Disfonía progresiva con el pretexto de una infección gripal acaecida cuatro meses antes del examen laringoscópico. Este mostró una tumoración situada en los tercios medio y anterior. Previa comprobación histopatológica y exámenes preoperatorios, procedí a la resección del tumor por laringofisura, incidiendo el cartílago tiroides sobre el ala izquierda, a un centímetro de la línea media, sin hacer resección de dicho cartílago. La evolución postoperatoria fué magnífica y seis meses después no se había encontrado el menor indicio de una recaída. Aproximadamente veinte días después de la última inspección, el enfermo se me presentó con una tumoración muy florida exactamente sobre la cicatriz operatoria, situada en la línea media, y adelante del cartílago tiroide. La biopsia demostró que se trataba de adenocarcinoma del grado iv. Esta nueva tumoración se desarrolló con gran rapidez, pues su crecimiento era apreciable de un día para otro. Recurrí a la roentgenterapia, pero sin mayores resultados. En vista de que la voz y el estado de la laringe de este enfermo no se modificaron en lo absoluto, a pesar de la aparición de la tumoración externa,

estoy convencido de que si la resección hubiera comprendido una buena porción del cartilago, probablemente esta recaída fatal no se hubiera presentado, por lo menos en tan greve lapso.

Billroth (13) practicó en 1873 la primera laringectomía total por cáncer de la laringe, con éxito operatorio; pero el paciente sufrió una recaída cuatro meses después, que lo llevó a la muerte. Desde entonces, en los congresos que se efectuaron en Europa, se discutió ampliamente la operación y los progresos fueron lentos pero convincentes. Hasta la fecha todavía se discuten las ventajas y desventajas de los detalles de técnica; pero es indudable que el peligro del acto operatorio se ha reducido al mínimo, y los problemas del período postoperatorio están prácticamente resueltos, especialmente desde el conocimiento de los compuestos sulfamidos y de la penicilina. Los resultados definitivos de la operación sólo se conocen cuando ha pasado un tiempo suficientemente largo (de 3 a 5 años) sin que se advierta recaída; pero es indudable que el éxito depende de la precisión con que se haya hecho el diagnóstico que ha servido de base para la indicación operatoria.

De las cuatro laringectomías totales que hasta la fecha he llevado a cabo, en tres he seguido la técnica aconsejada por H. Martín (8), y en el último la de campo estrecho preconizada por C. L. Jackson (6). He perdido de vista a los dos primeros pacientes operados, después de haberlos seguido por cerca de un año. El tercero murió dos meses después de la intervención a consecuencia de una insuficiencia cardiorenal, y el cuarto se encuentra en magníficas condiciones después de trece meses, sin que se aprecie en él el menor signo de recidiva. Referiré a continuación la historia clínica del mismo: Sr. P. C., de 62 años de edad, comerciante, natural de España, reside en México desde hace más de treinta años. De buenas costumbres. Tabaquismo. Sin antecedentes luéticos o tuberculosos. No ha habido cáncer en su familia. Ronquera progresiva que se inició dos años antes de ser examinado por primera vez por el que habla, momento en el que la afonía era completa. A la ronquera acompañaron ciertas molestias en la garganta difíciles de ser explicadas por el paciente, y más tarde ligero dolor al pasar la saliva y alimentos, pero no siempre. Esto no se acompañó de repercusión general. Carece de dentadura propia. No se observaron en él adenopatias ni otros signos patológicos exteriores. El examen clínico y radiológico de tórax no indicó anomalías. Por examen laringoscópico practicado el 31 de enero de 1946, encontré una tumoración de aspecto francamente maligno ocupando la cuerda vocal

