

Cirugía y Cirujanos

Volumen 71
Volume

Número 5
Number

Septiembre-Octubre 2003
September-October

Artículo:

Recurrencia estomal posterior a laringectomía total. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*



Medigraphic.com

Recurrencia estomal posterior a laringectomía total. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Dr. Jaime Alonso Reséndiz-Colosia,* Dr. José Francisco Gallegos-Hernández,* Dr. Martín Hernández-San Juan,* Dr. Sinuhé Barroso-Bravo,* Dr. Rutilio Flores-Díaz*

Resumen

La recurrencia tumoral a nivel del estoma traqueal es una de las más graves complicaciones en pacientes sometidos a laringectomía total. Su incidencia tiene un rango de 1.7% a 40%, con un promedio de 7.5%. Independientemente de la etiología de la recurrencia estomal, se caracteriza por una infiltración tumoral difusa de las partes blandas del cuello y mediastino, lo cual explica su alta incidencia de mortalidad. A pesar de cirugía agresiva, radioterapia y quimioterapia, un alto número de pacientes fallecen debido a la recurrencia tumoral. Es por esto que la prevención de la recurrencia a nivel del estoma traqueal es sumamente importante y probablemente sea la única manera de disminuir su incidencia. El uso sistematizado de diversas medidas quirúrgicas aunado a radioterapia postoperatoria tanto al estoma como al mediastino superior puede disminuir la incidencia de recurrencia en el estoma traqueal. Una intensa vigilancia postoperatoria es recomendable en pacientes que hayan presentado cáncer de laringe con infiltración subglótica, metástasis a ganglios paratraqueales o ambos para identificar la recurrencia peri-estomal en la etapa más temprana posible.

Palabras clave: recurrencia estomal, laringectomía, cáncer recurrente.

Summary

Development of stomal recurrence following total laryngectomy is a devastating scenario with an extremely poor prognosis. Overall rate of stomal recurrence ranges from 1.7%-40%, with an average rate of 7.5%. Irrespective of the etiology of stomal recurrence, it invariably consists of diffuse infiltration of tumor into the soft tissues of the neck and mediastinum, thereby making control of the disease difficult. Despite aggressive surgery, radiotherapy, and chemotherapy, salvage rate is poor. Prevention of stomal recurrence is therefore of paramount importance and the only means of reducing incidence. Systematic use of preventive surgical measures together with postoperative radiotherapy to the stoma and superior mediastinum have led to decrease in appearance of stomal recurrence. Intensive follow-up should be performed for patients with laryngeal carcinoma who had subglottic involvement, paratracheal lymph node metastasis, or both to detect stomal recurrence at an early stage.

Key words: Stomal recurrence, Laryngectomy, Recurrent carcinoma.

Introducción

La laringectomía total permanece como la piedra angular del tratamiento del cáncer de laringe avanzado y ha sido ampliamente probado como un procedimiento oncológico eficiente. Desafortunadamente, incluso a pesar de ser un

procedimiento radical, la recurrencia tumoral puede presentarse⁽¹⁾. Aproximadamente 33% de los pacientes con cáncer de laringe desarrollará algún tipo de recurrencia después del tratamiento inicial⁽²⁾. La recurrencia a nivel del estoma traqueal es una de las más serias complicaciones en pacientes con cáncer epidermoide de laringe sometidos a laringectomía total. La combinación de obstrucción de la vía aérea, hemorragia e invasión de las estructuras profundas del mediastino traducen una alta incidencia de mortalidad. Keim⁽³⁾ definió la recurrencia estomal (RE) como la infiltración difusa de tejido neoplásico en la unión de la tráquea amputada y la piel. Esta lesión puede incluir sólo el epitelio estomal, los tejidos blandos paraestomales o ambos. La lesión usualmente se presenta como un nódulo, una placa o como un tumor exofítico o ulcerado. La incidencia informada sobre recurrencia alrededor o sobre el estoma traqueal después de laringectomía para pacientes con cáncer de la laringe varía entre 1.7% a 40%, con un margen promedio de 7.5%⁽⁴⁾. El desarrollo de nuevas técnicas qui-

* Servicio Tumores Cabeza, Cuello y Piel, Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Jaime Alonso Reséndiz Colosia
Servicio Tumores de Cabeza, Cuello y Piel.
Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.
Avenida Cuauhtémoc 330 Doctores 06725, D.F.
Teléfono: 56 27 69 00 (ext. 4107)
Fax: 55 75 37 14
E-mail: resendizjaime@AOL.mx

Recibido para publicación: 10-06-2003.

