

# GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

## Guía de Referencia Rápida

### Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Epidermoide de Laringe

# GPC

## Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-471-11**

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

**C32 Tumor maligno de la laringe**  
**C320 Tumor maligno de la glotis**  
**C321 Tumor maligno de la región supraglótica**  
**C322 Tumor maligno de la región subglótica**  
**C323 Tumor maligno del cartílago laríngeo**  
**C328 Lesión de sitios contiguos de la laringe**  
**C329 tumor maligno de la laringe, parte no especificada**

**GPC**

**Diagnóstico y Tratamiento del Carcinoma  
Epidermoide de Laringe**

**ISBN en trámite**

## DEFINICIÓN

El cáncer epidermoide de la laringe es la transformación de células epiteliales de normales a anormales, secundaria a una mutación genética. Las células anormales presentan una multiplicación desordenada, con la capacidad de invadir los tejidos cercanos y diseminarse a otras regiones a través del sistema circulatorio y linfático. El sitio más frecuente de origen del cáncer es la glotis o cuerdas vocales (59%), le sigue la supraglotis (40%) y por último la subglotis (1%).

## FACTORES DE RIESGO

- El tabaquismo
- El consumo de alcohol en cantidades importantes (más de 60g/día),
- La intoxicación alcohol-tabaco es sinérgica en la génesis del carcinoma epidermoide de vías aéreas digestivas superiores (aumenta 50% el riesgo).
- La exposición a polvo de madera, cemento, pinturas, barnices, ácido sulfúrico e hidroc্লórico, asbestos, derivados del petróleo, plásticos, químicos para la elaboración de vidrio y níquel, aumenta el riesgo de presentar cáncer de cabeza y cuello.
- El virus del papiloma humano (VPH-16), se asocia con mayor frecuencia al cáncer epidermoide de orofaringe, en comparación con quienes no lo presentan,
- Susceptibilidad genética.
- Cáncer previo en el tracto aerodigestivo superior

## DIAGNÓSTICO

Se recomienda a los médicos de primer contacto, realizar como parte de su práctica clínica estudios de extensión ante los síntomas relacionados a disfonía, disnea, disfagia, odinofagia, estridor y/o tumor en cuello, en pacientes con sintomatología por más de 3 semanas, sobre todo en población de alto riesgo.

## INTERROGATORIO

Los pacientes pueden ser asintomáticos y tener lesiones laríngeas ocultas, que pueden ser detectadas con el estudio endoscópico realizado por médicos especialistas.

Los pacientes sintomáticos, pueden presentar los siguientes datos:

Disfonía	Disnea
Disfagia	Odinofagia
Estridor	Tumor cervical

## EXPLORACIÓN

Inspección de la región de cabeza y cuello buscando asimetría, aumentos de volumen.

Palpación de la región cervical en busca de ganglios linfáticos (localización, tamaño, número, crecimiento y movilidad).

Inspección de lesiones:

Evaluar las características específicas de cada lesión (localización, tamaño, color, exofítico, endofítico, contornos y extensión)

Documentación de las lesiones a través de un mapeo, para especificar localización y dimensiones.

## EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

- Ante la sospecha de lesión premaligna o maligna en laringe, envíe o realice la biopsia de la lesión por médico especialista.
- Ante la presencia de lesiones de mucosa, debe realizarse biopsia que incluya tejido profundo (estroma) para valorar la infiltración de la lesión.
- Ante la presencia de ganglios cervicales se sugiere biopsia por aspiración de aguja fina.
- La Tomografía Computada (TAC) o Resonancia Magnética Nuclear (RM) del cuello debe ser efectuada para definir el tamaño, localización, estructuras involucradas para definir la etapa del tumor y establecer el mejor plan terapéutico.
- La TAC debe ser realizada en todos los pacientes con cáncer de cabeza y cuello para descartar enfermedad metastásica en los ganglios cervicales
- Se deberá realizar a todo paciente con este tumor, radiografía de tórax AP y Lateral, con la finalidad de descartar actividad metastásica.

### TRATAMIENTO

Para lesiones en etapa temprana en general se debe realizar una selección específica para cada paciente, en base a factores pronósticos. El tratamiento en esta etapa consiste básicamente en cualquiera de las siguientes opciones: radioterapia, cirugía conservadora y vigilancia.

