

Panorámica general del **Cáncer** **laríngeo**

Sepa cómo ayudar al paciente a superar las dificultades físicas y emocionales que conllevan el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

LINDA SCHIECH, RN, AOCN, MSN

HACE APROXIMADAMENTE 2 meses, José B., de 65 años de edad, comenzó a presentar un cuadro persistente de ronquera. Su médico de familia le prescribió un tratamiento con antibióticos orales durante 2 semanas, pero la ronquera no mejoró. Después, el señor José B. fue atendido por un otorrinolaringólogo que realizó una laringoscopia directa y detectó la presencia de una lesión en la porción glótica de la laringe. La biopsia demostró un carcinoma epidermoide infiltrante. (En el cuadro anexo *Examen de la laringe paso a paso* se muestran las estructuras de la laringe.)

El cáncer laríngeo representa aproximadamente la mitad de todos los tumores malignos de la cabeza y el cuello, y en conjunto constituye alrededor del 3% de todos los tumores malignos¹. La American Cancer Society (ACS) ha estimado que en 2007 esta enfermedad afectó a 11.300 nuevos pacientes y causó aproximadamente 3.660 fallecimientos². La supervivencia a los 5 años es del 65%. La mayor parte de los cánceres de laringe corresponden a carcinoma epidermoide^{1,3}.

El cáncer laríngeo causa problemas físicos y emocionales muy importantes a los pacientes. Este artículo aporta todo lo que debe usted saber para ayudar al señor José B. a enfrentarse a los retos que plantea esta enfermedad.

Problemas en “la nuez de Adán”

Localizada en el cuello, la laringe se sitúa en la zona que muchas personas denominan “la nuez de Adán”. Contiene las cuerdas vocales, produce los sonidos que permiten hablar y protege la vía respiratoria durante la deglución, al tiempo que la mantiene abierta para el flujo del aire durante la respiración.

Los tumores malignos que afectan a la laringe son casi siempre primarios, aunque en ocasiones el carcinoma renal puede causar metástasis en este órgano. Tradicionalmente, el cáncer laríngeo se ha diagnosticado en personas de 60 a 80 años de edad con antecedentes de consumo de cigarrillos y posiblemente de abuso del alcohol; sin embargo, este tumor está empezando a presentar un aumento de su incidencia en personas más jóvenes que en muchos casos no tienen antecedentes de estos factores de riesgo¹. Según la ACS, los cánceres de la laringe y de la hipofaringe (la zona del esófago próxima a la laringe) son 4-5 veces más frecuentes en los varones que en las mujeres, y 1,5 veces más frecuentes en las personas de raza negra que en las de raza blanca².

Riesgos y síntomas

El factor de riesgo principal asociado al cáncer laríngeo es el consumo prolongado de tabaco en cualquiera de sus formas. El consumo de alcohol en combinación con el tabaco incrementa el riesgo.

La ronquera es a menudo el primer signo del cáncer laríngeo. Otros signos y síntomas son el dolor persistente en los oídos, la irritación faríngea y la tos; el dolor o las dificultades durante la deglución; las dificultades respiratorias; la disminución del peso corporal, y la aparición de un nódulo o una masa en el cuello. En las fases avanzadas de la enfermedad puede aparecer estridor.

El señor José B. señala que ha fumado 2 paquetes de cigarrillos al día durante 35 años, pero que dejó de fumar hace 10 años. Su consumo de alcohol lo describe como “social”. Dados sus antecedentes de tabaquismo y de consumo de alcohol, su edad, sus síntomas iniciales de ronquera

Objetivo general. Ofrecer a los profesionales de enfermería una panorámica general del cáncer laríngeo.

