



El tratamiento de pequeños tumores que afectan a las cuerdas vocales puede ser controvertido. El control tumoral se logra en más del 95% de los pacientes que presentan cáncer glótico en estadio T1 empleando radioterapia, una hemilaringectomía vertical o una resección endoscópica transoral. Con los recursos adecuados, el peso de la evidencia favorece la resección transoral endoscópica como el método más rentable con tasas muy altas de control tumoral.

### Selección del Paciente

Pacientes jóvenes con compromiso de comisura anterior o alteración parcial del movimiento (T2) y aquellos en los que ha fracasado la radioterapia curativa para pequeñas lesiones glóticas, pueden ser candidatos adecuados para una *laringectomía parcial vertical*.

Cuando el tumor requiere la extirpación de la *comisura anterior*, el término apropiado para este procedimiento es la *laringectomía parcial frontolateral*. La hemilaringectomía vertical frontolateral puede ser realizada para incluir uno de los aritenoides y, cuando sea necesario, ambas cuerdas vocales. En estas circunstancias, algunos cirujanos pueden elegir la *laringectomía parcial supracricoidea con cricohioideo-epiglottopexia* para controlar un tumor de gran tamaño que involucre la comisura anterior, las cuerdas vocales o el espacio paraglótico.

La laringectomía parcial vertical *no es adecuada* para los tumores que implican la laringe supraglótica y el espacio paraglótico. Del mismo modo, no es apropiado para pacientes con más de 10 mm de extensión subglótica. La afectación de ambos aritenoides es también una contraindicación estricta.

Los pacientes con lesiones multifocales, displasia difusa y carcinoma in situ, afectación de los aritenoides, comisura posterior o que presenten una comorbilidad importante para la cirugía pueden ser mejores candidatos a radioterapia

### Planificación preoperatoria

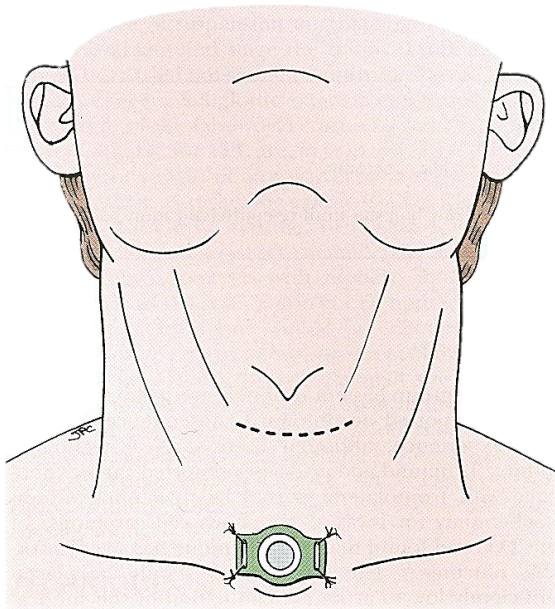
Cuando valoramos una cirugía para el tratamiento un cáncer de cuerda vocal, la puesta en escena precisa y la selección del paciente son cruciales para los buenos resultados. El TC de corte fino de alta resolución complementa la microlaringoscopia y el examen bajo anestesia.

En el contexto una radioterapia anterior fallida, el cirujano debe ser consciente del potencial de cáncer multifocal persistente. En general, se debe extirpar todo el tejido del tumor original.

El estudio preoperatorio preciso de los tumores empleando endoscopia flexible de fibra óptica y TC de corte fino permite al cirujano determinar el grado de resección y las necesidades reconstructivas de cada paciente. Por ejemplo, los pacientes que requieren hemilaringectomía frontolateral en la que ambos aritenoides y el 80% de una cuerda vocal están intactos no requerirán tejido para la reconstrucción. Por el contrario, si uno de los aritenoides es resecaado o si más del 20% de la cuerda vocal contralateral debe ser extirpada, debe realizarse alguna reconstrucción para permitir una buena deglución sin aspiraciones y para permitir un diámetro adecuado de espacio glótico para la respiración

