



CANCER DE PULMON Y LARINGE: A PROPOSITO DE OCHO CASOS

J. Orón Alpuente, F. Gómez-Ferrer Bayo, J. Arenas Ricart, A. Aspi Macías,
J.D. Orón Marqués, J. García Mingo y C. Carbonell Antolí.

Servicio de Cirugía. Sección C. Torácica y Cardiovascular. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Se presentan ocho casos de neoplasias de laringe, sincrónicas unas y metacrónicas otras con sendos cánceres de pulmón, entre una serie de 98 neoplasias pulmonares intervenidas.

Se estudia la supervivencia de estos enfermos y se expone la conveniencia de la práctica de la cirugía en las lesiones pulmonares únicas, tras el diagnóstico de cáncer de laringe, bien sea diagnosticadas en primer lugar o bien si se trata de metástasis únicas tras el diagnóstico laríngeo.

Arch Bronconeumol 1988; 24:233-235

Lung and laryngeal cancer. Report of 8 cases

Eight cases of laryngeal cancer, either synchronous or metachronous with lung cancer in a series of 98 cases of operated pulmonary neoplasia are reported.

Survival of such patients is studied and the advantages of surgery of solitary pulmonary lesions after diagnosing laryngeal cancer, either being first diagnosed, either being unique metastases after laryngeal diagnosis are discussed.

Introducción

Clásicamente se ha venido aceptando que la aparición de una opacidad solitaria intraparenquimatosa en un paciente diagnosticado de cáncer extrapulmonar corresponde a una metástasis siendo la expresión radiológica de diseminación, por lo que una cirugía agresiva en estos casos podría no ser beneficiosa. Sin embargo, los hallazgos de Thomson, Schaaf y Gables en 1951¹, ya demostraron que, en muchas ocasiones, en lugar de tratarse de lesiones metastásicas, la opacidad pulmonar correspondía a una neoplasia primaria de pulmón. Con esta premisa, varios grupos de autores han decidido reseca estas lesiones únicas, encontrando largas supervivencias tras la cirugía^{2,3}.

Entre los cánceres predominantemente asociados con el cáncer de pulmón, se encuentran el cáncer de laringe y el de piel, aunque el abanico de posibilidades de las localizaciones primarias de cánceres simultáneos o sucesivos es sorprendentemente vasta⁴.

El propósito de este trabajo es, en primer lugar, mostrar la incidencia del cáncer de pulmón y laringe en nuestra serie y, en segundo lugar, ofrecer los resultados obtenidos.

Material y métodos

Durante el período comprendido entre los años 1981 y 1987, han sido asistidos en nuestro hospital un total de ocho pacientes, con cánceres laríngeos y pulmonares, sincrónicos o metacrónicos. Estos pacientes representan el 8,1 % de las neoplasias pulmonares diagnosticadas e intervenidas durante dicho período y cuyo total asciende a 98.

La edad media de los pacientes es de 56,8 años, siendo todos ellos varones y fumadores de más de 30 cigarrillos al día.

Los casos a los que se refiere este trabajo son detallados a continuación.

Caso 1: Enfermo de 51 años, que en septiembre de 1981 es sometido a una laringectomía total con vaciamiento ganglionar derecho, por presentar un cáncer epidermoide de laringe. Se le somete a radioterapia post-resección laríngea. Dos años después, presenta una recidiva derecha, por lo que se realiza nueva exéresis. En una revisión ulterior, hallazgo de una imagen pulmonar con caracteres radiológicos de malignidad. Tras la broncoscopia se demuestra la existencia de un cáncer epidermoide a nivel del bronquio lobar inferior izquierdo, practicándosele una lobectomía. Cinco años después de la intervención laríngea y al año de la lobectomía, reingresa por deterioramiento del estado general y con el diagnóstico de metástasis cerebrales; la familia pide el alta voluntaria. Exitus.

Caso 2: Enfermo de 60 años, que en 1981 es sometido a sendas microcirugías de laringe, dando como resultado el de laringitis crónica y leucoplasia laríngea. A finales de 1986, es sometido a una traqueotomía de urgencia seguida de laringectomía total con vaciamiento ganglionar bilateral por cáncer epidermoide. Dos meses después es remitido al Servicio de C. Torácica por presentar una tumoración a nivel del lóbulo superior izquierdo. Con el diagnóstico de carcinoma epidermoide, se le somete a una lobectomía superior izquierda. Seis meses después de la última intervención pasa control médico, encontrándose bien. No es sometido a tratamiento oncológico complementario.