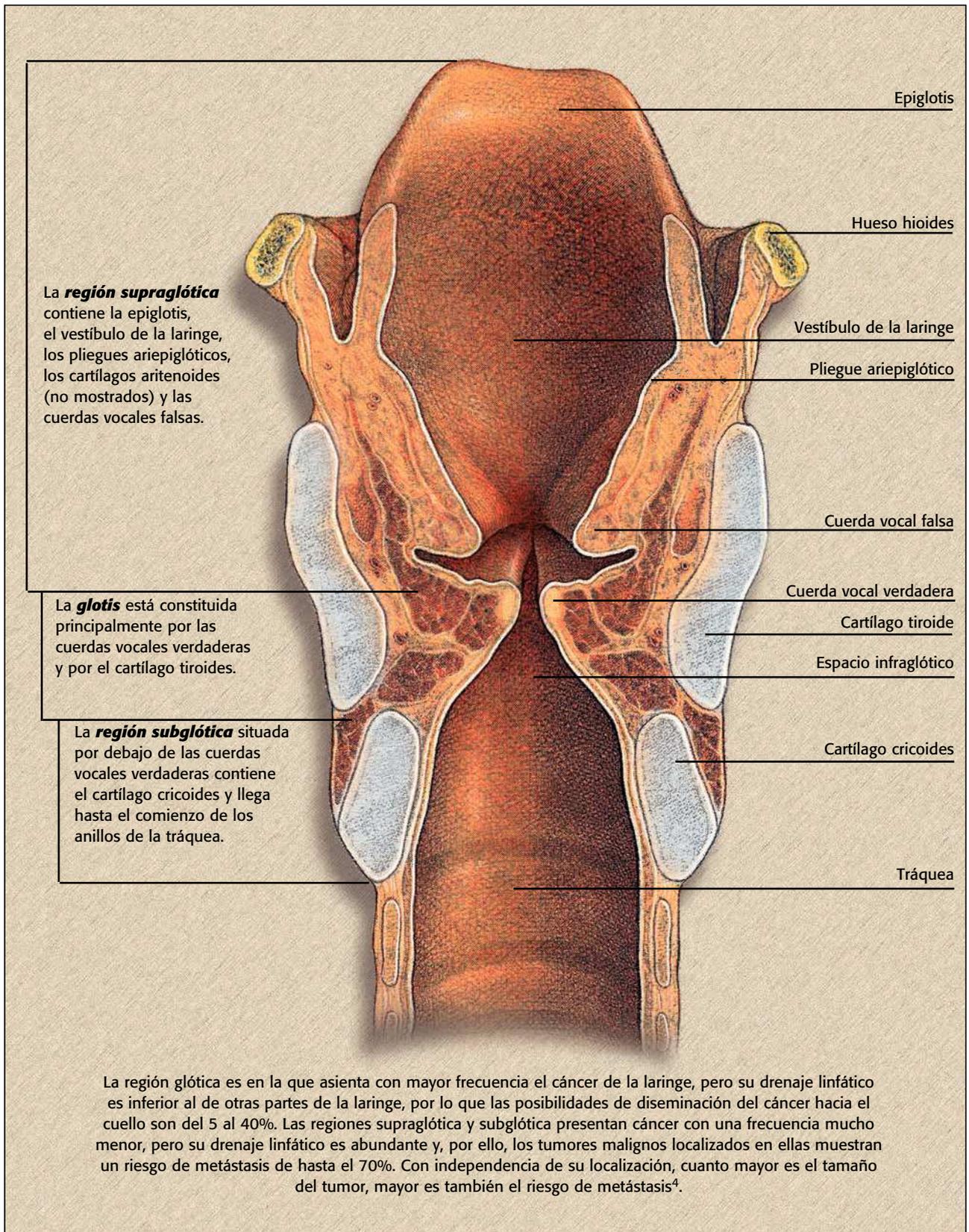
Objetivos de aprendizaje. Tras la lectura de este artículo, usted será capaz de:

1. Indicar los signos y síntomas del cáncer laríngeo.
2. Describir los tratamientos del cáncer laríngeo.
3. Identificar la educación sanitaria que se debe proporcionar al paciente con cáncer laríngeo.

Examen de la laringe paso a paso

La laringe mide de 3,8 a 5 cm.