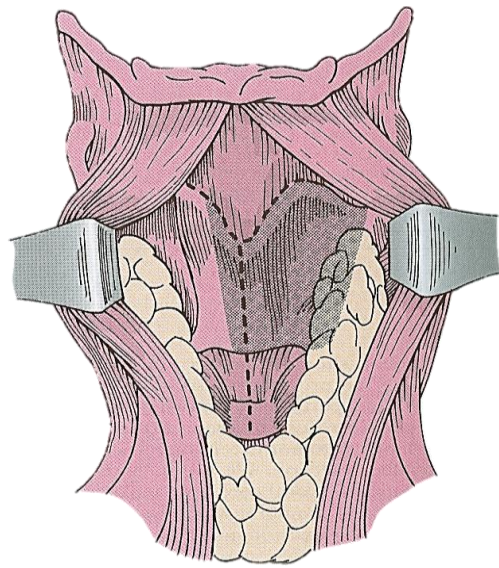
## Técnica quirúrgica

- El procedimiento se realiza bajo anestesia general
- Se administran antibióticos profilácticos perioperatorios durante 24 horas
- Hacer una traqueotomía a través de una incisión separada en el cuello
- Realizar una segunda incisión horizontal aproximadamente a nivel de la escotadura tiroidea (*Figura 1*)

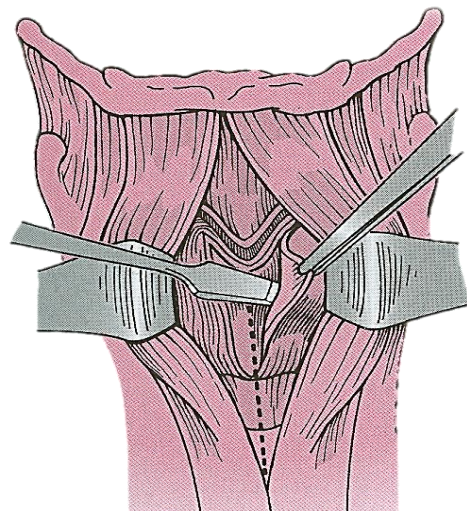


*Figura 1: Incisión para laringectomía parcial vertical*

- Tenga cuidado de asegurar la separación de la incisión de la traqueostomía de la incisión de la laringectomía parcial
- Elevan los colgajos de piel superiormente hasta el hueso hioides e inferiormente hasta el cartílago cricoides
- Separe y eleve los músculos de la correa para exponer la lámina tiroidea (*Figura 2*)
- Incidir el pericromandrio externo del cartílago tiroides en la línea media y elevar un colgajo pericondrial basado en la parte posterior de forma bilateral (*Figuras 2 y 3*)



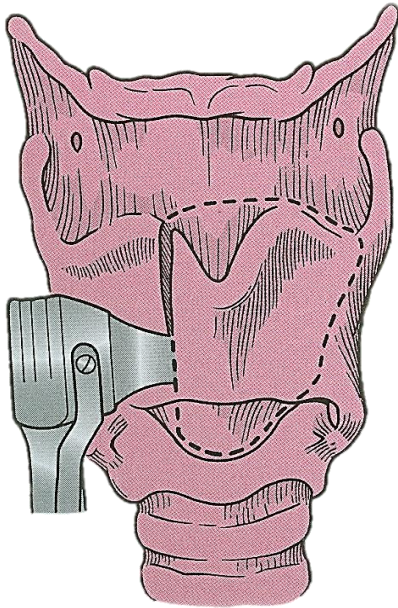
*Figura 2: Incisión del pericondrio para exponer el ala tiroidea*



*Figura 3: Elevación del pericondrio con los músculos de la cintura suprayacentes*

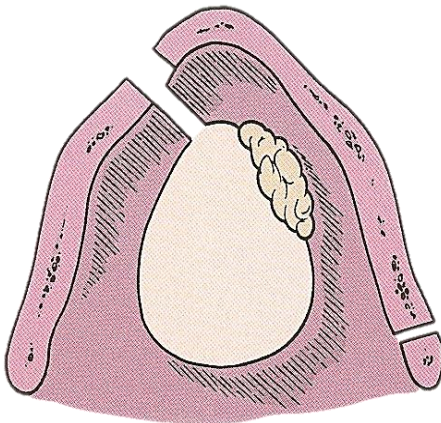
- La extensión de la elevación debe reflejar la resección del cartílago tiroideo prevista
- Realizar cortes verticales a través del cartílago tiroides, preservando la mayor parte de la lámina posterior del cartílago según lo permitan los principios oncológicos básicos
- Diseñar los cortes para que correspondan con los márgenes de resección de tejidos blandos dentro de la laringe (*Figura 4*)





*Figura 4: Los cortes verticales del cartílago están diseñados para corresponder con los márgenes de resección de tejido blando dentro de la laringe*

