

616.22-006  
C233

## El aporte radiológico al diagnóstico del cáncer de laringe

En primer lugar debemos recordar que no se debe pedir a la radiología el diagnóstico de cáncer de la laringe.

No podemos hacer radiológicamente el diagnóstico de la naturaleza de un proceso.

Lo que se le debe pedir al examen radiográfico es otra cosa: la topografía, extensión y profundidad de un proceso que el clínico, ya supone que es un cáncer por el examen clínico y confirmado por la biopsia.

También puede suceder que el clínico, observe por el espejo laríngeo, una tumuración lisa sin alteraciones en la mucosa y que clínicamente no puede resolver sobre su naturaleza, ya que no encuentra mucosa enferma para hacer la biopsia. En estas condiciones la radiografía puede resolver el problema, mostrando que se trata de un gran saco aéreo: laringosele.

Pero este es el caso excepcional, lo frecuente es que el clínico se halle frente al primer caso y desee estudiar la extensión y profundidad del proceso.

La arquitectura laríngea se presta muy bien para el estudio radiológico, ya que está compuesta de elementos de distinta densidad.

- 1) Esqueleto óseo cartilaginoso.
- 2) Partes blandas.
- 3) Cavidades aeriformes.

La visión que tiene el clínico de la laringe es la que ve a través del espejo, como si miráramos por el extremo de un tubo, y la que puede deducir a la palpación.

a) La radiografía aporta una gran contribución al estudio de la laringe al mostrarla en su proyección lateral en toda su extensión.

La superficie de la mucosa endo-laríngea que corresponde principalmente a la parte anterior, queda impresionada como una línea nítida que reproduce los detalles anatómicos de las valéculas, epiglotis hasta la comisura y línea subglótica anterior.

En esta proyección, cuando una lesión infiltrante o vegetante está implantada en las partes anteriores de la laringe, ya que en la parte posterior es excepcional, la sombra tumoral aparece en relieve sobre la superficie o extendiéndose en profundidad con toda la claridad.

b) La tomografía nos da la imagen de frente con características de simetría que son perfectas, nos muestra las cuerdas vocales y banda con toda nitidez, y por lo tanto la noción del lado de la lesión, su extensión y profundidad.

La superficie de la mucosa endo-laríngea queda impresionada marcando una línea sinuosa que reproduce los detalles anatómicos bien conocidos.

Con esta técnica, cuando una lesión está implantada en la pared lateral, de la endo-laríngea, si es vegetante la sombra tumoral aparece en relieve y si es infiltrante se extiende en profundidad con toda nitidez.

Es importante destacar que estas técnicas tienen cada una su indicación bien precisa y si bien puede ser conveniente hacer sistemáticamente la placa lateral y la tomografía no siempre son necesarias las dos.

Por ejemplo: los tumores correspondientes a la parte superior de la epiglotis, de su cara laríngea y repliegue glótico anterior, puede ser suficiente la placa lateral; en cambio lo que corresponde a la glotis es necesario emplear la tomografía.

Para poder llegar a una mejor precisión vamos a detallar cuáles son las posibilidades que la radiografía puede dar al clínico frente a un tumor de la laringe. Por razones de orden práctico dividiremos a la laringe en las tres partes bien conocidas:

- 1 Región supraglótica.
- 2 » glótica.
- 3 » subglótica.

No entraremos en detalle en cuanto a la limitación de cada una de ellas recordando que corresponde a la glotis solamente la cuerda vocal.

1. En la parte de la *región supraglótica* tenemos en primer lugar la epiglotis. El clínico que ha visto por el espejo que existe un cáncer de la epiglotis, confirmado por la biopsia, le interesa de manera fundamental para el tratamiento:

- a) La propagación del tumor en profundidad.
- b) La propagación del tumor en extensión descendente.
- a) La propagación en profundidad nos la dará la proyección lateral, la que es suficiente. Esta nos mostrará la invasión del espacio pre-epiglótico en distintos grados, hasta el ligamento tiro-hioideo o hasta el hueso hioides o valécula o base de lengua.

La clínica por sí sola puede tener dificultad para resolver en un primer grado la propagación en profundidad en esta región.

La consecuencia importante que se desprende de la radiografía, cuando se realiza esa propagación es la de que es necesario hacer una laringectomía agrandada con espacio pre-epiglótico, hueso hioides y base de lengua, o bien que el caso es inoperable.

