

Evolución de la estenosis laríngea secundaria a tratamiento oncológico resuelta con Láser CO₂

ABAD ROYO, J. M.
PÉREZ SÁNCHEZ, A.

Servicio de ORL del Hospital Militar de Zaragoza

Resumen

Presentamos imágenes de la evolución a medio plazo tras vaporización con láser CO₂ en pacientes con estenosis laríngea secundaria a tratamiento quirúrgico y radioterápico por cáncer. Nuestro objetivo es ilustrar las dificultades que plantea la decanulación definitiva de los mismos.

Palabras clave: Estenosis laríngea. Cáncer de laringe. Láser CO₂.

Summary

We report several images showing the middle term evolution of therapy with CO₂ laser vaporization in patients with laryngeal stenosis secondary to surgical treatment and radiotherapy for cancer. Our aim is to show the difficulties posed for their definitive withdrawal of the tracheotomy tube.

Key words: Laryngeal stenosis. Laryngeal cancer. CO₂ laser.

Introducción

La estenosis laríngea secundaria a tratamiento oncológico, ya sea quirúrgico, radioterápico o fundamentalmente mixto, puede suponer la imposibilidad o dificultad de decanular al paciente. Desde el punto de vista médico se interpreta habitualmente como un tributo lógico ante una enfermedad que compromete la supervivencia del paciente.

En cuanto a la incidencia, todas las series de resultados de cirugía funcional oncológica laríngea ofrecen porcentajes de pacientes no decanulados. La cirugía funcional de laringe seguida de radioterapia es la causa más común de estenosis laringotraqueal (1,2,3).

En otros casos dicha estenosis no es una complicación, sino el mejor resultado posible para permitir conservar la fonación, por ejemplo, ante una lesión que requiere una laringectomía casi total (4). A veces puede ser la finalidad deseada, como es el caso de la prótesis fonatoria tan preconizada por el profesor Algaba (5,6).

No obstante, una vez que el paciente aumenta sus expectativas vitales, nos exige el cierre de su traqueostoma con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

La aparición del láser CO₂ creó la falsa expectativa de poder solucionar todos los casos en los que aparecía esta complicación (8). Revisando los trabajos publicados al respecto, apreciamos un optimismo general matizado por datos que nos hacen pensar en ciertas reservas (2). Por un lado, la necesidad de repetir varias sesiones, por otro el tiempo de seguimiento demasiado corto y por fin los fracasos admitidos (9,10). Nosotros aportamos aquí aspectos prácticos de nuestra experiencia, poco comentados en las series estadísticas, pero que nos acercan a la verdadera realidad del problema.

Indicaciones

El paciente ideal para este tratamiento requiere tres condiciones (Figura 1):
El riesgo de recidiva debe ser bajo. Bien es cierto, que

en nuestra experiencia el intentar solucionar una estenosis laríngea mediante láser CO₂, nos ha puesto en evidencia alguna recidiva submucosa, no prevista inicialmente, a pesar de disponer de estudios previos, como TAC y biopsias negativas.

El paciente precisa la cánula de traqueotomía para mantener una actividad diaria normal. Si es capaz de mantener ésta tapada durante algún tiempo, aumentan las posibilidades de éxito. Pensamos que la movilidad laríngea residual es muy importante a la hora de plantear el gesto quirúrgico y las posibilidades que tenemos de decanularlo.

El paciente debe conocer y admitir la dificultad del procedimiento, sus posibles inconvenientes y riesgos: varias intervenciones, paciencia para elegir el momento del cierre de la traqueotomía, revisiones frecuentes y en definitiva, posibilidad de fracaso.