- Es esencial que los cortes de cartílago se hagan perpendiculares al plano del cartílago y que los cortes de tejido blando sean hechos con un bisturí (no con una sierra) (Figura 5)



*Figura 5: Los cortes del cartílago deben ser perpendiculares al mismo para permitir los cortes correspondientes de tejidos blandos en la laringe*

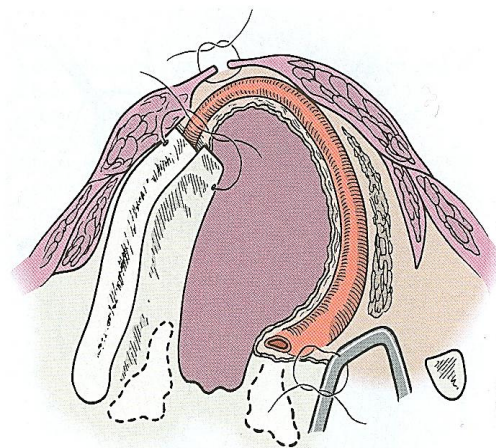
- Realice una cricotirotomía amplia para permitir el acceso a la subglotis, de modo que el cirujano, trabajando con

un faro y un bisturí, pueda visualizar la superficie inferior de las cuerdas vocales

- Coloque el corte inicial en la cuerda vocal para permitir un margen de 2mm desde el tumor sin extirpar innecesariamente la cuerda vocal no comprometida
- A continuación, abra ampliamente la tirotomía para que el corte a través de la cara posterior de la cuerda vocal involucrada se pueda realizar con un margen de 2 mm
- Extirpar los especímenes de hemilaringectomía
- Lo ideal es que los nuevos márgenes de ambos lados de la cuerda vocal se presenten para la evaluación de la sección congelada
- Insertar una sonda nasogástrica

***Cuando se han conservado dos tercios o más de una cuerda vocal, no se requiere una reconstrucción de tissue extra suave.***

- Fijar el extremo libre del pliegue vocal residual anteriormente al cartílago tiroideo residual con una sutura de Vicryl (Figura 6)



*Figura 6: Sutura de la cuerda vocal remanente al ala tiroidea*

- Cierre el pericondrio externo en la línea media con Vicryl (Figura 7)

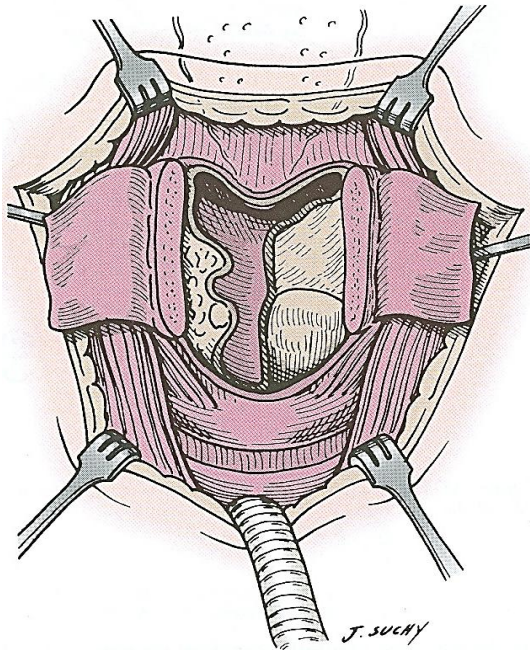


Figura 7: Laringe restante después de la extirpación de la pieza. El cierre se inicia suturando el pericondrio externo en la línea media

- Reaproximar los músculos de la correa en la línea media con Vicryl como segunda capa de cierre (Figura 7)
- Inserta un **desagüe Penrose**. Se deben evitar los drenajes de succión porque tenderán a extraer secreciones de las vías respiratorias a través de la herida
- Cerrar la piel en capas
- Insertar un tubo de traqueostomía con manguito

**Cuando más del 80% de la cuerda vocal contralateral no se puede preservar, se requiere algún tipo de reconstrucción de tejido para reconstituir la luz y mantener una vía aérea adecuada. El autor prefiere emplear una epiglotopexia:**

- Agarre el pecíolo de la epiglotis con pinzas de Allis
- Libera y divide el ligamento hioepiglótico socavando la superficie lingual del cartílago epiglótico en un plano subpericondrial

