

MONOCORDITIS NEUROVASOMOTORA Y DIAGNOSTICO PRECOZ
DEL CANCER LARINGEO

DR. JUAN ANDRADE PRADILLO

CUANDO EXISTE un padecimiento laríngeo y sobre este mal se instala un cáncer, el diagnóstico precoz ofrece dificultades; esto puede acontecer en el caso de la monocorditis neuro vaso motora. Como lo indica su nombre, se presenta en una cuerda vocal, aparece en forma brusca manifestándose por disfonía, debida a alteraciones vasomotoras por desequilibrio neurovegetativo de causa endocrina; con motivo de un trauma laríngeo.^{1 2}

Se presentan varios grados:

En el *primer grado* hay una vasodilatación considerable y la cuerda por lo tanto se hincha; el sujeto después de un esfuerzo vocal tuvo la sensación de un crujido en la laringe; la voz es ronca al hablar y en caso de cantar hay mucha dificultad; a veces se acompaña de dolor, en el examen estroboscópico se aprecian alteraciones en la vibración de las cuerdas al emitir algunas notas.

En el *segundo grado* hay ruptura de la pared vascular y hemorragia submucosa. Los síntomas se presentan en igual forma que en el primer grado, pero más acentuados; al principio puede haber afonía que desaparece, pero la voz queda temblona y el canto es imposible. Tal estado puede perdurar por largo tiempo con variantes en los síntomas, según se agregue fatiga vocal.³

Se ha comprobado que predisponen la fatiga vocal, la mala técnica, los estados inflamatorios, los desequilibrios neurovegetativos de causa endócrina, principalmente gonádica, la hipertensión arterial y las manifestaciones hemorrágicas de las hemopatías. Se comprende que el tratamiento debe dirigirse hacia las causas que ocasionan el mal.

Existe un *tercer grado* en el cual hay una desgarradura muscular, que es de pronóstico funcional grave. La desgarradura puede atacar los músculos de las cuerdas vocales u otros que toman parte en la fonación. Aun cuando los autores consideran que la desgarradura muscular es una monocorditis neuro vasomotora

yo creo que debe considerarse como una verdadera lesión; no solamente hay una hemorragia submucosa, sino que hay distensión de las fibrillas musculares hasta el desgarrar; es el verdadero "Coup de Fouet" de Moure.⁴ Esta desgarradura se presenta súbitamente a consecuencia de un gran esfuerzo vocal o por una gran contracción del esfínter glótico de las falsas cuerdas durante un gran esfuerzo abdominal, en el vómito, al defecar o durante el parto.⁵ Constituye un accidente grave para el profesional de la voz, pues es posible que no se recupere nunca, aun cuando todos hemos insistido en que por medio de la reeducación pueden lograrse maravillas. Algunos han preguntado si el esfuerzo vocal o la contracción del esfínter podrían producir tales lesiones. Hay que recordar el caso de aquel tenor que cantando en la Arena de Verona, al emitir una nota sufrió la fractura de la clavícula. Indudablemente que tales lesiones se pueden producir.

Vuelvo a insistir que la monocorditis neurovasomotora no debe confundirse con los calambres de los profesionales de la voz, sobre lo cual presenté un trabajo en la *Primera Conferencia Internacional sobre la Voz*, en Chicago en 1957. Se presenta dolor a un lado de la laringe produciendo imposibilidad de la fonación y raramente más largo de un minuto; el examen, las cuerdas se ven normales; su etiología y patogenia no difiere de la de los otros calambres al pensar que la anoxia tenga un papel importante.⁶

Existe la monocorditis tuberculosa, pero ahora con los nuevos tratamientos para la tuberculosis probablemente ya no se vea.

La monocorditis neurovasomotora cuando se presenta en el hombre de más de 50 años puede confundirse con un cáncer incipiente. Por otra parte un sujeto puede tener una monocorditis neurovasomotora y coincidir o seguir después con cáncer de la laringe. Se comprende la gran importancia del diagnóstico: en una monocorditis sería absurdo hacer biopsia por corte y, en cambio, en un cáncer incipiente se impone categóricamente.

