

Classificación del cancer laríngeo de acuerdo a su localización y extensión anatómo-clínica

FÉLIX E. LEBORGNE

MONTEVIDEO - URUGUAY

Introducción

La literatura sobre el cáncer laríngeo es muy vasta y ha sido acumulada en un período relativamente reciente. Afección conocida vagamente en la antigüedad, es recién en el año 1760 que Morgagni⁽¹⁹⁾ refiere en su carta anatómica No. 28 dos observaciones de Valsalva con descripciones autópsicas bien precisas, acompañadas de las historias clínicas correspondientes. Se trataba en realidad de casos de cáncer laríngeo-faríngeo.

En el año 1833 se publicaron dos observaciones de Urner⁽²³⁾ y una de Albers⁽¹⁾.

Trousseau, en 1834, practicó la traqueotomía en un caso que estudió en forma muy minuciosa acompañado de autopsia y cuya pieza fué examinada por Cruvelier. La reseña completa de este caso fué publicada por Trousseau y Belloc⁽²²⁾ en 1837.

En ese mismo año Loris⁽¹⁶⁾ publicó con detalle una observación que creía ser la primera registrada en la literatura médica.

Con la introducción del espejo larínscópico de García las observaciones se multiplicaron. E. Blanc⁽²⁾ publica una tesis en 1872 y Fauvel⁽⁶⁾ en 1876 relata con mucho detalle 37 observaciones.

El cáncer laríngeo dejó de ser una afección rara. Por aportes sucesivos en el terreno de la clínica, cirugía, anatomía patológica y radiología, se ha acumulado conocimiento y experiencia sobre el tema. En la evolución de esta rama de la medicina, se há seguido la evolución normal de todas las ciencias, de lo más abstracto a lo más concreto, no obstante, el conocimiento del problema es todavía limitado.

Para llegar al conocimiento de un fenómeno se requiere previamente la clasificación de los hechos ou observaciones; es también fundamental que esta clasificación se realice con un criterio uniforme e con un sistema de clasificación que sea aplicado en forma similar por todos los observadores. Si se llegara a un acuerdo internacional respecto a la nomenclatura y clasificación del cáncer laríngeo en el doble aspecto de loca-

lización topográfica y de los diversos grados de extensión anátomo-clínicas, se podrá obtener una serie grande de observaciones clínicamente comparables que permitirán apreciar la eficacia de los distintos métodos terapéuticos.

Se podrá establecer la incidencia relativa de cada localización así como la precocidad del diagnóstico, que en distintas regiones geográficas y por diversos motivos, grado de cultura, medios de comunicación y de diagnóstico, etc., comprende una proporción diferente.

No es necesario destacar la importancia de su significado del punto de vista científico y sanitario.

Establecer una clasificación correcta del cáncer laríngeo tiene sus dificultades; el intento de establecerla no constituye una idea nueva, pues como veremos a continuación data del principio de la era laringoscópica y cuando un número restringido de casos de cáncer laríngeo habían sido observado. Desde entonces hasta ahora poco se ha avanzado en materia de clasificación, en parte, porque muchas dificultades no han podido ser resueltas y en mayor grado, porque no existe uniformidad de criterio. Resulta evidente que es tiempo de proseguir activamente los trabajos para llegar a una clasificación conveniente, aunque no llegemos a la perfección, siempre quedará del intercambio de ideas y discusión, algún hecho positivo.

La primera dificultad estriba en definir topográficamente el cáncer de la

laríngeo. Hay regiones descritas por los anatomistas como pertenecientes a la laringe que no son exclusivas de ellas.

La región laríngea, pirámide triangular, hueca, a vértice inferior, tiene dos caras o paredes antero-laterales, a límites precisos sin relación con otros órganos. La base de la pirámide y cara posterior son comunes a la farínge.

Krishaber en 1868 ⁽¹⁰⁾ hizo la distinción de los cánceres implantados en la base y pared posterior, de los endocavitarios y admitió como cáncer de la laringe solamente al endo-laríngeo.

Fauvel ⁽⁶⁾ en 1876 sigue una clasificación bastante semejante y clasifica sus casos en: 1) cáncer primitivo de la laringe; 2) cáncer mixto, es decir que están a caballo sobre la laringe y la farínge; 3) cáncer secundario o de vecindad o consecutivo o esófago-laríngeo.

