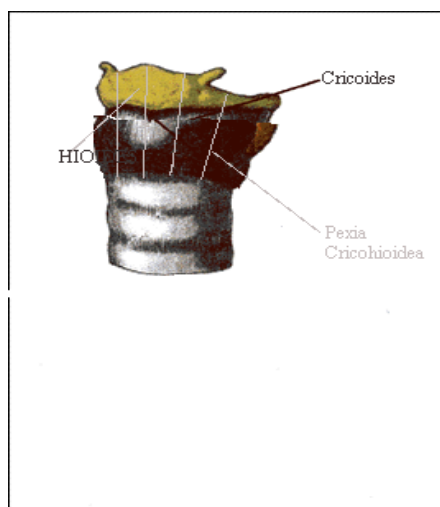
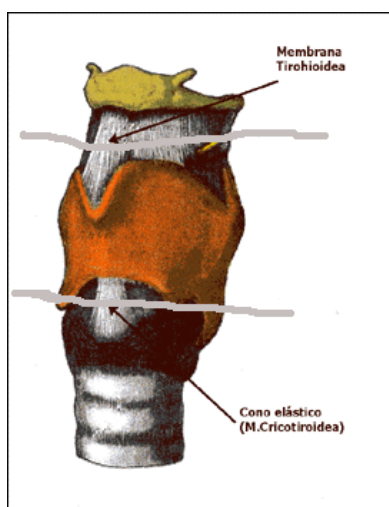


Título:

La Laringectomía Subtotal Supracricoidea en favor de la Calidad de Vida de los pacientes con Carcinoma Laríngeo.

Autores: Dr. Rodolfo Arozarena Fundora.
Dr. Pedro Venereo Capote.
Dra. Arely Pérez Cué.



Servicio Otorrinolaringología. Hospital Hermanos Ameijeiras.

Resumen

Se reportó la utilización de la Laringectomía Supracricoidea (LSC) con Cricohioideoepiglotopexia (CHEP) en 7 pacientes con diagnóstico de carcinoma laríngeo en el Servicio de Otorrinolaringología en el Hospital Hermanos Ameijeiras en el período Abril 2006 a Julio del 2008. Se describe la técnica reportada por primera vez en Cuba por el Dr. Díaz Martínez, José Ramón et.al en el Instituto de Oncología y Radiobiología INOR en el año 1997, incluyendo aspectos fundamentales de la misma, reportando el valor social y económico de la intervención. Se hace énfasis en el análisis de la calidad de vida de los pacientes operados basados en la Conservación de la Laringe y el mantenimiento de las funciones de respiración, fonación y deglución de manera fisiológica sin la presencia de una traqueostomía permanente y con rangos de supervivencia y curabilidad adecuados. Se concluye que la Laringectomía Supracricoidea con Cricohioideoepiglotopexia (CHEP) es una técnica con excelentes resultados funcionales y oncológicos que permite una mejor calidad de vida en los pacientes intervenidos, evitando la realización de una cirugía radical, sirviendo como técnica de rescate en las recidivas de otras operaciones funcionales, en los fallos y recidivas post radioterapia. La Laringectomía

Supracricoidea con Cricohioidoepiglotopexia (CHEP) es una técnica que forma parte de las opciones quirúrgicas en el Servicio de Otorrinolaringología en el Hospital Hermanos Ameijeiras para elevar la calidad de vida de los pacientes con carcinoma laríngeo.

Introducción.

La Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello tiene como principal objetivo lograr un adecuado control de la enfermedad. Determinados tumores laríngeos, debido a su localización y extensión pueden ser abordados mediante técnicas conservadoras de la función laríngea, ya sea con cirugía endoscópica láser o con técnicas convencionales de cirugía abierta. (1)

La Laringectomía Supracricoidea con Cricohioidoepiglotopexia es reportada por primera vez en Cuba por el Dr. Díaz, José Ramón et.al en el Instituto de Oncología y Radiobiología INOR en el año 1997 con el nombre de Laringectomía Subtotal Glótico-Supraglótica, el autor se nutrió de la experiencia del Instituto Gustave-Roussy de París, y en el Hospital "Vittorio Veneto" en Italia. (2).

La Laringectomía Supracricoidea (LSC) con Cricohioidoepiglotopexia (CHEP) considerada una técnica funcional, porque permite la exéresis con márgenes adecuados de la lesión tumoral de la laringe sin la necesidad de una cirugía radical al mismo tiempo que se preservan las funciones de respiración, fonación y deglución de una manera fisiológica. (3)

Diversos artículos de autores franceses como, Majer et.al, Labaley et.al, Piquet et.al, Derby et.al reportan los inicios y el desarrollo de la técnica en Europa (4-7). Lacourreye H, et al realizan el primer reporte en Ingles (8). La Laringectomía Supracricoidea (LSC) con Cricohioidoepiglotopexia (CHEP) se ha difundido en el resto del mundo aumentando crecientemente el número reportes de centro hospitalarios y de casos operados por esta técnica así como se han ido perfeccionando y estabilizando los resultados obtenidos con esta técnica. (1-3, 9,10). La Laringectomía Supracricoidea (Subtotal) con Cricohiodopexia (CHP), con o sin epiglotoplastia, según el caso, ha ganado popularidad en las dos últimas décadas tanto como tratamiento inicial que como rescate tras la radioterapia. Con esta técnica subtotal, la supervivencia ha aumentado con resultados fonatorios aceptables (11).

Decidimos realizar el reporte de los casos intervenidos con la Laringectomía Supracricoidea con Cricohioidoepiglotopexia ya que es una técnica que puede brindar al paciente aquejado de cáncer de laringe restaurar su fisiología en cuanto a la respiración, deglución y fonación, la completa eliminación de las lesiones tumorales localizadas en la glotis y en la supraglotis con márgenes oncológicos adecuados, así como adecuado rango de supervivencia con un bajo nivel de recidivas locales, redundando favorablemente en la calidad de vida de los pacientes tratados por este proceder quirúrgico.

