

ORIGINAL

Clinical epidemiological characterization of laryngeal cancer, hospital: Abel Santamaría Cuadrado

Caracterización clínico epidemiológica del cáncer de laringe, hospital: Abel Santamaría Cuadrado

Ileana Pacheco Valdés¹  , Modesto Cordovés Jerez¹  , Raúl Rodríguez González¹  , José Roberto Fernández Barrera¹  , Humberto López Benítez¹  

¹Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado, Departamento Otorrinolaringología. Pinar del Río, Cuba.

Citar como: Pacheco Valdés I, Cordovés Jerez M, Rodríguez González R, Fernández Barrera JR, López Benítez H. Clinical epidemiological characterization of laryngeal cancer, hospital: Abel Santamaría Cuadrado. South Health and Policy. 2023; 2:80. <https://doi.org/10.56294/shp202380>

Enviado: 02-11-2022

Revisado: 12-05-2023

Aceptado: 28-10-2023

Publicado: 29-10-2023

Editor: Dr. Telmo Raúl Aveiro-Róbaló 

Autor para la correspondencia: Ileana Pacheco Valdés 

ABSTRACT

An observational, descriptive, retrospective study was conducted in patients diagnosed with laryngeal cancer who attended the central consultation for head and neck cancer in the Pinar del Río Province, in the period 2018 - 2021, with the aim of clinically and epidemiologically characterizing this disease in the province. The universe and sample consisted of 128 patients diagnosed with laryngeal cancer who met certain criteria. For information processing, a database was created in SPSS version 11.5 of Windows, with the primary data obtained from the medical records. The results were expressed in number of frequencies and percentages and were represented in tables and graphs for their understanding and presentation. Results: The age group that predominated was 50 to 59 years with 62 patients, (48,4 %), with the male sex being the most representative (76,6 %) with 98 patients. The skin color that predominated was white (44 %). The clinical stage that prevailed most was the relatively late one with 83 patients, (64,8 %). The combined treatment was the most used in 60 % with 77 patients. The risk factor that was most present in 122 patients was smoking, (95,3 %), followed by alcoholism with 97 patients (75,7 %). The Municipality that contributed the most cases of this disease was Pinar del Río with 32 patients, (25 %). Consolación del Sur is the second area that contributed the most admissions with 16,4 % with 21 patients.

Keywords: Clinical Epidemiological; Cancer; Laryngeal Cancer.

RESUMEN

Se realizó una investigación observacional, descriptiva, retrospectiva en pacientes diagnosticados con cáncer de laringe que acudieron a la consulta central de cáncer de cabeza y cuello de la Provincia Pinar del Río, en el período comprendido 2018 - 2021, con el objetivo de caracterizar clínica y epidemiológicamente esta enfermedad en la provincia. El universo y muestra estuvo conformado por 128 pacientes con el diagnóstico de cáncer de laringe que cumplieron con determinados criterios de inclusión. Para el procesamiento de la información se conformó una base de datos en SPSS versión 11.5 de Windows, con los datos primarios obtenidos de las historias clínicas. Los resultados se expresaron en número de frecuencias y porcentajes y se representaron en tablas y figuras para su comprensión y exposición. Resultados: El grupo de edades que predominó fue el de 50 a 59 años con 62 pacientes, (48,4 %), siendo el sexo masculino el más representativo (76,6 %) con 98 pacientes. El color de la piel que más predominó fue la blanca (44 %). La etapa clínica que más prevaleció fue la relativamente tardía con 83 pacientes, (64,8 %). El tratamiento combinado fue el más utilizado en un 60 % con 77 pacientes. El factor de riesgo que más estuvo presente en 122 pacientes fue el tabaquismo,

(95,3 %), seguido del alcoholismo con 97 pacientes (75,7 %). El Municipio que más casos aportó a esta enfermedad fue Pinar del Rio con 32 pacientes, (25 %). Consolación del Sur es la segunda área que más ingresos aportó en un 16,4 % con 21 pacientes.

Palabras clave: Clínico Epidemiológico; Cáncer; Cáncer de Laringe.

INTRODUCCIÓN

La humanidad, desde el más íntimo rincón de su historia, ha sido marcada por numerosas enfermedades, dentro de las cuales se encuentra el cáncer. La existencia del cáncer se conoce desde la antigüedad, en los viejos manuscritos de Egipto, en el Papiro de Edwin Smith (3000 a.c), ya se refiere a tumores en la mama, como una enfermedad incurable, deformante y mortal. También Hipócrates conocía el cáncer (cangrejo), al que denominó karkinos (carcinoma), e incluso describió diferentes variedades de tumores malignos como los de útero, mama y estómago entre otros, y ya entonces señaló la importancia de un tratamiento precoz en el pronóstico del cáncer. A lo largo de los siglos se le puso su actual nombre “Cáncer”.⁽¹⁾

El cáncer es una de las enfermedades más importantes de nuestra época, tanto por su elevada incidencia como por las distintas consecuencias de la misma. En los países occidentales es considerada la segunda causa de mortalidad. Es una enfermedad multifactorial. Algunos cánceres del límite superior de la laringe (epilaringe) no son siempre claramente distinguidos de aquellos de la hipofaringe, por lo que algunos estudios sobre la epidemiología del cáncer de laringe incorporan también los tumores de hipofaringe. En este sentido se ha descrito que la hipofaringe y la epilaringe están más expuestas a sustancias ingeridas mientras que la endolaringe lo está a carcinógenos inhalados.⁽²⁾