Isambert en 1876 ⁽⁹⁾ no encuentra razonable el criterio de Krishaber y no vé motivo para excluir de la laringe los cánceres desarrollados en el orificio de entrada y en la pared faríngea de la laringe, designándolos con el nombre de cánceres extrínsecos o laringo-faríngeos.

Es entonces que aparece por primera vez y aplicado por Isambert, el término de cáncer extrínseco con la nota aclaratoria siguiente: "empleamos aquí la palabra extrínseco en el mismo sentido de la expresión anatómica: músculos extrínsecos de la laringe. No son cánceres extraños a la laringe, pero cánceres

insertados sobre las paredes exteriores del órgano y pudiendo extenderse a los órganos vecinos.”

Isambert completa su clasificación en la siguiente forma: 1) cáncer extrínseco o laríngeo-faríngeo; 2) cáncer polipiforme intra-laríngeo; 3) cáncer intra-laríngeo esquirroso; 4) cáncer sub-glótico o traqueal.

Es un hecho curioso que la clasificación del cáncer laríngeo en extrínseco e intrínseco sea atribuida a Isambert en la literatura médica francesa y a Krishaber en la literatura inglesa y norteamericana.

Krishaber ⁽¹¹⁾ en 1879 publica un segundo trabajo sobre el cáncer laríngeo considerando la crítica de Isambert y como algunos cánceres laríngeo-faríngeos o de la entrada de la laringe dan síntomas respiratorios, y secundariamente, trastornos de la deglución y reclaman la misma intervención quirúrgica, Krishaber accede a que hay lugar a confundirlos con los cánceres primitivos de la laringe.

Sin embargo, la mayor parte de los autores contemporáneos, y es también nuestra opinión, aceptan la primera clasificación de Krishaber.

Más adelante dicho autor continúa con lo siguiente:

“A vrai dire, on ne reste qu’ en face de deux variétés, le cancer extrinsèque et le cancer intrinsèque; le premier s’implante et se développe dans la cavité même de l’organe, le second sur ses pa-

rois; à la première variété se rattache le cancer sous-glottique ou trachéal d’Isambert, forme rare dont j’ai observé un exemple. Les cancers de la seconde variété, ceux dits extrinsèques ou mixtes, qui siègent sur l’épiglotte, à l’orifice du larynx, sur la paroi aryénoïdienne son plus fréquents que les cancers intralaryngés, mais il importe de faire connaître par quels points ils rentrent bien dans notre étude, et par quelles différences ils se séparent des cancers occupant la cavité.”

Como puede verse, si la palabra *extrínseco* fué empleada por primera vez por Isambert, la palabra *intrínseco* fué empleada por primera vez por Krishaber. Además hay que reconocer que la primera idea de diferenciación entre los carcinomas de la mucosa laringea y faríngea pertenece a Krishaber. Todo esto ha dado motivo para que la clasificación y la terminología de extrínsecos e intrínsecos sea atribuida por diversos autores a Isambert o a Krishaber.

Esta clasificación, antigua de más de 70 años, ha sido aplicada y sigue siendo aplicada por muchos autores, pero en forma distinta, lo que es motivo de gran confusión.

Trotter ⁽²¹⁾ en 1913 reserva para el cáncer intrínseco solamente a los de la cuerda y sub-glottis. Hayes Martin ⁽¹⁷⁾ sigue bastante de cerca este criterio y son extrínsecos para este autor, los epitelomas originados por encima del borde libre de la banda ventricular, incluyendo a los marginales y retro-cri-

coideos, con exclusión de los de las paredes laterales y posteriores de la faringe y senos piriformes. Sin embargo como incluye a los epitelomas de la cara externa del ligamento ariteno-epiglótico, la diferenciación con el seno piriforme parece bastante difícil de establecer.