El objetivo principal de este trabajo es reportar la experiencia obtenida con la utilización de la **Laringectomía Supracricoidea con Cricohiodoepiglottopexia** en el tratamiento quirúrgico del cáncer laríngeo y el impacto social en la mejoría de la calidad de vida en los pacientes tratados.

En adición al ser comparada con la Laringectomía Total (opción anterior ante un fallo de radioterapia y las recidivas locales) permite ventajas en cuanto a la nutrición, la función social y la higiene personal de todos los pacientes operados. (3)

Calidad de vida en los pacientes con carcinoma de Cabeza y Cuello.

Aproximadamente 39250 casos nuevos son diagnosticado cada año con cáncer de Cabeza y Cuello. Representan el 3% de los canceres en Estados Unidos, fuera una cifra baja con relación a otras localizaciones sino tuviera más de 11mil muertes por año y sino fallecieran en el primer año el 33% de los casos diagnosticados. El alcohol y el tabaquismo son los principales factores de riesgo en la aparición de tumores en los principales sitios de localización (cavidad oral, faringe, hipofaringe y laríngeo). (12)

La laringe se divide anatómicamente en tres regiones y la distribución de carcinoma laríngeo (representa el 97 % de todos los tumores de la laringe) es de la siguiente manera: 30-35% en la región supraglótica, 60-65% en la región glótica y un 5% en la subglotis. El cáncer laríngeo en nuestro medio representa el 60% de todas las neoplasias de Cabeza y Cuello provocando una gran morbi-mortalidad en los pacientes diagnosticados. (10-13)

La calidad de vida es un término complejo a la hora de analizar los pacientes con tumores de Cabeza y Cuello y en especial los de laringe ya que estos tumores provocan una gran afectación de funciones básicas como la masticación, deglución y respiración así como en los órganos de los sentidos como el gusto, el olfato y la audición, además de afectar funciones que afectan la esfera social como la apariencia física y la fonación. (1,13)

Añadimos que un alto número de pacientes con cáncer de Cabeza y Cuello han mantenido una vida desordenada siendo fumadores inveterados y dependientes del alcohol durante años, donde ha ido deteriorando su imagen social y afectiva ,elemento que se empeora con el diagnóstico de cáncer(14).

La depresión, la malnutrición, la mala absorción, la inmunodepresión son estados morbosos presentes en muchos de nuestros pacientes asociándose con otras entidades y se le denomina **Comorbilidad**, que no es más que la asociación de enfermedades crónicas del corazón, hígado, riñón, pulmones que ensombrecen la terapéutica y el estado general del individuo, disminuyendo los niveles de calidad de vida.(14,15).

Factores psicológicos después de una Laringectomía Total donde se produce una afectación directa de múltiples funciones, en el aspecto social pueden ser evitados con la prevención y control de los factores de riesgos, además la esfera psicológica se ve afectada por las nuevas condiciones que obligan el

cambio de puesto laboral, el rechazo social e inclusive familiar en ocasiones. (16-18)

Todo esto elementos son cuantificado en diferentes cuestionarios y medidores, donde el término Calidad de Vida es evaluado por el mismo paciente y que puede ser aplicado a los pacientes operados con la Laringectomía Supracricoidea (LSC) con Cricohioidoepiglotopexia (CHEP) obteniéndose niveles satisfactorios de Calidad de vida en estos pacientes.(20,21)

Material y Método.

Se realiza un análisis retrospectivo con carácter descriptivo de 7 pacientes intervenidos quirúrgicamente con la técnica de **Laringectomía Supracricoidea con Cricohioidoepiglotopexia (CHEP)** con el diagnóstico cáncer laríngeo Glótico–Supraglótico en el período Abril 2006-Abril 2008 en el Hospital Hermanos Ameijeiras.

Se hace énfasis en el reporte de generalización de la técnica por su factibilidad de realización, destacando los aspectos fundamentales de la misma tales como indicaciones, contraindicaciones, principales complicaciones presentadas durante la realización de la técnica.

Se estudiaron 6 pacientes (5 hombres y una mujer) ingresados en el período de Abril 2006 a Abril 2008. Todos los casos tenían antecedentes positivos de tabaquismo, además recibieron radioterapia con Co60 en dosis radical sobre la laringe (30 sesiones o más).

Al ingreso todos los casos presentaron diagnóstico positivo de Carcinoma Epidermoide de laringe y uno presentó metástasis cervical por lo que se asoció el proceder con una Disección Radical de Cuello Derecha. Todos los casos tenían realizados los complementarios indispensables, así como evaluación anestésica que permitiera evaluar el riesgo quirúrgico.

A todos los casos se le realizó Tomografía Computarizada de Laringe que permitió evaluar el estado de la lesión y definir la extensión de la misma, además al ingreso se le realizó Fibrovideolaringoscopia que permitió la evaluación y discusión de las características de la lesión por parte de los cirujanos en cada caso.

A los 7 pacientes se les administró profilaxis antibiótica en la inducción anestésica completándose 3 dosis en 24 horas de Cefazolina (1g) y Metronidazol (500mg).

Se realizó la intervención de acuerdo a las normas, indicaciones y contraindicaciones de acuerdo a lo descrito a continuación.

Descripción de la técnica.

En la descripción de la técnica incluimos los elementos de la introducción de la técnica publicados por Díaz, José Ramón et.al quien tomó como base la

experiencia en este tipo de intervención realizada en el Instituto Gustave-Roussy de París, y en el Hospital "Vittorio Venteo" en Italia, así como las referencias bibliográficas de otros autores (2-4,6-8).

