

INVESTIGACIÓN CLÍNICA

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES TRATADOS POR UN CÁNCER DE LARINGE INICIAL Y EN PERSONAS SANAS Y CON OTRAS PATOLOGÍAS

J. M^a MOLINA RUIZ DEL PORTAL****, M^a J. FERNÁNDEZ-CREHUET SERRANO***,
J. CABALLERO VILLARRASO**, M. GUTIÉRREZ BEDMAR*, E. GÓMEZ GRACIA*,
J. FERNÁNDEZ-CREHUET NAVAJAS*

**** FEA DEL SERVICIO DE ORL. HOSPITAL INFANTA MARGARITA DE CABRA. CÓRDOBA.

*** LOGOPEDA, ** MÉDICO DE FAMILIA, * DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA. FACULTAD DE MEDICINA. MÁLAGA.

RESUMEN

Hoy día existen múltiples tratamientos, poco agresivos, para un cáncer de laringe inicial, pero ninguno está exento de efectos secundarios. Pretendemos comparar la calidad de vida global de estos pacientes con la de población sana y de otros grupos de enfermedad (IAM y nefróticas crónicas). Hemos estudiado a 62 pacientes que constituyen la totalidad de los casos diagnosticados de un carcinoma laríngeo inicial T1-T2NoMo en el Hospital Clínico Virgen de la Victoria de Málaga entre 1990 y 1998.

Hemos aplicado el Cuestionario general Calidad de Vida en Málaga (QLM) desarrollado por el Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad de Málaga, de propiedades psicométricas demostradas. Comparamos los resultados de nuestros pacientes con los obtenidos por muestras aleatorias de población de Málaga sanas y con diversas patologías. Nuestros pacientes con un Índice de Pérdida de la Calidad de Vida del 29,4% superaban a casi todos los grupos de comparación.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida. Carcinoma. Laringe. Inicial. Tratamiento. Sano.

ABSTRACT

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS TREATED FOR EARLY LARYNGEAL CANCER, IN HEALTHY PEOPLE AND IN THOSE WITH OTHER ASSOCIATED PATHOLOGIES

Nowadays there are different non aggressive treatment options for early laryngeal cancer. However, they are not free of undesirable effects. We have studied this patients' quality of life, by comparing it with that obtained from healthy population and other illness groups (post-AMI patients, Chronic Kidney patients). We have studied 62 T1-T2NoMo laryngeal carcinoma diagnosed at the "Virgen de la Victoria" clinical hospital from Málaga, Spain, between 1990 and 1998. We used the

Quality of Life in Málaga (QLM), general QL questionnaire which was developed and validated at the Department of Preventive Medicine of the University of Málaga, Spain. The results were compared with those obtained from random samples in healthy population from Málaga and from various pathology groups. The global QOL of our patients treated for an early glottic cancer (Index Quality of life 29.4%) was better than almost all the other ones.

KEY WORDS: Quality of life. Carcinoma. Larynx. Early. treatment.

Correspondencia: Jose M^a Molina Ruiz del Portal. Cl. Arroyo de Totalán nº6 Bloque 15 1ºD. 29720 La Cala del Moral (Málaga).

E-mail: jmolinar@medynet.com, jmolinar@seorl.net

Fecha de recepción: 27-5-2003

Fecha de aceptación: 20-8-2004

INTRODUCCIÓN

En los últimos 50 años se han multiplicado las opciones terapéuticas para el cáncer laríngeo. Clásicamente, los criterios para la elección del mejor tratamiento se basaban exclusivamente en la supervivencia¹. El hecho de que ninguno está exento de efectos indeseables para el paciente, y un giro en las actitudes sociales que acepta como correctos los tratamientos paliativos en casos avanzados, han animado a los investigadores a buscar nuevos criterios sobre los que sustentar sus decisiones centrando sus esfuerzos en otros aspectos importantes como la calidad de vida^{2,3}. También ha sido necesario desarrollar los instrumentos necesarios para su medición y los criterios para su elección, requiriéndose cuestionarios válidos (capaces de detectar diferencias entre grupos en todos los aspectos implicados en ella), fiables (reproducibles) y adaptados transculturalmente⁴. La voz como vehículo del lenguaje es la función más importante de la laringe, por lo que algunos autores han tendido a equiparar su grado de afectación con la calidad de vida. Pero, ¿es la voz el verdadero problema?, ¿realmente la calidad de vida de un paciente tratado por un cáncer de laringe inicial es peor que la de la población sana de su entorno?, y de ser así, ¿es incluso peor que la de otros grupos de enfermos como los que han sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM)? En este artículo intentaremos dilucidarlo.