Debo manifestar que muchos conceptos que asevero, se deben a Justo M. Alonso, a Chevalier L. Jackson y a Jean Leroux Robert, los cuales he obtenido por sus publicaciones o bien por comunicaciones escritas y verbales.

El diagnóstico precoz de cáncer en la laringe no parece tan difícil ya que sus síntomas y la facilidad relativa de la exploración pueden aportar más datos que cuando el cáncer se localiza en otros órganos. Sin embargo, aunque se puede hacer un diagnóstico precoz, éste no se verifica oportunamente. Cuando el diagnóstico se hace precozmente el tratamiento ofrece ventajas sobre los cánceres de otras regiones, pues el porcentaje de curaciones es bastante favorable. El médico general y el higienista deben conocer con exactitud los primeros signos y síntomas del cáncer precoz en la laringe, deben instruir a los enfermos sobre este mal y guiarlos, encaminándolos hacia los otolaringólogos que se dediquen a esta clase de enfermedades. No se debe dejar pasar el tiempo, aun cuando los enfermos de cáncer tienen fobia a tratarse y en los casos de cáncer laríngeo

por temor dízque a perder su voz; se les debe convencer que su vida está en peligro y, aun cuando sufran una operación, siempre podrán hablar; en el peor caso, con el uso de su voz erigmofónica. Es de considerarse que al médico familiar no se le debe por ningún motivo eliminar; tengo experiencia que los éxitos mejor alcanzados en los enfermos de cáncer se deben a la colaboración del médico de cabecera, quien a su vez puede ser especialista en otra rama de la medicina; deben resolver entre ambos los problemas que se presenten.

Los síntomas varían según la localización del mal.

La clasificación siguiente nos ayudará a hacer su exposición.

Clasificación según el Congreso para el Estudio del Cáncer Laríngeo (Congreso de la Unión Internacional, París, 1958, Río 1958).

LARINGE

Superior = región supraglótica (cara posterior de epiglotis, banda ventricular derecha o izquierda, ventrículo)

media = región glótica (repliegue vocal derecho o izquierdo). Los límites de la región glótica: arriba por el piso del ventrículo, abajo por una línea que va del borde inferior al ángulo del cartílago tiroides al borde superior del cuerpo del cartílago cricoides; su parte anterior formando parte de la orofaringe, sus partes media y posterior como parte de la hipofaringe.

inferior = región subglótica (comisura anterior subglótica, derecha e izquierda, región subcomisural anterior y posterior).

MARGEN LARINGEO-FARINGEO

anterior = Suprahiodea de epiglotis

media = conjunción de tres repliegues: epiglotis, faringo-epiglótico y arite-noepiglótico.

HIPOFARINGE

seno piriforme

retrocricoidea (posterior del cricoides y pósterolateral de la hipofaringe).

La *ronquera* es uno de los síntomas predominantes, es lentamente progresiva de timbre duro, leñoso, pero inteligible según Justo M. Alonso; a veces sólo se presenta ronquera al hablar demasiado, al hacerlo en voz alta, presentándose fatiga vocal; asimismo si el sujeto canta, pierde su media voz, las notas agudas pierden su tonalidad. La razón de que la ronquera sea el principal síntoma es que la localización del cáncer laríngeo se hace principalmente en la región glótica y, especialmente, en las dos terceras partes anteriores de las cuerdas. Nosotros sabemos que las lesiones en este sitio son las que más dificultan la fonación. Las lesiones en la mitad posterior son raramente primitivas. También debemos pensar en el cáncer de la masa muscular de los tiroaritenoides en los

cuales se presenta ronquera sin ningún signo, pero se puede observar la mala vibración por la estroboscopia y, posteriormente, por la tomografía de la cual no me ocuparé por ser tratada ampliamente por el Dr. Carlos Coqui.

La ronquera que se presenta cuando la lesión se sitúa en la región supraglótica, es más tardía. Si es en la epiglotis la voz toma el timbre semejante a la voz amigdaliana.