- Se trata de una laringectomía horizontal, con resección de ambas cuerdas vocales y ambas bandas ventriculares, en las que el tumor se extiende de forma superficial, como máximo a 5 mm por debajo de la cuerda vocal y que superiormente, no afecte la epiglotis suprahioidea.
- La fijación de una cuerda no será contraindicación para la práctica de una laringectomía subtotal, y podrá suplir la laringectomía radical en pacientes con lesiones glóticas, de la supraglotis infrahioideas o ambas, con fijación de la hemilaringe. Se practica una traqueostomía en el segundo anillo traqueal.
- Las incisiones se realizarán en continuidad con las de la disección radical de cuello, si fuese necesario realizar esta última. De no ser así, se realizará una incisión en el cuello de forma semilunar desde la proyección de ambos ángulos de la mandíbula.
- Se despeja la musculatura infrahioidea del cuerpo del hioides, seccionando la membrana tirohioidea y el segmento de la epiglotis con la cual se conservará el segmento suprahioideo de ésta.
- Visualizándose la endolaringe, se secciona la membrana cricortiroidea, con lo cual se tienen los límites superior e inferior.
- Sección del músculo constrictor inferior de la faringe por el borde posterior del cartílago tiroides. Se concluye la resección de la pieza quirúrgica, conservando al menos un aritenoides.
- La glándula tiroides ha quedado unida a la tráquea.
- Se tira del cartílago cricoides, el cual asciende para suturarlo al hioides y a la musculatura suprahioidea.
- Se comenzará la reconstrucción por la parte posterior, es decir, la correspondiente a los repliegues aritenoepiglóticos.
- Sutura de la piel con colocación del drenaje por aspiración negativa, tipo Surgivac o Hemovac.

Elementos de importancia en el momento de realizar la cirugía.

Diversos autores enumeraron los principios siguientes como normas a seguir para lograr eficacia terapéutica funcional y oncológica. (3, 8, 9,12)

- a. El espacio preepiglótico debe researse completamente. La incisión de los músculos que se insertan en el borde inferior del hioides facilitan la remoción de esta estructura. Debe preservarse la rama interna del nervio laríngeo superior.
- b. Cuando la epiglotis se encuentra infiltrada en su tercio inferior es posible y útil preservar la porción suprahioidea porque ello facilitará la recuperación de la función deglutoria.
- c. Los músculos constrictores inferiores de la faringe y el pericondrio externo del cartílago tiroides debe seccionarse a lo largo del borde de la lámina del este cartílago para evitar manipulaciones traumáticas.

- d. Debe prestarse especial atención cuando se disecciona o se secciona el cuerno inferior del tiroides para evitar daños al nervio recurrente laríngeo debido a excesiva tracción.
- e. Debe tenerse mucho cuidado durante la sección del proceso vocal o parte del aritenoides que no está afectado para evitar lesiones de la articulación cricoaritenoides, para lo que es preferible emplear bisturí en lugar de tijera.
- f. La sutura del colgajo de mucosa sobre la superficie del aritenoides no parece de utilidad y, por el contrario, da origen a edema posoperatorio que, en caso de RT, puede mantenerse por tiempo prolongado.
- g. La pexia se realiza con **3** pares suturas diferentes alrededor del cartílago tiroides y el hueso hioides. Debe incluirse la epiglotis residual y de 3 cm. de la base de la lengua. La pexia lateral debe efectuarse con el máximo de tejido para evitar la inclusión del nervio hipogloso y la arteria lingual.
- h. La traqueostomía subistímica se realiza con resección del espacio intercartilaginoso o con resección parcial de un solo anillo traqueal, sin crear una ventana y sin sutura a piel.
- i. Durante el VAC se debe preservar el asa del hipogloso y las ramas anastomóticas del plexo cervical para permitir la recuperación de la función deglutoria.

Indicaciones y Contraindicaciones.

Las siguientes fueron **Indicaciones** para realizar la **Cricohioidopiglotomía (CHEP)**:

- a. T1b con compromiso de ambas cuerdas vocales verdaderas y sospecha radiológica de invasión del cartílago tiroides desde la comisura anterior;
- b. T2 glótico propagado al ventrículo, la cuerda vocal falsa, la base de la epiglotis y la superficie anterior del aritenoides con compromiso de la motilidad cordal;
- c. Casos seleccionados de carcinoma glótico T3, sin gran invasión posterior del espacio paraglótico;
- d. Casos seleccionados de tumores T4 transglóticos con invasión parcial anterior del cartílago tiroides.

Para realizar la **Cricohioidopexia (CHP)**, las **Indicaciones** fueron las siguientes:

- a. Tumores supraglóticos T2 con compromiso cordal o ventricular, con trastornos de la motilidad cordal o sin ellos;
- b. Carcinoma transglótico o glotosupraglótico con invasión limitada del espacio preglótico;
- c. Casos seleccionados de carcinomas transglóticos o glotosupraglóticos con invasión parcial de la parte anterior del cartílago tiroides.

Las siguientes fueron **Contraindicaciones** para realizar CHEP y CHP:

- a. Compromiso de la comisura posterior;

- b. Amplia invasión posterior del espacio paraglótico;
- c. Fijación de aritenoides (la fijación cordal sin compromiso de la motilidad de los aritenoides no fue considerada contraindicación).
- d. Compromiso de la lámina cricohioidea.
- e. Propagación subglótica mayor de 10 mm hacia delante y 5 mm hacia atrás y a los lados del borde libre de la cuerda vocal;
- f. Diseminación extralaríngea lateral y posterior;
- g. Metástasis ganglionares mayores de 3 cm.
- h. Bajo *performance status*;
- i. Pacientes que no cooperan (trastornos psicológicos o psiquiátricos que pudieran hacer peligrar los resultados de la operación)
- j. Edad mayor de 80 años

Impacto Social.

El logro de este trabajo es haber logrado evitar al menos en un periodo de dos años una Laringectomía Total a 6 pacientes que con los resultados de la **Laringectomía Supracricoidea con Cricohiodoepiglotopexia** han logrado una reincorporación social familiar y laboral evitando las consecuencias de la voz esofágica, la respiración por traqueostomía de manera permanente.