Se sitúa en la parte anterior del cuello, por delante del esófago y a la altura de las vértebras cervicales cuarta a sexta. Revestida internamente por una mucosa, está constituida por cartílago, ligamentos y músculos.



y el tipo tumoral de carcinoma epidermoide, el señor José B. se ajusta al perfil clásico del paciente con cáncer laríngeo.

Establecimiento del diagnóstico

La estrategia habitual para el establecimiento del diagnóstico de cáncer laríngeo es la laringoscopia directa realizada con un dispositivo de fibra óptica. Mediante esta técnica, el clínico puede visualizar la localización y la extensión del tumor, y también puede obtener una muestra de tejido para biopsia.

La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética son técnicas de imagen útiles para determinar el tamaño y los bordes del tumor, y también para identificar la posible infiltración arterial, nerviosa y ósea. La TC, que tiene un coste económico menor y que ofrece imágenes adecuadas de los ganglios linfáticos cervicales, es la técnica preferida. La tomografía con emisión de positrones puede ser apropiada para detectar la enfermedad, pero se utiliza con mayor frecuencia para la estadificación del cáncer recurrente. Durante el proceso diagnóstico, también son necesarios el estudio radiológico y la TC torácicos, con objeto de descartar la presencia de metástasis pulmonares o hepáticas.

El estadio del cáncer laríngeo depende de la zona anatómica afectada, del tamaño del tumor, de la movilidad o inmovilidad de las cuerdas vocales, de la infiltración de los ganglios linfáticos y de la posible presencia de metástasis distantes. Los ganglios linfáticos constituyen la localización más frecuente de las metástasis, seguidos de los pulmones, el hígado y los huesos.

Coordinación de los cuidados

Tras el establecimiento del diagnóstico de cáncer laríngeo, el paciente necesita grandes dosis de apoyo, educación y orientación. Según cuál sea el estadio del cáncer, puede ser tratado mediante cirugía, radioterapia, quimioterapia o cualquier combinación de estos métodos.

El señor José B. se reúne con el cirujano, que le indica que es necesario realizar una laringectomía total. La información obtenida en el estudio anatomopatológico del espécimen quirúrgico de laringectomía va a

determinar el tratamiento adicional. Tras la programación de la intervención quirúrgica, el paciente se reúne con los miembros siguientes del equipo multidisciplinar:

- Un *trabajador social*, que ofrece apoyo emocional y que ayuda al paciente a evitar los hábitos de riesgo, como el consumo de cigarrillos y el uso de alcohol.
- Un *profesional de enfermería medicoquirúrgica especializado*, que le explica los detalles del tratamiento que se ha planificado.
- Un *logoterapeuta*, que puede grabar en una cinta el habla del paciente, valorar su capacidad de deglución y observar al paciente mientras realiza ciertos ejercicios orales y faciales.
- Un *especialista en nutrición*, que determina la nutrición apropiada, especialmente si se ha planificado una intervención quirúrgica.

Revisión de las opciones quirúrgicas

Los procedimientos quirúrgicos que se pueden aplicar frente al cáncer laríngeo dependen de la localización y del estadio del tumor. En los pacientes con cáncer en un estadio temprano puede ser necesaria la extirpación de una sola cuerda vocal, o bien de todas las estructuras de una región concreta.

En los cánceres en estadios avanzados, los cirujanos suelen realizar una laringectomía total, con extirpación de las cuerdas vocales verdaderas y falsas, la epiglotis, el hueso hioides y los cartílagos aritenoides, tiroideos y cricoides. Para ello, debe crear dos nuevas vías de paso: una que va desde la boca hasta la faringe y el esófago, para los alimentos, y la otra que es un orificio permanente para que el paciente pueda respirar, mediante la sutura de la tráquea al cuello. Si el tumor afecta a la laringe subglótica, posiblemente el cáncer ya se ha diseminado, de manera que en estos casos también suelen ser necesarias la tiroidectomía total y la disección de los ganglios linfáticos de la zona paratraqueal.