Estroboscopia. En el examen laríngeo por el estroboscopio se emplea una fuente luminosa con relámpagos cortos, que se suceden en intervalos regulares, como si se tratara de una cámara lenta; con una frecuencia aproximadamente igual a las de las vibraciones de las cuerdas, se obtiene una imagen lenta del movimiento; se aprecian las vibraciones de las cuerdas que no serían visualizadas por la luz ordinaria, ya que el ojo no puede ver sino hasta 6 movimientos por segundo. En cambio en el estroboscopio pueden apreciarse las vibraciones en sus diferentes fases de abertura, oclusión y aproximación, cualquiera que sea la nota emitida; recordando que el número de vibraciones por segundo está en relación con el tono de la nota. Si el sujeto emite una nota, es necesario sincronizar el aparato para poder ver la cuerda quieta; por ejemplo si se emite la nota Do 2, el estroboscopio es sincronizado a 128 encendidos por segundo; si lo sincronizamos a 127 por segundo se verá una vibración por segundo.⁷

El enfermo con ronquera por cáncer no puede emitir determinada nota y entonces por medio del laringófono adaptado al estroboscopio se sincroniza automáticamente; viéndose la cuerda quieta y con el pedal regulador, puede variarse el encendido en la fase de abertura, oclusión y aproximación. En estos breves apuntes no es posible hacer una descripción de las diferentes clases de estroboscopios ni sus aplicaciones en la investigación y en la clínica. Hay que insistir en que su empleo es útil, por lo tanto, con la laringoscopia directa o indirecta. y si empleamos la luz ordinaria no siempre se aprecia lesión visible; en cambio, con el mencionado aparato se logra un truco técnico que utiliza las leyes de la óptica y fisiología del ojo. Se puede comprobar el estado del músculo cordal. El estroboscopio que debe emplearse para el diagnóstico del cáncer de la laringe debe poder sincronizarse automáticamente al tono emitido por el enfermo, ya que éste por su padecimiento no puede emitir el tono deseado.

El *dolor o molestia persistente* se presenta al deglutir cuando el tumor se sitúa en la epiglotis, en los aritenoides, en los repliegues, en el seno periforme, en la región posterior del cricoides o en la región posterolateral de la hipofaringe. El dolor o molestia persistente irradiado hacia los oídos en el cáncer ventricular.

La *disnea* o fatiga al respirar, especialmente durante la noche hace pensar en un cáncer subglótico, en la respiración forzada se oye cornaje; rara vez en estos casos se presenta ronquera.

La *presencia de ganglios* en el cuello es la expresión de tumores de la epiglotis, del vestíbulo epiglótico, y los vestibulares extendidos lateralmente. Las

manifestaciones ganglionares se presentan tardíamente en los cánceres glóticos, en los cuales los cartílagos ofrecen una barrera. En estos casos es especialmente útil la biopsia por aspiración. En el adulto la presencia de ganglios crecidos puede dar lugar a equivocaciones, pensando en manifestaciones de origen amigdaliano o dentario, o bien adenopatías crónicas sifilíticas o tuberculosas que cada día se ven menos. Una vez que se tiene la sospecha del cáncer, debemos comprobarlo y ésto sólo se obtiene por examen histopatológico. Indudablemente debemos hacer biopsia por corte cuando se ve la tumoración; y en caso de ganglios, por aspiración; pero no debemos hacer biopsia en toda ronquera cuando la cuerda está enrojecida, debemos antes hacer un estudio muy minucioso de nuestro enfermo. El Dr. Justo M. Alonso en su monografía CÁNCER LARÍNGEO insiste en un estudio muy cuidadoso de su anamnesis, de sus condiciones de vida y de los trastornos o síntomas subjetivos que presenta; investigar antecedentes de sífilis y tuberculosis, otras manifestaciones cancerosas, de hiperqueratosis o leucoplasia de mucosas. Aun cuando no cree en la herencia, sí en los factores predisponentes y especialmente cuando en algunas familias se repite la localización del mal. La forma de vida, el abuso del alcohol y su calidad, del tabaco y otros irritantes. Antes de hacer biopsia en los casos en que no haya tumoración visible, hacer una buena semiología del aparato vocal comprendiendo la estroboscopia y la tomografía.