Aceptado para publicación: 17-07-2003.

rúrgicas combinadas con un mejor entendimiento de la naturaleza y los diferentes tipos de recurrencia estomal han creado una perspectiva más optimista en algunos casos. Aunque, es bien cierto que, generalmente el pronóstico en estos pacientes sigue siendo sumamente desalentador. Por esta razón es necesario implementar en forma sistémica diversas medidas de prevención que disminuyan el riesgo de recurrencia estomal.

Presentación caso clínico

Se trata de paciente masculino de 60 años de edad quien tenía como antecedentes de importancia tabaquismo y alcoholismo intensos. Su padecimiento inicial se caracterizó por la presencia de disfonía progresiva de 10 meses de evolución. Presentó datos de insuficiencia grave, manejado en forma inicial con traqueostomía. Fue considerado en etapa T4 N0 M0, realizando laringectomía total con disección radical modificada de cuello en noviembre del 2000. El reporte histológico confirmó carcinoma epidermoide transglótico, con extensión subglótica extensa, invasión a cartílago tiroides, cartílago cricoides y músculos prelaríngeos. Intensa permeación vascular y linfática. Límites de sección quirúrgica sin tumor. Se extrajeron 28 ganglios linfáticos que fueron negativos a metástasis. El paciente se envió al Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional en donde recibió tratamiento adyuvante con radioterapia a dosis radicales. Es egresado a su unidad de tratamiento inicial de donde es referido 20 meses después por la presencia de recurrencia estomal. En su revaloración se apreció la presencia de tumor exofítico paraestomal (Figura 1) el cual cubría aproximadamente 80% de la circunferencia esto-



Figura 1.

mal, se realizó evaluación endoscópica de las vías aerodigestivas, la cual sólo reportó discreta estenosis esofágica. El estudio tomográfico (Figuras 2 y 3) demostró la presencia de infiltración tumoral paraestomal con intensa infiltración de partes blandas y extensión a mediastino superior. Se clasificó como recurrencia tipo IV de Sisson por lo cual se manejó con radioterapia paliativa con 30 Gys en 15 fracciones con electrones acelerados con energía de 6 MEV y dos ciclos de quimioterapia con 5-fluoracilo y cis-platino, obteniéndose una respuesta parcial de 60%. Sin embargo, sólo obtuvo una respuesta transitoria presentando progresión tumoral con hemorragia profusa y obstrucción de la vía aérea.

Discusión

La mayoría de las recurrencias estomales ocurre dentro de los dos primeros años de la cirugía. Sólo una minoría de los pacientes es operable y tienen un pronóstico malo, porque cerca de 80% de los pacientes fallecerá en los primeros 24 meses⁽¹⁻⁶⁾. Sisson⁽⁵⁾ clasificó la RE en cuatro tipos, en relación a la localización y a la magnitud de la infiltración tumoral (Cuadro I). Los factores descritos que pueden predisponer la RE son los márgenes de resección traqueal insuficientes, tumor primario avanzado,

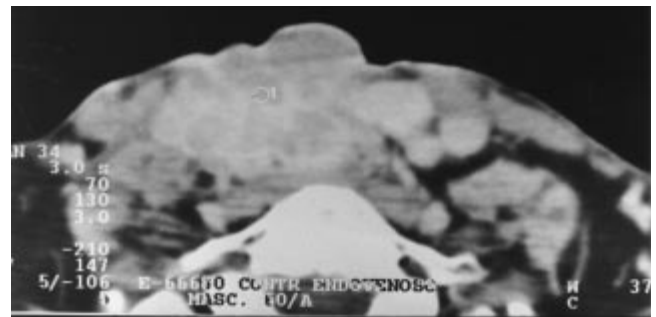


Figura 2.

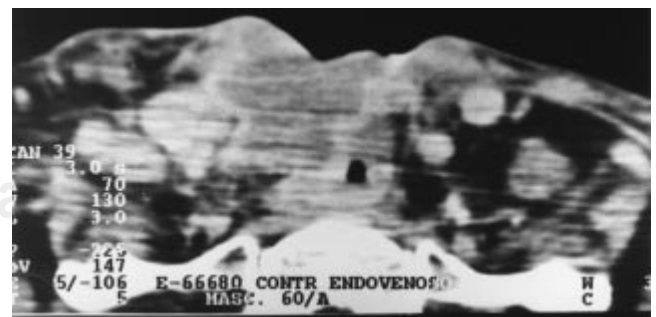


Figura 3.