Para tratamiento de etapas avanzadas, valorar de acuerdo a la función laríngea, características propias del paciente y del tumor las opciones de tratamiento en base a órgano-preservación vs tratamiento radical.

Ver algoritmos de Tratamiento

### CLASIFICACION DEL CÁNCER DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE CABEZA Y CUELLO

Estadio I	T1, NO, MO
Estadio II	T2, NO, MO
Estadio III	T3, NO, MO, T1, T2, T3, N1, MO
Estadio IV	T4 NO, N1, MO
	Cualquier T, N2, N3, MO
	Cualquier T, cualquier N, M1

### CLASIFICACION GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES (N)

Ganglios linfáticos regionales (N)	
<b>NX</b>	Los ganglios pueden ser valorables o no
<b>NO</b>	Sin ganglios clínicamente positivos
<b>N1</b>	Un nódulo clínicamente positivo, homolateral y de diámetro < 3cm
<b>N2a</b>	Un nódulo clínicamente positivo, homolateral y de diámetro entre 3 y 6 cm
<b>N2b</b>	Múltiples ganglios homolaterales clínicamente positivos, ninguno mayor de 6 cm de diámetro
<b>N3a</b>	Ganglios positivos homolaterales y mayores de 6 cm
<b>N3b</b>	Ganglios positivos clínicamente bilaterales y mayores de 6 cm
<b>N3c</b>	Ganglios positivos clínicamente contralaterales y mayores de 6 cm
Metástasis a distancia (M)	
<b>MX</b>	No se valoró las metástasis a distancia
<b>MO</b>	Sin evidencia de metástasis a distancia
<b>M1</b>	Con metástasis a distancia

## CLASIFICACION TNM PARA ESTADIFICACIÓN

<b>Tumor primario (T)</b>	
TX	Sin información de tumor primario
T0	Sin evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma <i>in situ</i>
<b>Supraglotis</b>	
T1	Tumor limitado a un subsitio de la supraglotis con movilidad normal de las cuerdas vocales
T2	El tumor invade la mucosa de más de un subsitio adyacente de la glotis y supraglotis, fuera de la supraglotis (ej: mucosa de la base de la amígdala, úvula, pared media del seno piriforme) sin fijación a la laringe
T3	Tumor limitado a la laringe, con fijación de cuerdas vocales y/o invasión a cualquiera de las áreas siguientes: post cricoidea, preepiglotica, espacio paraglotico y/o erosión del cartílago tiroideo menor
T4 a	El tumor invade a través del cartílago tiroideo y/o invade tejidos más allá de la laringe (ej: tráquea, tejidos blandos de cuello incluyendo musculo profundo extrínseco de la amígdala, tiroides o esófago)
T4 b	El tumor invade el espacio prevertebral, revestimiento de arteria carotidea o estructuras de mediastino
<b>Glottis</b>	
T1	Tumor limitado a la(s) cuerda(s) vocale(s) (puede involucrar la comisura anterior o posterior) con movilidad normal
T1 a	Tumor limitado a una cuerda vocal
T1 b	Tumor que involucra ambas cuerdas vocales
T2	Tumor que se extiende a supraglotis y/o subglottis, o con afectación de la movilidad de la cuerda vocal
T3	Tumor limitado a la laringe con fijación de la cuerda vocal
T4 a	El tumor invade el cartílago cricoideo o tiroideo y/o invade tejidos más allá de la laringe (ej: traquea, tejidos blandos de cuello incluyendo musculo profundo extrínseco de la lengua, tiroides o esófago)
T4 b	El tumor invade el espacio prevertebral, revestimiento de arteria carotidea o estructuras de mediastino
<b>Subglottis</b>	
T1	Tumor limitado a subglottis
T2	Tumor que se extiende a cuerda(s) vocal(es) con movilidad normal o afectada
T2	Tumor limitado a laringe con fijación de cuerda vocal
T4 a	El tumor invade el cartílago cricoideo o tiroideo y/o invade tejidos más allá de la laringe (ej: traquea, tejidos blandos de cuello incluyendo musculo profundo extrínseco de la lengua, tiroides o esófago)
T4 b	El tumor invade el espacio prevertebral, revestimiento de arteria carotidea o estructuras de mediastino