PACIENTES Y MÉTODO

Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo de un grupo de 62 pacientes, que constituyen la totalidad de casos de carcinoma de laringe en estadio inicial (T1NoMo, T2NoMo) diagnosticados en el Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Victoria" de Málaga en el período comprendido entre 1990 y 1998. Para el estadiaje se empleó la última revisión del TNM (ICD-0 C32.0, 1, 2, C10.1), excluyéndose aquellos tumores T2NoMo que invadían la mucosa de alguna región fuera de la laringe (p. ej.: la mucosa de la base de la lengua, la de la vallécula o la de la pared medial del seno piriforme)⁴.

Como grupos control, se emplearon otros que correspondían a muestras aleatorias de la población sana del área rural y urbana de Málaga y de otros grupos de población como: jubilados extranjeros en la Costa del Sol, cuidadores de pacientes con Alzheimer, cuidadores de discapacitados y pacientes que habían sufrido un infarto agudo de

$$IPCV = (CV - \text{Min}) : (\text{Máx} - \text{Min})$$

CV=Media de la puntuación de CV obtenida por cada sujeto

Min=Valor mínimo posible en la distribución final de la Calidad de Vida

Máx=Valor máximo posible en la distribución final de la Calidad de Vida

miocardio (IAM) o con nefropatía crónica. Todos los grupos de comparación fueron ajustados por sexo y edad.

Se aplicó el Cuestionario de Calidad de Vida en Málaga (QLM).- Cuestionario general desarrollado por el Dr. E. Gómez Gracia en el departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Málaga. Consta de 64 ítems, de respuesta múltiple (Lickert), la mayoría de cuatro opciones, que adquieren un valor entre 1 y 4. Los ítems se agrupan en 7 áreas funcionales: 1) Física, 2) Psíquica, 3) Familiar, 4) Social, 5) Laboral, 6) Conductual, 7) Económica. Con excelentes propiedades psicométricas (Alfa de Chronbach (0,58-0,83), correlación ítem-total (>0,2), test/retest (>0,80); ha demostrado su utilidad en nuestro entorno en la valoración de la calidad de vida de personas sanas y con diversas patologías. Las puntuaciones globales se transforman en un porcentaje, el índice de calidad de vida perdida (IPCV) según la fórmula:

Un IPCV mayor implica una menor calidad de vida.

Todos los pacientes fueron citados telefónicamente para una entrevista, en el Hospital, en la que se pasaron los cuestionarios de calidad de vida. Tras ser informados de la confidencialidad de los datos así como del derecho a no responder parcial o totalmente a los mismos, los cuestionarios fueron cumplimentados por los pacientes. Si el paciente era analfabeto, las preguntas eran formuladas por un único investigador, ofreciendo las posibles opciones de respuesta al paciente.

Aquellos que no acudieron a la cita recibieron los cuestionarios por carta, acompañados de un consentimiento informado.

Se consideraron "no respondedores": a aquellos que se negaron explícitamente a responder a los cuestionarios. Se consideraron "perdidos" del estudio a los que fallecieron y a los que no pudieron responder por alguna patología, por ser imposible localizar su dirección actual o por vivir en un área rural apartada.