enfermedad residual en ganglios linfáticos cervicales, enfermedad residual en tejido tiroideo no resecado, fístula faringoperiestomal, traqueostomía previa a la resección e infiltración tumoral subglótica. Aunque la traqueostomía preoperatoria y la infiltración subglótica han destacado como los principales factores etiológicos, es más probable que exista un origen multifactorial. La relativa importancia de la implantación de células malignas en la unión de la tráquea amputada y la piel contra la presencia de micrometástasis linfáticas locales preexistentes aún no ha sido resuelta⁽⁶⁾. El mecanismo que origina la RE ha sido atribuido por varios autores^(1,3,4) a la implantación perioperatoria de células tumorales durante la traqueostomía. Keim⁽³⁾ concluyó que la traqueostomía preoperatoria, definida como aquella realizada al menos 24 horas antes de la laringectomía, era el mayor factor de riesgo para la presencia de RE. La laringectomía de “emergencia” fue recomendada para disminuir el riesgo de implantación de células tumorales viables en el sitio de la traqueostomía⁽⁴⁾. Sin embargo, es evidente que existen otros mecanismos etiológicos más importantes, como la diseminación de células malignas por los tejidos perilaríngeos y la glándula tiroidea o la presencia de ganglios linfáticos metastáticos paratraqueales o al ganglio delfiano⁽⁷⁾. Frecuentemente los pacientes que requieren traqueostomía previa tienen una enfermedad más avanzada y pueden tener un alto margen de metástasis a ganglios linfáticos cervicales. Rockley⁽⁸⁾ ha mencionado que la disección de ganglios paratraqueales en pacientes con traqueostomía previa es más compleja debido a la inflamación y fibrosis de los tejidos paraestomales. La incidencia concomitante de metástasis ganglionares cervicales indica que las metástasis a los ganglios linfáticos en el nivel central, es un importante mecanismo en la patogénesis de la RE. Mantravadi⁽⁹⁾ demostró que sólo 3% de los pacientes con N 0 en cuello, desarrolló RE comparado con 8% en tumores N 1 y 33% en tumores N3. Es por eso que una disección ganglionar paratraqueal incompleta durante la laringectomía puede favorecer la presencia de RE. Estos pueden ser los

motivos por los cuales los pacientes sometidos a traqueostomía previa tienen una incidencia mayor de RE. Por eso el uso de laringectomía de “emergencia” para prevenir la RE es cuestionable. Yotakis⁽¹⁰⁾ ha descrito el uso de CO₂ para realizar una resección parcial del tumor primario que permita una vía aérea permeable y evitar la traqueostomía preoperatoria.

A pesar de reportes ocasionales de radioterapia y quimioterapia, varios autores consideran que un posible rescate en estos pacientes sólo puede lograrse con el uso de abordajes quirúrgicos agresivos. Incluyendo resección amplia de la piel periestomal, manubrio esternal y cabezas claviculares, resección baja de tráquea, disección de ganglios linfáticos mediastinales, faringectomía parcial o total y esofagectomía parcial o total^(1,3-5). Gluckman⁽¹⁾ aportó una significativa contribución al manejo de la RE. Reportó los resultados con 41 pacientes operados por RE. Para las lesiones I y II la supervivencia a cinco años fue de 45% y una supervivencia de sólo 9% para lesiones tipo III y IV.

Si el paciente se considera candidato a cirugía debe evaluarse el riesgo con relación a los posibles beneficios. Los pacientes con lesiones tempranas (tipo I y II) deben ser considerados candidatos a cirugía. Las lesiones avanzadas deben ser tratadas con mayor cautela, las lesiones tipo IV tienen una morbilidad inaceptablemente alta y pésimos resultados por lo que, frecuentemente, son candidatos a manejo sintomático. Las lesiones tipo III pueden, bajo circunstancias ideales, ser tratadas con cirugía aunque con expectativas realistas⁽¹⁾.

Debido a que el tratamiento en la recurrencia está lejos de ser satisfactorio, los esfuerzos en la prevención parecen ofrecer la solución más prometedora. Con esto en mente, varios autores⁽¹¹⁻¹³⁾ han sugerido distintas medidas profilácticas. Principalmente, siempre que sea posible, evitar realizar traqueostomía preoperatoria con la resección parcial del tumor por vía endoscópica que permita una vía aérea permeable⁽¹³⁾. Cuando es evidente la presencia de extensión subglótica del tumor primario se ha recomendado realizar márgenes amplios de tráquea (2-3 cm), disección de la fascia pretraqueal, disección de los ganglios linfáticos paratraqueales, resección parcial o total de glándula tiroidea y el uso sistematizado de radioterapia al estoma y al mediastino superior. En los pacientes con traqueostomía previa es importante realizar una disección completa de los ganglios linfáticos paratraqueales acompañada de una resección de los tejidos blandos periestomales y administrar radioterapia adyuvante al estoma y al mediastino superior. Es recomendable mantener una vigilancia estrecha y realizar biopsia de cualquier irregularidad en el estoma traqueal con el fin de detectar la presencia de recurrencia en la etapa más temprana posible.