Los pacientes, familiares cercanos, amigos, compañeros de trabajo, son los que mejor evaluarían este aspecto con mayor claridad al comprobar las ventajas de la recuperación de las funciones fisiológicas después de la cirugía.

Si en años atrás lo importante era dejar libre de lesión tumoral aún con lesiones mutilantes que entorpecían la calidad de vida en todos los sentidos, en la actualidad el valor de reincorporación social es inestimable.

Los resultados obtenidos con esta técnica al ser comparado con la Laringectomía Total demuestran rangos de Curabilidad similares en cuanto a supervivencia y control de la enfermedad en los pacientes, sin las secuelas del traqueostoma permanente la facilidad de recuperación de la respiración nasal, una deglución fisiológica y la posibilidad de fonación que permitirá la comunicación adecuada de manera natural sin el uso de la voz esofágica, dispositivos fonatorios (como en la fístula fonatoria), ni los aditamentos electrónicos utilizados después de una Laringectomía Total.

Impacto Económico.

El impacto económico es importante aunque no fue evaluado en este reporte, consideramos que por el corto tiempo y por el reducido número de casos este análisis se deba hacer en trabajos ulteriores.

Baste decir que reduce la estadía hospitalaria a 10 días como promedio, la presencia de sonda naso-esofágica para la alimentación y el cierre de traqueostomía entre 8 y 10 días justificarían un detallado informe económico pero entendemos que el resultado desde el punto de vista social (debido a las características de la enfermedad, la cual debe tener un carácter preventivo más que curativo), el grado de satisfacción de pacientes y familiares es

superior al valor económico de la técnica, la cual se puede afrontar con los recursos disponibles.

La recuperación al ámbito social y laboral de los casos intervenidos, la seguridad en los resultados que brinda la técnica tanto para los pacientes como los resultados médicos hace que sea el tratamiento de elección en los casos con fallo o recidiva después de la utilización del tratamiento radiante, así como de lesiones tumorales muy específicas localizadas en la región glótico supraglótica.

Resultados y Discusión

Los datos con relación a las variables demográficas se muestran en la **Tabla No.1**

Tabla No.1

Casos	Edad	Sexo	Color de la piel
1	63	M	Negra
2	60	M	Blanca
3	57	M	Negra
4	71	F	Blanca
5	70	M	Mestiza
6	67	M	Blanca
7	66	M	Blanca

En esta etapa apreciamos coincidiendo con la literatura internacional como en nuestra muestra los pacientes se encontraban entre la 5ta y 7ma década de la vida edad donde es más frecuente la aparición de los carcinomas de laringe. El promedio de edad de nuestros casos fue de 64 años con un rango entre 57 y 71 años.

Debe destacarse que en la medida que avanza la edad es más difícil la realización de la Laringectomía Supracricoidea con Cricohioidoepiglotopexia siendo una contraindicación relativa la edad por encima de 80 años. Esto se debe a que el postoperatorio de esta intervención es más exigente que el de una Laringectomía Total y que existen peligros de broncoaspiración, infección respiratoria entre otras complicaciones más frecuentes en pacientes de edad avanzada (7,9,12).

Respecto al sexo hay un predominio en nuestros casos por el sexo masculino siendo el 85 % de los casos intervenidos (6 pacientes) y correspondiéndose con reportes nacionales e internacionales (9, 10,11).El aumento de los tumores de la laringe es creciente y se asocia también con los hábitos de consumo de bebidas alcohólicas y el tabaquismo (13,14).

La composición étnica de nuestra población coincide con la de nuestros casos donde no hay un predominio de ningún color de la piel, esta variable no es de gran importancia epidemiológica en el cáncer laríngeo.

La Tabla No.2 muestra la evolución posquirúrgica de los casos y las variables: Días de permanencia de la sonda de alimentación, fecha de retirada de la traqueostomía, los días de hospitalización y la rehabilitación foniatría. Además el número de aritenoides que quedaron después de la intervención.

Tabla No.2

Casos	Sonda de Alimentación (Días)	Retirada la traqueostomía (Días)	Hospitalización (Días)	Rehabilitación fonatoria	Aritenoides preservados
1	7	15	17	Si	2
2	12	20	21	Si	1
3	8	13	13	Si	2
4	7	12	13	Si	2
5	10	No decanulado	12	Si, con la oclusión de la cánula	1
6	12	10	14	Si	1
7	10	15	17	Si	1

En la **Tabla No.2** apreciamos que el rango de días con sonda nasogástrica está entre 7 y 12 días con un promedio de 9.6 días entre los casos operados. Esta cifra es considerada muy buena si tenemos en cuenta los reportes de 25 días con rango entre 14 y 60 de Luna-Ortiz y cols. (3). En nuestra experiencia la deglución depende del tiempo de recuperación de la movilidad del o de los aritenoides, así como de la movilización temprana de la articulación cricoaritenoides remanentes. El uso de esteroides en las primeras 72 horas como factor antiinflamatorio ha permitido estos dos aspectos, además que favorece la retirada de la sonda disminuyendo el trauma y el edema sobre los aritenoides remanentes.

El promedio de días con traqueostomía fue de 14 días evaluado solo en 5 casos ya que uno de los pacientes producto de una estenosis o estrechez de la neoglótis mantiene una regurgitación crónica que ha hecho que no se haya decanulado aun después de un años de operado en este caso fue posible retirarle la sonda naso- esofágica en tiempo pero no así con la traqueostomía , además se comporta como una Near Total y una laringe preservada de manera quirúrgica ya que el paciente es capaz de comunicarse ocluyendo la cánula. Se mantiene vigilancia estrecha sobre la función respiratoria teniendo en cuenta la

posibilidad de infección respiratoria baja, el paciente mantiene buena deglución.

El promedio de días hospitalizado es de 15 días ya que una vez retirada la sonda y decanulado se egresan con seguimiento ambulatorio en consulta el rango de hospitalización estuvo entre 12 y 21 días cifras similares a las reportadas internacionalmente (7,9,10,12).