Todos los exámenes nos pondrán alerta y, en la primera oportunidad visible, verificar biopsia por corte. El histopatólogo nos va a proporcionar datos importantísimos que nos servirán para establecer el tratamiento más adecuado; no basta saber que se trata de un carcinoma, debe indicarnos si el tumor es de tipo espinocelular, basocelular, si está integrado por células jóvenes poco diferenciadas o bien por células maduras bien diferenciadas. La significación clínica de cada forma histopatológica varía con la localización. No es importante sujetarse a un tipo de clasificación Broder's u otras, ya que esas clasificaciones son muy discutibles. Debe aceptarse lo que Ewing dice, que no hay una enfermedad única, llamada cáncer, sino que existen enfermedades neoplásicas.

Recientemente el profesor B. Simonetta, de Florencia, hace un resumen del trabajo de varios autores italianos y propone una nueva clasificación sobre la malignidad de los tumores de los cánceres de la laringe, en cuatro estados según el grado de metacromasia de su estroma. Le atribuyen gran valor real.

A pesar de todo lo expresado anteriormente no siempre el diagnóstico de cáncer de la laringe puede hacerse fácilmente en forma precoz.

Respecto a las ronqueras en hombres que pasen de los 50 años, pueden presentarse también en:

Alteraciones funcionales (disfonías funcionales) por mala técnica vocal, por fatiga vocal, por depresión nerviosa y por mal estado general.

En las laringitis crónicas por infecciones y en las laringitis crónicas de los profesionales.

En abscesos laríngeos.

En la sífilis y en la tuberculosis sobre todo si se trata de una monocorditis tuberculosa.

En las artritis de las articulaciones cricoaritenoideas.

En la úlcera de contacto.

En los nódulos de los cantantes.

En las parálisis recurrenciales.

En los papilomas difusos de la laringe de los adultos.

En la monocorditis neurovasomotora que es el padecimiento laríngeo en que su diagnóstico ofrece mayores dificultades con respecto al cáncer precoz de la laringe, sobre todo cuando éste se localiza en la masa muscular.

Las molestias persistentes en el mismo sitio pueden ser debidas también a sensación de masa o pedazo de algo (*lump in the Throat de Tremble*) molestia que se sitúa en la garganta y reconoce varias causas.

El abultamiento de los ganglios en el cuello puede ser debido también a infecciones. Asimismo la presencia de una tumoración en el cuello puede deberse a un bocio aberrante o algún bocio en lo que fue conducto tirogloso.

Lo expuesto anteriormente nos da una idea de las dificultades, particularmente cuando el cáncer se desarrolla durante el curso de otro padecimiento laríngeo que existía con anterioridad.

Ahora paso a hacer la reseña de algunos casos.

CASO 1

Hombre, mexicano, blanco, de 58 años. Trabaja dirigiendo su finca en el campo. Abusa de su voz empleando el grito y me consultó por tener ronquera no constante, el 6 de junio de 1958. Se trataba de un sujeto bien constituido, sin antecedentes familiares ni personales de importancia, es un individuo sano; tiene buen médico de cabecera; encuentro la cuerda vocal izquierda de coloración roja, con buena vibración, visible con el estroboscopio a pesar de estar algo voluminosa. Hago el diagnóstico de monocorditis neurovasomotora y le indiqué mejor técnica vocal, y tintura de colchique por consejo del Dr. Tarneaud a la dosis de 20 gotas diarias, pero no tolerándola bien se suspendió. El 11 de julio de 1958 había mejorado considerablemente. En febrero de 1959 se vuelve a enronquecer notándose de nuevo la cuerda roja y engrosada; en la fonación la cuerda izquierda queda arriba de la derecha. Estuvo haciendo ejercicios de fonación con el Dr. Tarasco. El 3 de agosto el Dr. Tarasco empezó a notar algo más en la cuerda izquierda. Volví a examinarlo y además del engrosamiento e hinchazón, se notaba una rugosidad en el borde de la cuerda en la unión del tercio anterior con los dos tercios posteriores. Envié al en-

fermo con el Dr. Carlos Coquí para hacer unas tomografías y revelaron una sombra en el pétalo superior de la imagen de la placa. Además, a la estroboscopia, se notaba peor vibración de la cuerda. Verifiqué biopsia pequeña de la superficie despulida y el Dr. Clemente Villaseñor encontró un carcinoma epidermoide bien diferenciado el 12 de agosto de 1959. Propuse hemilaringectomía no siendo aceptada por los familiares del enfermo y el Dr. Delgado aconsejó bomba de Cobalto la cual aplicaron los Dres. Montañó y Noriega. El día 11 de diciembre de 1959 volví a ver al enfermo y se notó la cuerda de color rosado pero la rugosidad desapareció así como la hinchazón. Todavía hay disfonía ligera, la voz es opaca. En nuevas tomografías se sigue notando sombra en el pétalo superior de la imagen.