Para el procesamiento de las variables se creó una base de datos con el programa SPSS/PC+, versión 10.0. Para variables cualitativas se emplearon las pruebas de la Chi Cuadrado y el Estadístico

Tabla 1: Resultados obtenidos al comparar el IPCV de nuestros pacientes con los demás grupos

Grupos Patológicos	IPCV	Prueba
Cáncer de laringe inicial	29,4%	
Jubilados en la Costa del Sol	27,9%	"U" de Mann-Whitney
Población rural sana	33,58%**	"T" de Student
Población urbana sana	36,40%**	"T" de Student
Cuidadores de Alzheimer	37,54%**	"T" de Student
Asistentes de discapacitados	36,98%**	"U" de Mann-Whitney
Nefrópatas crónicos	39,39%**	"T" de Student
Infarto de Miocardio	47,7%**	"T" de Student

(**=diferencia significativa con $p < 0,05$)

exacto de Fisher, para las variables cuantitativas la prueba "u" de Mann-Withney y la "t" de Student.

RESULTADOS

El 59,7% (37/62) de los pacientes, presentaban un carcinoma laríngeo en estadio I, y 40,3% (25/62) en estadio II. El 3,2% eran mujeres (2/62) y el 96,8% hombres (60/62). Las edades oscilaban entre los 39 y los 82 años con una media de 62 años. La mayoría fumaban (83,9%) o bebían (61,2%), un 40,3% dejaron de fumar tras el diagnóstico.

El síntoma inicial predominante fue la disfonía, (93,5%). Las lesiones asentaban primordialmente en el tercio medio de la cuerda vocal (59,7%), supraglotis (24,2%), en la comisura anterior (9,7%) y la comisura posterior (6,5%).

El 66,13%, (41/62) pacientes recibieron radioterapia como primer tratamiento. La dosis de radioterapia sobre el tumor osciló entre los 52 y los 72 Greys, con una media de 64,81. La dosis de radioterapia cervical, para los 15 que la recibieron (incluyendo a 3 que también recibieron cirugía) fue de 65 Greys.

El 33,86%, (21/62) pacientes fueron sometidos a cirugía (incluyendo a 3 que recibieron radioterapia complementaria). La cordectomía se empleó en el 38,08% (8/21) (sin contar un caso de cordectomía ampliada a aritenoides 4,8%), la laringectomía total, en el 28,56% (6/21), la decorticación y la extirpación con láser, 9,52% cada una. En un caso se recurrió a la hemilaringectomía vertical y en otro a la hemilaringectomía horizontal supraglótica, 4,76% cada una. El 33,3% (7/21) de los operados recibieron cirugía sobre las cadenas ganglio-

Tabla 2: Puntuaciones de los pacientes con cáncer laríngeo inicial en las áreas del Cuestionario Málaga 2000

Áreas del Málaga 2000	Media	Máximo	Mínimo
Puntuación Global	113,58	142	92
Área Física	16,58	34	10
Área Psíquica	18,16	38	11
Área Familiar	15,07	25	10
Área Social	20,22	30	12
Área Laboral	16	26	10
Área Conductual	18,49	36	11
Área Económica	25,04	32	18

nares, mediante vaciamentos cervicales funcionales bilaterales;.

El 19,4% (12/62) de los enfermos presentaron una recidiva a nivel local y el 1,6% (1/62) una recidiva ganglionar. El segundo tratamiento consistió en una laringectomía total en el 61,53% (8/13) de los casos. Tras el último control en la consulta se constató que: el 87,1% (54/62) de los pacientes permanecía vivo y libre de enfermedad, el 8,1% (5/62) había muerto por su enfermedad, el 4,8% (3/62) había fallecido por otra causa. El período de seguimiento medio fue de 40 meses con un mínimo de 5 y un máximo de 121.

Por otro lado, de los 62 pacientes de nuestra serie un total de 15 sufrieron una laringectomía total (6 como tratamiento inicial, 2 como segundo tratamiento en una cordectomía y una resección con láser y los otros 7 como rescate de la radioterapia).

Una mujer la recibió desde el comienzo, todos los demás eran hombres.