El número de aritenoides preservados esta en dependencia del tamaño de la lesión y su ubicación, se ha comprobado que en los casos donde se preservan los dos aritenoides la retirada de la sonda y la función fonatoria y deglutoria se conservan mejor (3). En nuestra muestra el número de aritenoides preservado fue: 3 con un solo aritenoides y 3 con 2 para un 50%.

Todos los pacientes fueron intervenidos de acuerdo con la técnica introducida y publicada por Díaz, José Ramón y cols.(2). En el proceder quirúrgico a todos se le realizó Cricohoidoepiglotopexia (CHEP), conservándose la porción superior de la epiglotis, ninguno fue tributario de una Cricohiodopexia (CHP).

A pesar del desarrollo tecnológico alcanzado con Técnicas Quirúrgicas y su Reconstrucción, Radioterapia potente y sofisticada, Quimioterapia amplia que permite las técnicas de preservación laríngea, pocos progresos se han tenido en la calidad de vida en los últimos 5 años en términos de Calidad de Vida (15)

De acuerdo al carácter gratuito y preventivo de nuestra medicina tenemos que hacer cada vez más énfasis en la prevención y eliminación de los factores de riesgos asociados con el cáncer, evitar la Comorbilidad (Asociación con enfermedades crónicas no controladas) que empeora, dificulta y hace difícil el tratamiento de los pacientes con cáncer (16)

Consideramos que la técnica es satisfactoria y es apoyada por el reporte de diferentes autores (1-10,12). Sería un buen tema a seguir desarrollando ya que es una técnica utilizada con más frecuencia en Europa donde el 60 % de los tumores se localizan en la región supraglótica (4-7) a diferencia de nuestro medio donde la localización glótica es la más frecuente en el 60% de los casos diagnosticados (2,11).

Una de las características para el buen resultado de la técnica es que no puede ser una lesión extensa que rebase los límites anatómicos permisibles para realizar la operación, utilizándose en los fallos de radioterapia y en las recidivas locales post radiante en pacientes con lesiones T1, T2 y lesiones T3 que no tengan afectación de la comisura posterior, el espacio paraglótico, ni invasión profunda a la subglotis(3,8,10).

Por lo que la prontitud en el diagnóstico permite mejores resultados, elemento que debemos ganar en la educación de nuestra población. Además es de suma importancia la selección adecuada de los casos y un correcto estadiamiento (2).

Conclusiones

- La Laringectomía Supracricoidea con Cricohioidoepiglotopexia (CHEP) es una técnica con excelentes resultados funcionales y oncológicos que permite una mejor calidad de vida en los pacientes intervenidos.
- Evita la realización de una cirugía radical en los casos seleccionados permitiendo una respiración, deglución y fonación de tipo fisiológica. Puede ser utilizada como técnica de rescate en las recidivas de otras operaciones funcionales y en los fallos y recidivas post radioterapia.
- Los promedios de decanulación, retirada de la sonda y días de hospitalización son buenos y en correspondencia con los resultados nacionales e internacionales.
- No se presentaron complicaciones graves que comprometieran la vida de los pacientes y desde el punto de vista quirúrgico se mantuvo un paciente con una neoglotis pequeña que mantiene aspiración crónica sin permitir la decanulación del paciente.
- La evolución fue totalmente buena en 6 de los casos operados y satisfactoria en 1 que no se ha podido decanular a pesar de que mantiene buena función deglutoria y la fonación con la oclusión de la cánula.
- La Laringectomía Supracricoidea con Cricohioidoepiglotopexia (CHEP) forma parte de las opciones quirúrgicas en el Servicio de Otorrinolaringología en el Hospital Hermanos Ameijeiras.

Recomendaciones

- Realizar un estudio detallado de las variables que permitan comparar la técnica con otros procedimientos quirúrgicos de los casos intervenidos.
- Extender nuestra experiencia en congresos, talleres, encuentros de Foniatría, Oncología, y Otorrinolaringología.
- Evaluar elementos que nos permitan brindar un valor económico de la técnica a pesar de su amplio aporte social.

Bibliografía

- 1.- Márquez Moyano JA, Sánchez Gutiérrez R, Roldán Noguerras J, Ostos Aumente P, López Villarejo P. **Calidad de Vida en pacientes tratados mediante** Laringectomía Parcial Supracricoidea con Cricohioidoepiglotopexia (CHEP). Acta Otorrinolaringol Esp 2004; 55: 409-414
- 2.- Díaz Martínez J. R, Azcue Bilbao M, Cuevas Pérez I. Laringectomía Subtotal glótico-supraglótica. Rev Cubana Oncol 1997; 13(2):59-63
- 3.- Luna-Ortiz Kuauhyama, Granados García Martín, Veivers David, Pasche Philippe, Tamez Velarde Mario, Herrera Gómez Ángel,