Factores de riesgo del cáncer de laringe e hipofaríngeo: Un factor de riesgo es todo aquello que afecta la probabilidad de desarrollar una enfermedad, como por ejemplo el cáncer. Los distintos tipos de cáncer conllevan diferentes factores de riesgo. Por ejemplo, fumar es un factor de riesgo para muchos cánceres, incluyendo cáncer de pulmón. Por otro lado, la exposición a los rayos solares fuertes es un factor de riesgo para el cáncer de la piel. Pero los factores de riesgo no lo indican todo. Presentar uno o incluso varios factores de riesgo no significa que dicha persona tendrá la enfermedad. Además, muchas personas que adquieren la enfermedad pueden no tener factores de riesgo conocidos. El cáncer de laringe se ha considerado como una entidad oncológica importante, representa el 2 % de todos los tumores del organismo, y de acuerdo a estadísticas internacionales del 25-30 % de todos los tumores de cabeza y cuello. Existe una variedad de tumores malignos de laringe entre los que se encuentran: carcinoma epidermoide, carcinoma verrucoso, linfoma, carcinomas de glándulas salivales menores, melanoma y sarcomas, siendo el carcinoma escamoso el más frecuente en un 95-98 %. El cáncer de laringe es más común en el sexo masculino con una relación 4:1, aunque esta patología se ha incrementado en las mujeres en los últimos años. También se ha evidenciado una máxima incidencia de cáncer de laringe en la quinta y séptima década de la vida.⁽³⁾

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) considera el cáncer como problema de salud mundial. Según las últimas estimaciones publicadas en el 2020 por la agencia internacional de investigaciones en Cáncer, se reportaron 12,7 millones de casos nuevos de cáncer y 7,6 millones de muertes. Se estima que en el año 2030 sean alrededor de 20 millones de nuevos casos y de ellos 14 millones ocurrirán en países subdesarrollados.⁽⁴⁾

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2021), reporta que de 2017 a 2019 en América Latina, la tasa de mortalidad estandarizada a consecuencia de cáncer maligno es de 110,7 muertes por cada 100 mil habitantes. Las tasas más altas en la región se localizan en Uruguay (168,4 por cada 100 mil habitantes), Cuba (143,3) y Perú (136,6).⁽⁵⁾

Según estimaciones de Global Cancer Statistics El incremento en la incidencia y mortalidad por cáncer se debe a dos causas fundamentales: el aumento de la población mundial y la elevación de la esperanza de vida, que implica envejecimiento; sin dejar de valorar un aumento real por mayor exposición a factores de riesgo, sobre todo al tabaco. El incremento en el número de casos en países en desarrollo de América Latina y El Caribe se atribuye a que éstos están asistiendo a un proceso acelerado de envejecimiento poblacional. Los carcinomas de cabeza y cuello (C.C.C.) constituyen aproximadamente el 5 % de todas las neoplasias, siendo la cuarta causa de muerte por cáncer en el varón. La gran mayoría se presentan en varones, aunque en los últimos años se ha visto un aumento de la incidencia de estos tumores en las mujeres, debido fundamentalmente a la más reciente incorporación de éstas, a las prácticas de riesgo (alcohol y tabaco).⁽⁶⁾

El cáncer se ha venido situando en la segunda causa de muerte en todos los países industrializados y en gran parte de los países en vías de desarrollo, los que asisten a un proceso acelerado de transición demográfica. En los Estados Unidos, en 2019, el carcinoma escamoso de cabeza y cuello representaba alrededor del 3 % de todos los cánceres recién diagnosticados y en 2020 fueron diagnosticados 49 260 nuevos; 11 480 pacientes murieron por cáncer de cavidad bucal, de orofaringe y de laringe.⁽⁷⁾

El cáncer laríngeo es el tumor maligno no cutáneo más común de la cabeza y el cuello y es el segundo cáncer más común del aparato respiratorio después del cáncer de pulmón. Durante la última década existió la más alta tasa de incidencia ajustada por edades a la población mundial en hombres y fue registrada en Zaragoza, España (17,1/100 000); otras áreas de alta incidencia en hombres son también el Norte de Francia, el norte de Italia, varias áreas de Europa central, el Sudeste del Brasil y Uruguay. Entre los países de baja incidencia se incluyen la mayoría de las regiones de África y Asia occidental con datos disponibles, Australia anglófona, Canadá y China.⁽⁸⁾

En Cuba el carcinoma escamoso cabeza y cuello representó alrededor del 3 % de todos los cánceres recién diagnosticados en el 2020. El anuario estadístico cubano informa que en el año 2020 fallecieron, producto de esta enfermedad, 232 mujeres y 1189 hombres, y que son las localizaciones laringe, cavidad bucal y orofaringe, por ese orden, las de mayor repercusión; el carcinoma escamoso de cabeza y cuello ocupa el cuarto lugar en mortalidad por cáncer, según las últimas cifras publicadas, el cáncer constituye la primera causa de muerte en todos los grupos de edad entre los 1 y los 64 años, además de ser la causa que produce más años de vida potencialmente perdidos.^(9,10)

El factor esencial de la oncogénesis laríngea es el tabaco, a menudo asociado a un consumo excesivo de bebidas alcohólicas. Ciertas exposiciones profesionales también parecen responsables de la aparición de este tipo de cáncer. A pesar de los signos de aparición precoz, un gran número de tumores laríngeos, sobre todo supraglóticos, se diagnostica en un estado relativamente avanzado.^(11,12)

Se estima que al menos el 75 % de los cánceres de cabeza y cuello son causados por una combinación en el consumo de cigarrillos y el consumo de alcohol. No obstante, el consumo de cigarrillos, está asociado con un riesgo incrementado de cáncer de cabeza y cuello entre no consumidores de alcohol, especialmente para el cáncer de laringe, similarmente el consumo de alcohol es asociado con un mayor riesgo de cáncer de cabeza y cuello en no fumadores, pero fundamentalmente en altos consumidores.⁽¹³⁾