Cuadro I. Clasificación de Sisson para recurrencia estomal⁽⁵⁾

Tipo I recurrencia localizada (en el margen superior del estoma traqueal sin involucro esofágico).
Tipo II recurrencia localizada (en el margen superior del estoma con infiltración esofágica).
Tipo III recurrencia originada (en el margen inferior del estoma con extensión al mediastino superior).
Tipo IV la recurrencia se extiende lateralmente por debajo de las clavículas y hacia el mediastino superior.

El manejo del cáncer recurrente de las vías aerodigestivas superiores es una de las situaciones más frustrantes que enfrenta el cirujano de cabeza y cuello. El mejor entendimiento de la naturaleza de la RE ha permitido una mejor selección de pacientes candidatos a tratamiento quirúrgico. Los pacientes con lesiones avanzadas deben ser manejados con terapias no quirúrgicas que produzcan un alivio sintomático. La prevención de la recurrencia estomal tiene una enorme importancia y es la única manera de reducir su incidencia. Es esencial llevar a cabo todas las medidas de prevención posibles durante la cirugía. Así como también el uso sistematizado de radioterapia adyuvante en pacientes de alto riesgo. Con relación al caso reportado, contaba con múltiples factores de riesgo que indudablemente condicionaron el desarrollo de RE. La evidente infiltración subglótica, invasión a cartílagos laríngeos y la extensión tumoral a partes blandas extralaríngeas probablemente fueran las mayores condicionantes para la recurrencia tumoral. Tomando en cuenta que las expectativas de curación en los pacientes con recurrencia son pobres. Es de vital importancia conocer y llevar a cabo todas las medidas que ayuden a disminuir la incidencia de recurrencia a nivel estomal.

Referencias

1. Gluckman JL, Hamaker RC, Schuller DE, Weissler MC. Surgical salvage for stomal recurrence: a multi-institutional experience. *Laryngoscope* 1987;97:1025-1029.
2. Lacy PD, Piccirillo JF. Development of a new staging system for patients with recurrent laryngeal squamous cell carcinoma. *Cancer* 1998;83:910-917.
3. Keim WF, Shapiro MJ, Rosin HD. Study of post laryngectomy stomal recurrence. *Arch Otolaryngol* 1965;81:183-186.
4. Griebie MS, Adams GL. "Emergency laryngectomy" and stomal recurrence. *Laryngoscope* 1987;97:1020-1024.
5. Sisson GA, Bytell DE, Becker SP. Mediastinal dissection- 1976: indications and newer techniques. *Laryngoscope* 1977;87:751-759.
6. Yotakis J, Davris S, Kontozoglou T, Adamopoulos G. Evaluation of risk factors for stomal recurrence after total laryngectomy. *Clin Otolaryngol* 1996;21:135-138.
7. Imauchi Y, Takasago E, Nibu KI, et al. Stomal recurrence after total laryngectomy for squamous cell carcinoma of the larynx. *Otolaryngol Head & Neck Surg* 2002;126:63-66.
8. Rockley TJ, Powell J, Robin P, Reid AP. Post-laryngectomy stomal recurrence: tumour implantation or paratracheal lymphatic metastasis? *Clinic Otolaryngol* 1991;16:43-47.
9. Mantravadi R, Katz AM, Skolnik EM, Becker S. Stomal recurrence: a critical analysis of risk factors. *Arch Otolaryngol Head Neck* 1981;107:735-738.
10. Yotakis J, Davris S, Kontozoglou T, Adamopoulos G. Evaluation of risk factors for stomal recurrence after total laryngectomy. *Clin Otolaryngol* 1996;21:135-138.
11. Reddy SP, Narayana A, Melian E, et al. Stomal recurrence in patients with T1 glottic cancer after salvage laryngectomy for radiotherapy failures. *Am J Clin Oncol* 2001;24:124-127.
12. Fagan JJ, Looock JW. Tracheostomy and peristomal recurrence. *Clin Otolaryngol* 1996;21:328-330.
13. León X, Quer M, Burgués J, Abelló P, Vega M. Prevention of stomal recurrence. *Head Neck* 1996;18:54-59.

