

Presentación Atípica de Cáncer de Laringe en Paciente No Fumadora; Reporte de Caso, Revisión de Literatura y Técnica Quirúrgica.



Adonys Hidalgo López¹, Jorge Oswaldo Tello Mérida², Raúl Francisco Jiménez³, Andy Gerardo Fuentes López⁴
Residente de cuarto año cirugía general¹, Cirujano oncólogo², Cirujano oncólogo³, Jefe de residentes cirugía general⁴.

RESUMEN

Objetivo: Reportar un caso atípico de cáncer laríngeo en paciente no fumadora, destacando retos diagnósticos, manejo quirúrgico y evidencia actual. **Diseño:** reporte de caso. **Escenario:** Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Paciente femenina de 52 años, con hipertensión arterial, sin antecedentes quirúrgicos ni tabaquismo, originaria de Zacapa, referida por disnea de cuatro meses, exacerbada tres días previos. **Intervenciones:** Al ingreso presentó falla ventilatoria aguda; se intentó intubación sin éxito, realizándose traqueostomía de urgencia. Ingresó a UCI para estudios. Tomografía mostró lesión laríngea obstructiva. Nasoendoscopia evidenció masa supraglótica oclusiva; biopsia reportó carcinoma escamoso no queratinizante moderadamente diferenciado. Tras estabilización, se realizó laringectomía total con disección cervical bilateral y hemitiroidectomía. Se evidenció compromiso supra, trans e infraglótico con invasión tiroidea derecha. **Resultados:** Tumor clasificado como T4aN2cM0 (AJCC). Se indicó tratamiento quirúrgico seguido de quimio-radioterapia adyuvante según NCCN. Evolución favorable. **Conclusiones:** Destaca el abordaje multidisciplinario; el control de la vía aérea y la cirugía radical permitieron adecuado control oncológico.

Palabras clave: laringe, tiroides, linfonodos, traqueostomía.

ABSTRACT

Atypical Presentation of Laryngeal Cancer in a Non-Smoking Patient: Case Report, Literature Review, and Surgical Technique

Objective: To report an atypical case of laryngeal cancer in a non-smoking patient, highlighting diagnostic challenges, surgical management, and current evidence. **Design:** Case report. **Setting:** Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. A 52-year-old female patient with a history of hypertension, no prior surgical history, and no tobacco use, originally from Zacapa, was referred for dyspnea on moderate exertion of four months' duration, worsening three days prior to admission. **Interventions:** On admission, the patient presented with acute respiratory failure; rapid sequence intubation was attempted without success, and an emergency tracheostomy was performed. She was admitted to the intensive care unit for further evaluation. Neck computed tomography demonstrated an obstructive laryngeal lesion. Nasoendoscopy revealed a completely obstructing supraglottic mass; biopsy confirmed moderately differentiated non-keratinizing invasive squamous cell carcinoma. After clinical optimization, the patient underwent total laryngectomy with bilateral modified radical neck dissection and hemithyroidectomy. Intraoperatively, tumor involvement of the supra-, trans-, and infraglottic regions with invasion of the right thyroid lobe was identified. **Results:** Based on surgical findings, the tumor was classified as T4aN2cM0 according to AJCC staging. In accordance with NCCN guidelines, surgical management followed by adjuvant chemoradiotherapy was indicated. The patient had a favorable clinical course. **Conclusions:** This case underscores the importance of a multidisciplinary approach in advanced laryngeal cancer. Early airway control, accurate histopathological diagnosis, and radical surgical treatment allowed for adequate oncologic control and favorable outcomes.