Cuidados al paciente tras la cirugía

Después de una laringectomía total, el paciente se debe recuperar en el hospital durante 6 a 12 días. El señor José B.

tiene colocada una sonda nasogástrica de alimentación y también drenajes en la zona supraclavicular de ambos lados del cuello. El estoma creado quirúrgicamente para el paso del aire se sutura en la parte anterior del cuello con un tubo de silicona para impedir su cierre durante la fase de curación. Después de la intervención, el paciente pasa las primeras 24 h en la unidad de cuidados intensivos; más tarde es trasladado a una unidad de hospitalización en la que los profesionales de enfermería especialmente formados atienden a los pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente en la cabeza y el cuello.

Las actividades que deben llevar a cabo los profesionales de enfermería son:

- Valoración frecuente del nivel de conciencia, de los signos vitales y de la permeabilidad de la vía respiratoria del paciente.
- Evitar que el paciente tome alimentos o líquidos por vía oral durante los primeros 7-10 días desde la intervención quirúrgica, con administración de nutrición enteral según esté prescrito.
- Aplicación de cuidados frecuentes en el estoma, incluyendo la aspiración y la retirada de la sonda del estoma para su limpieza apropiada. (Vea los detalles en el cuadro anexo *Cuidados del paciente y su estoma*.) El profesional de enfermería debe enseñar al paciente y a su familia a cuidar el estoma, para lo cual les debe proporcionar los materiales impresos apropiados que se puedan llevar a casa.
- Realizar el cuidado de la traqueotomía, si fuera apropiado. Si el paciente ha sido sometido a una *hemilaringectomía*, posiblemente se pueda retirar el tubo poco tiempo después de la intervención, siempre que el paciente tenga capacidad para realizar la deglución con seguridad. Si ha sido intervenido mediante una *laringectomía supraglótica*, tiene bastantes posibilidades de presentar aspiración y posiblemente va a recibir el alta con la traqueostomía y con la sonda de alimentación. Es importante enseñar al paciente y a su familia el cuidado de ambas.
- Observación para descartar la formación de un hematoma en la zona quirúrgica; valoración del drenaje.
- Control cuidadoso para descartar los posible signos y síntomas de abstinencia de los hábitos que pueda haber mantenido el paciente hasta la intervención quirúrgica (como el

Cuidados del paciente y su estoma

Explíquelo al paciente que su estoma se abre directamente hacia la vía respiratoria principal y los pulmones, con el objetivo de que pueda respirar. Nunca se cierra de manera completa, pero su apertura puede reducirse durante el proceso de curación, de manera que se coloca un tubo para que el orificio del estoma sea lo más grande posible. Este tubo se debe mantener durante 1 a 6 meses y se sujeta mediante un dispositivo de cierre con gancho, hasta que desaparece el edema. Usted debe informar a su paciente de que el estoma elimina moco y que tiene que eliminarlo mediante la tos para limpiar las vías respiratorias. Cuando aplique los cuidados sobre el estoma, enseñe al paciente y a su familia lo que tienen que hacer en casa:

- **Retirar el tubo** cada 4-6 h, o más a menudo si fuera necesario, para limpiarlo. El tubo se puede retirar durante períodos de 30 a 60 min. Su limpieza se realiza con agua templada y con un cepillo de traqueotomía o de limpieza de envases. Para la eliminación del moco endurecido se utiliza agua oxigenada, y después el tubo se lava con una solución de cloruro sódico al 0,9% o con agua corriente.
- Mientras se retira el tubo, **se limpian el estoma y la piel** que lo rodea con agua y jabón, utilizando para ello una gasa blanda. Después se elimina cuidadosamente el moco desechado. Es importante impedir que el agua y el jabón se introduzcan en el estoma, y también se debe aplicar una crema de barrera protectora que evite que la piel experimente irritación por la desecación del moco.
- Usted debe enseñar al paciente y a su familia la manera con la que deben realizar la **aspiración del estoma** y con la que tienen que **controlar las secreciones**. El moco aumenta después de la cirugía debido a que se pierde el mecanismo de filtración hacia los pulmones. El paciente puede volver a casa con un equipo de aspiración portátil para la eliminación de las grandes cantidades de moco que se producen durante el sueño. Posiblemente va a tener que realizar la aspiración mecánica durante aproximadamente 3 meses, hasta que aprenda a controlar las secreciones sin este dispositivo.
- La **humidificación de las secreciones** es una tarea muy importante debido a que el estoma pasa por alto los mecanismos naturales de humidificación existentes en la nariz y la boca. La cobertura del estoma es útil para mantener la humidificación de las vías respiratorias y para evitar la entrada de cuerpos extraños, como insectos y polvo. La colocación de un humidificador a la cabecera del paciente en su domicilio es útil para mantener húmedas las secreciones.

