

LARINGECTOMIA TOTAL POR CARCINOMA*

DR. RICARDO TAPIA ACUÑA

DESDE QUE la Laringectomía empezó a ocupar un lugar prominente en la terapéutica del cáncer laríngeo como un arma de primer orden, su técnica ha sufrido diversas variaciones de acuerdo con los resultados estadísticos y la habilidad de los operadores; pero lo fundamental está en la indicación más o menos precisa y que dicha técnica cumpla con los requerimientos indispensables, tales como la resección completa de los tejidos invadidos, la protección para evitar la formación de fístula faringo-esofágica y la facilidad de poder ampliarla cuanto sea necesario de acuerdo con los hallazgos durante la intervención.

INDICACIONES

De la buena indicación depende el éxito de una intervención mutilante como es la laringectomía. Esta puede ser parcial o total, dependiendo de la localización y la extensión de la lesión. La *total* está indicada en los siguientes casos:

a) Cuando el tumor esté invadiendo una cuerda, con fijación de la misma y participación de una o ambas comisuras. Los cirujanos "conservadores" proclaman que en estos casos podría bastar la resección parcial asociada o no a la roentgenterapia; pero las malas estadísticas de ellos mismos y mi experiencia personal me han demostrado que esto no es suficiente, pues los fracasos se suceden uno de otro.

b) Cuando estén invadidas ambas cuerdas vocales.

c) Cuando haya lesión supraglótica invadiendo una o ambas comisuras. Si el tumor invade faringe, habrá que hacer también faringectomía y posiblemente vaciamiento del cuello. Cuando la lesión es exclusivamente de la valécula y desde el punto de vista histopatológico no existe diferenciación celular ni gan-

* Leído en la sesión ordinaria del 13 de mayo de 1959.

glios cervicales palpables, ha dado buen resultado la roentgenterapia sin cirugía, por lo menos en cuatro de mis casos.

d) Cuando el tumor es infraglóxico. La resección tendrá que hacerse por lo menos dos anillos abajo de la lesión aparente.

CONTRAINDICACIONES

Prácticamente no hay otra contraindicación que lo demasiado avanzado del tumor, presencia de metástasis a distancia o bien muy malas condiciones generales del paciente. La edad se invocó en una época como contraindicación y hasta llegó a ponerse un límite fijo; pero esto no puede hacerse regla, ya que es bien sabido que hay ancianos en mejores condiciones de resistencia física que personas de edad madura y aún que muchos jóvenes. El examen de pulmones, corazón, vasos, riñón y próstata es indispensable. Los pulmones, y la próstata son asiento frecuente de metástasis a distancia. Las adenopatías cervicales metastásicas no son una contraindicación cuando son discretas, aún siendo bilaterales. Nunca he practicada el vaciamiento de cuello simultáneo bilateral y temo que cuando se hace así, en un solo tiempo, conjuntamente con la laringectomía, el shock sea demasiado severo. Cuando dichas adenopatías bilaterales son muy avanzadas (ganglios muy grandes y numerosos), creo que no hay indicación para la intervención, pues casi seguramente la propagación ha ido mucho más allá del cuello y mientras no se cuente con mejores medios de tratamiento que la cirugía, hay que concretarse a considerarlo desde el punto de vista paliativo y es sencillamente espantoso sujetar a los pacientes a una intervención tan amplia y mutilante, que a la postre resultará con seguridad inútil.

TÉCNICA OPERATORIA

La primera laringectomía total fue practicado por Billroth en 1870 y la mortalidad operatoria era alta (50%). De acuerdo con Martin, la mortalidad operatoria era, hace 18 años, de 5% y en la actualidad esta cifra debe ser menor aún. En mi relativamente corta casuística, que data de hace 15 años, he tenido que lamentar dos defunciones: una por paro cardíaco cuando iba a cerrar piel y al ser reiniciada la anestesia, que había sido suspendida poco antes y otra por haber sufrido el paciente un infarto del miocardio (no comprobado), dentro de las 12 horas siguientes a la intervención. Naturalmente que en estas cifras no están incluidas las recaídas del tumor, acaccidas a posteriori.