Otros factores que se han visto implicados en el desarrollo de este tipo de enfermedad son el reflujo faringolaríngeo (RFL), que no es más que el flujo retrógrado del contenido gástrico a la laringofaringe, en donde entra en contacto con los tejidos del tubo aerodigestivo. Se ha reportado hasta en 10 % de los pacientes que van a la consulta otorrinolaringológica y en más de 50 % de los pacientes con disfonía crónica se ha relacionado con esta enfermedad los tejidos laríngeos edematizados tienen un mayor riesgo de daño por intubación, úlceras por contacto y granulomas, y pueden progresar a una estenosis subglótica sintomática. Aunque se han sugerido varios nombres para las alteraciones laríngeas inducidas por el reflujo, la nomenclatura adoptada por la Academia Americana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello es la de reflujo faringolaríngeo.⁽¹⁴⁾

Se ha sugerido que el reflujo faringolaríngeo incrementa el riesgo de cáncer de la faringe y de la laringe supraglótica, sobre todo en la epilaringe (epiglotis suprahioidea y pliegues ari-epiglóticos); aproximadamente 54 % de los pacientes con cáncer de VADS tiene prueba positiva de 24 horas al reflujo, sin embargo, aunque esta tasa es elevada no es muy diferente a la de personas sin cáncer. Cuando se ajusta el riesgo por edad, tabaquismo, alcoholismo, sexo y etnia, el cáncer de faringe-laringe es más frecuente en pacientes con historia de reflujo. Aunque se ha encontrado reflujo faringolaríngeo como causa de daño laríngeo hasta en 50 %, aún existen controversias en relación con su verdadero rol. Es muy probable que la asociación de tabaquismo y reflujo faringolaríngeo (RFL) aumenten aún más el riesgo de cáncer de laringe.⁽¹⁵⁾

En resumen, de acuerdo a las experiencias se puede arriesgar a decir que el tabaquismo es un factor de riesgo de cáncer de laringe más potente que el reflujo faringolaríngeo (RFL), aunque ésta representa también un factor de riesgo. La importancia de realizar estudios en pacientes con cáncer de cabeza y cuello (CCC), radica en que actualmente existen variadas alternativas terapéuticas, las que ofrecen similares resultados en cuanto a sobrevida y control loco regional de la enfermedad. Por consiguiente, un mejor conocimiento de la funcionalidad y bienestar del paciente posterior al tratamiento, puede ser un factor importante a la hora de elegir entre las diferentes opciones de manejo.⁽¹⁶⁾

En las últimas dos décadas se han logrado importantes avances en el tratamiento médico de los tumores de cabeza y cuello. La técnica del hiperfraccionamiento ha permitido aumentar la dosis total de radioterapia que recibe el tumor, mejorando el control local de la enfermedad sin aumentar la incidencia de efectos adversos tardíos. Los esquemas de quimioterapia para el tratamiento del cáncer de laringe fueron introducidos durante los años `80, identificándose una correlación entre quimiosensibilidad y radiosensibilidad. La quimioterapia de inducción se transformó en un método para reconocer a aquellos pacientes que probablemente tendrían una buena respuesta a la radioterapia.^(11,12)

Teniendo en cuenta la complejidad de este cuadro y partiendo de las múltiples etiologías y factores de riesgo, la investigación se justifica. Si a esto se le agrega la problemática del envejecimiento poblacional en el país, lo que aumenta la probabilidad de conocer, la frecuencia del cáncer, de los hábitos tóxicos, entendiéndose la necesidad de preparar las bases para afrontar este fenómeno.

Por lo anterior expuesto, se propone como objetivo caracterizar clínica y epidemiológicamente el comportamiento del cáncer de laringe en la provincia de Pinar del Río, en el periodo comprendido del 2018 al 2021.

MÉTODO

Se realizó una investigación observacional, descriptiva, retrospectiva en pacientes diagnosticados con cáncer de laringe que acudieron a la consulta central de cáncer de cabeza y cuello en el Hospital Abel Santamaría Cuadrado en la Provincia Pinar del Río, en el período comprendido desde el 1ro de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2021.

El universo y muestra estuvo conformado por 128 pacientes con el diagnóstico de cáncer de laringe diagnosticada en el Hospital Abel Santamaría Cuadrado en la Provincia Pinar del Río, en el período de estudio.

Método

Se utilizaron los siguientes métodos de investigación:

- **Histórico-lógico:** para el estudio de los referentes teóricos relacionados con las características clínicas y epidemiológicas del cáncer de laringe a nivel internacional, nacional y de manera particular en la consulta central de cáncer de cabeza y cuello durante el período de 2018-2021, la valoración de la evolución del paciente según etapa clínica del diagnóstico.
- **Sistémico-estructural:** permitió determinar la relación clínica y epidemiológica de los pacientes con cáncer de laringe en Pinar del Río.
- **La modelación:** permitió definir los indicadores para el tratamiento correcto del cáncer de laringe.
- **Análisis y síntesis:** para conocer las cualidades del objeto de estudio y sus relaciones internas durante la investigación.
- **Inducción y deducción:** para llegar a generalizaciones sobre el objeto de estudio e identificar y comprender fenómenos particulares dentro de él.

Los métodos empíricos que se emplearon para obtener datos sobre el objeto de estudio fueron:

- El análisis de documentos:
 - Revisión de historias clínicas en la consulta central de cáncer de cabeza y cuello.
 - Búsqueda en publicaciones: lineamientos, normativas y publicaciones internacionales, en soporte físico o electrónico, referidas a los temas de estudio.
 - Estudio de archivos: Se refiere a documentos internacionales de la OMS y OPS, presentaciones (reglamentos, resoluciones, regulaciones, instrucciones, circulares, informes, estadísticas y datos primarios de archivos del MINSAP, el Buró Regulatorio para la Protección de la Salud Pública, el CECMED, entre otros)

Los métodos estadísticos: Se utilizó la estadística descriptiva con distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los resultados obtenidos se presentarán en tablas y figuras para su mejor comprensión.

Técnica de recogida de la información

Se revisaron las historias clínicas en la consulta central de cáncer de cabeza y cuello de los pacientes atendidos en el periodo evaluado en el Hospital: Abel Santamaría Cuadrado, donde se encontraban los datos necesarios para dar valores a las diferentes variables.