Con el aporte de muchas observaciones, los autores modernos han individualizado las localizaciones primitivas en las distintas estructuras de la endolaringe y las han clasificado como pertenecientes a la cara laríngea de la epiglotis, banda ventricular, ventrículo, cuerda, sub-glotis, etc., o simplemente refiriéndolos a la división anatómica en pisos de la endolaringe, supra-glotis, glotis, sub-glotis, clasificación que en general han seguido Alonso, Hautant, Coutard, Leroux-Robert, Baclesse, Lederman y el autor.

A continuación presentamos el proyecto de clasificación según la localización inicial, fundada en la primera clasificación de Krishaber y lo que nos ha parecido más conveniente de las observaciones de otros autores y las propias. Hemos creído necesario suprimir los términos de extrínsecos e intrínsecos que son motivo de confusión.

En segundo término desarrollamos el proyecto de clasificación en estadios según la extensión anátomo-clínica.

La idea primordial al establecer esta clasificación es establecer una clasificación básica que pueda más tarde ser completada o ampliada con sub-grupos

ya sea por la localización, por ejemplo: epiglotis, banda ventricular, ventrículo, segmento anterior o posterior de la cuerda, comisura anterior o posterior, etc., etc., ya sea por los distintos tipos macroscópicos encontrados en la clínica: exofíticos o papilares, infiltrantes, excavantes; y por la naturaleza histopatológica.

Todas estas características son del mayor interés, pero si fueran incluidas en la clasificación básica tendrían el gran inconveniente de constituir una clasificación muy compleja, muchas veces difícil de determinar con exactitud y en las cuales las múltiples sub-divisiones incluirían pocos casos, lo que le quitaría significado del punto de vista estadístico.

No obstante, en el futuro se podría ir paulatinamente agregando las sub-divisiones que se crean más convenientes y que serían el motivo de futuras discusiones.

El objetivo actual es tener clasificados los tumores laríngeos por localización dada la distinta gravedad de las diversas localizaciones y por los diferentes grados de extensión, para tener una idea de las condiciones de los casos tratados por diferentes especialistas y distintos métodos terapéuticos y como estos últimos son múltiples y están en evolución constante, no conviene en este momento relacionar la clasificación básica con ninguna técnica determinada.

Para aclarar más nuestro concepto damos el ejemplo siguiente: si la clínica A presenta resultados sobre 100 casos de localización glótica estadio I, con un porcentaje de curación X; para sacar conclusiones de sus resultados deberán ser comparados con otras series similares y no con 100 casos de glotis de estadios II ó III ó IV y tampoco con series de supra-glotis de cualquier estadio, ni de casos de faringe.

La calidad del material incluido en una estadística, que incluya todas las localizaciones y todos los estadios, podrá ser apreciada por la proporción de casos de mejor pronóstico y poco extendidos, con respecto a los casos más graves y de estadios más avanzados.

CLASIFICACION DEL CARCINOMA DE LA LARINGE

Esta clasificación ha sido planeada de acuerdo al siguiente criterio:

- 1 — Que sea simple; fácil de comprender y de aplicar.
- 2 — Que sea lo más precisa posible; por esta razón se ha tomado especial cuidado para que la definición de los estadios fuera exacta. Para cumplir este fin algunas consideraciones de orden clínico han sido omitidas, que consideramos secundarias a la exacta discriminación de los estadios.
- 3 — Esta clasificación incluye cuatro estadios, a los cuales se pueden

agregar sub-grupos. Como deben existir dos o tres grupos para las diferentes localizaciones de los carcinomas laríngeos, es conveniente que los estadios sean limitados a cuatro, para que cada estadio contenga un número suficiente de casos para la evaluación estadística de los resultados.

I — NOMENCLATURA

Carcinoma de la laringe. Número de la Clasificación Internacional de Enfermedades: "161".

a) — DEFINICION DE LA LARINGE.

La laringe comprende la endo-laringe. El límite superior de la faringe es el borde de la epiglotis, los pliegues aritenoidales y la región aritenoides.

Los carcinomas surgiendo en la zona limitrofe perteneceriam a la faringe.

b) — DIFERENTE LOCALIZACION DE LOS CARCINOMAS DE LA LARINGE.

Los carcinomas de la laringe se pueden clasificar en tres grupos:

- 1 — Carcinomas de la supra-glotis.
- 2 — Carcinomas de la glotis (cuerda vocal).
- 3 — Carcinomas de la sub-glotis.