Para la laringectomía total pueden emplearse tanto la anestesia loco-regional como la total aunque en la actualidad prefiero la total intubada. La premedicación, y la administración de la sangre y sueros estan al cuidado del anestesiólogo con la cooperación del transfusor, lo cual simplifica grandemente la labor del cirujano.

No puede decirse que en el presente haya una técnica quirúrgica única, pues la amplitud de la intervención puede depender de un diagnóstico correcto y de los hallazgos operatorios. Además ésta tiene que cumplir con ciertos postulados que aseguren la protección de las vías aéreas inferiores y el evitar la formación de fístula salival la cual hará mucho más penoso para el enfermo el post-operatorio y que a veces implica la necesidad de reintervenir. Para el diagnóstico correcto es de primordial importancia un buen examen directo de la laringe, hipofaringe, esófago, de la primera porción de la tráquea si es posible y la tomografía. Por otro lado, no hay que omitir el examen del cuello, incluyendo estado del cartílago y glándula tiroides, los primeros anillos de la tráquea y cadena ganglionar cervical. De una buena interpretación de los signos derivados de estos exámenes dependerá el programa a seguir por el cirujano. En dos casos relativamente recientes en los que pude apreciar un crecimiento marcado del cartílago tiroides con lesiones endolaringeas poco extensas observé recaída en cuello de la lesión. Esto me llevó a meditar sobre la posibilidad de que la glándula tiroidea se encontrara invadida aún cuando aparentemente se encontrara normal y como tal era el caso del último de mis enfermos, decidí extirpar gran parte de ella.

Los diferentes tiempos operatorios han sido modificados a través de los años, según el criterio y la experiencia personal de los diferentes autores. La técnica que pudiera llamarse clásica ha sido la impuesta por Glück quien a su vez le hizo algunas modificaciones aunque pequeñas. Así han nacido las técnicas de Glück-Sorensen, de Glück-Tapia (de Madrid este último), de Rhetti, de Jackson, de Perier, de Martin, etc., y casi todas las variaciones están en el modo de descubrir la herida, en hacer la disección de arriba a abajo o de abajo a arriba y en el procedimiento de cierre y aislamiento del estoma traqueal. Una de las últimas modificaciones, antes del advenimiento de los antibióticos, fue la de Vasconcelos-Barreto, que consistía en colocar una pinza creada por ellos en sitio de sección del esófago antes de la apertura del mismo y una vez separada la laringe al ras de dicha pinza, hacer la sutura, tal y como se hace en intervenciones de estómago e intestino. El objeto, afirmaban los autores, era evitar la contaminación. En un tiempo estuvo muy discutido este procedimiento; pero en la actualidad se considera inútil y a mi modo de ver también ilusorio porque es fácil comprobar que en el post-operatorio siempre se presenta cierto esfacelo por muy bien hecha que esté la sutura y el paso de cierta cantidad de saliva es inevitable.

Aunque en un principio seguía todos los lineamientos de la técnica sugeridos por Martin, poco a poco he hecho adaptaciones a la misma que me han parecido convenientes y que varían según cada caso en particular. Por ejemplo, la incisión de la piel en *U*, en *T*, en *H* horizontal, en *Y*, y en *Y* doble, etc., han acomodado al cirujano en determinada ocasión y la variación principal puede estar en la intención de proteger y asegurar el estoma traqueal o el deseo de estar preparado para el vaciamiento de cuello. La que mejor reúne estas condiciones es sin duda la preconizada por Lewis y sus colaboradores que consiste

en hacer una incisión paramediana longitudinal que va a unirse a dos más transversales, una inmediatamente arriba del hueso hioides y la segunda un centímetro aproximadamente arriba del hueso suprasternal, de manera que el colgajo de piel se abre lateralmente a manera de un postigo. Si después de la exploración directa de la presencia de ganglios cervicales se encuentra necesario hacer el vaciamiento, es fácil prolongar las incisiones transversales hacia el lado sobre el que hay que intervenir. Además permite una exploración muy completa de la laringe, glándula tiroides, paquete vascular, músculos, etc.