### CLASIFICACION GRADO DE DIFERENCIACIÓN HISTOPATOLÓGICA

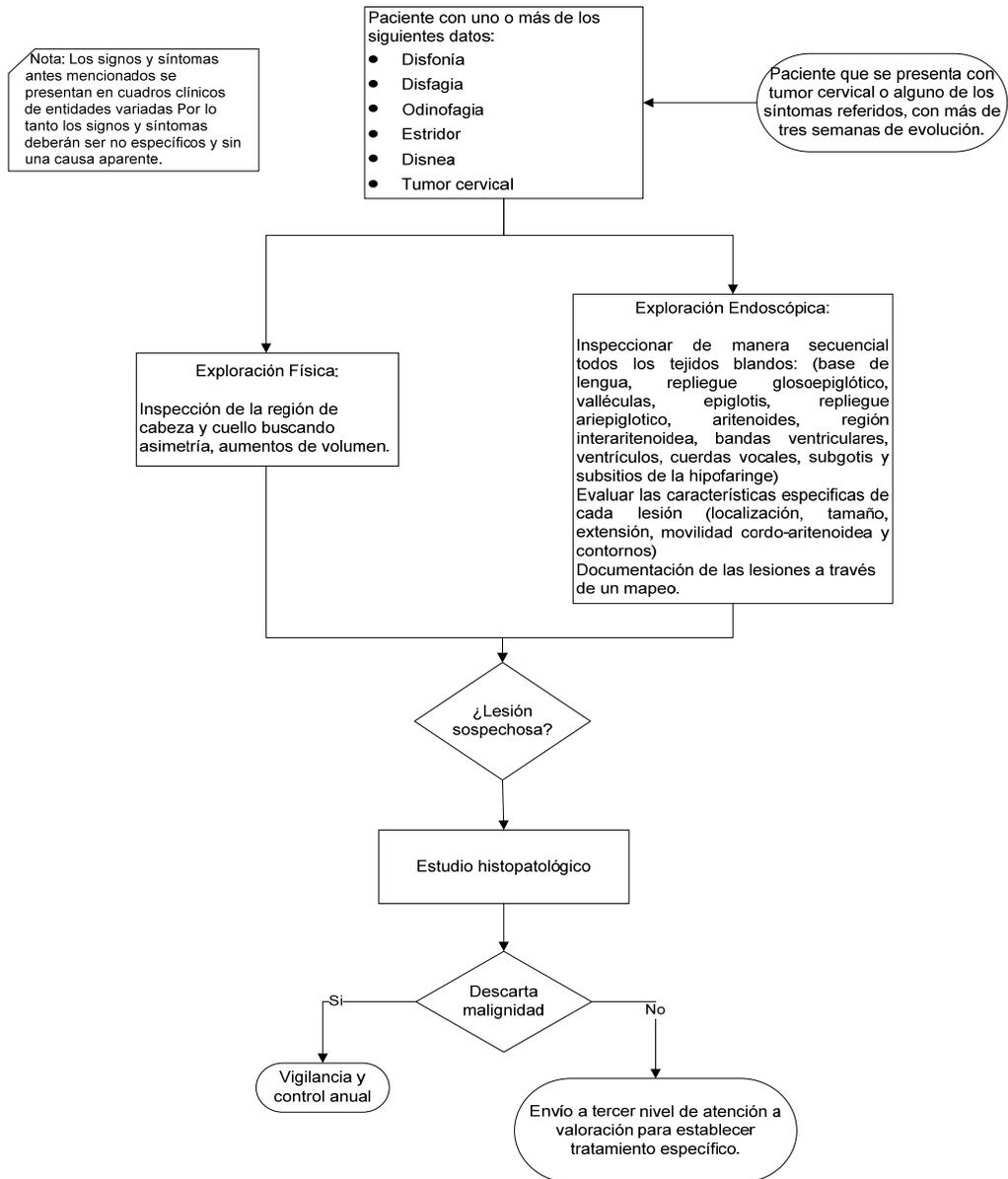
Gx	No se puede establecer el grado de diferenciación
G1	Bien diferenciado
G2	Moderadamente diferenciado
G3	Pobremente diferenciado
G4	Indiferenciado