Nuestros pacientes, presentaban, antes del tratamiento, un aceptable nivel de funcionalidad según la escala de la ECOG (*Eastern Corporate Oncology Group*)(1): El 72,6% (45/62) de los pacientes llevaba una vida normal a pesar de los síntomas (ECOG 1), el 25,8% (16/62) necesitaba algún reposo en la cama menor a la mitad del día (ECOG 2) y el 1,6% (1/62) padecía un grado severo de incapacidad permaneciendo en la cama todo el día (ECOG 4)

El 72,5% de los pacientes acudieron voluntariamente a la entrevista personal, en la que contestaron los cuestionarios de calidad de vida y se grabaron sus voces (62/45). El 12,9% había fallecido (8/62), el 3,2% padecía una enfermedad que

imposibilitaba su estudio (2/62): (1 la enfermedad de Alzheimer, 1 hipoacusia profunda + analfabetismo), fue imposible contactar con el 4,8% pacientes (3/62) y el 3,2% se negó a contestar los cuestionarios por considerar que se inmiscuían en sus vidas privadas (2/62). Se decidió excluir del estudio a las mujeres (2/62%).

De los 45 pacientes que acudieron a la entrevista: el 82,2% disfrutaban de una voz laríngea "normal" (37/45), el 13,3% usaban el esófago para hablar (erigmofofonia) (6/45) y 4,4% no eran capaces de hablar (2/45).

La tabla 1 muestra los resultados obtenidos en el IPCV por nuestros pacientes en comparación con los de los demás grupos.

La tabla 2 relata la distribución de las puntuaciones de nuestros pacientes en las diversas áreas del cuestionario Málaga 2000.

DISCUSIÓN

Hemos encontrado pocos estudios que reflejen la calidad de vida en pacientes con cáncer laríngeo inicial^{5,6}. La mayoría compara grupos con cánceres avanzados y en muchos casos, no se utilizan cuestionarios validados, o de hacerlo, la multiplicidad de ellos, complica enormemente las comparaciones^{1, 5, 6, 7-11}.

La participación en nuestro estudio ha sido muy aceptable y comparable a la de estudios previos⁵⁻⁷. Empero, no alcanzamos el deseable 98% referido por Hillman R, en 1998, en su estudio⁹. Coincidimos con otras series en las causas más frecuentes de pérdida: otra enfermedad y la ausencia del domicilio^{10,11}, y en el bajo porcentaje que se negó a participar (3,7%)^{11,12}, aunque reconocemos que podrían corresponder a pacientes con un menor nivel de bienestar¹⁰.

Muy pocos autores comparan la QOL de sus pacientes con la de la población normal o la de otros enfermos como nosotros hemos hecho^{6,10}. En un estudio realizado en Estados Unidos sobre 65 pacientes de la Administración de Veteranos con cáncer de laringe en estadios III y IV, utilizando el cuestionario SF-36, estos mostraron peores resultados, en todas las áreas, salvo en el dolor corporal, que en la población sana de dicho país. Las mayores diferencias se encontraron en la función física y en la limitación del rol por problemas emocionales o por la función física, es decir, que los pacientes referían problemas para acometer sus tareas diarias debido a salud física o psíquica. El SF-36 mide además otras facetas de la calidad de vida (percepción general de salud, vitalidad,

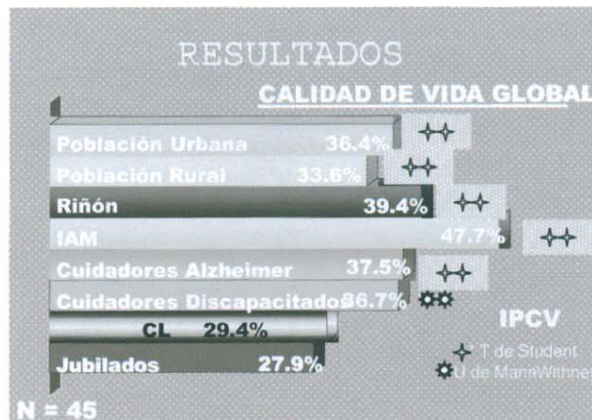


Figura 1. Representación de los resultados al comparar los diversos grupos.

función social y salud mental)¹⁰. Esto contrasta claramente con nuestro hallazgo de una mejor calidad de vida en los cánceres de laringe iniciales que en la población general de Málaga, tanto del área urbana como rural. Recordemos que en el estudio del VA estos portaban tumores en estadios avanzados, por lo que la repercusión en su calidad de vida debe ser mayor. Según Hörnquist, el SF-36 sólo mide la salud, no pudiendo considerárselo un cuestionario de calidad de vida, sensu estricto¹³. Además, en ese mismo estudio, no se demostraron, por contra, diferencias entre el grado de depresión de los afectos de cáncer y el resto de población de su edad, utilizando el Beck Depression Inventory¹⁰.