Caso 3: Enfermo de 53 años, que en 1982 es laringectomizado con vaciamiento ganglionar bilateral por cáncer epidermoide. Un año después, recidiva a nivel de la comisura anterior y nueva intervención. No recibe tratamiento oncológico ni radioterápico. Cinco años después aparición de una opacidad a nivel del lóbulo inferior derecho por la cual se le somete a una lobectomía, siendo la anatomía patológica la de un adenocarcinoma broncoalveolar mucoscretor. Efectuado un rastreo óseo últimamente, existe la sospecha de probable metástasis a nivel de la espina ilíaca izquierda.

Recibido el 9-12-1987 y aceptado el 31-5-1988.



Caso 4: Enfermo de 72 años, que en 1983 presenta un cáncer epidermoide a nivel de la banda ventricular izquierda; rechazando la intervención, acepta la radioterapia. Nueve meses después, nos es remitido por imagen pulmonar a nivel del lóbulo superior derecho, que la biopsia confirma su naturaleza epidermoide, por lo que se le practica una lobectomía. Durante el período postoperatorio presenta graves problemas circulatorios a nivel del miembro inferior izquierdo, realizándose un *bypass* axilo-femoral, el cual fue seguido de amputación, presentando el enfermo fallo multisistémico que acaba con su vida.

Caso 5: Enfermo de 57 años, que llega a nuestro servicio en 1984, once años después de haber sido sometido a una laringectomía total, desconociendo por nuestra parte la anatomía patológica y presentando imagen pulmonar a nivel del hemitórax derecho. Realizada la broncoscopia, se encuentra un **cáncer epidermoide medianamente diferenciado** a nivel del bronquio intermediario, por lo que se realiza una neumonectomía. Tres años después de la resección pulmonar, es sometido a revisión endoscópica, con ausencia de recidiva. El enfermo no recibió tratamiento oncológico.

Caso 6: Enfermo de 38 años, que en 1984 presenta una tumoración pulmonar a nivel del hemitórax derecho. La broncoscopia indica la existencia de un **cáncer epidermoide bien diferenciado** a nivel de la porción distal del intermediario, practicándosele una bilobectomía inferior. Siete meses después el enfermo presenta una disfonía por la cual acude al Servicio de Otorrinolaringología, donde es diagnosticado de un **cáncer epidermoide de laringe** y se le realiza la extirpación según técnica de Justo-Alonso. El enfermo recibe posteriormente tres ciclos de quimioterapia. Un año más tarde es sometido a una laringectomía total acompañada de vaciamiento ganglionar bilateral por presentar una recidiva local. Al mismo tiempo se le diagnostica una tuberculosis pulmonar por la que recibe el tratamiento oportuno. Hace cuatro meses pasa revisión, encontrándose bien.

Caso 7: Enfermo de 63 años que en 1985 es diagnosticado de **cáncer epidermoide de laringe** y rechazando la intervención es sometido a radioterapia. Un año más tarde, al pasar un control médico, se descubre la existencia de una imagen pulmonar a nivel del lóbulo superior derecho, cuya biopsia es la de un **cáncer epidermoide**. Exéresis del lóbulo. Siete meses después de la lobectomía, reingreso por presentar múltiples metástasis cerebrales. Exitus.

Caso 8: Enfermo de 61 años, que en 1987 es remitido al Servicio de Cirugía Torácica por presentar imagen patológica a nivel del lóbulo superior izquierdo. Al realizar la broncoscopia, se visualiza patología a nivel de cuerdas vocales y se efectúa una toma de biopsia, que da como resultado **cáncer epidermoide** así como a nivel lingular. El enfermo rechaza cualquier tipo de intervención, siendo sometido a radioterapia en ambos sistemas. Ocho meses de iniciado el tratamiento radioterápico, el enfermo se encuentra asintomático.

La enfermedad inicial fue laríngea en seis de ellos (casos: 1-2-3-4-5 y 7), consultando al servicio de la especialidad todos ellos por disfonía. En uno de ellos la enfermedad laríngea y pulmonar fue sincrónica (caso 8) y en otro (caso 6), la enfermedad inicial fue pulmonar.

La enfermedad pulmonar fue detectada como hallazgo casual en el seguimiento de seis pacientes, tras el diagnóstico de la enfermedad laríngea (casos: 1-2-3-4-5 y 7), con intervalos de tiempo entre 0,2 y 11 años, correspondiendo la imagen radiológica a sendas opacidades pulmonares sospechosas de malignidad que indujeron a la práctica de una broncoscopia sistemática con biopsia. En el caso 8, la imagen fue interpretada en principio como neumonía y tratada como tal.

La histopatología pre y postoperatoria fue de carcinoma epidermoide en todos los casos, excepto en el caso 8, que fue de adenocarcinoma broncoalveolar mucosecretor.

De los casos estudiados, uno de ellos (caso 6) recibió quimioterapia post-resección laríngea; otro (caso 1) radioterapia y tres pacientes (casos 4-7 y 8) recibieron radioterapia laríngea por negarse a ser intervenidos.

Las tablas I, II, III y IV esquematizan los casos estudiados.