CLASIFICACION EN ESTADIOS SEGUN LA EXTENSION ANATOMO-CLINICA

para los carcinomas de la supra-glottis,
glottis y sub-glottis

ESTADIO I

El Carcinoma está limitado a la mu-
cosa. No hay infiltración.

(La movilidad laríngea no está alte-
rada).

ESTADIO II

El Carcinoma infiltra pero no se pro-
paga fuera de los límites de la laringe.

(Movilidad laríngea disminuida o au-
sente).

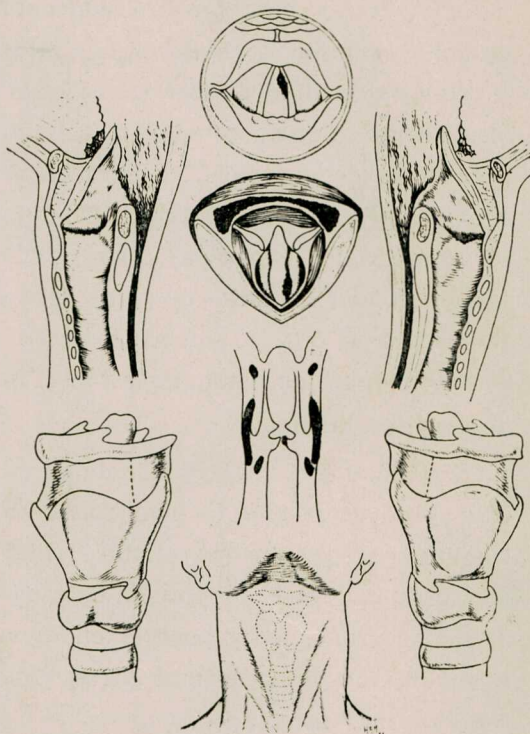
ESTADIO III

El Carcinoma se extiende por fuera de
los límites de la laringe (extensión Di-
recta o Metástasis ganglionares) sin lle-
gar a las condiciones especificadas en el
estadio siguiente.

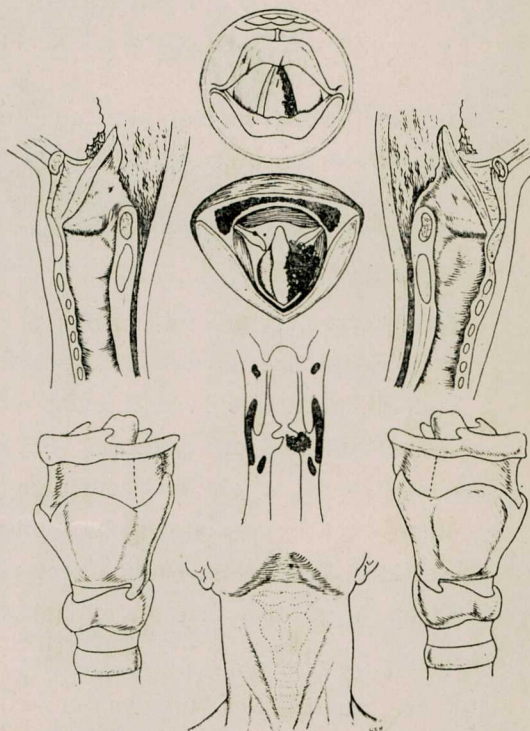
ESTADIO IV

Infiltración de piel o adenopatía fija,
o metástasis a distancia.