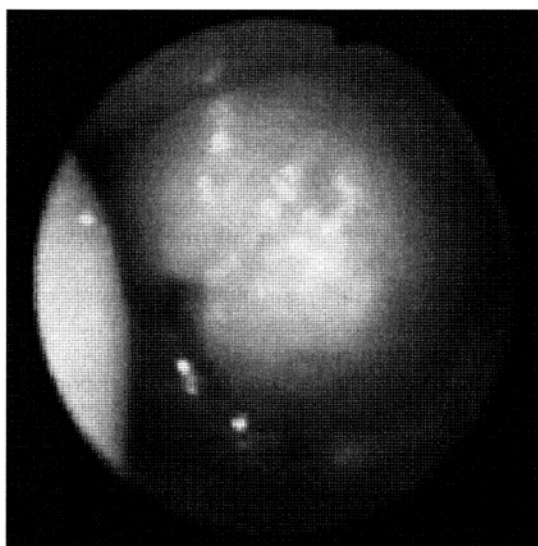


figura 1. Imagen fibroscópica de un paciente al que se le realizó laringectomía supraglótica y radioterapia posterior. En ella se aprecia un edema de ambos aritenoides tan intenso que oculta totalmente la luz glótica.

Condiciones Previas

Conocemos las peculiaridades de la estenosis laríngea respecto a otras estenosis más bajas. Si todas las estenosis del árbol respiratorio son complejas en su tratamiento, las laríngeas añaden a esta dificultad el hecho de ser un órgano de funcionalidad exquisita, con alta sensibilidad para evitar con su fuerte cierre, las aspiraciones pulmonares; proporcionar con su cierre y posterior rápida apertura la presión necesaria para lograr una tos efectiva, y por fin, tal vez en último plano, aunque nosotros le demos gran importancia, conseguir una fonación socialmente útil.

Tenemos que evaluar la movilidad laríngea. La inflamación y la fibrosis postquirúrgica o postradioterápica disminuyen dicha movilidad, pero la presencia de ésta nos puede sugerir una eventual mejoría tras la liberación con láser.

Plantear el gesto quirúrgico a realizar en función del objetivo terapéutico que pretendemos conseguir con la sesión de láser. La comisurotomía posterior y la exéresis de un aritenoides son las técnicas más realizadas (6,7). Eliminar tejidos, edemas, e incluso toda una cuerda, puede ser necesario.

Plantear varias sesiones, obteniendo objetivos concretos y comprobando la tolerancia del paciente nos parece una actitud lógica.

Técnica Quirúrgica

De todas las intervenciones con láser CO₂, ésta es la más sencilla y más gratificante en el mismo acto quirúrgico. Disponemos de una traqueotomía por donde ventilar al paciente, sin que el tubo del anestesiista nos estorbe en el campo quirúrgico. Este tubo no tiene por que ser específico de láser, puesto que podemos protegerlo mediante un tope de merocel embebido en suero fisiológico y adaptado al uso en la subglotis. El traqueostoma, a su vez, nos permite un sistema adicional de aspirado de humo que puede ser muy útil.

El tubo de Kleinsasser y el microscopio adaptado a láser con lente de 400 completan una microcirugía sencilla. La potencia que nosotros empleamos está entre 7 y 10 W (8).

El edema radioterápico se vaporiza ante nuestros ojos sin sangrado alguno. Los vasos de mayor calibre deben ser coagulados con bisturí eléctrico convencional. Todo ello se nos presenta como una técnica brillante y sencilla.

En estos momentos nos planteamos la pregunta clave: ¿el gesto quirúrgico es suficiente?. ¿Excesivo, tal vez?. O seguramente ¿insuficiente?.

En principio no empleamos sonda de alimentación

Evolución en el postoperatorio inmediato

Generalmente el acto quirúrgico ha de ser breve y por tanto el postoperatorio inmediato se tolera bien. Es de esperar un empeoramiento de la función fonatoria, acompañado de una mayor dificultad en la deglución fundamentalmente de líquidos. Es muy común

que la técnica de microcirugía nos haga creer que la vaporización ha sido excesiva, y la buena tolerancia inmediata nos hace sospechar que ha sido insuficiente.