Para la esquelotización de la laringe es muy útil la resección parcial del cuerpo del hioides. La apertura de la aponeurosis es preferible hacerla en la línea media y no siguiendo las líneas de incisión cutánea, pues así la sutura de los planos de reconstrucción no se hacen coincidir. En el bloque laríngeo debe incluirse una buena parte de la membrana tirohioidea y de la glándula tiroides si hay motivos para pensar que puede estar invadida. Un indicio que en mi concepto debe tomarse en consideración para esto último es el crecimiento del cartílago tiroideo, como dije antes.

Antes de suturar el esófago debe ser colocada la sonda de alimentación y dicha sutura es preferible hacerla, si el caso lo permite, en forma de V invertida. Primero se hace un surjete que ha de cerrar completamente el esófago y sobre el mismo y en toda su extensión, puntos separados ya sea de Cushing o en cruz, con catgut atraumático dos o tres cerros, crómico.

La tráquea debe ser disecada en su pared posterior lo suficiente para que la capa músculo-aponeurótica sea fijada en ese lugar, protegiendo así las vías respiratorias de un posible escurrimiento de saliva o secreción por infección.

Antes de cerrar la aponeurosis hay que asegurar un drenaje y el más indicado es el sugerido por Martin, consistente en la colocación de dos tubos laterales, calibre 14 ó 16 Fr. y su fijación a la piel. Para ello se facilita la incisión que preconizo. Lo ideal es mantener una aspiración suave y frecuente por la extremidad de los tubos de drenaje y evitar la obstrucción de su luz.

Aunque algunos autores aconsejan retirar el tubo de alimentación antes de las dos semanas, la experiencia indica que hay que dejarlo en su sitio por lo menos durante dicho lapso y siempre que no haya el menor indicio de que se ha formado una fístula salival.

Los cuidados post-operatorios son los de toda cirugía mayor: mantención del equilibrio electrolítico, analépticos si indicados, antibióticos y administración de sangre cuando se juzgue indispensable. Además asegurar la permeabilidad de la cánula traqueal y la limpieza del árbol traqueobronquial, mantener al paciente semisentado si no hay necesidad imperiosa de aumentar su aflujo sanguíneo a los centros nerviosos, aspiración de las secreciones tanto de la tráquea como de la faringe, el evitar todo alimento por boca todo el tiempo que permanezca el tubo de alimentación y si posible levantar al paciente de la cama antes de las 24 horas siguientes a la intervención.

RESULTADOS

En términos generales, el buen resultado depende de lo correcto que haya sido el examen y de lo completo de la intervención. Aún así, continuamente se reportan fracasos hasta de las personas que mejor trabajan en el tratamiento del cáncer laríngeo y por ello se ha llegado a insistir en el vaciamiento del cuello profiláctico acompañando a la laringectomía. Hubiera deseado presentar en esta ocasión datos estadísticos más o menos completos de mi experiencia personal; pero por circunstancias especiales, algunas ajenas a mi voluntad, no podré hacerlo sino hasta nueva presentación. Sin embargo, puedo afirmar que tengo numerosos casos de curación de más de cinco años y que también he tenido fracasos. La escuela francesa preconiza la asociación de la laringectomía con la roentgenterapia sistemática; pero dicha asociación parece no mejorar los resultados finales en todos los casos. En algunos pacientes intervenidos en otros lugares, he observado cierta estenosis del esófago después de la laringectomía total. Afortunadamente esta eventualidad no se ha presentado en ninguno de mis casos. Cuando la fistula salival se ha presentado y es muy grande, está indicado crear un estoma esofágico y una vez éste consolidado, cerrarlo por plastía con cualquiera de los métodos conocidos.