COMENTARIO

Caso muy interesante en donde se presentó un cáncer laríngeo con la peculiaridad de que antes había otro padecimiento laríngeo, una monocorditis neurovasomotora ya que la ronquera al principio no era persistente y llegó a desaparecer en los siguientes meses, notándose la cuerda roja y engrosada. Después se desarrolló un cáncer que se comprobó por todos los exámenes. No es frecuente asistir a un cáncer desde el principio. La oportunidad del tratamiento nos hace pensar en la posibilidad de su curación, sin embargo debe seguirse observando pues en las últimas tomografías se nota la sombra anormal en el pétalo superior; por otra parte, persiste algo de ronquera aun cuando no sabemos si se debe a la monocorditis neurovasomotora.

CASO 2

Hombre de 50 años, blanco, sano. Aficionado al canto. Tenor ligero. Su media voz es buena pero en sus agudos hace sobreesfuerzos lo cual hace que empiece a sufrir ronqueras que en ocasiones mejoran. Su cuerda vocal izquierda estaba enrojecida en febrero de 1945. Un mes después le operaron de un nódulo. Vuelvo a examinarlo en abril de 1945 y noto una pequeña cicatriz. En septiembre se nota la cuerda roja y engrosada por lo que hice diagnóstico de monocorditis neurovasomotora. Posteriormente mejora su técnica de canto y sus cuerdas se notan normales.

CASO 3

Hombre de cerca de 50 años. Constitución débil pero sano. Lo examino por sufrir cierta disfonía. Su media voz es buena, pero al querer sobresalir a un magnífico tenor dramático hace sobreesfuerzos. Su cuerda vocal derecha se veía roja y pensé en una monocorditis neurovasomotora. Le aconsejé no hacer *sobreesfuerzos* en los agudos y sacar el mejor partido de su muy buena voz media.

CASO 4

Hombre de más de 55 años. Fuerte y aparentemente sano. Bajo profundo con antecedentes artísticos renombrados. Lo examiné por disfonía que consistía en que su timbre había disminuído en el reforzamiento de sus armónicas. Encuentro su cuerda izquierda roja y engrosada ligeramente. A pesar de haber aumentado en años, seguía empleando su voz como cuando era joven. Al pensar en una monocorditis neurovasomotora le aconsejé que hiciera un ajuste de su voz en relación a sus condiciones físicas del momento.

COMENTARIO DE LOS CASOS 2, 3 Y 4

Tratándose de una monocorditis neurovasomotora qué terrible hubiese sido hacer biopsia por corte, por el simple hecho de tener sus cuerdas engrosadas. Con mejor técnica han seguido cantando con éxito hasta la fecha actual.

DISCUSIÓN •

La monocorditis neurovasomotora puede presentarse en un hombre de más de 50 años. Se manifiesta bruscamente por ronquera que no es progresiva ni persistente. Al examen se nota la cuerda hinchada, con hemorragia submucosa. La tomografía no revela el engrosamiento. La estroboscopia demuestra mala vibración de la cuerda.

El diagnóstico precoz del cáncer debe hacerse lo más pronto posible. El pronóstico depende de esa precocidad de diagnóstico.

Son signos de alarma de cáncer laríngeo, cuando en un hombre de edad madura se presenta *ronquera* que persiste durante un mes, aunque solamente se perciba cuando el sujeto habla en voz alta, discuta, o aparezca ronquera en la fatiga vocal; *molestia o dolor persistente en el mismo sitio; fatiga respiratoria* al dormir o al hacer algún esfuerzo acompañado de cornaje al respirar; *presencia de ganglios en el cuello*.