Keywords: larynx, thyroid, lymph nodes, tracheostomy

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de laringe constituye una de las neoplasias más relevantes del tracto Aero-digestivo superior, tanto por su impacto funcional como por la complejidad de su manejo. A nivel global, presenta una incidencia estimada de 2–3 casos por 100,000 habitantes, con una fuerte asociación al consumo de tabaco y alcohol¹. No obstante, un subgrupo de pacientes desarrolla la enfermedad en ausencia de estos factores de riesgo, lo que sugiere mecanismos etiopa-

togénicos alternativos. Los avances en biología molecular han permitido identificar perfiles genéticos distintivos en estos pacientes, incluyendo mutaciones en TP53 y alteraciones en EGFR, que influyen en el comportamiento tumoral y la respuesta terapéutica^{2,3}. Estas características refuerzan la necesidad de un abordaje diagnóstico integral. El diagnóstico del carcinoma laríngeo requiere una evaluación multimodal que incluya endoscopia, estudios de imagen de alta resolución y confirmación histopatológica. En estadios localmente avanzados (T4a), la

evidencia respalda la laringectomía total como tratamiento estándar, generalmente asociada a disección cervical y terapias adyuvantes⁴. El manejo actual se basa en un enfoque multidisciplinario que integra cirugía radical con quimiorradioterapia adyuvante, lo que ha demostrado mejorar el control loco-regional y la supervivencia⁵.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Identificación del paciente: Mujer de 52 años, originaria y residente en Zacapa. Niega tabaquismo, alcoholismo, antecedentes quirúrgicos y exposición a carcinógenos.

Síntomas iniciales: Cuadro de 4 meses de evolución con disnea progresiva a medianos esfuerzos asociada a disfagia ocasional, tratado inicialmente como infección respiratoria sin mejoría. Cuatro días previos al ingreso presentó disnea en reposo.

Historia médica, familiar y psicosocial: Antecedente de hipertensión arterial controlada. Sin antecedentes familiares oncológicos ni otros factores de riesgo relevantes.

Hallazgos clínicos: Ingreso al Hospital General Juan José Arévalo Bermejo con inestabilidad hemodinámica e insuficiencia respiratoria aguda. Se intentó intubación orotraqueal sin éxito, realizándose traqueostomía de urgencia para asegurar la vía aérea.

Línea de tiempo: Tras estabilización en UCI y resolución de neumonía nosocomial, fue trasladada al Hospital General de Enfermedades para manejo especializado. Otorrinolaringología realizó nasoendoscopia y laringoscopia de suspensión con biopsia, y Cirugía Oncológica indicó intervención quirúrgica definitiva.

Evaluación diagnóstica: TC y RM evidenciaron masa supraglótica de 4.2×3.8 cm con extensión

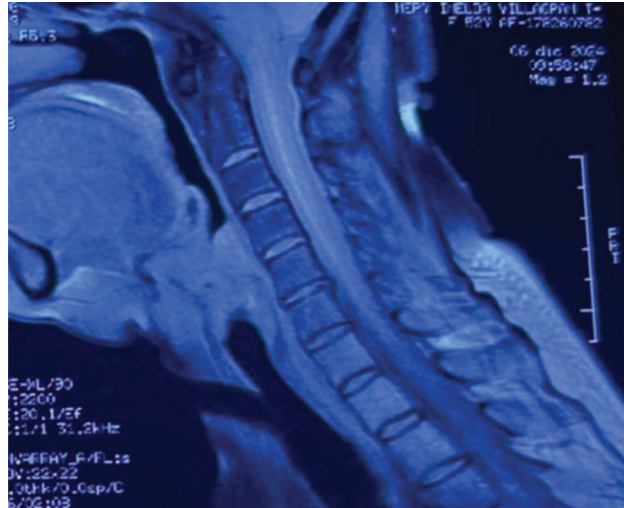


Figura 1.



Figura 2.

transglótica y destrucción del cartílago tiroides derecho. El estudio histopatológico reportó carcinoma escamoso no queratinizante moderadamente diferenciado invasivo.