- Barrera Franco José Luis. **Laringectomía supracricoidea con Cricohioidoepiglottopexia (CHEP). Reporte Preliminar del Instituto de Cancerología.** Rev Invest Clin 2002; 54(6): 515-520.
- 4.- Majer EH, Rieder W. **Technique de laryngectomie permettant de conserver la perméabilité respiratoire (La crico-hyoido-pexie)** Annales d'oto-laryngologie. Tome 76 No. 7-8, Juillet-Aout, 1959.
- 5.- Derby C, Fraysse L, Conraux C. **Chirurgie partielle du larynx : Resultats et analyse des échecs. A propos d'une série de 36 cas sur 3 años.** Journal Francais d'Oto-Rhino-Laryngologie 1990 : I: 15 .
6. - Labaley J, Bismuth R. **Laryngectomy totale avec reconstruction.** Ann-Otolaryngol 1971; 74: 219-28
- 7.- Piquet JJ, Dessaulty A, Decroix G. **Crico-hyoido-epiglottopexie: Technique opération et résultats fonctionnels.** Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1974 ; 91 :681-90
- 8.- Lacourreye H, Lacourreye O, Weinstein G, Menard M, Brasnu D. **Supracricoid laryngectomy with cricohyoidopexy: a partial laryngeal procedure for selected supraglottic and transglottic carcinomas.** Laryngoscope: 1990; 100(7):735-41.
- 9.- Lacourreye O, Brasnu D, Merite-Drancy A, Cauchois R, Chabardes E, et al. **Cricohyoidopexy in Select Infrahyoid Epiglottic Carcinomas Presenting With Pathological Preepiglottic Space Invasion.** Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1993; 119:881-886.
- 10.-Chevalier D, Piquet JJ. **Subtotal Laryngectomy With Cricohyoidopexy for Supraglottic Carcinoma.** Review of 61 Cases. Am J Surg 1994; 168: 472-473.
- 11.- Ferbeyre Binelfa L, Correa Pablos T, Cruz González P, Hidalgo González A Cuevas Véliz. **T2 glótico: Controversias.** Rev Cubana Med 2002; 41(2):111-17
- 12.- Laudadio P, Presutti L, Dall' Olio D et.al : **Supracricoid Laryngectomies: Long-Term Oncological and Functional Results.** Acta Oto-Laryngologica 126(6):640-649, 2006
- 13.-**National Comprehensive Cancer Network (NCCN).Clinical Practice Guidelines in Oncology .Head and Neck Cancers. V I 2007.**
- 14.- Sonia A. Duffy, David L. Ronis, Marcia Valenstein, Jeffrey E. Terrell, Karen E. Fowler et.al. **Depressive Symptoms, Smoking, Drinking, and Quality of Life Among Head and Neck Cancer Patients** .Psychosomatics 48:142-148, April 2007doi: 10.1176/appi.psy.48.2.142 .2007
- 15.- de Graeff A, de Leeuw JR, Ros WJ, et al: **Pretreatment factors predicting quality of life after treatment for head and neck cancer.** Head Neck 2000; 22:398-407
- 16.- Piccirillo JF: **Importance of comorbidity in head and neck cancer.** Laryngoscope 110:593-602, 2000
- 17.- David L. Ronis, Sonia A. Duffy, Karen E. Fowler, Mumtaz J. Khan, Jeffrey E. Terrell, MD **Changes in Quality of Life Over 1 Year in Patients With Head and Neck Cancer.** Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2008;134(3):241-248.
- 18.- Troy D. Woodard, Agnes Oplatek, Guy J. Petruzzelli. **Life After Total Laryngectomy .A Measure of Long-term Survival, Function, and Quality of Life.** Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2007;133(6):526-532.
- 19.- Andrea E. Buckwalter, BS; Lucy Hynds Karnell, PhD; Russell B. Smith, MD; Alan J. Christensen, PhD; Gerry F. Funk, MD. **Patient-Reported Factors**

Associated With Discontinuing Employment Following Head and Neck Cancer Treatment *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007;133(5):464-470.

20.- Terrell JE, Fisher SG, Wolf GT: **Long-term quality of life after treatment of laryngeal cancer: The Veterans Affairs Laryngeal Cancer Study Group.** *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 124:964-971, 1998

21.- Terrell JE, Ronis DL, Fowler KE, et al: **Clinical predictors of quality of life in patients with head and neck cancer.** *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 130:401-408, 2004

Anexo 1

Consentimiento Informado para la Realización de la Laringectomía Supracricoidea con Cricioidoepiglottopexia (CHEP).

El Dr. (a) _____ médico cirujano que labora en el Servicio ORL del Hospital Clínico Quirúrgico Docente Hermanos Ameijeiras considera que ha informado detalladamente al paciente _____ sobre la **Laringectomía Supracricoidea con Cricioidoepiglottopexia (CHEP)**, intervención a realizar acorde con el diagnóstico previamente confirmado de:

Se asegura haber informado al paciente de todos los pormenores y así como las posibles complicaciones que se pueden derivar de dicha intervención, tanto en el curso de la misma, como en el período post operatorio.

Se le informa que su tratamiento formará parte de una investigación, que sus resultados son estrictamente confidenciales y que el puede negarse a la participación en el mismo, sin que esto afecte la atención medica a recibir en nuestro servicio, además que se cumplirán todas las normas éticas con relación a resultados, pruebas e investigaciones las cuales se le informaran y se realizaran solo después de aceptado su consentimiento

La operación se llevara a cabo de manera electiva el día ____ del mes _____ del 20__.

Para que así conste el proceder quedara autorizado por la firma del paciente y el médico.