También la radiografía nos podrá mostrar en los casos de tumor de la cara laríngea de la epiglotis la existencia de un cráter que invade el espacio pre-epiglótico y entonces las pocas probabilidades de ser tratado por los Rayos X.

b) Un tumor de la cara laríngea de la epiglotis, cuando es muy vegetante no permite al clínico ver por el espejo su extensión descendente y controlar el polo inferior del tumor. Y esto es punto importante para los que tienen tendencia a la cirugía parcial, ya que les permitirá hacer una intervención con conservación de las cuerdas vocales.

La radiografía estudia este problema en la proyección lateral.

El tumor infiltrante o vegetante de la cara laríngea de la epiglotis muestra irregularidades en la conocida línea oblicua que está bien representada en la placa lateral y si esas irregularidades descienden hasta el pie de la epiglotis. La

radiografía nos dirá si se extiende el tumor hasta la comisura anterior, no modificándola.

La radiografía nos muestra pues si hay separación de esta línea oblicua de la cara anterior del cartílago tiroides.

En esas condiciones se podrá apreciar cómo el tumor se extiende, tomando la comisura, la que dificultaría hacer una laringectomía parcial del tipo horizontal con conservación, por lo tanto, de la voz y de la respiración por vías naturales.

2. *Parte media.*—En esta parte, desde el punto de vista radiográfico, podremos estudiar, no sólo la glotis, sino también los ventrículos especialmente.

Aquí en esta zona, se debe usar sistemáticamente la tomografía porque nos muestra los distintos planos bien separados y nos evita la interposición de la sombra que puede provocar el cartílago tiroideo. Esta técnica complementa con gran ventaja, los datos que ofrece la proyección lateral. Se estudiará en esta zona, repetimos, el cáncer de la cuerda vocal y de los ventrículos. Su extensión en profundidad y especialmente la extensión descendente hacia la subglotis.

En el ventrículo su extensión en profundidad puede ser también muy útil. Además existe un tipo de cáncer glótico anterior donde la radiografía es fundamental.

La proyección lateral de estos casos presta una gran utilidad.

Se trata de un tumor cuyo crecimiento intra-laríngeo llega a ser muy pequeño, propagándose rápidamente hacia afuera con invasión del cartílago tiroides, pudiendo ser interpretado como un tumor primitivo de la glándula tiroides. La radiografía lateral nos mostrará, en estos casos, cómo está destruido el borde anterior del cartílago tiroides cuando el tumor hace su invasión en esta zona y da lugar a la imagen «en pico de loro» formada por el fragmento que aún queda del borde anterior y del borde inferior del cartílago en su parte anterior.

Lo interesante en estos casos, es que la biopsia puede ser negativa repetidas veces y la radiografía será la que mostrará la extensión y tipo del proceso.

3. *Parte inferior o subglótica.*—Los tumores de esta zona o sea los subglóticos:

a) Anterior; b) Lateral; c) Posterior.

a) Anterior. La línea traqueal anterior se confunde con el ligamento crico-tiroideo del conocido espacio claro triangular. Cuando existe un tumor a ese nivel, esta línea es desplazada hacia atrás y ocupado, según su desarrollo parte o todo el espacio claro. Cuando el tumor se extiende hacia arriba desvía la línea oblicua de la epiglotis que termina en la comisura. Lo que se observa muy frecuentemente en estos casos, dado lo avanzado del proceso, cuando el enfermo consulta al especialista.

b) Lateral. El subglótico lateral se puede apreciar también como el anterior simplemente en la radiografía lateral. Pero es indudable que puede ser ocultado, cuando no está muy desarrollado hacia abajo, por la densidad del cartilago tiroideo, especialmente en la zona que más nos interesa o sea el borde inferior. La tomografía nos lo pondrá bien en evidencia mostrando toda su extensión hacia arriba y hacia abajo.

c) Posterior. El cáncer subglótico posterior es muy excepcional y se confunde con el espesamiento de las partes blandas prevertebrales, gotera faringo-laríngea.

Como conclusión de esta región que nos interesa, diremos que en los casos de cáncer subglótico anterior usaremos la radiografía lateral y en los cánceres subglóticos lateral preferimos la tomografía.