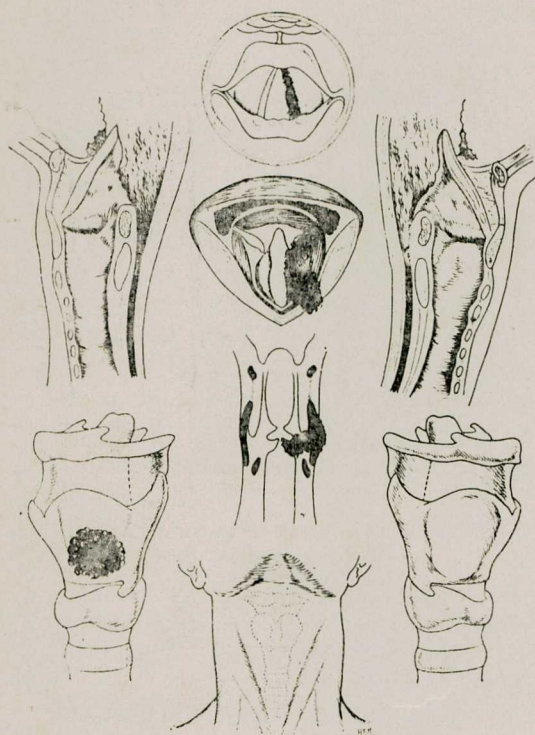
NOTA: En caso de duda se clasificará
el caso en el estadio inmediato inferior. La
presencia de más de una característica no
modifica la especificación del estadio.