Nombre del paciente: _____

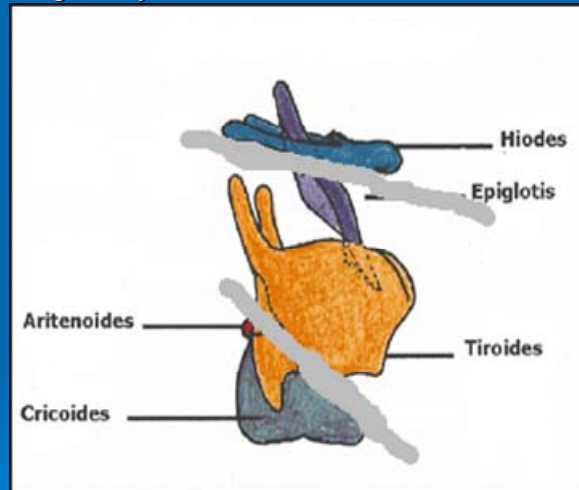
Firma del paciente: _____

Nombre del Médico: _____

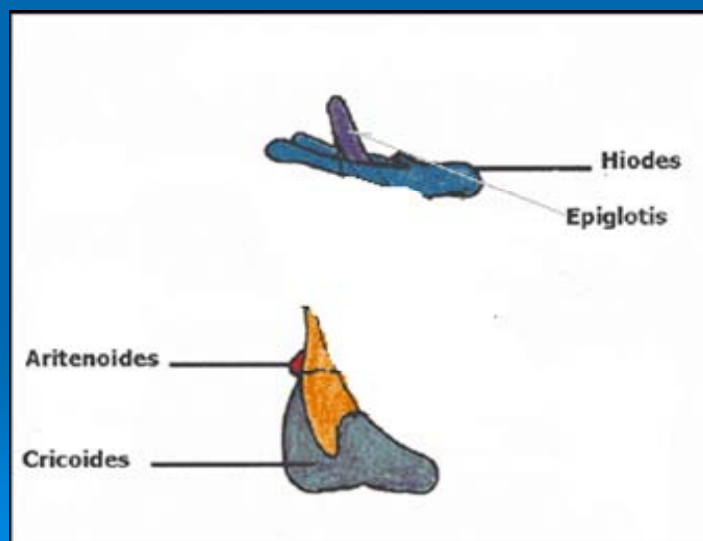
Firma del Médico: _____

Dado el ____ de _____ del 20__.

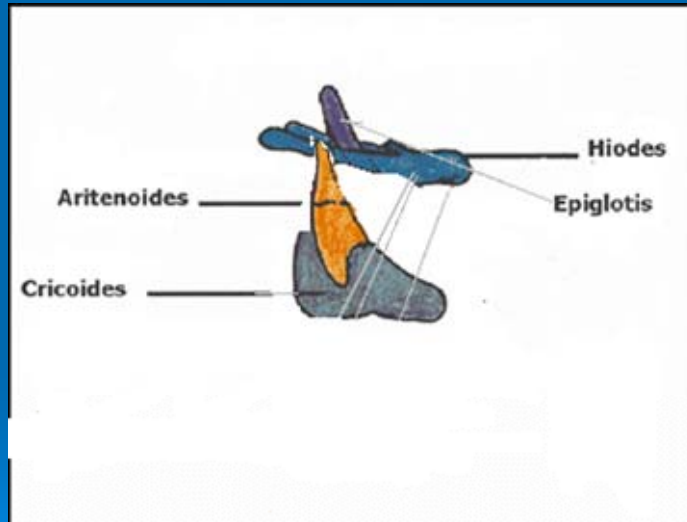
Líneas de Sección y disposición de cartílagos laríngeos y el hioides. Vista lateral



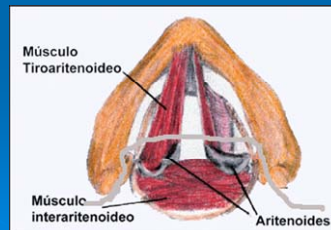
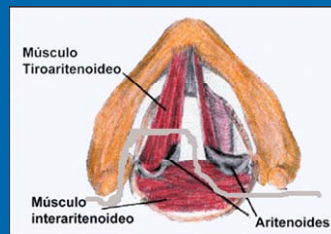
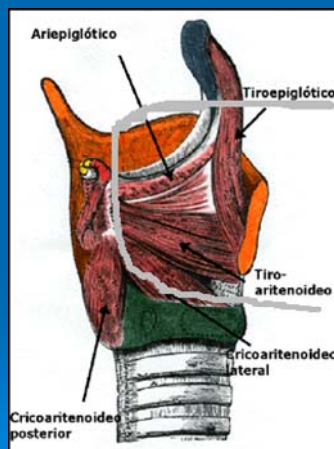
Exeresis del cartilago laríngeo. Cartílagos laríngeos remanentes y el hioides. Vista lateral



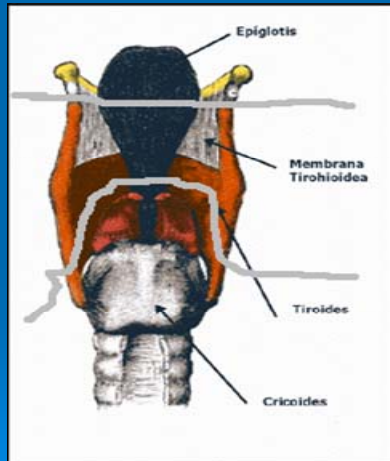
Reconstrucción con Cricohiodoepiglotopexia . Vista lateral



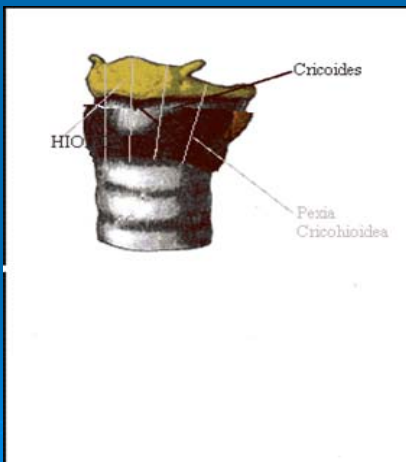
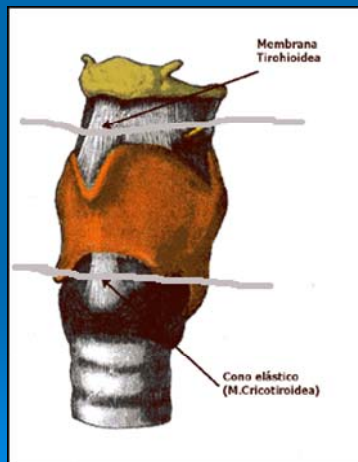
Vista Lateral y Superior



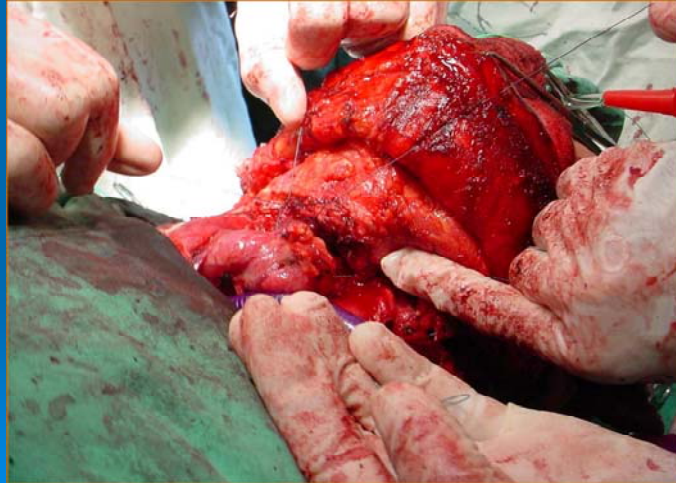
Líneas de sección y Pexia . Vista posterior



Líneas de sección y Pexia . Vista anterior



Completamiento de la Cricohiodopexia, después de la colocación de la Sonda Nasoesofágica para la alimentación



Comentarios acerca del Trabajo.

