

de 23 casos han conservado sus laringes durante períodos superiores a cinco años sin mostrar signo alguno de actividad neoplásica.

Por último, respecto a los casos de localización laringofaríngea, uno solamente entre 15, curó al cabo de cinco años.

La mayoría de estos últimos enfermos pertenecen a casos prácticamente incurables, independientemente de la terapéutica utilizada.

Se ve pues, que no es necesariamente la cirugía, la única terapéutica eficaz en el cáncer de la laringe y de la laringofaringe, y que la radioterapia debe, a nuestro juicio, utilizarse inicialmente, a condición de que una vez finalizada, no deban transcurrir más de seis semanas sin tomar una decisión, bien para intervenir quirúrgicamente, bien limitándonos a la observación muy frecuente, con intervalos no superiores a dos semanas. Esta frecuencia de vigilancia armada variará, como es obvio, según el caso.

No creemos en modo alguno que seis semanas de radioterapia representen un tiempo perdido, que reste curabilidad al enfermo y que, por el con-

trario, si finalmente ha de operarse, la irradiación previa es beneficiosa.

Prueba de que este punto de vista es correcto es que va adquiriendo cada vez mayor aplicación en otras localizaciones neoplásicas (vejiga urinaria, carcinoma broncogénico y otras localizaciones de cabeza y cuello distintas a la laringofaringe).

La radiorresistencia de ciertos tumores ha sido, por otra parte, establecida con demasiada precocidad y ligereza, y sin el debido rigor clínico y se ha interpretado con frecuencia como causa de un mal resultado, técnicas radioterápicas que en verdad fueron inadecuadas e incorrectas.

Sabemos por otra parte que la radiosensibilidad de una neoplasia maligna es máxima en su periferia ya que aquí, la mayor oxigenación la hace más vulnerable a la radiación.

#### REFERENCIAS

1. Baclesse, F.: *Carcinoma of larynx*. Brit. J. Radiol. 1949, Supl. 3
2. Lederman, M.: *Cancer of laryngopharynx*. J. Laryng & Otol. 68: 333, 1954.
3. Berkson, J. y Gage, R. P.: *Calculation of survival rates for cancer*. Proc. Staff Meet. Mayo Clin. 25: 270, 1950.
4. Cutler, S. J. y Ederer, F.: *Maximum utilization of life table method in analyzing survival*. J. Chron. Dis. 8: 699, 1958.

### COMENTARIO OFICIAL

JORGE CORVERA<sup>1</sup>

EL TRABAJO que acabamos de escuchar fundamenta muy sólidamente la rela-

ción que existe entre el cáncer de la laringe y el tabaquismo. Por coincidencia, en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General del Centro Médico Nacional revisamos recientemente este mismo tema,

<sup>1</sup> Académico numerario, Hospital General, Centro Médico Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social.

y, aunque al casuística es menor y el estudio estadístico menos elaborado, la relación encontrada fue la misma.

En cuanto a la conducta terapéutica, estamos totalmente de acuerdo en la importancia del tratamiento con radiaciones ionizantes. El criterio sustentado por el servicio de Otorrinolaringología a que pertenezco, difiere solamente en pequeños matices de enfoque que quizá sea oportuno señalar.

Topográficamente clasificamos los cánceres de la laringe en glóticos, supraglóticos e infraglóticos, por considerar que el pronóstico del padecimiento es mejor en los glóticos y se hace más severo a medida que la implantación del tumor se aleja de la glotis. En cuanto al estadiaje, utilizamos la clasificación TNM en la que la T significa tumor, N Metástasis a ganglios linfáticos de las cadenas carotídeas y M metástasis a distancia.

A la letra correspondiente se añade un número, que en el caso de T, corresponde al número de estructuras laríngeas afectadas. La cuerda vocal se considera formada por dos estructuras que corresponden a sus partes membranosa y cartilaginosa y el resto de la laringe se divide en estructuras anatómicas bien establecidas, como banda ventricular, aritenoides, o epiglotis.

Consideramos que el tratamiento con radiación se debe utilizar en forma exclusiva en los estadios T-1, N-0, M-0 excepto en pacientes menores de 45 años de edad debido al hecho, señalado entre otros por Wynder *et al*<sup>1</sup> de que el tratamiento radioterápico de la lesión inicial aumenta las probabilidades de desarrollo de otro tumor maligno primario en la zona después de un intervalo de cinco o más años. Los pacientes menores de 45 años tendrían más probabilidades de vivir largo tiempo por lo que preferimos efectuar cirugía conservadora, de preferencia cordectomía solamente.

En casos de tumor más extenso, pero sin ganglios clínicamente afectados, el criterio

del servicio es que se debe utilizar la radiación en forma preoperatoria. Preferimos la dosis completa supuestamente cancericida de 5 500 rads y, tres a seis semanas después intervenir quirúrgicamente haciendo hemilaringectomía vertical u horizontal según el caso, pero quitando siempre un margen adecuado a la extensión que el tumor tenía antes de ser radiado, determinado no solo con laringoscopia sino con estudios radiológicos completos incluyendo tanto tomografía como laringografía. Obviamente hay ocasiones en que se requiere laringectomía para asegurar el margen apropiado.

Ante la sospecha clínica de ganglios linfáticos afectados, a la radiación continuaría el acto quirúrgico que consistiría en laringectomía total con disección radical de cuello.

Las sobrevidas comunicadas con esta técnica son impresionantes; Goldman<sup>2</sup> en una serie de pacientes tratados en el hospital Monte Sinai de New York comunica 86% de sobrevida determinada a cinco años, en estadio 3, que corresponde a T 2-3, N-1, M-0, y 100% de sobrevida determinada a tres años en estadio 2, es decir T 2 N-0 M-0.

Como vemos, las radiaciones ionizantes cumplen dos fines igualmente importantes: pueden utilizarse para evitar o disminuir mutilaciones quirúrgicas o pueden utilizarse para aumentar las probabilidades de curación.

## REFERENCIAS

1. Wynder, E. L.; Dodo, H.; Bloch, D. A.; Gant, R. C. y Moore, O. S.: *Epidemiological investigations of multiple primary cancer of the upper alimentary and respiratory tracts*. Cancer 24: 730, 1969.
2. Goldman, J. L.; Gunsberg, M. J.; Friedman, W. H.; Ryan, J. R. y Bloom, B. S.: *Combined therapy for cancer of the laryngopharynx*. Arch. Otolaryn. 92: 221, 1970.