consumo de cigarrillos y de alcohol), y establecimiento de contacto con el trabajador social o con un psiquiatra si fuera apropiado.

- Ayudar al paciente a caminar lo antes posible y de la manera más activa que pueda, con objeto de prevenir las atelectasias, la neumonía y la tromboembolia venosa.
- Enseñar al paciente y a su familia a cuidar la incisión quirúrgica. Si el paciente también ha sido sometido a una tiroidectomía, debe saber que presenta riesgo de hipocalcemia, por lo que tiene que comunicar rápidamente los posibles síntomas y signos: entumecimiento y hormigueos en la boca y los dedos de las manos y los pies; calambres o espasmos musculares; estado de ánimo irritable o modificaciones de la personalidad, y convulsiones.

En el camino de la rehabilitación

Con independencia del tipo de cirugía que se aplique al paciente con cáncer laríngeo, va a requerir rehabilitación del habla o logoterapia con objeto de aprender a deglutir con seguridad y a comunicarse de manera efectiva. También va a necesitar radioterapia sobre los ganglios linfáticos del cuello en los casos en los que la posibilidad de metástasis sea elevada.

Tras una laringectomía total es posible que se produzcan pérdidas en la anastomosis entre la faringe y la parte superior del esófago. En estos casos, la administración de líquidos suaves por vía oral y las modificaciones en la dieta del paciente hacen que el drenaje supraclavicular pase de tener un aspecto serosanguinolento a mostrar una coloración marrón o grisácea. Este problema es más

probable si el paciente ha recibido radioterapia, debido a que este tratamiento dificulta la curación de las heridas.

Al cabo de 10 días, el señor José B. es valorado mediante una prueba de deglución en la que no se detectan signos de pérdidas. Si presentara pérdidas a través de la anastomosis, no podría tomar nada por vía oral y debería continuar con la alimentación por sonda nasogástrica hasta que la anastomosis presentara una curación completa.

Tras el alta después de la laringectomía total, los pacientes que han pasado apropiadamente la prueba de la deglución y evolucionan bien pueden tomar una dieta blanda y pueden empezar a utilizar una laringe artificial. Usted debe indicar a estos pacientes que tienen que utilizar un brazalet de alerta médica que explique que son personas que respiran a través del cuello, que no deben nadar nunca y que tienen que utilizar un dispositivo de cobertura del estoma o una tetina de biberón de plástico mientras se duchan, con objeto de que no entre agua por el estoma.

Radioterapia en algunos pacientes

Los pacientes con cáncer laríngeo en estadio precoz pueden ser tratados con radioterapia, y esta modalidad terapéutica también se utiliza como tratamiento primario si el paciente no puede tolerar la cirugía debido a su edad, a su estado físico o al padecimiento de alguna otra enfermedad. A pesar de que la radioterapia primaria preserva las cuerdas vocales, es menos efectiva cuando éstas presentan inmovilidad en el momento en que se establece el diagnóstico.

La radioterapia también se puede aplicar tras la intervención quirúrgica. En el informe anatomopatológico del señor José B. se señala que presenta metástasis en 3 de los 25 ganglios linfáticos aislados en la parte derecha de su cuello. El oncólogo recomienda la radioterapia.

La radioterapia aplicada en el cáncer laríngeo tiene los siguientes inconvenientes:

- El paciente debe recibir tratamiento diario durante un período de hasta 6 semanas.
- La fibrosis inducida por la radiación en la piel y en los tejidos subcutáneos puede causar dificultades crónicas con la deglución y el habla.