En 1999, Herranz J, utilizó el PAIS-SR para comparar la calidad de vida de 111 pacientes oncológicos laríngeos tratados quirúrgicamente con técnicas radicales o conservadoras, mostrando en conjunto, peores puntuaciones globales que un grupo de enfermos, con cánceres de distintas localizaciones (pulmón, mama, hematológicas y cabeza y cuello, excluyendo la laringe)⁶. A pesar de que el PAIS-SR, no está validado para su uso en español y de que la población de referencia procede de un grupo estadounidense aportado por el autor del cuestionario y no fue estratificada por edad y sexo, llama la atención, que nuestros pacientes, refieren, al contrario que los suyos, mejores puntuaciones, al compararlos con otros grupos como: nefrópatas crónicos, pacientes con infarto de miocardio, cuidadores de pacientes con Alzheimer y de discapacitados. Herranz J, 1999, achaca a la falta de apoyo familiar, los malos resultados, de su grupo frente a otras enfermedades⁶. En nuestro caso, sin embargo, la pérdida de calidad de vida achacable al área familiar supone sólo un 15,7%, es decir, la mejor puntuación de todos los dominios estudiados, pu-

diendo ser esta la clave del buen grado de bienestar de nuestros pacientes.

Llama la atención que la calidad de vida obtenida por nuestros pacientes sea, tan sólo, superada por la de los jubilados en la Costa del Sol, con los que no se pueden, no obstante, encontrar diferencias significativas al estratificarlos por sexo y edad. En realidad, la mayoría de nuestros pacientes permanecieron inactivos laboralmente tras el tratamiento, ya fuera por jubilarse (60% de los 45) o por alcanzar la incapacidad laboral (22,22%); datos muy superiores a las presentadas por pacientes similares en estudios previos⁹; y a pesar de manifestar un grado de funcionalidad alto. Para Herranz J, en 1999, el abandono del empleo debe responder a factores individuales, no relacionados necesariamente con la calidad de vida⁶. Pero, probablemente la superación de una enfermedad tan seria, como la neoplasia laríngea, la posibilidad de expansión y de dedicación a las actividades de ocio que les brinda su incapacidad laboral y el apoyo familiar, han contribuido a elevar su nivel de bienestar compensando las carencias en una determinada área con mejoras en las otras.

Sesgos

Durante la exposición de este capítulo ya hemos expuesto alguno de los errores que hemos podido cometer y que han podido influir en nuestros resultados. Queremos, no obstante redundar en algunos de ellos.

En algunos estudios se ha detectado un sesgo de selección por abandono del mismo por problemas relacionados con la enfermedad. Hammerlid E, en 1997, encontró en su estudio entre los no respondedores un mayor número de estadios avanzados que en el otro grupo mostrando, además, peores niveles en el EORTC⁵. Sólo 2 de nuestros pacientes se negaron a participar pero, de acuerdo con Clements K, en 1997, los pacientes que deciden responder a los cuestionarios pueden corresponder a un grupo especial en cuanto a la adaptación y la motivación¹⁴.

Otro sesgo descrito, en el que hemos podido

incurrir, se produce al comparar series a las que se han administrado test de calidad de vida distintos entre sí¹⁰. Resulta vital emplear instrumentos validados, que se deben aplicar incluso a la población general para establecer comparaciones, como propuso De Santo¹⁵.

Este mismo autor advirtió que los pacientes dicen al cirujano, a veces, lo que quiere oír para agradarle¹⁵. El hecho de que los cuestionarios fueran contestados por los pacientes en mi presencia, ha podido condicionar sus respuestas atendiendo a esta premisa.

Dada la complejidad de los estudios de calidad de vida por su carácter multidimensional, los resultados, en principio achacables a un determinado tratamiento o modo de comunicación pueden estar en realidad justificados por otras variables como las características personales de los sujetos¹⁴.