- Movilizar y tirar de la epiglotis de forma inferioriana
- Fijar la epiglotis a la superficie superior del cartílago cricoides (Figuras 8 y 9)

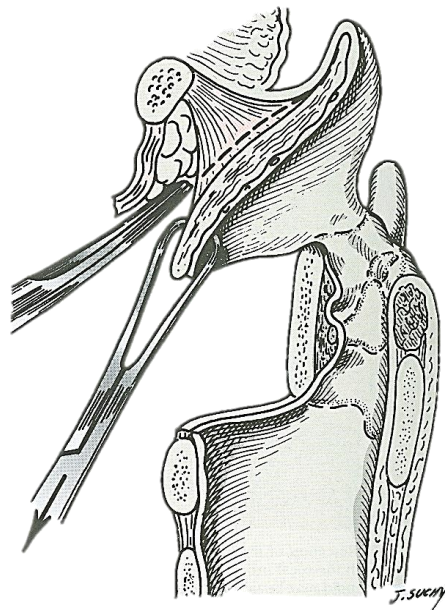


Figura 8: Epiglotopexia: Disección subpericóndrica de la superficie lingual del cartílago epiglótico para dividir el ligamento hioepiglótico

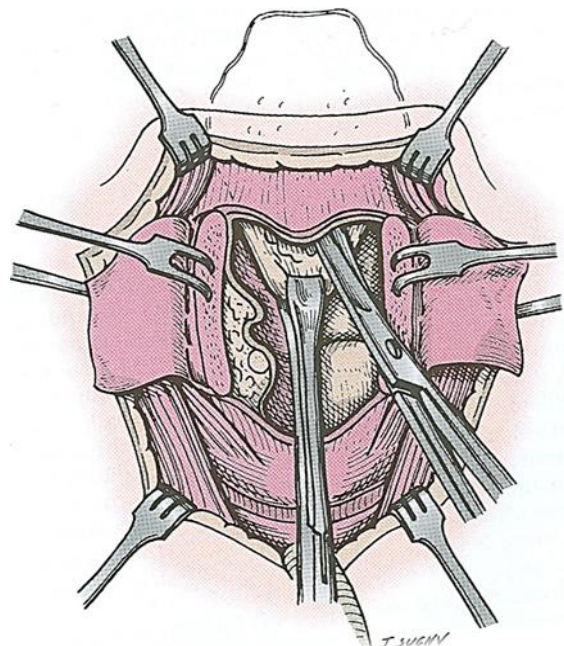


Figura 9: Epiglotopexia con epiglotitis tirada inferiormente con pinzas de Allis

***Cuando las consideraciones tumorales requieren la remoción del cuerpo del aritenoides, éste también debe ser reconstruido.*** El aspecto crítico es restablecer la altura del aritenoides para evitar que las secreciones fluyan directamente de la faringe a la laringe. Se ha reportado una multiplicidad de técnicas que emplean cartílago, músculo o simplemente grasa. El tejido debe fijarse a la parte superior del cricoides y luego cubrirse mediante el avance de la mucosa desde la pared medial del seno piriforme sobre los materiales reconstructivos. Los pacientes que requieren reconstrucción aritenoides invariablemente tienen una recuperación prolongada y disfagia temporal.

### **Cuidado Postoperatorio**

Al final del procedimiento, el paciente debe tener una cánula de traqueotomía con el balón inflado. La administración de antibióticos se termina en la primera mañana postoperatoria. Se requiere nutrición por sonda nasogástrica para cubrir las necesidades nutricionales del paciente.

El apósito que sostenga el drenaje de Penrose se debe cambiar para una buena higiene. El drenaje puede ser retirado cuando ya no produce secreciones mucosas. Normalmente ocurre en el tercer o cuarto día del postoperatorio.

Se deben realizar los cuidados oportunos de la traqueotomía. El balón de la traqueotomía debe mantenerse inflado durante 4-5 días para desviar las secreciones por la cánula de traqueotomía en lugar de hacerlo en la herida recién reconstruida.

En el quinto día del postoperatorio, el balón de la traqueotomía puede desinflarse. Esto permite al equipo médico determinar si el paciente puede proteger su propia vía aérea sin aspiración. Los pacientes que han sido previamente tratados con radioterapia pueden tener un proceso de decanulación más

prolongado. Si el paciente tolera el balón desinflado de la traqueotomía, el médico puede cambiar la cánula a una más pequeña y sin balón. La adecuación de la vía aérea reconstruida se puede probar tapando la traqueotomía. Los pacientes que toleran la cánula tapada toda la noche son candidatos a la decanulación. Se reintroducen los alimentos blandos y el paciente puede ser dado de alta.