- La radioterapia puede fracasar como tratamiento, lo que obliga a intervenir quirúrgicamente. Sin embargo, debido al retraso en la realización de la cirugía, ésta tiene que ser más amplia.

Hay una nueva técnica, denominada radioterapia con intensidad modulada (RTIM), que permite la aplicación de dosis precisas de radiación sobre el tumor o sobre zonas concretas de él. Debido a que respeta la mayor cantidad posible de tejidos sanos, la RTIM puede minimizar algunos efectos adversos.

Respuesta frente a los efectos adversos de la radioterapia

Si su paciente está recibiendo radioterapia:

- Realice la valoración de su cuello para descartar signos de descamación cutánea, tal como enrojecimiento, edema e irritación. Si la zona presenta sequedad o las fases iniciales de la descamación húmeda, la aplicación de cualquier crema emoliente con base de agua que no sea radiosensible (como una pomada de vaselina) puede ser útil para controlar los signos y síntomas. En las fases más avanzadas de la descamación húmeda, el oncólogo radioterapeuta puede prescribir distintos tratamientos debido a que la aplicación de humedad puede ser perjudicial.
- Controle el edema en el cuello, ya que puede comprometer la respiración. En algunos pacientes puede ser necesario un tratamiento urgente, tal como una traqueostomía temporal, si el edema es grave.
- Valore la disminución del peso corporal y la deshidratación debido a las dificultades con la deglución secundarias al edema y a la irritación de la zona. El paciente puede requerir una sonda de alimentación temporal.
- Aplique las medidas necesarias para ayudar a su paciente a superar los problemas de sequedad de boca, que pueden aparecer si el campo de radiación incluye las glándulas salivales. La administración del agente radioprotector amifostina antes de cada sesión de tratamiento ayuda a reducir la afectación de las glándulas salivales; por otra parte, la administración de pilocarpina por vía oral puede ser útil para incrementar la producción de saliva. Indique a su paciente que tiene que tomar agua y otros líquidos para facilitar la deglución

Hablar sin laringe

Tras la laringectomía, el paciente tiene las opciones siguientes:

Laringe artificial (electrolaringe). El paciente puede aprender a utilizar esta técnica inmediatamente después de la intervención quirúrgica. Cuando todavía está presente el edema, coloca una extensión longitudinal en la comisura de su boca, presiona un botón del dispositivo que utiliza pilas y mueve su boca y su lengua para generar un sonido vibrante con el que forma las palabras. Típicamente, a los pacientes no les gusta llevar encima el equipo ni tampoco el sonido mecánico de su habla, de manera que en muchos casos hay que estimularles. Cuando disminuye el edema, el paciente puede retirar la extensión longitudinal y colocar directamente el dispositivo sobre el cuello o sobre la mejilla para producir las palabras.

Habla esofágica. Con una ayuda importante por parte del logoterapeuta, el paciente aprende a introducir un bolo de aire en el esófago y a eliminarlo al tiempo que forma las palabras. Generalmente, antes de que se pueda utilizar este método es necesario que haya desaparecido el edema durante el postoperatorio y que el paciente pueda deglutir los alimentos. No todas las personas pueden dominar el habla esofágica, cuyo sonido es parecido al de la ronquera o al de los eructos.

Prótesis traqueoesofágica. Esta prótesis requiere la realización de un procedimiento quirúrgico distinto, que se puede llevar a cabo durante la cirugía inicial o más adelante. El cirujano efectúa un orificio en el estoma del paciente a través del esófago y después coloca una válvula en dicho orificio. El paciente aprende a producir una voz ronca colocando sus dedos sobre el extremo de la válvula y haciendo pasar el aire desde los pulmones a través de ella, al tiempo que forma las palabras. La válvula se debe limpiar cada día, y generalmente tiene que ser sustituida cada 2-6 meses.

de los alimentos y para mantener húmeda su boca.