Aval emitido por: Profesor Luís Álvarez Lami

Cargo o Profesión: Especialista de Segundo Grado en Logopedia y Foniatría. Jefe del Grupo Nacional de Logopedia y Foniatría. J' del Servicio de Foniatría. Institución: H. C. Q. Hermanos Ameijeiras.

Criterios: En los últimos años los foniatras hemos insistido mucho sobre la posibilidad de conservación de estructuras vocales que no estén directamente involucradas en la lesión maligna del aparato verbo vocal con el fin de afectar lo menos posible la posibilidad de comunicación del paciente, o por lo menos facilitar la rehabilitación vocal cuando queda afectada la voz por una cirugía laríngea. Bajo estas perspectivas hemos leído con mucho interés el trabajo y hemos constatado con satisfacción que esta técnica propuesta, no generalizada en nuestro país, cumple con todos los atributos de una cirugía funcional conservadora de aritenoides sano, de parte de la epiglotis, de la articulación cricoaritenoides y sobre todo, de la inervación recurrente, mantiene indemne la función respiratoria y deglutoria y afecta de forma mínima la función fonatoria.

El trabajo destaca los aspectos técnicos de esta cirugía con vistas a su generalización en otros centros, y demuestra la mejoría en calidad de vida de los pacientes tratados con esta técnica con relación a los que sufren laringectomía total, lo que le confiere un impacto social importante. Se infiere de todo esto, el grado de satisfacción que aporta a pacientes y familiares, la disminución de estadía hospitalaria, el acortamiento del tiempo rehabilitatorio y la incorporación laboral temprana del paciente, todo lo cual le da al procedimiento una repercusión económica favorable.

Dra. Melba Márquez Fernández Presidenta del Tribunal Forum Junio 2008

Criterios:

La Laringectomía Supracricoidea con Cricohioidoepiglottopexia (CHEP) es una técnica con excelentes resultados funcionales y oncológicos que permite una mejor calidad de vida en los pacientes intervenidos, la Conservación de la Laringe con el mantenimiento de las funciones de respiración, fonación y deglución de manera fisiológica sin la presencia de una traqueostomía permanente y con rangos de supervivencia y curabilidad adecuados.

Al evitar la realización de una cirugía radical y utilizarse como técnica de rescate en las recidivas de otras operaciones funcionales, en los fallos y recidivas post radioterapia sin la necesidad de una cirugía radical la hace una técnica de gran valor no solo en los casos vírgenes de tratamiento sino en los pacientes ya tratados.

Su valor social es inestimable y se le añade la no existencia de fístulas faríngeas y una reducción de la sepsis hospitalaria con una disminución de la estadía hospitalaria.

Consideramos que la presentación tiene la calidad requerida y la defensa fue buena lo que motivó a entregarle el Premio Relevante y la posibilidad de competir en un nivel superior.

Dr. Antonio Paz Cordoves J´de Servicio de ORL del Hospital Hermanos Ameijeiras, Prof. Auxiliar, Vicepresidente de la Sociedad Panamericana de ORL Cargo o Profesión: J´de Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Hermanos Ameijeiras, Prof. Auxiliar, Vicepresidente de la sociedad Panamericana de ORL Institución: Hospital Hermanos Ameijeiras

Criterios:

- Consideramos que el trabajo presentado sobre la Cirugía funcional en el carcinoma laríngeo es de gran importancia y una opción para los casos que permiten la realización de esta cirugía.
- La reducción de la estadía hospitalaria con un mínimo de complicaciones (No fístula faríngea) el bienestar social de pacientes y familiares y parámetros de calidad en cuanto a la supervivencia y control local apoyan los resultados de esta técnica.
- En cuanto al valor social está ampliamente justificando al retirarse la traqueostomía una vez concluida la recuperación recobrándose fisiológicamente la respiración, la deglución y la fonación, elementos que permitan una total reincorporación a la vida social y laboral de los pacientes.
- Es una técnica que ahorra material con respecto a las cirugías radicales y se puede realizar en cualquier centro de país con personal entrenado y con los recursos disponibles.

Avalamos el trabajo por ser una técnica novedosa, pero con resultados seguros para la vida del paciente y que aporta varios elementos favorables en la calidad de vida de los pacientes intervenidos.

Aval emitido por: Dr. Joaquín González González.

Cargo o Profesión: Oncólogo del Servicio del H.H.A, Miembro del Grupo Multidisciplinario de Tratamiento de Tumores de Cabeza y Cuello H.H.A

Institución: Hospital Hermanos Ameijeiras.

Criterios: El trabajo presentado en el Forum por el colectivo de Otorrinolaringólogos aborda el tratamiento quirúrgico “conservador” de los tumores laríngeos para lograr su Generalización.

Se obtienen:

- Resultados Satisfactorios en cuanto a control de la enfermedad (siguiendo las indicaciones que se recomiendan).
- Se preservan las funciones de respiración, deglución y fonación que mejora la calidad de vida de estos pacientes y humaniza las acciones médicas-quirúrgicas sobre ellos.
- Instruye con Recomendaciones de Indicaciones, Contraindicaciones y esquemas sobre el proceso quirúrgico.
- Es un intento valido para apoyar la generalización de este proceder.