Procesamiento y análisis de la información:

Para el procesamiento de la información se conformó una base de datos en SPSS versión 11.5 de Windows, con los datos primarios obtenidos de las historias clínicas. Los resultados se expresaron en número de frecuencias y porcentajes y se representaron en tablas y figuras para su comprensión y exposición.

Aspectos éticos del estudio:

Los valores éticos que se tuvieron en cuenta son los que corresponden a los principios básicos más importantes en la ética de la investigación con seres humanos, los cuales se relacionan a continuación:

- Respeto a la persona.
- Beneficencia.
- Justicia.
- No maleficencia.

Los datos se obtuvieron de las historias clínicas individuales. Los resultados obtenidos sólo serán usados para su presentación en eventos científicos o para su publicación en revistas biomédicas de reconocido prestigio.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra que el grupo de edades que predominó fue el de 50 a 59 años con 62 pacientes, representando un 48,4 %, siendo el sexo masculino el más representativo en un 76,6 % con 98 pacientes.

Grupo de edades	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
50 a 59 años	17	13,2	45	35,2	62	48,4
60 a 69 años	11	8,6	36	28,1	47	36,8
70 a 79 años	2	1,6	14	11,1	16	12,6
80 y más años	-		3	2,2	3	2,2
Total	30	23,4	98	76,6	128	100

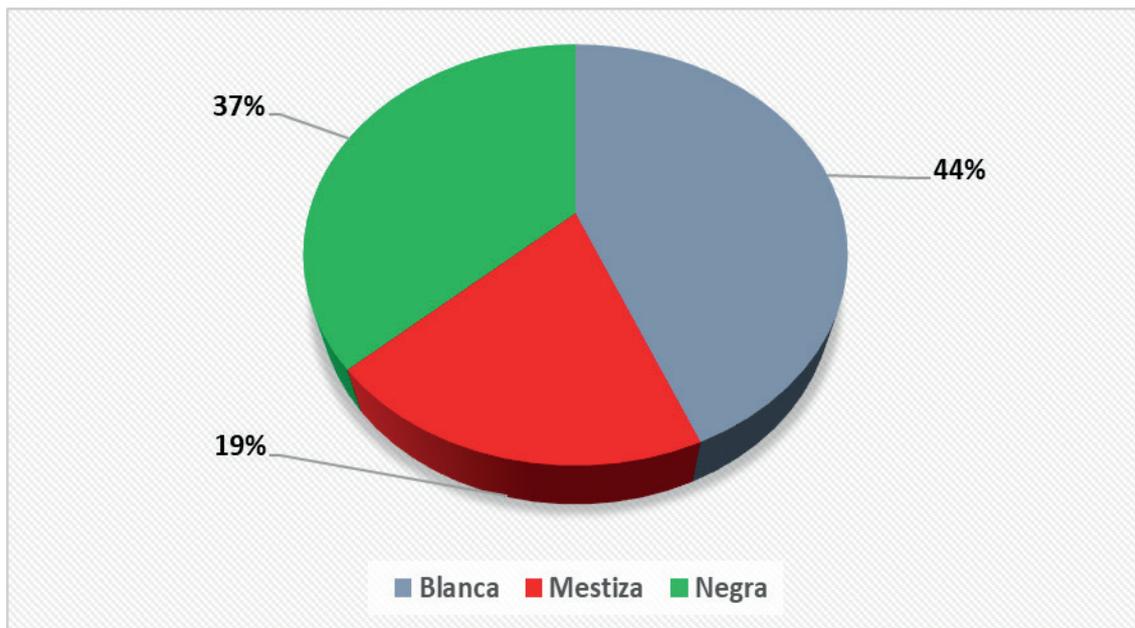


Figura 1. Distribución de los pacientes con cáncer laríngeo según color de la piel

En la figura 1 se puede observar que el color de la piel que más predominó fue la blanca en un 44 %.

La etapa clínica al diagnóstico de la enfermedad que más prevaleció fue la relativamente tardía con 83 pacientes, representando el 64,8 % del total (tabla 2).

Etapa clínica al diagnóstico	No.	%
Precoz	31	24,2
Relativamente Tardía	83	64,8
Muy Tardía	14	11
Total	128	100

La tabla 3 muestra los diferentes esquemas de tratamientos, donde el tratamiento combinado fue el más utilizado en un 60 % con 77 pacientes.

Esquemas de tratamientos	No.	%
Radioterapia.	7	5,3
Quimioterapia.	6	4,7
Tratamiento Quirúrgico.	38	30
Tratamiento Combinado	77	60
Total	128	100