No es absoluto que el cáncer laríngeo se presente en hombres de más de 50 años. Según datos tomados en la oficina de Bioestadística la mortalidad en cáncer de laringe y tráquea en la República Mexicana fue de 1,570 casos entre los años de 1946 a 1955 equivaliendo a 2.16 sobre el resto de la mortalidad de cáncer en general. Hubo 3 casos en hombres menores de 19 años, 5 mujeres de 10 a 19 años.

La monocorditis neurovasomotora puede coexistir con cáncer y en ese caso en la tomografía se nota la tumoración; en el examen estroboscópico deja de percibirse la vibración correcta de la cuerda. Entonces se impone hacer biopsia por corte y a mayor abundamiento cuando el borde de la cuerda se encuentra despulido.

CONCLUSIONES

1. El pronóstico en el cáncer laríngeo depende de la precocidad en el diagnóstico.

2. El diagnóstico precoz del cáncer laríngeo se basa en la aparición de la ronquera, de molestia o dolor en el mismo sitio, fatiga respiratoria o presencia de ganglios en el cuello. Todo esto en forma persistente durante un mes en un hombre de edad madura. Pero hay que recordar que puede presentarse en mujeres y respecto a la edad puede presentarse aun a los 10 años.

3. La monocorditis neurovasomotora y el cáncer laríngeo en su principio ofrecen dificultades para su diagnóstico, máxime cuando coinciden.

4. La pérdida de tiempo no es culpa exclusiva del enfermo. De las explicaciones que se den al enfermo sobre su mal dependerá un gran porcentaje en el éxito. No basta su capacidad intelectual, es en donde se revelarán las dotes humanitarias del médico, como anteriormente lo han manifestado varios compañeros.

5. El médico consultante familiar debe enviar al paciente al otolaringólogo y éste a su vez a su compañero con experiencia en oncología. El médico familiar no debe quedar descartado. La experiencia demuestra que los éxitos mejor alcanzados en enfermos de cáncer se deben a la colaboración del médico de cabecera quien, a su vez, puede ser especialista en otra rama de la medicina. Resolver entre ambos los problemas importantes que se presenten.

6. Insistir ante la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública en la conveniencia de la declaración obligatoria del mal, por parte del médico tratante, y proporcionar los datos convenientes para contribuir al estudio del cáncer.

7. Se estima necesario seguir estudiando el cáncer de la laringe en su principio, con los elementos que actualmente podrían contarse como el estroboscopio de lux Xenon de mil encendidos por segundo y con la cámara de 5,000 cuadros por segundo. Se apreciarán los más mínimos detalles de las diferentes fases de la vibración de las cuerdas en su abertura, oclusión y aproximación.

REFERENCIAS

1. Jean Tarneaud: *Precis de Therapeutique Vocal*. Maloine, París, 1955.
2. M. Mirabedy: *Considerations sur le Coup de Fouet Laryngien*. Année O. R. L. Masson Cie, 1958.
3. Juan Andrade Pradillo: *Fatiga vocal fenómenos concomitantes*. Gaceta Médica de México, tomo LXXXVII, Núm. 7, julio, 1958.
4. E. J. Moure: *Coup de Fouet Laryngien*. Larynx Trachée. Octave Doin. París, 1921.
5. Joel Pressman: *The Physiologic Mechanism and Functions of the Larynx Otolaryngology*. Coates. Prior. Vol. IV, XX, 1957.
6. Juan Andrade Pradillo: *Cramps of the Professional Voice*. Arch. of Otolaryngology, Vol. 66, december, 1957, N° 6.
7. Juan Andrade Pradillo: *Consideraciones sobre la estroboscopia*. VIII Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de O. R. L., Morelia, 1958.

MONOCORDITIS NEUROVASOMOTORA Y DIAGNOSTICO
PRECOZ DEL CANCER LARINGEO

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. JUAN ANDRADE PRADILLO

DR. RICARDO TAPIA AGUÑA

LA MONOCORDITIS NEUROVASOMOTORA, tan perfectamente descrita por Juan Andrade, es poco común; sin embargo, los laringólogos hemos tenido oportunidad de verla en más de una ocasión. La monocorditis tuberculosa, a la que también se ha referido el autor, la he observado muchas veces. El haberla descrito en el Primer Congreso Panamericano de Otorrinolaringología y Broncoesofagología en la ciudad de Chicago, en 1946, dio lugar a objeciones de parte del profesor Lederer, presidente de la sesión respectiva, quien a la postre y por escrito me concedió la razón y aceptó la existencia de la misma. Su diagnóstico es relativamente fácil si tomamos en cuenta que la laringitis tuberculosa nunca es primaria.

