



Parálisis de cuerda vocal y estadificación del carcinoma broncogénico

Sr. Director: El carcinoma broncogénico es la neoplasia más frecuente y la mayor causa de mortalidad por cáncer en los varones¹. Su histología y la estadificación o clasificación de la extensión anatómica derivada de la evaluación del TNM son los parámetros más utilizados en la planificación terapéutica y la estimación pronóstica en la actualidad¹. En el carcinoma broncogénico no microcítico, esta clasificación está unificada internacionalmen-

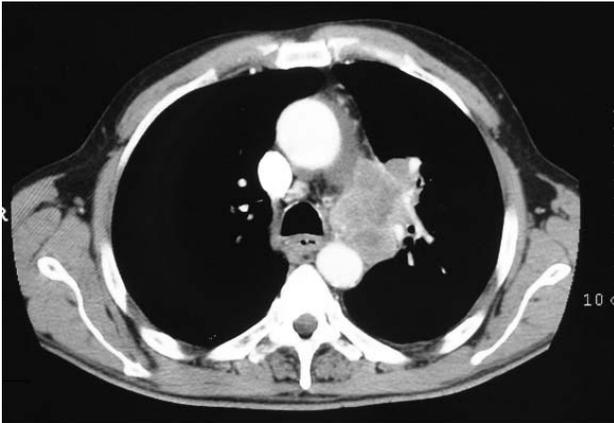


Fig. 1. Tomografía computarizada torácica, donde se observa una masa hiliar izquierda con signos de infiltración mediastínica.

te desde hace más de 15 años, y en la última revisión, efectuada en 1997, se ajustaron especialmente algunos problemas detectados en los estadios más iniciales y el IIIA, aunque aún existen situaciones especiales no definidas o más controvertidas, como en el caso que a continuación presentamos, las cuales deberán tomarse en consideración en futuras revisiones^{1,2}.

Varón de 69 años, ex fumador de 20 paquetes/año sin antecedentes patológicos de interés, que refería aumento de la tos y síndrome constitucional con pérdida de 7 kg, que en los últimos 15 días se había acompañado de disfonía por una parálisis completa de la cuerda vocal izquierda. En el resto de la exploración, presentaba un buen estado general sin adenopatías periféricas palpables y un índice de Karnofsky del 80%. La auscultación cardíaca y la respiratoria fueron normales. La radiografía de tórax demostró la presencia de una masa hiliar izquierda que en la tomografía computarizada de tórax (fig. 1) presentaba un amplio contacto con el mediastino, lo que hacía pensar en su invasión, con pequeñas adenopatías homolaterales de tamaño no significativo. No había signos de afectación infrafragmática y era compatible con un estadio clínico IIIB ($cT_4N_3M_0$). El hemograma, la coagulación y la bioquímica eran normales, al igual que el electrocardiograma, la ecografía abdominal y las pruebas funcionales respiratorias. La broncoscopia reveló la presencia de una mucosa infiltrativa en el lóbulo superior izquierdo y en el espolón de su división con el lóbulo inferior. Las citologías y biopsias fueron positivas para un carcinoma escamoso.

Se realizó una mediastinoscopia para establecer una estadificación definitiva previa al tratamiento, sin que se evidenciara la presencia de una infiltración mediastínica, con unas biopsias de las adenopatías accesibles negativas. Ante estos resultados se realizó una toracotomía exploradora con posterior neumeotomía izquierda y resección ganglionar, y se estableció una estadificación definitiva final $pT_3N_2M_0$, sin complicaciones ni la confirmación de la infiltración del nervio recurrente. Con posterioridad desapareció la disfonía y se normalizó la voz.

El carcinoma broncogénico es la causa de hasta el 43% de las parálisis unilaterales de cuerda vocal, en cuya presencia es recomendable descartar este tipo de neoplasias en todos los casos³. Este tipo de afección puede ser la forma de presentación de un carcinoma pulmonar que permite clasificarlo como T_4 (estadio IIIB) y rechazar inicialmente un tratamiento quirúrgico en la mayoría de las ocasiones^{1,2}. La parálisis es consecuencia de una infiltración directa del nervio recurrente laríngeo por una neoplasia localmente avanzada, una afección metastásica o adenopática

vecina. No obstante, la parálisis de la cuerda vocal podría ser sólo secundaria a una compresión intratorácica por el mismo tumor o las estructuras desplazadas, o a una inactivación fisiológica muscular, sin llegar a una infiltración directa que sería difícil de diferenciar sólo con la tomografía computarizada, como en nuestro caso, para constituir una forma más inicial que permitiría sospechar la presencia de un carcinoma pulmonar y reconsiderar a algunos pacientes clasificados inicialmente como $T_4N_0M_0$, que podrían tener un mejor pronóstico y la posibilidad de recibir un tratamiento quirúrgico^{2,4-6}. Estos hallazgos han hecho que nuestro comité de cáncer pulmonar se plantee la necesidad de una valoración más exhaustiva de estos pacientes, sin descartar inicialmente la cirugía y destacando la importancia de exploraciones más invasivas para confirmar la verdadera clasificación anatómica, que debería considerarse en aquellos casos con este tipo de parálisis.

M. Haro Estarriol,
F. Sebastián Quetglás
y M. Rubio Garay

Sección de Neumología.
Servicio de Cirugía Torácica.
Hospital Universitari de Girona
Doctor Josep Trueta. Girona. España.

1. Grupo de Trabajo SEPAR. Normativa actualizada sobre diagnóstico y estadificación del carcinoma broncogénico. Arch Bronconeumol 1998;34:437-52.
2. Mountain CF. Staging classification of lung cancer. A critical evaluation. Clin Chest Med 2002;23:103-21.
3. Loughran S, Alves C, McGregor FB. Current etiology of unilateral vocal cord paralysis in a teaching hospital in the West of Scotland. J Laryngol Otol 2002;116:907-10.
4. Bobrov VM. Unilateral laryngeal paralysis as an early symptom of recurrent nerve compression caused by tumor or trauma. Vestn Otorinolaringol 1995;1:47-9.
5. Miglets AW, Adam JS. Vocal cord paralysis. Association with superior mediastinal widening secondary to tortuosity of the great vessels. Arch Otolaryngol 1982;108:112-3.
6. Kirchner JA. Intrathoracic injury to the motor nerve supply of the larynx. Acta Otolaryngol 1977;83:163-9.