- Valore al paciente para descartar trismo, un efecto tardío de la radioterapia que impide que el paciente abra de manera completa su boca debido al espasmo de los músculos de la masticación. El logoterapeuta puede enseñar al paciente ejercicios que le ayuden a abrir su boca en la mayor medida de lo posible.

Quimioterapia en combinación

La quimioterapia por sí sola no tiene mucha utilidad en el tratamiento del cáncer laríngeo, pero la administración de cisplatino y 5-fluorouracilo (5-FU) antes (quimioterapia neoadyuvante) o después (quimioterapia adyuvante) de la cirugía o la radioterapia ha conseguido respuestas muy buenas. En los pacientes en los que no es factible la cirugía, la quimioterapia administrada en combinación con la radioterapia ha reducido el tamaño tumoral y ha incrementado hasta el 50% la supervivencia a los 3 años. Sin embargo, en estos casos la enfermedad recidiva finalmente o bien el paciente muestra un nuevo tumor primario en la vía respiratoria superior tras el tratamiento⁵.

Debido a que la cirugía como tratamiento de los cánceres de la cabeza y el cuello puede cobrarse un precio muy elevado sobre la imagen corporal, los investigadores están intentando conseguir con la combinación de quimioterapia y radioterapia resultados similares a los que se obtienen con la combinación de cirugía y radioterapia.

Recientemente, los investigadores han utilizado la quimioterapia con cetuximab (un anticuerpo monoclonal frente al receptor del factor de crecimiento) en combinación con la radioterapia. En comparación con la radioterapia aplicada de manera aislada, esta combinación ha mejorado de manera importante el control local del tumor y también los parámetros de supervivencia global y de supervivencia sin enfermedad, al tiempo que sus efectos adversos a largo plazo no han sido excesivos.

Control de los efectos adversos de la quimioterapia

He aquí lo que puede usted hacer para ayudar a un paciente que recibe quimioterapia:

- Controle los posibles efectos adversos y enseñe al paciente las medidas

necesarias para controlarlos. Subraye la importancia de la hidratación mediante sueroterapia intravenosa y estimule a su paciente a beber entre 6 y 8 vasos de agua al día (a menos que esté contraindicado) con el objetivo de proteger sus riñones frente a los efectos tóxicos renales del cisplatino. También tiene que explicar a su paciente que existen tratamientos para las náuseas y los vómitos.

- El cisplatino puede causar cuadros de neuropatía en manos y pies, de manera que debe saber cómo protegerse de ello. Por ejemplo, usted puede enseñar a su paciente a inspeccionar cada día los pies, a utilizar siempre calzado y a acudir sistemáticamente a un podólogo para el recorte de las uñas.
- Recomiéndele la realización de enjuagues orales con agua salada o bicarbonato sódico para prevenir y aliviar las úlceras orales.
- La quimioterapia puede reducir el recuento leucocitario del paciente, de manera que es necesario que le enseñe a prevenir y reconocer las infecciones.
- Explíquelo que el 5-FU causa con frecuencia diarrea y, en algunos pocos casos, episodios de dolor torácico intenso. El paciente tiene que saber que debe avisar al servicio de urgencias si presenta dolor torácico, y que tiene que ponerse en contacto con el oncólogo si desarrolla diarrea.

En algunos pacientes se puede incluir el cetuximab en el régimen de quimioterapia. Un efecto adverso frecuente de la perfusión de este medicamento es la aparición de episodios de broncospasmo, hipertensión y sofocos. Si el paciente desarrolla estos episodios, es necesario interrumpir la perfusión, que ya no se puede volver a iniciar.

Vuelta a la vida cotidiana

La cirugía y otros tratamientos del cáncer laríngeo pueden causar dificultades físicas y emocionales importantes en el paciente. Cuando vuelve a su vida cotidiana, puede necesitar ayuda para aprender nuevos métodos de hablar,

restablecer su fuerza muscular tras la cirugía y adaptarse a su imagen corporal alterada.