La laringostroboscopia, de la cual son partidarios el Dr. Andrade y todos aquellos que han tenido una dedicación especial al estudio de la voz, fue descrita por primera vez hace más de 50 años, habiéndose aplicado tanto a la observación indirecta de la laringe, como al laringoscopia directo. Actualmente, la cinematografía, ya sea con cámaras ultrarrápidas como la de Von Leden o la cinefluoroscopia, presentada hace unos cuantos días en la Reunión Anual de la Asociación Americana de Laringología, en Miami, Florida, han demostrado ser de la mayor utilidad, tanto para conocer el estado del funcionamiento de la laringe, como para el diagnóstico precoz del cáncer. La tomografía, al igual que los procedimientos antes mencionados, tiene un gran valor como complemento del diagnóstico en el cáncer laríngeo. Nos ilustra sobre el grado de invasión y la extensión del tumor; pero su utilidad para el diagnóstico precoz es relativa. Nada puede compararse con la clínica, ni siquiera el laboratorio es capaz de hacer el diagnóstico aisladamente. Ya en otra ocasión referí un caso

en el que en un tumorcillo resecaado de cuerda vocal se tuvo un resultado histopatológico positivo de carcinoma, que no correspondió ni al aspecto endoscópico ni a los datos obtenidos por la clínica. Las cuerdas vocales y la voz misma se normalizaron rápidamente sin otro tratamiento y después de más de ocho años no ha habido el menor asomo de recaída. Podría relatar otros casos semejantes.

El Dr. Andrade nos dice que puede existir confusión en el diagnóstico diferencial de la monocorditis neurovasomotora y el carcinoma. Mi criterio personal es que un laringólogo experimentado como el mismo Dr. Andrade, puede hacer un diagnóstico preciso aún sin el recurso de la estroboscopia, siempre que no olvide completar su estudio con el examen laringoscópico directo. Este examen da mayores luces cuando se emplea la anestesia local en vez de la anestesia general; porque puede uno darse cuenta de la movilidad de la laringe, incluso ordenar al paciente que emita determinados sonidos, en un momento dado. Aún así, muchas veces es necesario repetir la laringoscopia a los pocos días, si la primera vez se obtuvieron datos negativos y persiste la sospecha de la existencia de un cáncer incipiente.

Con respecto a la presencia de ganglios cervicales como posibles metástasis, existe ahora la tendencia a evitar la punción aspiradora, por el peligro de diseminación y suplirla por el examen histopatológico transoperatorio, en caso de duda.

Todavía no hace un mes, Plinio de Mattos Barretto, distinguido laringólogo brasileño que ha trabajado intensamente sobre el cáncer laríngeo y ha combinado sus esfuerzos con los del profesor Justo Alonso para establecer una clasificación adecuada, se quejaba amargamente de que hasta ahora no existiera un acuerdo unánime y del poco interés aparente por llegar a él en Norteamérica. Yo le respondí que probablemente esto se debía a que son tantos los puntos oscuros que todavía hay, que en la mente de todos estaba el luchar por describirlos, más bien que en el de ensayar nuevas clasificaciones, ya que ha habido muchas y en todas ellas los resultados prácticos han sido semejantes. Actualmente podemos afirmar que somos capaces de hacer diagnósticos bastante precisos, que nuestras estadísticas han mejorado, que el médico de cabecera colabora más; pero debemos confesar que nuestro progreso ha sido lento y que nuestro mayor anhelo es el de descubrir un procedimiento seguro y eficaz de erradicar el mal, sin llegar a la mutilación. Por ello es loable todo esfuerzo en pro de tal anhelo, como el desarrollado ahora por mi querido amigo y compañero, el Dr. Juan Andrade Pradillo.