derecha con fijeza de la misma. Se practicó biopsia, cuyo resultado fué epiteloma espinocelular. Al ser indicada la necesidad de intervenir por laringofisura, el paciente aceptó, pero no se presentó nuevamente hasta el 29 de marzo del mismo año. Una nueva laringoscopia reveló que el tumor había invadido la otra cuerda vocal, por lo que se indicó la urgencia de operar, esta vez haciendo la resección total de la laringe. Previos exámenes preoperatorios y la debida preparación, se procedió a la laringectomía total el día 11 de abril, como sigue: Anestesia locorregional. Incisión en línea media, del hioide al segundo anillo traqueal. Ligadura de los vasos superficiales. Apertura de la aponeurosis. Separación subpericóndrica de los músculos. Ligadura del pedículo laríngeo superior y del pedículo cricotiroidoideo. Sección del constrictor inferior de la faringe y de los cuernos superiores del cartílago tiroide. Sección de la tráquea y abocamiento del estoma en botón aislado de piel en región supraesternal. Apertura de faringe y a continuación formación del "corsé" aprovechando aponeurosis y músculos. Canalización subaponeurótica. Polvo de sulfatiazol quirúrgico en los diferentes planos. Cánula en el estoma traqueal y sonda esofágica colocada por nariz. Se envió la pieza anatómica al laboratorio, el cual confirmó el diagnóstico. La mayoría de las suturas se practicaron con hilo de acero de Babcock N<sup>o</sup> 32. Salvo un incidente al día siguiente de la operación, debido a que el enfermo durante el sueño se retiró la sonda esofágica, la evolución postoperatoria fué magnífica.

Diversos aparatos han sido construídos por las fábricas de aparatos eléctricos con objeto de suplir la falta del órgano que emite la voz, pero es un hecho que los pacientes, aun sin ningún aparato, pueden aprender a hablar o por lo menos a hacerse comprender por los oyentes. El doctor Tato, de Buenos Aires, me informaba que allá han instalado una especie de escuela de lenguaje para aquellos a quienes se ha extirpado la laringe, con resultados muy halagadores. También sé que existen estas escuelas en algunos lugares de Norteamérica.

Así pues, el porvenir de los enfermos de cáncer de la laringe no es ya tan triste como hasta hace pocos años se consideraba; pero una cosa es esencial, y ésta consiste en la posibilidad de hacer el diagnóstico oportunamente. La ronquera o molestias inexplicables en la garganta de un fumador de más de 35 años de edad, implican la necesidad de ver la laringe antes de que el tiempo pase y la muerte se aproxime. El espectro del cáncer puede encontrarse en acecho.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 **Clerf, L. H.:** "Cancer of the Larynx." Archives of Otolaryngology. Sept. 1940, Vol. 32, pp. 484-498.
- 2 ———: "Clinical Significance of Hoarseness." American Pract. Sept. 1946, Vol. 1, N° 1.
- 3 **Cutler, M.:** "Cancer of the Larynx." Archives of Otolaryngology. April 1946, Vol. 43, pp. 315-330.
- 4 **Font, J. H.:** "Cancer of the Larynx." Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico. Año XXXV, N° 11, Nov. 1943, pp. 439-446.
- 5 **Jackson, C. y Jackson, C. L.:** "The Larynx and its Diseases." W. B. Saunders Co. Phila. & Lond. 1937, pp. 378-415.
- 6 ———: "Diseases of the Nose, Throat and Ear." W. B. Saunders Co. Phila. & Lond. 1945, pp. 559-582.
- 7 **Jackson, C. L.:** "Laryngofissure for Cancer of the Larynx." Archives of Otolaryngology. April 1941, Vol. 33, pp. 250-235.
- 8 **Kernan, J. D.:** "Surgery of the Nose and Throat." Th. Nelson & Sons. N. York, Edimb. 1942, pp. 431-507.
- 9 **Kirschner, M.:** "Tratado de Técnica Operatoria General y Especial." Tomo III. Editorial Labor, 1937, pp. 442-490.
- 10 **New, G. B., Erich, J. B.:** "Progress in Otolaryngology." Summaries of the Bibliographic Material. "Tumors of the Nose and Throat." Archives of Otolaryngology. Nov. 1941, Vol. 34, N° 5, pp. 1056-1060.
- 11 **Ombredanne Marcel.:** "Traitment du Cancer Endolaryngé." Masson et Cie. Paris, 1930.
- 12 **Schall, L. A.:** "Cancer of the Larynx: Surgical Treatment." The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy. July 1941, Vol. 46, N° 1, pp. 30-32.
- 13 **Schwartz, C. E.:** "Des Tumeurs du Larynx." Baillièere et Fils. Paris, 1886, pp. 81-288.
- 14 **Vasconcelos, E., Mattos Barreto, P.:** "Total Laryngectomy: Simplified Technics with the use of a special clamp which makes Possible the Removal of the Larynx and Preepiglottic Spa-Without Opening the Pharynx." Archives of Otolaryngology. Oct. 1944, Vol. 40, N° 4, pp. 275-281.
- 15 **Wood, G. B.:** Progress in Otolaryngology. Summaries of the Bibliographic Material "Tuberculosis of the Upper Part of the Respiratory Tract." Archives of Otolaryngology. April 1938, Vol. 27, N° 4, p. 478.