Hörnquist, defiende que las cuestiones deben ser referidas al evento que se quiere investigar (cáncer de laringe, en este caso), para evitar cambios en la calidad de vida achacables a otra causa^{16,17}.

Por último, en nuestro estudio, como en la mayoría, sólo se incluyen pacientes supervivientes, dado el diseño retrospectivo del estudio, pero las conclusiones se extraen para el total. Son pues necesarios estudios prospectivos que requerirán un mayor tiempo de estudio dada la baja incidencia, o la implicación de otros hospitales para ampliar la serie.

CONCLUSIONES

1. Los pacientes tratados por un cáncer de laringe inicial (T1-2, N0M0), gozan de una calidad de vida muy aceptable.
2. Su calidad de vida supera a la de la población sana de referencia y a la de otros grupos patológicos.
3. El apoyo familiar ha podido ser determinante en la calidad de vida de estos pacientes.
4. Son necesarios más estudios para corroborar nuestros hallazgos.

REFERENCIAS

- 1.- Agra Y, Badía X, Gil A. Instrumentos para la medición de la calidad de vida en pacientes con cáncer. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 703-708.
- 2.- Finizia C, Lindström J, Dotevall H. Intelligibility and perceptual rating after treatment for laryngeal cancer: laryngectomy versus radiotherapy. *Laryngoscope* 1998; 108: 138-143.
- 3.- Simpson CB, Postma GN, Stone RE, Ossoff RH. Speech outcomes after laryngeal cancer management. *Otolaryngol Clin N Am* 1997; 30: 189-205.
- 4.- Hermanek P, Hutter RVP, Sobin LH, et al, editores. Guía ilustrada de la clasificación TNM de los tumores malignos. 4ª ed. España: Springer-Verlag Ibérica S.A; 1997. p 38-50.
- 5.- Hammerlid E, Bjordal K, Ahlner, et al. Prospective, longitudinal quality-of-life study of patients with head and neck cancer: a feasibility study including the EORTC QLQ-C30. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 116:666-673.

- 6.- Herránz J, Gavilán J. Calidad de vida y cáncer de laringe. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1999; 50:276-282.
- 7.- Harwood AR, Rawlinson E. The quality of life of patient following treatment for laryngeal cancer. *Int Radial Oncol Biol Phys* 1983;9:335-338.
- 8.- Blood GW. Development and assessment of a scale adressing communication needs of patient with laryngectomies. *AJSLP* 1993; Sept:82-90.
- 9.- Hillman R, Walsh M, Fisher S, et al. Functional outcomes following treatment for advanced laryngeal cancer. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998; 107:1-27.
- 10.- Terrell J, Fisher S, Wolf T. Long-term quality of life after treatment of laryngeal cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; 124:964-971.
- 11.- Mohide EA, Archibald S, Tew M. Postlaryngectomy Quality-of-life dimensions identified by patients and health care professional. *Am J Surg* 1992; 164:619-622.
- 12.- Finizia C, Hammerlid E, Westin T, Lindstrom J. Quality of life and voice in patients with laryngeal carcinoma: a posttreatment comparison of laryngectomy (salvage surgery) versus radiotherapy. *Laryngoscope* 1998; 108:1566-1573.
- 13.- Hörnquist JO, Fernández-Crehuet J. Proceedings of the Workshop on Research on Quality of Life. Facultad de Medicina de Málaga from September 25th to October 2nd 1999.
- 14.- Clements KS, Rassekh CH, Seikaly H, Hokanson JA, Calhoun KH. Communication after laryngectomy. An assessment of patient satisfaction. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 123: 493-496.
- 15.- De Santo, LW, Olsen KD, Perry WC, Rohe DE, Keith RL. Quality of life after surgical treatment of cancer of the larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1995; 104: 763-769.
- 16.- Hörnquist JO. Quality of life: concept and assesment. *Scand J Soc Med* 1989; 18: 69-79.
- 17.- Hörnquist JO. The concept of quiality of life. *Scand J Soc Med* 1982; 10: 57-61.