Habla. La rehabilitación más intensiva que va a requerir el paciente es la que se refiere al logoterapeuta, que posee experiencia en el tratamiento de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello. El señor José B., que ha sido sometido a una laringectomía total, va a tener que aprender nuevas técnicas para hablar y puede continuar la logoterapia durante meses. Las distintas opciones en este sentido se recogen en el cuadro anexo *Hablar sin laringe*.

Los pacientes en los que se ha realizado una laringectomía supraglótica muestran un riesgo importante de aspiración y tienen que aprender técnicas de deglución para reducir dicho riesgo. Sin embargo, necesitan logoterapia incluso los pacientes en los que no se lleva a cabo la laringectomía. Por ejemplo, si el paciente ha recibido radioterapia va a tener que aprender distintas técnicas para poder deglutir e impedir los cuadros de trismo o recuperarse de ellos.

Rehabilitación muscular. La disección del cuello influye en los músculos del brazo y del hombro. El fisioterapeuta va a enseñar al paciente a realizar ejercicios que le permitan recuperar la fuerza y el rango de movimiento de estos músculos.

Autoimagen. La cirugía puede cobrarse un precio elevado sobre la autoimagen del señor José B. A medida que el paciente aprende a superar su desfiguración y aprende también a comunicarse con una voz de sonido distinto, puede sentir temor ante las situaciones sociales. Necesita apoyo emocional para adaptarse a estos cambios y mantener su actividad social. También puede recibir apoyo por parte de un asistente social o a través de un grupo de apoyo de laringectomizados. Algunos pacientes están obsesionados con su estoma mientras hacen el amor. Usted debe enseñarles a utilizar un dispositivo de cobertura del estoma, un jersey de cuello alto o una bufanda o un pañuelo

durante los episodios de intimidad y siempre que permanezcan en público.

Anticipación

Tras ser sometido a una laringectomía total y a una disección de la parte derecha de su cuello, el señor José B. ha comenzado a hablar con una laringe artificial. Gracias a los cuidados postoperatorios y a la enseñanza proporcionada por los profesionales de enfermería, el paciente y su familia cuidan el estoma en su domicilio y el paciente se prepara para la implantación de una prótesis traqueoesofágica dentro de aproximadamente 6 meses. **11**

BIBLIOGRAFÍA

1. Carr E. Nursing care of the client with head and neck cancer. In Itano JK, Taoka KN (eds), *Core Curriculum for Oncology Nursing*, 4th edition. St. Louis, Mo., Elsevier/Saunders, 2005.
2. American Cancer Society: All about laryngeal and hypopharyngeal cancer. http://www.cancer.org/docroot/CRI/CRI_2x.asp?sitearea=&dt=23
3. Mendenhall WM, et al. Management of head and neck cancers. In DeVita VT, et al. (eds), *Cancer: Principles and Practice of Oncology*, 7th edition. Philadelphia, Pa., Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
4. Mojica-Manosa P, et al. Larynx squamous cell carcinoma: Concepts and future directions. *Surgical Oncology Clinics of North America*. 13(1):99-112, January 2004.
5. Myers EN, et al. (eds). *Cancer of the Head and Neck*, 4th edition. Philadelphia, Pa., W.B. Saunders Co., 2004.

COMPLEMENTOS

- Bonner JA, et al. Radiotherapy plus cetuximab for squamous-cell carcinoma of the head and neck. *The New England Journal of Medicine*. 354(6):576-578, February 9, 2006.
- Clarke LK, Dropkin MJ (eds). *Head and Neck Cancer*. Pittsburgh, Pa., ONS Publishing, 2005.
- National Comprehensive Cancer Network. *Clinical Practice Guidelines in Oncology* (May 23, 2006): Head and Neck Cancers. Version 1.2006. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/head-and-neck.pdf
- Papadas T, et al. Rehabilitation after laryngectomy: A practical approach and guidelines for patients. *Journal of Cancer Education*. 17(1):37-39, Spring 2002.

Linda Schiech es enfermera clínica especializada en el Fox Chase Cancer Center de Filadelfia, Pensilvania.

La autora declara que no tiene ninguna relación significativa de carácter económico o de otro tipo con ninguna empresa comercial relacionada con esta actividad educativa.