### CLASIFICACION DEL ESTADO FUNCIONAL DE ACUERDO AL (ECOG).

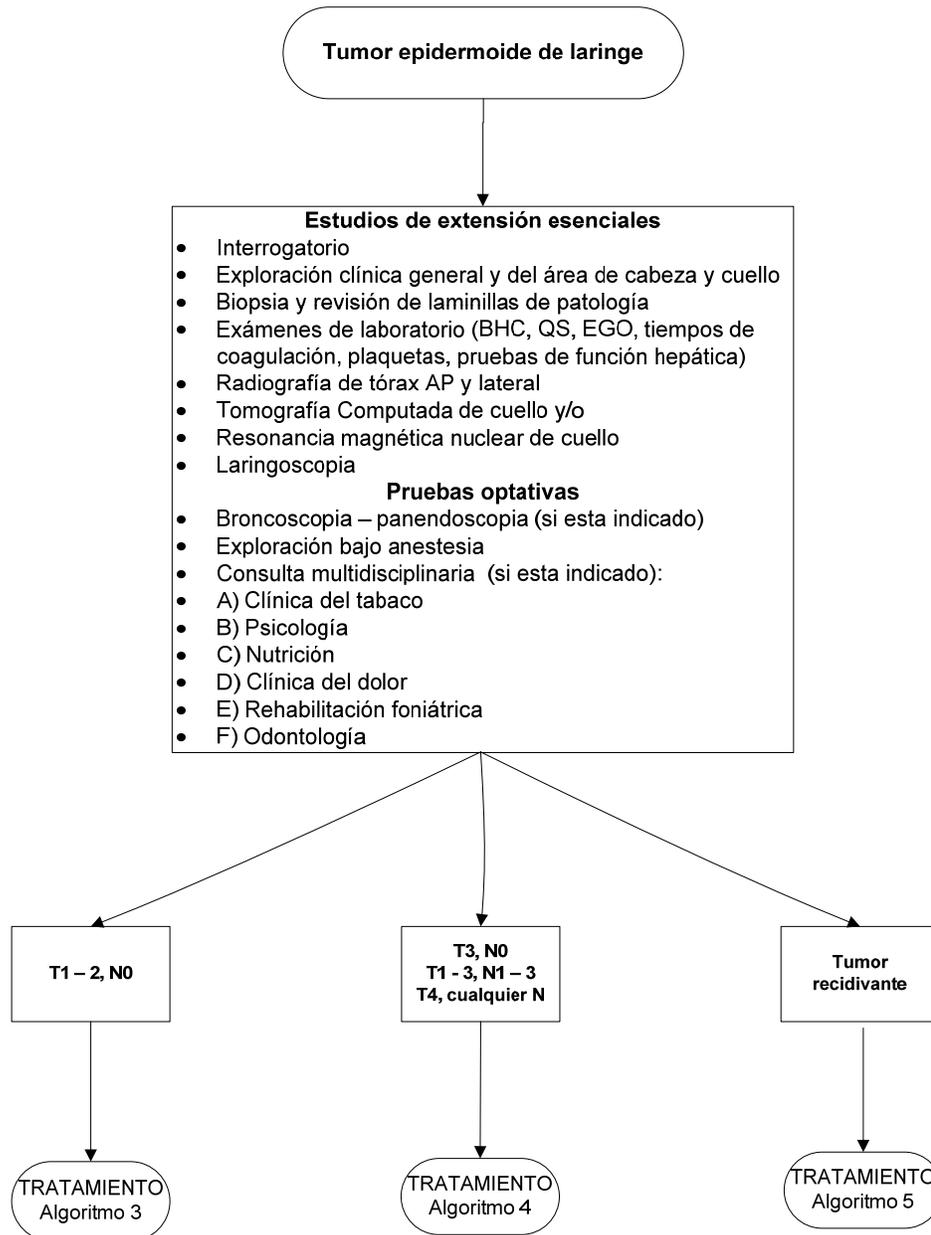
Clasificación del estado funcional (ECOG)	
<b>ECOG 0.</b>	El paciente encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.
<b>ECOG 1.</b>	El paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos arduos aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas. El paciente solo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.
<b>ECOG 2.</b>	El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que lo obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, pero no supera el 50 % del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades solo.
<b>ECOG 3.</b>	El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria.
<b>ECOG 4.</b>	El paciente permanece encamado el 100 % del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria.
<b>ECOG 5.</b>	El paciente se encuentra moribundo o morirá en horas.