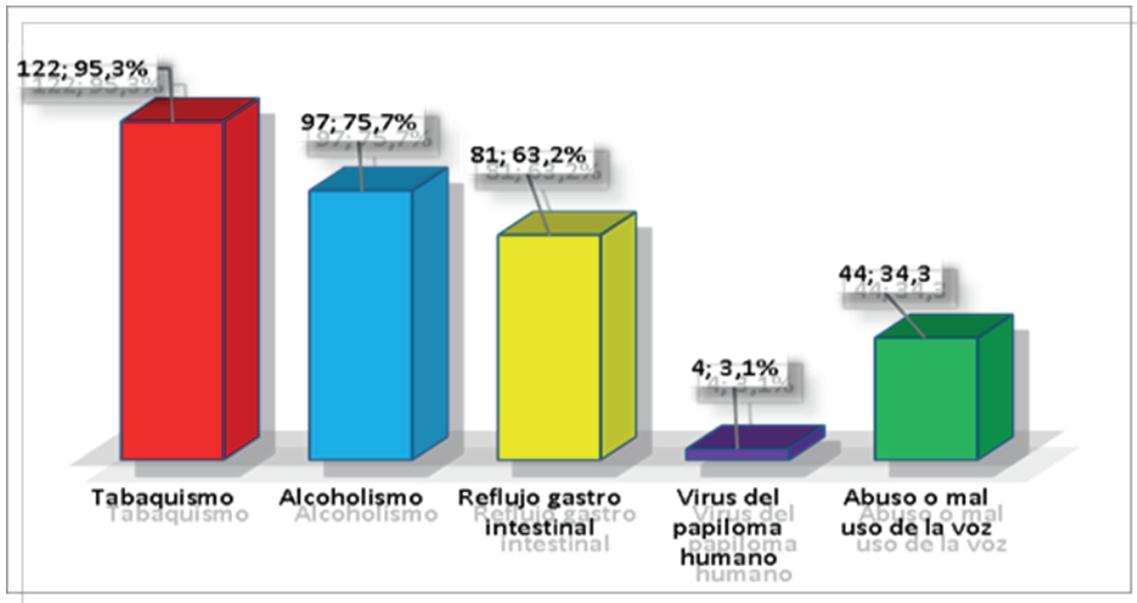


Figura 2. Distribución de los pacientes con cáncer laríngeo según factores de riesgo

Teniendo en cuenta los factores de riesgo, se puede observar en la figura 2, que el tabaquismo estuvo presente en 122 pacientes, lo que representó un 95,3 % del total, seguido del alcoholismo con 97 pacientes (75,7 %).

En la tabla 4 se observa que el Municipio que más casos aportó a esta enfermedad fue Pinar del Río con 32 pacientes, para un 25 %. Consolación del Sur es la segunda área que más ingresos aportó al estudio en un 16,4 % con 21 pacientes.

Tabla 4. Estratificación de la incidencia de pacientes diagnosticados con cáncer laríngeo según municipio

Municipios	No.	%
Pinar del Río	32	25
Consolación del Sur	21	16,4
San Juan y Martínez	14	11
Viñales	14	11
Los Palacios	11	8,6
San Luís	10	7,8
La Palma	9	7
Guane	6	4,6
Sandino	4	3,1
Mantua	4	3,1
Minas de Matahambre	3	2,3
Total	128	100

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este trabajo, son similares a estudios realizados en Francia y España,⁽¹⁸⁾ y se corresponden con investigaciones hechas en el INOR (Instituto de Oncología y Radiobiología) por Díaz J y colaboradores,⁽¹⁸⁾ quienes plantean que la enfermedad es más frecuente entre los 50 y 70 años, aunque se han reportado casos entre los 20 y 30 años, y por encima de los 80. También coincide en lo referente al sexo en el mismo estudio realizado en el INOR,¹⁸ de 630 pacientes evaluados, la distribución por sexos mostró predominio en el masculino con 558 pacientes, mientras que entre las mujeres se encontraron solo 71, para una relación de 7,75 a 1 a favor del sexo masculino. La elevada incidencia de estos tumores fundamentalmente en hombres, resalta la importancia de esta enfermedad como problema de salud en la bibliografía consultada, con una relación de 10 a 1 con respecto a las mujeres.^(19,20,21)

Castillo-López y colaboradores⁽²²⁾ plantean que para los tumores malignos de laringe se encontró un predominio general del sexo masculino (86 %). La edad promedio de presentación fue de 65 ± 11 años, con una mediana de 66 años y una moda de 68 años. Al realizar un análisis por grupos de edad se observó que el grupo

más afectado fue el de 60 a 69 años. También el presente estudio coincide con Yang PC y colaboradores⁽²³⁾ quienes refieren que es bien reconocida la mayor frecuencia de cáncer laríngeo en los hombres que en las mujeres.

Diversos estudios han destacado una alta frecuencia del cáncer laríngeo en el sexo masculino, y se ha asociado al mayor consumo de tabaco y alcohol en los hombres.²⁴ Acorde con este planteamiento, encontramos que, al comparar ambos sexos eliminando el factor de riesgo del tabaco, el cáncer de laringe continúa siendo más frecuente en los hombres.⁽¹³⁾

El sexo masculino es un factor de riesgo suficiente para el cáncer de laringe. Estos hallazgos sugieren que pueden existir factores relacionados con el sexo que influyan en la aparición de estos tumores. Acorde con este planteamiento, encontramos que, al comparar ambos sexos eliminando el factor de riesgo del tabaco, el cáncer de laringe continúa siendo más frecuente en los hombres. Estos hallazgos sugieren que pueden existir factores relacionados con el sexo que influyan en la aparición de estos tumores.⁽²⁴⁾

El color de la piel blanca resultados, coinciden con lo reportado por otros autores.^{18, 22} Los cánceres de laringe y de hipofaringe son más comunes entre las personas de raza blanca y de raza negra que entre los asiáticos y los hispanos latinos.⁽²²⁾

La etapa clínica al diagnóstico de la enfermedad relativamente tardía coincide con resultados similares a los de Castillo-López y colaboradores⁽²³⁾ quienes refieren que en su estudio el tiempo entre el inicio de los síntomas y la solicitud de atención médica fue de relativamente tardía también. Cuando se agrupa el tiempo de evolución, el 22 % de los pacientes solicitaron atención médica durante los primeros 5 meses del inicio de los síntomas. Sin embargo, algo más de la mitad de los pacientes (54,5 %) lo hicieron antes del primer año. Refieren además que la etapa en que se encontraba la patología fue temprana (estadio 0-II) en más de la mitad de los casos (58 %) al descartar aquellos con datos incompletos.