Evolución en las primeras semanas

El paciente es dado de alta hospitalaria con la instrucción de controlar las ingestas, fundamentalmente a líquidos, obligando a toser intencionadamente después de la toma, para evitar aspiraciones. Por otro lado, le recomendamos que comience a taponar la cánula para valorar, la permeabilidad de la glotis. El láser produce una pequeña inflamación, por tanto no debemos esperar mucho más de lo conseguido inicialmente, aunque cuando ésta disminuya el paso del aire será mayor. Entre la primera y la segunda semana ha desaparecido la imagen de vaporización que hizo el láser y nos encontramos con la imagen laríngea más favorable (Figura2).



figura 2. Imagen del caso anterior a las dos semanas de la sesión de láser. Persiste edema de aritenoides izquierdo, pero la luz glótica parece suficiente.

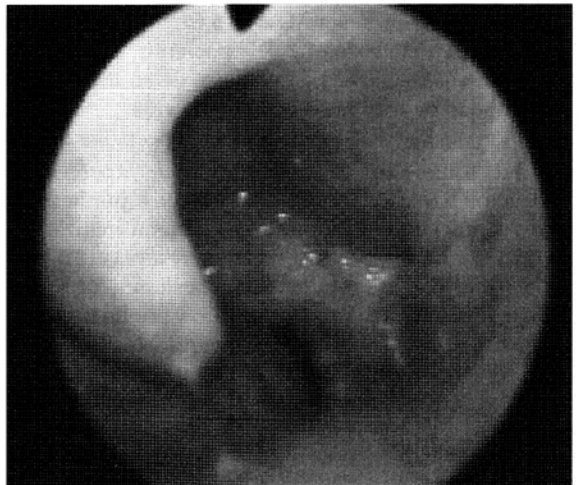


figura 3. Imagen con telelupa del mismo caso tres meses después. El paciente presentaba cierto grado de disnea, por inflamación y secreciones espesas en el curso de un cuadro catarral.

Hemos observado tendencia a la reestenosis de manera muy lenta, dejando en tela de juicio el momento en que debemos cerrar el traqueostoma.

En estos meses encontramos un nuevo aspecto, a parte del puramente mecánico, en la biología del árbol respiratorio. Es frecuente que aparezcan fenómenos inflamatorios secundarios a microaspiraciones, catarros, etc., que aumentan las secreciones y ponen en un compromiso mayor la luz glótica.

El paso continuo del aire inspirado y espirado por una luz estrecha favorece la sequedad de las mucosas aumentando la que produjo la radioterapia (Figura 3).

Actitud del paciente

Cuando el paciente pretende eliminar la tara de la cánula y está dispuesto a operarse tres, cuatro o más veces hasta conseguirlo, pasa por fase de euforia que contagian al médico. Si el paciente tolera el tapón de la cánula día y noche durante semanas, es difícil convencerle de que el proceso es largo y complejo, y que es conveniente esperar más tiempo.

Cierre de la Traqueotomía

El cierre de la traqueotomía supone el éxito para el paciente y el principio de las preocupaciones del médico. Normalmente este cierre no es espontáneo debido a la epitelización del canal del traqueostoma por el largo tiempo de evolución o por la desvitalización de los tejidos por la radioterapia. Por tanto, suele requerir un cierre quirúrgico con anestesia local.

Mientras disponíamos de la traqueotomía no íbamos a tener problemas, pero una vez cerrada, queda en nuestra conciencia la precariedad de vía aérea que hemos fabricado y la posibilidad de reapertura en extrema urgencia, no siempre fácil, ante un simple catarro. Además, la dificultad añadida de intubación anestésica, probablemente imposible sin reapertura de la traqueotomía, ante cualquier otra intervención necesaria por otros motivos.

Por todo ello, se trata de una decisión meditada. Debemos estar razonablemente seguros de no necesitar más sesiones de láser. Debemos advertir al paciente de dicha dificultad de intubación anestésica.

Discusión

Quemos llamar la atención en un problema concreto de pacientes tratados por cáncer laríngeo mediante cirugía funcional y radioterapia. Aunque estos pacientes se consideran relativamente afortunados, puesto que están superando el aspecto letal de la enfermedad y conservan la función fonatoria, nos hacemos eco de sus quejas, planteadas en las revisiones periódicas en su afán por vivir sin traqueostoma. Les planteamos el problema desde un punto de vista realista, puesto que si bien en muchas publicaciones sobre el tema (11,12,13) se dan porcentajes de decanulación probablemente optimistas, el asunto no se limita a un sí o no, sino a una situación que se va a prolongar a lo largo de toda la vida del paciente con diferentes alternativas y dificultades. En todo caso, la satisfacción de los casos favorables nos debe empujar a intentarlo siempre, si esta es la voluntad del enfermo.

