

2ª Reunión de Primavera de la Comisión de Cirugía de Cabeza y Cuello

La rehabilitación del paciente laringectomizado no se garantiza en todas las áreas sanitarias

- **España es el país del mundo con mayor incidencia de cáncer de laringe**
- **1.200 pacientes son sometidos al año en España a una laringectomía total, según datos de la SEORL**

San Sebastián, 5 de mayo de 2017. La rehabilitación de los pacientes laringectomizados no está cubierta y garantizada en todas las áreas sanitarias lo que dificulta su calidad de vida y la readaptación social, según advierte la Comisión de Cirugía de Cabeza y Cuello y Base de Cráneo de la Sociedad Española de Otorrinolaringología (SEORL-CCC). Esta Comisión celebra este viernes y sábado en San Sebastián su 2ª Reunión de Primavera y en ella los otorrinolaringólogos especialistas en cirugía, sobre todo de cáncer de laringe, firmarán un consenso sobre las necesidades de la rehabilitación de los pacientes laringectomizados. Se estima que en España 1.200 personas serán sometidas este año a una laringectomía total, lo que implica que, al extirpar la laringe, pierden la voz y, por tanto, su principal herramienta de comunicación, además de ocasionar otras secuelas, como la pérdida de olfato y gusto, y, a menudo, rechazo social.

España es el país del mundo con mayor incidencia de cáncer de laringe, según datos de la Comisión de Cirugía de Cabeza y Cuello y Base de Cráneo de la SEORL. La mayor parte de los pacientes diagnosticados son tratados con técnicas parciales o radioterapia pero hasta un 30% necesitan ser intervenidos finalmente de una laringectomía total. A día de hoy "éste es el tratamiento más eficaz para el cáncer de laringe avanzado", asegura el doctor Pablo Parente, presidente de la Comisión. Sin embargo, desde esta Comisión denuncian que existen muchas diferencias en cuanto a su rehabilitación en función de la comunidad autónoma o el hospital pues, "hay centros que no disponen de logopedas, rehabilitadores o de los medios técnicos necesarios, por lo que estas personas se tienen que desplazar a otros centros más lejanos o costearlos ellos mismos. De ahí que sea necesario un consenso que establezca las necesidades básicas que deben cubrirse para mejorar su calidad de vida y su vuelta a la vida social", destaca.

La rehabilitación de un paciente laringectomizado debe basarse en sus características, capacidades y preferencias. "La clave está en el equipo

encargado, que debe estar formado por un otorrinolaringólogo y un logopeda, que adecuan los protocolos para optimizar la recuperación, que debe iniciarse cuanto antes para que estas personas pasen el menor tiempo posible sin voz, la principal secuela de la operación. Además, debe estar involucrado todo el equipo: el oncólogo médico, el radioterapeuta, el nutricionista, el psicólogo y el personal de enfermería. Si este equipo está coordinado, los resultados serán mejores", sugiere el doctor Parente. Por otro lado, señala este especialista, es fundamental que el paciente sepa de antemano cuales van a ser las secuelas y las posibilidades de rehabilitar todas ellas. "También es importante que conozca a quien va a ser el encargado de este proceso y a personas que ya hayan pasado por esta intervención para poder disminuir la ansiedad y ver que no es el final de nada", afirma.

La rehabilitación deberá ir orientada no sólo a recuperar la voz y la comunicación sino también a superar las dificultades que supone respirar a través de un traqueostoma o a facilitar la deglución o recuperar el olfato. La base de la rehabilitación será el entrenamiento vocal que puede hacerse mediante una prótesis fonatoria o mediante la técnica de la erigmofofonia, para conseguir una voz esofágica. "Se trata de un paso importante para el paciente puesto que, no solo requiere la intervención del logopeda, sino la suya propia en su vida diaria pues debe acostumbrarse a los cambios anatómicos y fisiológicos necesarios para la producción de voz", comenta el doctor Parente.

Impacto psicológico

La laringectomía total supone extirpar la laringe por lo que se separa la vía digestiva de la aérea y se crea un orificio en la base del cuello. "Por eso el paciente pierde su voz y el aire llega de manera directa a los pulmones, lo que supone una alteración importante en su capacidad de comunicarse y relacionarse y en su imagen corporal", destaca el doctor Parente. Según datos de la SEORL, además de la pérdida inicial del olfato, dos tercios de ellos ven alterado el gusto y hasta un tercio presentan dolor frecuente. Por otro lado, "supone un trastorno psicológico importante, debido también a la pérdida de autoestima y el temor a lo desconocido, lo que se puede traducir en una mayor incidencia de depresión, además de que pueden sufrir rechazo y aislamiento social", subraya. Por tanto, "una rehabilitación completa que incida sobre todos estos aspectos mejorará de manera notable los resultados de la misma", explica. Una investigación publicada en la revista [Codas](#) concluye que la rehabilitación olfativa mejora la función olfatoria y tiene un impacto positivo en la vida diaria y en la calidad de vida de los pacientes laringectomizados totales.

Debido a todas estas consecuencias, "el otorrinolaringólogo tratará, en la medida de lo posible, la conservación del órgano pero cuando no es posible intentará que

las técnicas quirúrgicas empleadas tiendan a facilitar la rehabilitación”, comenta el doctor Parente. En la intervención, suele colocarse una prótesis fonatoria o válvula traqueoesofágica que favorece la recuperación del habla al paciente. Entre las últimas novedades al respecto se encuentra la cirugía endoscópica transoral robótica y la realizada con bisturí ultrasónico, desarrollada por un otorrinolaringólogo español, el doctor Mario Fernández. “Son mínimamente invasivas y, en el caso de la segunda, permite extraer la laringe por la boca, en lugar de tener que hacer una incisión en el cuello para extirparla”, señala. Un estudio publicado en [Current Otorhinolaryngology Reports](#) concluye que la microcirugía transoral de rescate conlleva escasas complicaciones, cortos tiempos de hospitalización y resultados funcionales en términos de voz y deglución favorables en comparación con la cirugía abierta, con una tasa de preservación laríngea del 73%.

La actitud, clave en la rehabilitación

Después será necesario el entrenamiento y el aprendizaje de la voz, donde juega un papel clave el logopeda especializado en rehabilitación postlaringectomía. Además, uno de los aspectos fundamentales de la recuperación de estos pacientes es el psicológico. “La actitud con la que te enfrentas a la intervención y la rehabilitación son fundamentales. No hay que pensar en que se ha perdido la voz, sino en que se ha ganado la vida. Simplemente nos enfrentamos a una nueva situación a la que hay que adaptarse”, asegura Jose María Bello, paciente laringectomizado de 64 años, de A Coruña, intervenido en julio de 2012. Este arqueólogo de profesión tuvo una rehabilitación completa y cubierta por la Seguridad Social en el Hospital Universitario de A Coruña con un equipo coordinado del que formaban parte, tanto el cirujano otorrinolaringólogo que le operó en Madrid, como los responsables de la rehabilitación en esta localidad y dos logopedas. “Me colocaron una válvula traqueoesofágica y me enseñaron a producir y practicar una nueva voz con la ayuda de la prótesis traqueoesofágica, con la que, hasta el momento, he podido dar tres conferencias sobre arqueología, lo cual quiere decir que el grado de recuperación es altísimo”, afirma. No tuvo problemas de deglución y solo tuvo alterado el gusto al principio.

Para más información:

Carlos Mateos/Rocío Jiménez. COM SALUD.

Tels.: 91223 66 78/ 675 987 723