## COMENTARIO AL TRABAJO DE INGRESO DEL DR. RICARDO TAPIA ACUÑA SOBRE EL CANCER DE LA LARINGE \*

Por el Dr. GUILLERMO MONTAÑO,  
académico de número

Nuestro distinguido amigo el doctor Ricardo Tapia Acuña ha escogido como tema para su trabajo de ingreso a nuestra institución, un asunto que por su esencia misma es importante y al margen del cual vale la pena hacer algunos comentarios, ya que desgraciadamente en la localización laríngea del cáncer no se conocen de momento nuevas vías de abordar el problema local; en efecto, desde hace algunos años se sigue trillando sobre los viejos y clásicos caminos: el del diagnóstico oportuno y el del tratamiento. Desde hace muchos años poco o nada fundamental se ha podido agregar a la muy conocida sintomatología del cáncer laríngeo y, aunque se hayan logrado avances de consideración en lo que se refiere al perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas y radioterápicas, no han sido suficientes, sin embargo, para cambiar substancialmente el problema del cáncer laríngeo.

Echando un vistazo panorámico a la enorme cantidad de literatura médica acumulada, se tiene la impresión de que se han exprimido hasta agotarse los últimos filones explotables en los viejos caminos de principio, dando ello como resultado que de momento nos encontremos en un punto muerto en el que no se vislumbra ninguna nueva posibilidad.

A diferencia de lo que sucede con otras ramas de la Cancerología, que han enfocado de nueva cuenta el problema sobre la vía de la investigación experimental en animales, lo que ha constituido sin duda el esfuerzo y el paso más serio para atacar el problema, por los nuevos horizontes que ha abierto; en el cáncer de la laringe nada se ha hecho desde el punto de vista experimental que ahonde en los factores constitucional

---

\* Leído en la sesión del 18 de junio de 1947.

y genético que expliquen más amplia y satisfactoriamente el papel de los estímulos o agentes irritativos hoy tomados como los factores etiológicos del padecimiento, tales como el alcohol, el tabaco, el abuso de la voz, las irritaciones crónicas, etc. Para aclarar más mi idea, y por la similitud en que se encontraban como problemas estancados de la cancerología, quiero referirme al cáncer del estómago, en que por años no se vislumbró ninguna nueva vía de ataque, hasta que últimamente se han logrado producir a través de muchos tanteos de cruzamiento, razas de animales genéticamente homogéneas y altamente susceptibles al cáncer gástrico y con una incidencia espontánea suficiente para estudiar desde otro punto de vista los factores que inician en ésta víscera el estado de malignidad.

Seguramente que en la aparición del cáncer de la laringe, como en el de otros órganos, intervienen varios factores que hay que interpretar cuidadosamente a la luz de nuestros conocimientos actuales para valorarlos correctamente.

Dos hechos desde luego nos llaman la atención. Uno de ellos es su edad de aparición; como sabemos, su mayor incidencia ocurre entre la cuarta y la sexta década de la vida. El otro lo constituye la exagerada preponderancia del sexo masculino.

Por lo que se refiere al primer aspecto, se ha intentado explicarlo sobre la base de que los tejidos en la vejez son más lábiles a la transformación cancerosa; sin embargo, esta explicación no es suficiente para aclarar satisfactoriamente los hechos, ya que la producción experimental de cáncer con agentes carcinogénicos, así como algunos hechos clínicos, demuestran que cualquier edad es susceptible. La explicación parece más bien encontrarse en el hecho de que la transformación intracelular que representa el cáncer no es sino la culminación de un largo proceso que ocupa un período de tiempo de consideración. A este respecto es interesante hacer notar, como lo afirma Cramer, que este período de inducción representa aproximadamente el mismo porcentaje del período de vida promedio de las distintas especies. Así, por ejemplo: en un ratón cuyo promedio de vida es de dos años, el período de inducción cancerosa es aproximadamente de seis meses; en el hombre, con un promedio de vida de sesenta o setenta años, el período de inducción tumoral correspondiente fluctúa alrededor de los quince años. Como vemos, ambos períodos representan aproximadamente la cuarta parte de sus respectivos períodos de vida. Esto puede y parece ser una explicación de la aparición tardía del cáncer.