ALGORITMOS

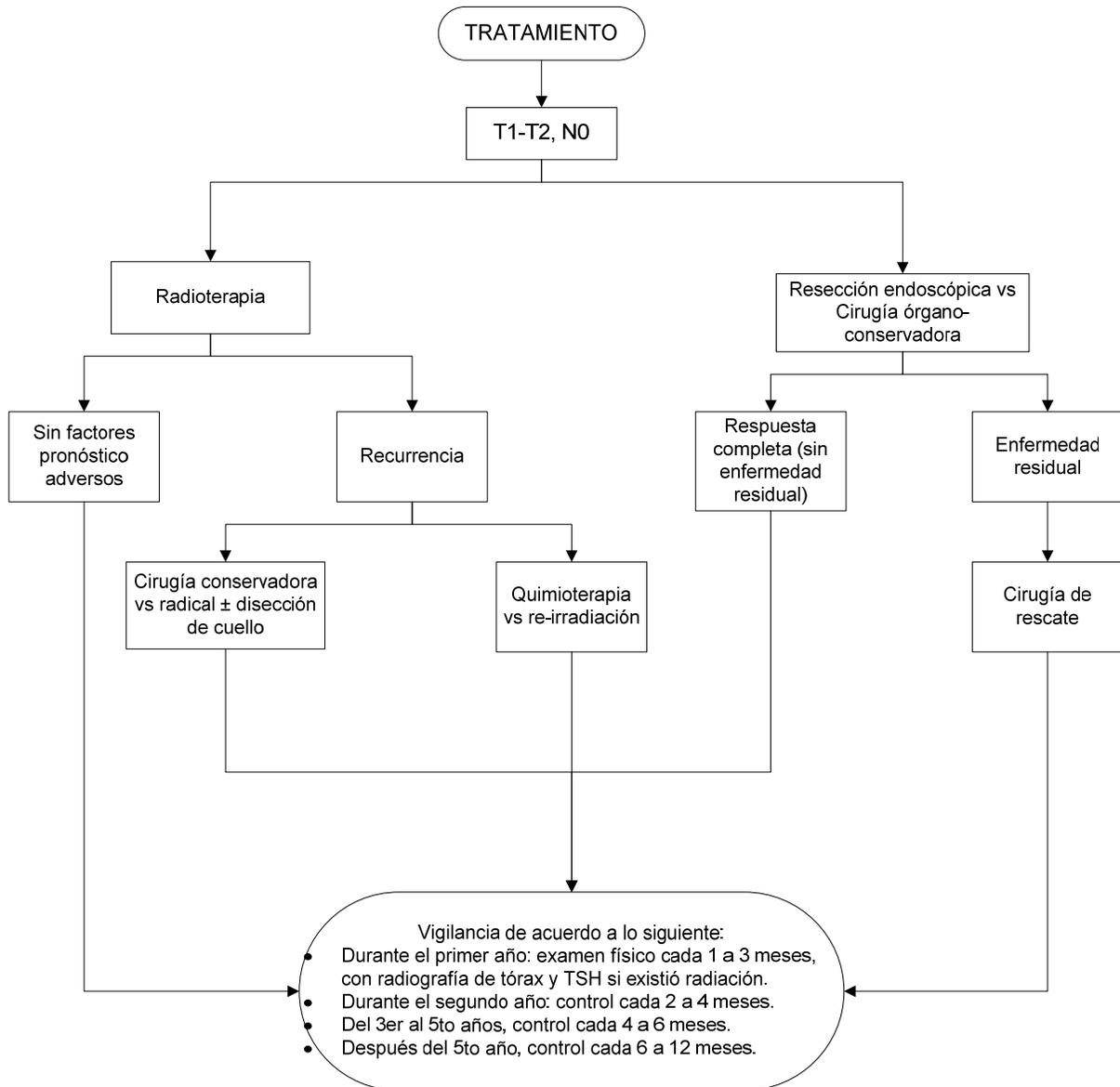
**Algoritmo 1. Diagnóstico Clínico de Cáncer Epidermoide de Laringe**