El cáncer laríngeo precoz es generalmente manejado con terapia estándar, mientras que en la enfermedad avanzada la decisión es individualizada.^(24,25)

El esquema de tratamiento combinado utilizado, resultó ser el más utilizado por los reportes de mejoría que se obtienen, estos resultados coinciden con algunos reportados en la literatura consultada.^(24,25)

En los pacientes con estadio avanzado, la decisión terapéutica es evaluada por comité oncológico y con especialistas en otorrinolaringología y consideran la condición clínica del paciente. Sobre el manejo de cáncer avanzado cabe destacar que algunos pacientes siguen el protocolo de tratamiento quirúrgico exclusivo y la gran mayoría de los pacientes el tratamiento combinado de cirugía y quimioterapia.^(26,27,28)

Los factores de riesgo de tabaquismo y alcoholismo están relacionadas con múltiples cánceres, incluido el de laringe; estos resultados son similares a los mostrados por Castillo-López y colaboradores²² quienes refieren que el antecedente de tabaquismo estuvo presente en el 78,6 % (136) de los pacientes, y el 80 % continuaban fumando al momento de su entrevista clínica inicial. El 89 % de los hombres refirieron historia positiva de tabaquismo, mientras que esta solo se reportó en el 11 % de las mujeres, mostrando una diferencia estadísticamente significativa.

Algunos autores coinciden con que factores medio ambientales, profesionales y endógenos pueden jugar un papel en la carcinogénesis del carcinoma laríngeo, el alto consumo de tabaco y alcohol se considera como los principales factores de riesgo de carcinoma epidermoide laríngeo. Además la intoxicación alcohol-tabaco es sinérgica en la génesis del carcinoma epidermoide, lo que incrementa en un 50 % el riesgo, en comparación con la población sin intoxicación.^(27,28)

Otros sugieren que el reflujo gastroesofágico incrementa el riesgo de cáncer de la faringe y de la laringe supraglótica, sobre todo en la epilaringe (epiglotis suprahioides y pliegues ariepiglóticos).^(29,30)

Si bien el consumo de tabaco es un factor de riesgo relacionado con el desarrollo de tumores de origen epidérmico, y en nuestra muestra es nueve veces mayor en los hombres que en las mujeres.⁽²³⁾

Los síntomas de presentación del cáncer de laringe son muy variables y dependen del sitio y del tamaño del tumor. Por ejemplo, los tumores glóticos en estadios tempranos se manifiestan clínicamente con disfonía, mientras que los tumores supraglóticos tienden a manifestarse con disfagia, dolor o disfonía.⁽¹⁷⁾

La disfonía se manifiesta inicialmente en el 80 % de los pacientes, pero cuando se trató de un tumor supraglótico la disfagia fue el síntoma de presentación más común, a pesar de que el tumor glótico da síntomas muy tempranos, es frecuente que el paciente no solicite valoración médica oportuna antes de los 6 meses o del año.^(24,25)

Este retraso en el diagnóstico también es referido por otros autores,^(31,32) describiendo la presencia de otros síntomas como compromiso de la vía aérea, dificultad para deglutir o incluso masas palpables en el cuello. El diagnóstico temprano del paciente pudiera relacionarse con una atención oportuna, lo cual repercutiría en un mejor pronóstico y una mayor sobrevida libre de enfermedad, e incluso en estrategias de tratamiento para la preservación laríngea.⁽¹⁸⁾ Sin embargo, la asociación de tabaquismo (edema de Reinke), infecciones asociadas (virus del papiloma humano), reflujo laringofaríngeo y otros factores pueden relacionarse con disfonía intermitente, lo cual dificulta el establecer con precisión el inicio de los síntomas, y muchas veces el paciente

los refiere de muy larga evolución con un incremento en los últimos meses.^(33,34)

La prevalencia de hábito tabáquico y/o consumo de alcohol es importante, estando en su conjunto presente en la mayoría de los pacientes.⁽³⁵⁾

La disfonía fue referida como síntoma inicial en el 81 % (140) de los pacientes, seguida de la disfagia; esta última relacionada con los tumores supraglóticos con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,003$), plantean Castillo-López y colaboradores.⁽²²⁾

Al analizar la estratificación de la incidencia de pacientes diagnosticados con cáncer laríngeo según municipio se identificó Pinar del río y Consolación del Sur, municipios que tienen una extensión geográfica y una densidad poblacional mayor que el resto de los municipios, Pinar del Río por ser el municipio cabecera de la provincia, se concentra mayor población, por lo que se justifica que se incrementen estas adicciones y estilos de vida inadecuados que afecten su salud.

Estos resultados coinciden con los reportados por Hernández García y colaboradores⁽³⁶⁾ en un estudio realizado en el Hospital Abel Santamaría en el año 2014 se encontró que la distribución de los pacientes según su procedencia geográfica mostró que el municipio más afectado fue Pinar de Río con el 32 % (el cual coincide con el de mayor densidad poblacional) Consolación del Sur 14 % y Guane con el 11 % de los casos.

Estos elementos se manejan en estudios realizados para el comportamiento de la variabilidad geográfica del cáncer de la laringe, en las investigaciones practicadas en Cuba y en otros países se analiza la incidencia por provincias pero no así teniendo en cuenta la distribución por municipios.⁽³⁷⁾

Se pudo comprobar que al hospital ingresan pacientes con cáncer de laringe en etapas avanzadas de la enfermedad, distinguiéndose la localización glótica-subglótica para los tres municipios más afectados con el porcentaje más creciente.⁽³⁶⁾

En suma, el cáncer de laringe es una patología de gran impacto en otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello con un perfil epidemiológico relativamente estable.^(38,40)