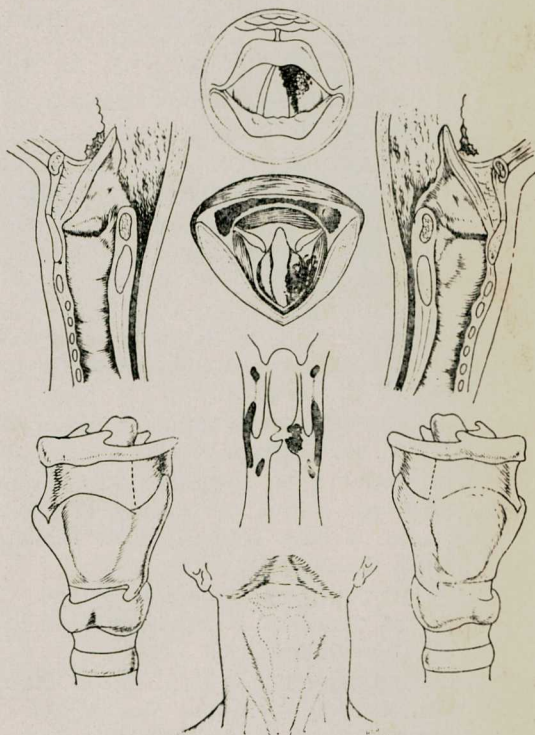
Estadio I



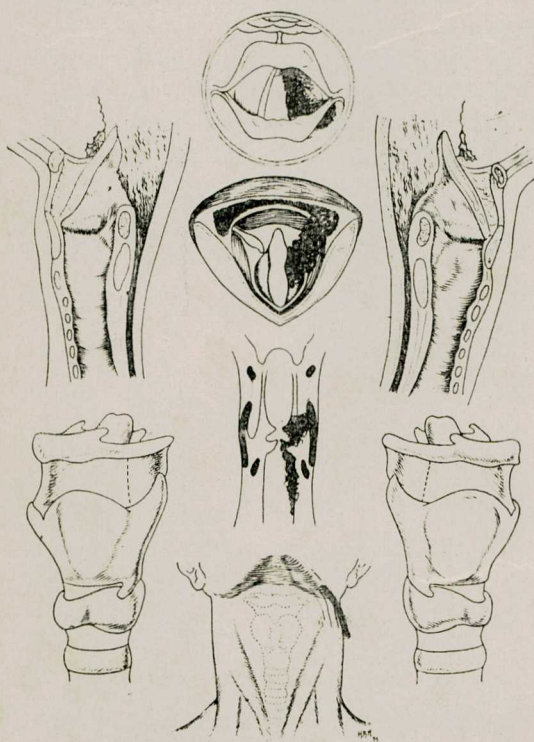
Estadio II



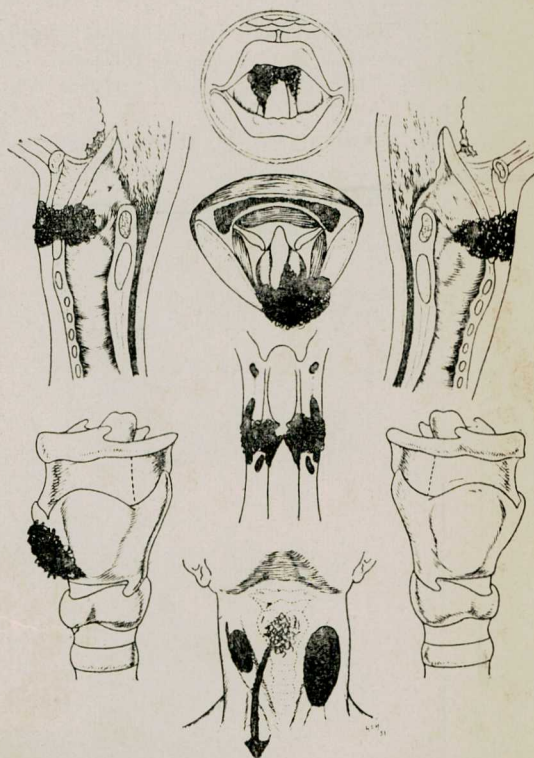
Estadio III



Estadio III



Estadio III



Estadio IV

BIBLIOGRAFIA

- (1) ALBERS. — citado por Molinié, p. 5.
- (2) BLANC, E. — citado por Isambert.
- (3) BLAND SUTTON, J. — Tum. Innoc. & Malig., P. B. Hoeber, New York, 1922.
- (4) BACLESSE, F. — Le Diagn. d. Tum. Mal. du Phar. & du Larynx. — Masson & Cie., Paris, 1938.
- (5) COUTARD, H. & VALAT, A. — Consid. s. le canc. de la Bande & de la Cav. Ventic. du Larynx. Radiophysiol. & Radiother. T. 1, p. 131.
- (6) FAUVEL, Ch. — Maladies du Larynx. p. 747, V. A. Delsraye & Cie. Paris, 1876.
- (7) GARCIA, M. — Observ. Fisiol. sobre la Voz Hum. — Proc. R. Society, T. 7, Londres 1855, traduc. franc. por P. Richard, J. Claye, Paris, 1861.
- (8) HEYMAN, J. — Pres. of Res. of Treat. of Cancer. — Acta Radiol. T. 33, p. 571, Stockholm. 1950.
- (9) ISAMBERT. — Contrib. a l'Etude du Can. Laryng. — Annad. Mal. de l'Or. & du Larynx. T. 2. p. 1, Paris, 1876.
- (10) KRISHABER, M. — Dict. Encyclop. d. Scienc. Medic., T. 1. p. 769, Paris 1868.
- (11) KRISHABER, M. — Canc. du Larynx., Masson & Cie., Paris 1880., extr. d. Ann. d. Mal. d. l'Or. et du Larynx. Paris, 1879.
- (12) LEBORGNE, F. E. — Câncer de la Laringe. — p. 105, Barreiro y Ramos, Montevideo, 1943.
- (13) LEDERMAN, M. — Classif. of Lar. Canc. fr. Radiumther. v. point. — Brit. Jour. of Rad., T. 16, p. 298, 1943.
- (14) LEROUX-ROBERT, J. — La Chir. soule de l'Ass. Chir. Radiother. d. le Trait. du Canc. du Larynx. Bull. du Cancer, T. 35, p. 365, Paris, 1948.
- (15) LERDUX-ROBERT, J. — Canc. de l'Hipopher. — Encyclop. Med. Quirurg., Paris, 1951.
- (16) LOUIS. — citado por Molinié, p. 5.
- (17) MARTIN, H. E. — Treat. of Canc. of. the Larynx. — Transs. Amer. Acad. Opt. & Otol., 1936.
- (18) MOLINIE, J. — Les Tum. Mal. du Marynx. — A. Maloine, Paris, 1907.
- (19) HORGAGNI, J. B. — Invest. Anat. sobre el sitio y las Causas de las enferm. traduc. franc. por Destouet, T. 2 p. 158, A. Delahaye, Paris 1855.
- (20) THOMPSON, St. C., & NEGUS. — Dis. of the Nose & Throst. — p. 598, Cassell & Co., London, 1948.
- (21) TROTTER, W. — citado por Bland-Sutton, pág. 337.
- (22) TROUSSEAU. — Trat. de la Tisis Laringea. p. 131, reprod. por Fauvel, p. 685, Paris, 1937.
- (23) URNER, A. — citado por Nolinié, pág. 5.