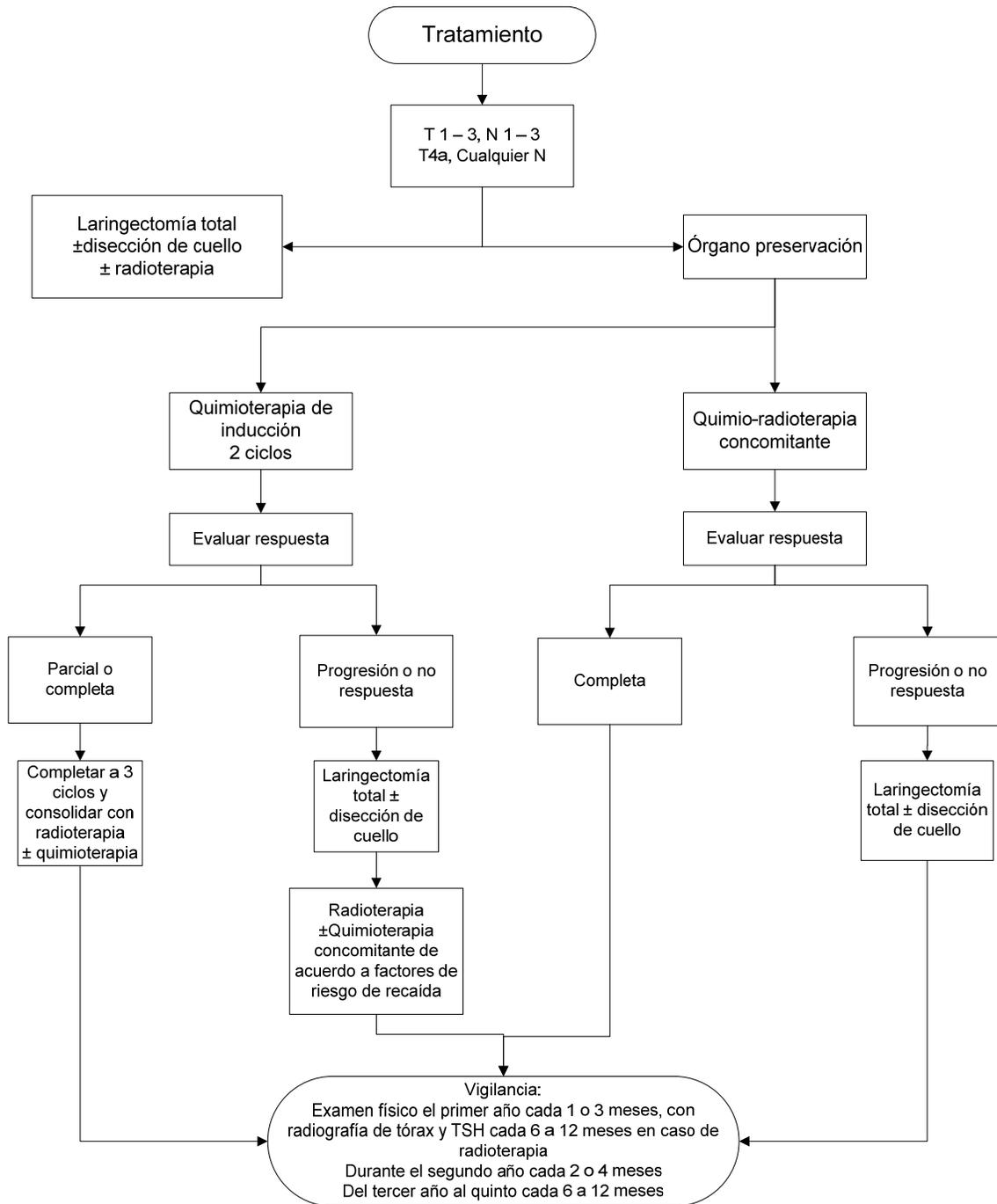
**Algoritmo 2. Diagnóstico y estadificación del cáncer epidermoide de laringe**



Algoritmo 3. Tratamiento del cáncer epidermoide de laringe. T1-T2, N0



**Algoritmo 4. Tratamiento del cáncer epidermoide de laringe. T3, N0, T1-3, N1-3 y T4a, cualquier N**



**Algoritmo 5. Tratamiento de Recidiva**