Resultados

Siete de nuestros pacientes se sometieron a una terapéutica de exéresis pulmonar, lográndose en todos ellos la resección oncológica de la lesión, salvo en uno de ellos, que

TABLA I
Distribución según edad

Años	N
30-40	1
41-50	0
51-60	4
61-70	3

TABLA II
Distribución según anatomía patológica pulmonar

Cáncer epidermoide	7
Adenocarcinoma broncoalveolar mucosecretor	1

TABLA III
Distribución de la localización pulmonar

Lóbulo superior derecho	2
Bronquio intermediario	2
Lóbulo inferior derecho	1
Lóbulo superior izquierdo	2
Lóbulo inferior izquierdo	1

TABLA IV
Distribución de la localización laríngea

Banda ventricular izquierda	4
Epiglotis y banda ventricular derecha	3
Banda ventricular derecha	1

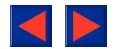
rechazó la intervención pulmonar accediendo a ser sometido sólo a radioterapia de ambas lesiones.

El seguimiento de nuestros pacientes nos ha permitido conocer el fallecimiento de dos de ellos por metástasis cerebrales, casos 1 y 7; el fallecimiento de otro, como el referente al caso 4 por fallo multisistémico en el postoperatorio inmediato y saber que el resto de los enfermos presentan una supervivencia de 1, 3 y 4 años (casos 3-5 y 6) y de seis y ocho meses (casos 2 y 8).

Discusión

La posibilidad de un **cáncer bronquial** asociado en un paciente intervenido de carcinoma de laringe, debe ser considerada por su incidencia y por la posibilidad de curación de ambas lesiones. La incidencia de **cáncer de pulmón** en los pacientes afectados de neoplasia laríngea varía, según los autores, entre el 3,3 % y el 1,1 % de sus series^{5,6}. La presencia de un nódulo pulmonar solitario no debe contraindicar el tratamiento radical de la lesión laríngea, ya que el carcinoma bronquial no supone necesariamente una enfermedad metastásica. Diversos autores han coincidido en que la mayoría de estas lesiones pulmonares únicas merecen la consideración de lesiones primarias^{1-2,7,8}, como viene a reforzar el hecho de la existencia de factores epidemiológicos comunes a ambos cánceres, fundamentalmente en relación con la inhalación exagerada de tabaco, así como también a la edad de presentación y a la estirpe histológica⁹.

El factor primordial de este problema radica en que la laringe y el árbol bronquial forman parte de un sistema común de conducción, revestido de un epitelio similar que puede ser estimulado a cualquier nivel por carcinógenos inhalados,



ya que lesiones premalignas han sido descritas en ambas localizaciones y la incidencia de carcinoma invasivo de ambos, laringe y pulmón, está aumentando aparentemente en individuos expuestos a los mismos agentes carcinogénicos.

Es un hecho universalmente aceptado que el tabaquismo es un factor epidemiológico fundamental en el cáncer de laringe y en todos los pacientes de nuestra serie pudo ser recogido este antecedente.

Hemos podido observar que, salvo en un enfermo (caso 6) que presentó siete meses antes al cáncer laríngeo, un cáncer del bronquio intermediario, en ninguno de ellos el carcinoma broncogénico precedió al carcinoma laríngeo, sino que ocurrió simultáneamente o bien apareció tras este último. Esta tendencia del cáncer pulmonar a aparecer tras otros cánceres primarios, pero raramente precederlos, ha sido asimismo señalada por otros autores⁷⁻¹⁰. Si esto es debido a que el cáncer pulmonar tiene tan mal pronóstico, que los pacientes rara vez viven lo suficiente como para desarrollar un segundo tumor primario, no es conocido.

La cuestión fundamental que surge frente a esta duplicidad tumoral si los carcinomas broncogénicos descritos en nuestra serie son neoplasias primarias o bien si se trata de metástasis de carcinomas laríngeos. Consideramos que se trata de lesiones primarias independientes por las siguientes razones: entre los hallazgos clínico-radiológicos destaca en primer lugar el intervalo de presentación de ambas neoplasias, superior a un año o más en cuatro pacientes (casos 1-3-5 y 7); en segundo lugar, el hecho de que todas las lesiones pulmonares fueron solitarias. Es conocido de los cánceres de cabeza y cuello que no han metastatizado a los ganglios cervicales y, salvo en los casos de gran extensión local (T₂ y T₃), presentan una extensión infraclavicular poco frecuente¹¹⁻¹³. Sólo uno de los ocho pacientes (caso 1), presentaba metástasis ganglionares cervicales, recibiendo radioterapia post-resección laríngea, falleciendo a los cinco años de la resección laríngea y al año de la pulmonar, con el diagnóstico de metástasis cerebrales.