CONCLUSIONES

El grupo de edades que predominó fue el de 50 a 59 años, el sexo masculino y color de la piel blanca. La etapa clínica al diagnóstico de la enfermedad que más prevaleció fue la relativamente tardía. El tratamiento combinado fue el más utilizado. El factor de riesgo que más estuvo presente fue el tabaquismo, seguido del alcoholismo. El municipio que más casos aportó a esta enfermedad fue Pinar del Río, seguido del municipio Consolación del Sur.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Molina Ruiz JM, Delportal MJ. Calidad de vida en pacientes tratados con Cáncer de Cabeza y Cuello. *Acta Otorrinolaringológica Esp* [Internet]. 2019 [citado 03 Jul 2022]; 54. Disponible en: <http://scholar.google.com/cu/scholar?hl=es&q=Calidad+de+vida+en+pacientes+tratados+con+Cáncer+de+Cabeza+y+Cuello.+&btnG=&lr=>
2. Amar A, Chedid Helma M, Franzi Altino S, Rapoport A. Retardo diagnóstico e terapêutico em pacientes com câncer da laringe em hospital público de referência. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2019 Dec; 76(6).
3. Cancer Incidence and mortality World Wide: IARC [Internet]. GLOBOCAN [citado 03 Jul 2022]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/>
4. Markou K, Christoforidou A, Karasmanis I, Tsiropoulos G, Triaridis S, Constantinidis I, et al. Laryngeal cancer: epidemiological data from Northern Greece and review of the literature. *Hippokratia* [Internet]. 2021 [citado 03 Jul 2022]; 17(4):313-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4097410/pdf/hippokratia-17-313.pdf>
5. Organización Panamericana de la Salud Health Situation in the Americas. Basic Indicators [Internet]. Washington: OPS; 2021 [citado 03 Julio 2022]. Disponible en: http://ais.paho.org/chi/brochures/2021/BI_2021_ENG.pdf
6. Galera Ruiz H, Ríos Moreno MJ, González Cámpora R, Galera Davidson H. Proteine WNT Net carcinoma squamocellulare della laringe e nel carcinoma del rinofaringe. *Acta Otorhinolaryngol Ital* [Internet]. 2021 [citado 20 Junio 2022]; 32:. Disponible en: <http://www.actaitalica.it/issues/2021/3-12/3-2012.htm>
7. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics. *CA Cáncer J Clin* [Internet]. 2020 [citado 24 Junio 2022]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20203/abstract>
8. Lence Anta JJ, Fernández Garrote LM. Distribución geográfica del cáncer de laringe en Cuba. *Rev Cubana*

Salud Pública [Internet]. 2019 Sep [citado 19 Julio 2022]; 35(3):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000300002&lng=es

9. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Cuba 2019 [Internet]. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2020 [citado 18 Jun 2022]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2022/04/anuario-2011-e.pdf5>

10. Lefebvre JL, Chevalier D. How to Cite or Link Using DOI [Internet]. [citado 12 Julio 2021]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1632347506453066>

11. Achiong Estupiñán F, Morales Rigau JM, Dueñas Herrera A, Acebo Figueroa F, Bermúdez González CL, Garrote Rodríguez I. Prevalencia y riesgo atribuible al tabaquismo. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2020 [citado 11 Junio 2021]; 44(1):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032006000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

12. Oblitas G, Colon V, Fuentes MB, García C, Villegas C, Rodríguez JJ. Tratamiento del cáncer de laringe experiencia en el Instituto Oncológico Doctor Luis Razetti. *Rev Venez Oncol*. 2020 jul-sept; 23(3).

13. Brunetto B. Reflujo Faringolaríngeo: una patología con identidad propia. *RevOtorrinolaringolCir Cabeza Cuello*. 1998; 58: 129-33.

14. Alert Silva J. La Oncología en Cuba. Ciudad de la Habana, Cuba: Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología; 2020.

15. Piyathilake C, Hine R, Dasanayke A, Richards E, FreeberL, Vaughn W, et al. Effect of smoking on folate levels in buccal mucosa cells. *Int J Cancer*. 1992; 52: 566-9.

16. Lieber C, Garro A, Leo M, Mak K, Worner T. Alcohol and cancer. *Hepatology*. 1996; 6:1005-19.

17. Menvielle G, Luce D, Goldberg P, Bugel I, Leclerc A. Smoking, alcohol drinking and cancer risk for various sites of the larynx and hypopharynx. A case-control study in France. *Eur J. Cancer Prev*. 2019;13:165-72.

18. Díaz J, López R, Lugo J, Rodríguez C, Cuevas I. Cáncer de la laringe. Experiencia del Instituto Nacional de Oncología. *Rev. Inst. Nac. Enf. Mex*. 2020;15(4):220-5.

19. Pilarska A. The role of aromatic hydrocarbon hydroxylase in the pathogenesis of lung cancer. *Rev Oncol Ed Tyg Lek Pol*. 1990;45(14-15):303-7.

20. Koufman J. The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease, Laryngoscope. J. Philadelphia. 2019;101(4):1-78.

21. Vecerina S, Romic R, Krajina Z. Androgen receptors in normal and neoplastic laryngeal tissue. *Arch Otolaringol. Head Neck Surg*. 2019;113(4):411-21.

22. Castillo-López IY, Govea-Camacho LH, Sánchez-Robles EE, Palacios-López JC. Caracterización clínico-patológica del cáncer de laringe en la población mexicana. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2021;59(1):27-33. Disponible en internet: <http://revistamedica.imss.gob.mx/i>

23. Yang PC, Thomas DB, Daling JR, Davis S. Differences in the sex ratio of laryngeal cancer incidence rates by anatomic subsite. *J Clin Epidemiol*. 1989;42(8): 755-8. [http://10.1016/0895-4356\(89\)90072-3](http://10.1016/0895-4356(89)90072-3)

24. Talamini R, Bosetti C, La Vecchia C, Dal Maso L, Levi F, Bidoli E, et al. Combined effect of tobacco and alcohol on laryngeal cancer risk: a case-control study. *Cancer Causes Control*. 2021;13(10):957-64. <http://10.1023/a:1021944123914>

25. Contreras JR, Rich Niklitschek BE, Paredes W A, Cristobal Mass JO. Cáncer laríngeo-hipofaríngeo: Evaluación en el Hospital San Juan de Dios. *Rev Otorrinolaringol Cir Cab-Cuello* 2020; 61: 19-30.