Es un hecho indiscutible que las irritaciones crónicas persistentes, en una palabra, los microtraumatismos, pueden en un momento dado actuar a la manera de un estimulante cancerígeno induciendo en la mucosa donde actúan una serie de cambios patológicos, entre los cuales el más destacado es el aumento de la división celular irreversible que transforma las células en neoplásicas, iniciándose así la etapa morfológica de la tumoración. Ahora bien, para que esta serie de irritantes, que actúan en el cáncer laríngeo como factores desencadenantes del proceso, induzcan la malignidad, es necesario tener muy en cuenta el factor susceptibilidad.

En la producción del cáncer experimental, tanto con agentes químicos como por medio de estrógenos, se encuentran enormes diferencias en la incidencia de su aparición, según que los animales pertenezcan a razas genéticamente preparadas, es decir, con un factor hereditario transmisible que llamamos susceptibilidad, o a razas genéticamente heterogéneas y, por lo tanto, susceptibles en muy diverso grado. Aplicando estos métodos genéticos al estudio del cáncer, se ha demostrado que este factor de susceptibilidad es restringido en términos generales a un tejido u órgano en especial: entonces, para que se produzca un cáncer es necesaria la concurrencia de dos factores: el agente cancerígeno y la susceptibilidad del huésped. En sujetos de poca susceptibilidad es necesaria la presencia de un estímulo cancerígeno intenso; al contrario, en sujetos con alta susceptibilidad, es necesaria apenas la presencia de un estímulo cancerígeno débil para que se produzca una neoplasia. El tiempo de inducción de un cáncer es otra variable que hay que tener en cuenta, ya que será muy corto cuando a un sujeto altamente susceptible se una un estímulo fuertemente cancerígeno, y de más o menos duración según que el estímulo sea débil o la susceptibilidad del sujeto nula. De estas variables que entran en juego, estamos en posibilidad en un momento dado de conocer la intensidad y la continuidad del estímulo cancerígeno en una neoplasia de la laringe; en cambio estamos totalmente desarmados por la ignorancia en que nos encontramos, en relación con el otro factor fundamental, o sea el constitucional.

Hasta donde yo sé, nada se ha hecho hasta la fecha para investigar a fondo este factor en los cánceres laríngeos, cuya importancia salta a la vista si la juzgamos en función del progreso hecho en otros campos de la cancerología.

Sabemos, por observación, que el cáncer laríngeo entra dentro del grupo de neoplasias que requieren para su aparición de un estímulo externo o exógeno; en consecuencia, su incidencia puede ser en alguna medida con-

dicionada por la frecuencia de este factor. Es por ello que, cuando conozcamos mejor el mecanismo y modo de acción de estos agentes, así como las modificaciones celulares en el período de inducción cancerosa y que eventualmente pueden exteriorizarse por las llamadas lesiones precancerosas, tendremos un medio realmente efectivo de disminuir o quizá de prevenir la aparición de estas neoformaciones en un determinado número de casos.

No parece que por el momento ninguno de los factores endógenos de tipo hormonal, que tan decisivo papel juegan en otras clases de tumores, tengan una influencia apreciable en la aparición y desarrollo de las neoplasias laríngeas.

Pasando ahora a otro terreno, y situando el problema del cáncer laríngeo desde el punto de vista biológico frente a nuestros actuales métodos de tratamiento, nos damos cuenta desde luego, a juzgar por la relativa eficacia tanto de la cirugía como de las radiaciones, procedimientos éstos de acción fundamentalmente localizada y cuyas indicaciones se basan esencialmente en datos objetivos y anatómicos, entre los cuales el examen histopatológico juega un papel decisivo, de que no es por estos medios, cuyos perfeccionamientos técnicos han llegado a un grado altamente satisfactorio, por los cuales se dará el siguiente paso en el dominio del padecimiento.

En tanto que nuestros conocimientos nos impidan hablar del cáncer como problema central y único, y en tanto que tengamos muestras evidentes de la multiplicidad de factores etiológicos que entran en juego en un momento dado para producir un cáncer, tendremos que considerar la etiología de este padecimiento, en el hombre al menos, como un problema especial de cada órgano.

Quiero, para terminar, expresar la más cordial bienvenida a nuestro amigo el doctor Ricardo Tapia Acuña y desearle que su contribución y esfuerzo en el seno de nuestra institución, constituyan siempre un factor de progreso y de actividad científica que contribuyan al engrandecimiento y prestigio de nuestra Academia.

●