En cuanto al intervalo libre de enfermedad, diversos autores esgrimen, como criterio adicional para diferenciar los cánceres primarios de las metástasis, la presencia de intervalos largos de tiempo, libres de enfermedad neoplásica, a pesar de que otros autores consideran que un intervalo amplio no es un dato definitivo a favor de la consideración del segundo cáncer como primario^{3,4}.

No existe evidencia histológica en uno de nuestros pacientes (caso 5) de neoplasia laríngea, presentando un intervalo libre considerablemente largo. Es posible que este paciente no sufriera lesiones malignas a nivel de laringe, pero un dato importante que poseemos en contra, es que el enfermo se presentó con una laringectomía previa. El hecho de que el 99 % de los carcinomas laríngeos sean epidermoides, nos permite suponer que el tipo histológico de la lesión había sido de dicha naturaleza.

En cuatro pacientes (casos 2-4-6 y 8), ambos tumores se diagnosticaron con un intervalo igual o menor a nueve meses y la histología fue de cáncer epidermoide. Es conocido que la distinción entre los cánceres escamosos pulmonares y laríngeos es difícil desde el punto de vista histológico⁴. En dos de ellos (casos 4 y 8), la lesión pulmonar asentaba en la

mucosa bronquial por lo que probablemente sea bronquial en origen y no metastásica. Otro paciente (caso 2) presentaba una lesión epidermoide que no infiltraba ni el bronquio ni los linfáticos de la vecindad; ahora bien, la falta de afectación bronquial no excluye necesariamente que el origen de este tumor sea pulmonar⁴.

Cuando se detecta una opacidad pulmonar solitaria sospechosa en un paciente con cáncer previo conocido, nuestro criterio, al igual que el de otros autores^{2,4,8,15}, es abordar la lesión pulmonar mediante toracotomía exploradora a menos que exista una contraindicación médica formal, o bien, que se trate de un cáncer microcelular de células en avena. La extensión de las resecciones pulmonares dependerá únicamente de la localización, histopatología y capacidad del enfermo para soportar la intervención, sin que la presencia del cáncer previo condicione una cirugía más reducida. En nuestra serie, todas las lesiones pulmonares fueron reseca-das, salvo un enfermo que rechazó toda intervención, sometiéndose solamente a un tratamiento radioterápico de su neoplasia laríngea y pulmonar.

Ante la sincronidad tumoral, nuestra actitud es la de actuar en primer lugar sobre la neoplasia pulmonar y en segundo lugar sobre la laríngea, siempre que no existan contraindicaciones locales laríngeas que nos obligarán a cambiar de actitud.

BIBLIOGRAFIA

1. Thomson RV, Schaff B, Gables C. Carcinoma of the larynx with concurrent or subsequent development of bronchial carcinoma. Report of five cases with autopsy findings. *Surgery* 1956; 39:805-811.
2. Hughes RK, Klopp CT. Associated carcinomas of the larynx and lung. *Am J Surg* 1961; 101:511-515.
3. Oteo Ochoa LA, Sueiro Bendito A. Neoplasias primitivas dobles en el tracto respiratorio. *Rev Clin Esp* 1984; 173:215-217.
4. Cahan WG. Multiple primary cancers of the lung, esophagus and other sites. *Cancer* 1977; 40:1954-1960.
5. Wagenfeld DJ, Harwood AR, Bryce DP, Von Nostrand AWP, De Boer G. Second primary respiratory tract malignancies in glottic carcinoma. *Cancer* 1980; 46:1883-1886.
6. Brown M. Second primaries in cases of cancer of the larynx. *J Laringol Otol* 1978; 92:991-996.
7. Lewis EC, Schaaf B. Carcinoma of the larynx associated with bronchogenic carcinoma. *Am Rev Tuberc* 1956; 74:438-440.
8. Pérez PE, Bernatz PE, Devine KD, Wooler LB. Associated primary endolaryngeal carcinoma and bronchogenic carcinoma. *JAMA* 1961; 177:596-599.
9. Doll R, Peto R. Mortality in relation to smoking: 20 years observations on male british doctors. *Br Med J* 1976; 2:1525.
10. Cahan WG. Lung cancer associated with cancer primary in other sites. *Am J Surg* 1955; 89:494-514.
11. Merino OR, Lindberg RD, Fletcher GH. An analysis of distant metastases from squamous cell carcinoma of the upper respiratory and digestive tracts. *Cancer* 1977; 40:145-151.
12. Teppermann BS, Fitzpatrick PJ. Second respiratory and upper digestive tract cancers after oral cancer. *Lancet* 1981; II:547-549.
13. Papac RJ. Distant metastases from head and neck cancer. *Cancer* 1984; 53:342-345.
14. Holinger PH, Johnston KC, Jensik RJ, Hruzeler D. Laryngeal and bronchial cancer. *Otol Rhinol Laryngol* 1961; 70:475-489.