Abad Royo J. M.
Nicolás Guillén, nº4. 1º E
Zaragoza 50015

Bibliografía

- 1.- Marco J, Segarra P, Cano B, Marco A, Monzo R, Puig I. Tratamiento con láser CO2 de la estenosis laríngea tras cirugía horizontal supraglótica. XV Congreso Nacional de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial. Cádiz 1993. p. 66.
- 2.- Guerrero Ríos JA, Brandariz Castelo JA, Ontañón Martín M, Álvarez Vicent JJ. El problema de las estenosis laringotraqueales: un análisis retrospectivo que incluye valoración estadística de los casos clínicos. XV Congreso Nacional de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial. Cádiz. 1993. P. 66.
- 3.- Martínez T, Gutiérrez M, Escamilla Y, Bodoque M, Scola B, Vega MF. Cirugía parcial vertical en el tratamiento del carcinoma glótico. Nuestra experiencia en treinta años. Acta Otorriolaring Esp 1996; 47(3): 227-231.
- 4.- Rabanal I, Gavilán J, Melcon E, Ruiz Fornells A. Laringuectomía "near total". Indicaciones y resultados. XV Congreso Nacional de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial. Cádiz. 1993. p. 68.
- 5.- Gavilán Bouzas J, Herranz J, Maños M, Galindo N. Laringuectomía "casi total". En: Cáncer de laringe. Ponencia oficial del XVI Congreso Nacional de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial. Prof. Álvarez Vicent y prof. Sacristán Alonso. Madrid. 1996; p. 283-297.
- 6.- Algaba J, Zulueta A, Camacho JJ, Gorostiaga F, Castillo I, Abrego M, Saga C, Salazar ME. Fístulas fonatorias. En: Cáncer de laringe. Ponencia oficial del XVI Congreso Nacional de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial. Prof. Álvarez Vicent y prof. Sacristán Alonso. Madrid. 1996; p. 251 ñ 282.
- 7.- Ortega del Alamo P, Gil Carcedo García LM, Ruiz Escudero C, García Polo Alguacil J. Estenosis laringotraqueales. Evaluación clínica, diagnóstico y tratamiento. En: Libro del Año. Otorrinolaringología. Saned editor. Madrid. 1998; p.197-231.
- 8.- Mark S, Courey MD, Robert H, Ossoff DMD. Láseres en cirugía laríngea de adultos. En: Clínicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica. Láseres en otorrinolaringología. Ed McGraw-Hill interamericana. México. 1996; 6: 971-983.
- 9.- Ossoff RH, Toohill RJ. Carbon dioxide laser management of laryngeal stenosis. Ann Otol Rhinol Laryngol 1985; 94: 565- 569.
- 10.- Coleman JA, Van Duyne JA, Ossoff RH. Laser treatment of lower airway stenosis. Otolaryngol Clin North Am 1995; 28: 771 - 783.
- 11.- García Tapia Urrutia R, Hernández Urbe J, Rivera Nuñez M. El láser en las estenosis laríngeas y traqueales. En: Ponencia Oficial. XXVII. Reunión anual de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial. Madrid. 1986; 129-140.
- 12.- Marco J, Otega P, Moya S. El láser en la cirugía oncológica de laringe. En: Libro del Año. Otorrinolaringología. Saned. Madrid. 1998; p.139-147.
- 13.- Davis RK, Hayes JK. Management of supraglottic cancer: selected endoscopic laser resection and postoperative irradiation. En: Rudert H, Werner (eds): Laser in Otorhinolaryngology, and in head and neck surgery. Adv Otorhinolaryngol Basilea. Karger. 1995: 49 231 - 236.