### **Rescate después de la radioterapia: Consideraciones especiales y problemas**

La indicación más habitual para realizar una hemilaringectomía parcial frontolateral en la era de la tecnología endoscópica transoral es tratar a pacientes con cáncer persistente después de haber recibido radioterapia. Tales pacientes tienen un mayor edema, cicatrización más lenta y una alta incidencia de condritis. El drenaje con frecuencia necesita ser mantenido más allá de la primera semana. Se debe pautar antibióticos para la celulitis y el eritema. El paso a la alimentación oral a menudo se retrasa y la sonda nasogástrica puede ser necesaria durante 2-3 semanas. En estas circunstancias, la mayoría de los pacientes pueden ser dados de alta, con atención domiciliaria, cuidados de la traqueotomía y sonda nasogástrica hasta que la herida se estabilice y el edema se haya resuelto, momento en el que los médicos pueden proceder con la decanulación y el inicio de la alimentación oral.

### **Expectativas terapéuticas**

La hemilaringectomía vertical parcial es altamente efectiva (> 90%) en pacientes correctamente seleccionados. La extirpación quirúrgica de los tumores previamente irradiados siempre tiene el potencial de que se nos haya pasado por alto un tumor multifocal, y si no se elimina por completo, la recidiva está asegurada.



Todos los pacientes con laringectomía parcial abierta presentan *disfonía* postoperatoria. Sin embargo, la gran mayoría de los pacientes tienen una voz útil.

*La disfagia y la aspiración de larga* evolución no son habituales, siempre y cuando se conserven ambos aritenoides o se haya eliminado un aritenoides y se reconstruya apropiadamente.

Si no se reconstruye adecuadamente la glotis después de la resección de la mayoría de ambas cuerdas vocales, se producirá una *estenosis laríngea*. La prevención es la clave para evitar este problema. El equipo de tratamiento debe saber la cantidad de tejido necesario para la reconstrucción en el momento de la resección.

### Referencia útil

[Guías de práctica clínica de la AfHNS para los cánceres glóticos en países en desarrollo y entornos de recursos limitados](#)

### Cómo citar este capítulo

Johnson JT. (2025). Vertical partial laryngectomy. In *The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery*. Retrieved from <https://vula.uct.ac.za/access/content/group/ba5fb1bd-be95-48e5-81be-586fbaeba29d/Vertical%20%20partial%20laryngectomy.pdf>

### Traductores

José Roán, MD  
Servicio de Otorrinolaringología  
Hospital Clínico San Carlos de Madrid  
Prof. Martín Lagos S/N 28040  
Madrid, España  
[pproan@hotmail.com](mailto:pproan@hotmail.com)

Manuel Gómez Serrano, MD, MSC, PhD, FEBORL  
Servicio de Otorrinolaringología  
Hospital Clínico San Carlos de Madrid

Prof. Martín Lagos S/N 28040  
Madrid, España  
[manuelgomezseirano@gmail.com](mailto:manuelgomezseirano@gmail.com)

### Coordinador de las traducciones al castellano

J. Alexander Sistiaga Suárez MD,  
FEBEORL-HNS, GOLF-IFHNOS  
Unidad de oncología de cabeza y cuello  
Servicio de Otorrinolaringología  
Hospital Universitario Donostia  
[jasistiaga@osakidetza.eus](mailto:jasistiaga@osakidetza.eus)

### Autor

Jonas T. Johnson, M.D.  
Emeritus Professor & Chair  
Department of Otolaryngology  
Eye and Ear Institute  
200 Lothrop Street, Suite 500  
Pittsburgh, PA 15213, USA  
[johnsonjt@upmc.edu](mailto:johnsonjt@upmc.edu)

### Editor

Johan Fagan MBChB, FCS(ORL), MMed  
Emeritus Professor and Past Chair  
Division of Otolaryngology  
University of Cape Town  
Cape Town, South Africa  
[johannes.fagan@uct.ac.za](mailto:johannes.fagan@uct.ac.za)



The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery by [Johan Fagan \(Editor\) johannes.fagan@uct.ac.za](mailto:johannes.fagan@uct.ac.za) is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-Commercial 3.0 Unported License](#)