26. Forastlere aa, GoePFert h, Maor M, PaJak tF, weBer r, MorrIsoN w, GllssoN B, trottl a, rldGe Ja, chao c, Peters G, lee dJ, leaF a, eNsleY J, cooPer J. Concurrent chemotherapy and radiotherapy for organ preservation

in advanced laryngeal cancer. N Engl J Med 2003; 349(22): 2091-8. <http://10.1056/NEJMoa031317349/22/2091>

27. Fajardo GA, Mendoza SH, Valdéz ME, Mejía AM, Yamamoto KL, Mejía DAM, Ayón CA, Bolea MV, Frías VG, Rivera LR, y cols. Frecuencias de neoplasias malignas en niños atendidos en hospitales del Distrito Federal. Estudio multicéntrico. Bol Hosp Infan Mex 2019; 53:57-66

28. Zeitels S, Casiano R, Gardner G, Hogikyan N. Management of common voice problems: Committee report. Otol Head Neck Surg. 2019;126(4):333-48.

29. Managues A. Lesiones precancerosas laríngeas. Ann ORL Mex. 2019;53(4):16774.

30. Mendenhall W, Riggs C. Treatment of head and neck cancers. Rev. Oncol. Ed. Williams. Philadelphia. 2019;12(6):662-732.

31. Flores Díaz R, Martínez Martínez G, Velázquez Chong H. Diagnóstico y tratamiento del carcinoma epidermoide de laringe. CENETEC; 2010. [citado 2022 Oct 27] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/471_GPC_CaLaringe/ger_cancer_de_laringe.pdf.

32. Herrera-Gómez A, Villavicencio-Valencia V, Rascón-Ortiz M, Luna-Ortiz K. Demografía del cáncer laríngeo en el Instituto Nacional de Cancerología. Cir Cir. 2019;77(5):353-7.

33. Lim S, Sau P, Cooper L, McPhaden A, Mackenzie K. The incidence of premalignant and malignant disease in Reinke's edema. Otolaryngol Head Neck Surg. 2019;150(3):434-6. <http://10.1177/0194599813520123>

34. Dogantemur S, Ozdemir S, Uguz A, Surmelioglu O, Dagkiran M, Tarkan O, et al. Assessment of HPV 16, HPV 18, p16 expression in advanced stage laryngeal cancer patients and prognostic significance. Braz J Otorhinolaryngol. 2020;86(3):351-7. <http://10.1016/j.bjorl.2019.11.005>

35. American Cancer Society. Laryngeal and hypopharyngeal cancers overview: Survival rates for laryngeal and hypopharyngeal cancers by stage. [citado 2022 Oct 27] Disponible en: <http://www.cancer.org/cancer/laryngealandhypopharyngealcancer/detailedguide/laryngeal-and-hipopharyngealcancer-survival-rates>.

36. Hernández García Ottoniel, Castillo Romero Esther, Rodríguez Gómez Isabel, Albert Rodríguez José Antonio, Fernández Barrera Roberto. Factores de riesgo del cáncer laríngeo. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2014 Dic [citado 2022 Oct 27] ; 18(6) : 983-996. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000600006&lng=es.

37. Puñal Riobóo J, Varela Lema L, Barros Dios JM, Juiz Crespo MA, Ruano Raviña A. La ocupación como factor de riesgo del cáncer oral y de faringe. Acta de Otorrinolaringol Esp. 2019; 61(5).

38. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Historia. [citado 2022 Oct 27] Disponible en: http://www.hospitalsooterodelrio.cl/home/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=75.

39. Iro h, waldFahrer F, alteNdorF-hoFMaNN a, weldeNBecher M, sauer r, steINer w. Transoral laser surgery of supraglottic cancer: follow-up of 141 patients. Arch Otolaryngol HeadNeck Surg 1998; 124(11): 1245-50.

40. Villaseca I, BerNal-sPrekelseN M. Tratamiento de los tumores laríngeos localmente avanzados mediante microcirugía transoral láser. Acta Otorrinolaringol Esp 2021; 64(2): 140149. <http://10.1016/j.otorri.2012.01.013>

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Ileana Pacheco Valdés, Modesto Cordovés Jerez, Raúl Rodríguez González, José Roberto Fernández Barrera, Humberto López Benítez.

Curación de datos: Ileana Pacheco Valdés, Modesto Cordovés Jerez, Raúl Rodríguez González, José Roberto

Fernández Barrera, Humberto López Benítez.

Análisis formal: Ileana Pacheco Valdés, Modesto Cordovés Jerez, Raúl Rodríguez González, José Roberto Fernández Barrera, Humberto López Benítez.

Investigación: Ileana Pacheco Valdés, Modesto Cordovés Jerez, Raúl Rodríguez González, José Roberto Fernández Barrera, Humberto López Benítez.

Metodología: Ileana Pacheco Valdés, Modesto Cordovés Jerez, Raúl Rodríguez González, José Roberto Fernández Barrera, Humberto López Benítez.

Administración del proyecto: Ileana Pacheco Valdés, Modesto Cordovés Jerez.

Recursos: Ileana Pacheco Valdés, Modesto Cordovés Jerez, Raúl Rodríguez González, José Roberto Fernández Barrera, Humberto López Benítez.

Supervisión: Ileana Pacheco Valdés, Modesto Cordovés Jerez, Raúl Rodríguez González, José Roberto Fernández Barrera, Humberto López Benítez.

Validación: Ileana Pacheco Valdés, Modesto Cordovés Jerez, Raúl Rodríguez González, José Roberto Fernández Barrera, Humberto López Benítez.

Visualización: Ileana Pacheco Valdés, Modesto Cordovés Jerez, Raúl Rodríguez González, José Roberto Fernández Barrera, Humberto López Benítez.

Redacción - borrador original: Ileana Pacheco Valdés, Modesto Cordovés Jerez, Raúl Rodríguez González, José Roberto Fernández Barrera, Humberto López Benítez.

Redacción - revisión y edición: Ileana Pacheco Valdés, Modesto Cordovés Jerez, Raúl Rodríguez González, José Roberto Fernández Barrera, Humberto López Benítez.