Intervención quirúrgica: Se realizó laringectomía total ampliada con vaciamiento cervical radical modificado bilateral y tiroidectomía de-

recha. Se utilizó incisión en “U” ampliada con disección subplatismal, identificando y preservando el músculo esternocleidomastoideo, el nervio espinal accesorio y la vena yugular interna, en concordancia con los principios de disección radical modificada de cuello. Se identifican estructuras vasculares mayores del cuello, las cuales se preservan. Se evidenció destrucción del cartílago tiroides derecho con invasión tumoral al lóbulo tiroideo ipsilateral, realizándose hemitiroidectomía derecha. La disección del espacio paraglótico incluyó control del pedículo laríngeo superior y sección del hioides con márgenes adecuados. La reconstrucción se efectuó mediante cierre faríngeo en tres planos (mucosa, músculo y fascia) con sutura reabsorbible 3-0. Se confeccionó traqueostoma definitivo con Vicryl 2-0 en puntos cardinales y se colocaron dos drenajes Jackson-Pratt de 7 mm. El tiempo quirúrgico fue de 4 h 20 min, con pérdida sanguínea de 150 ml y transfusión de 1 unidad de paquete globular.

Seguimiento y resultados: En el postoperatorio inmediato requirió 24 horas en UCI. Se mantuvo nutrición por gastrostomía previa e inicio precoz de rehabilitación foniátrica. El estudio anatomopatológico confirmó T4aN2cM0 (AJCC 8ª edición) con márgenes cercanos en región anterior. Se indicó quimiorradioterapia adyuvante según NCCN. A tres meses presenta adecuada cicatrización, buena adaptación al traqueostoma y respuesta favorable al tratamiento.

DISCUSIÓN

El presente caso describe un carcinoma laríngeo avanzado en una paciente no fumadora, lo cual representa un escenario clínico de creciente reconocimiento. Aunque el consumo de tabaco y alcohol continúa siendo el principal factor de riesgo, diversos estudios han documentado la aparición de esta neoplasia en pacientes sin exposición a estos agentes^{1,2}. La indicación de

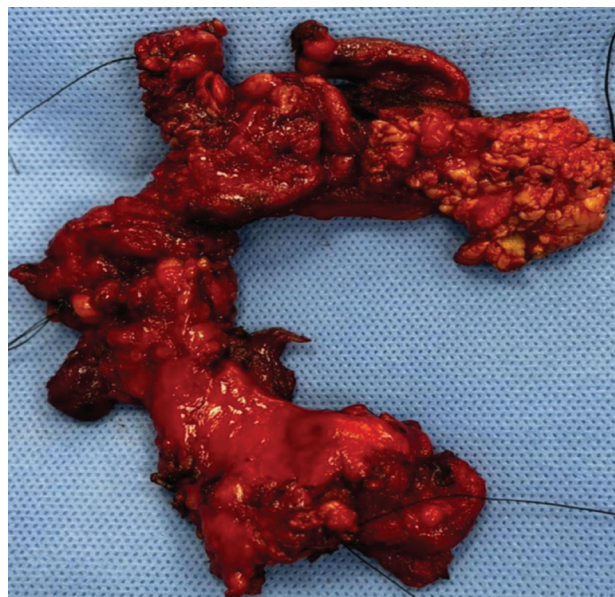


Figura 3.



Figura 4.

laringectomía total con disección cervical bilateral y hemitiroidectomía se fundamentó en la extensión tumoral y en las recomendaciones actuales para tumores T4a. La resección en bloque con márgenes oncológicos adecuados continúa siendo el principio fundamental en el

tratamiento quirúrgico de la enfermedad avanzada⁴. La preservación de estructuras clave, como el nervio espinal accesorio durante el vaciamiento cervical, es fundamental para optimizar la calidad de vida postoperatoria. Asimismo, una adecuada reconstrucción faríngea reduce el riesgo de complicaciones como la fístula faringocutánea, una de las más frecuentes en este tipo de procedimientos³.

Los hallazgos histopatológicos de enfermedad avanzada con compromiso ganglionar bilateral respaldan la indicación de terapia adyuvante. La combinación de radioterapia de intensidad modulada con cisplatino ha demostrado mejorar significativamente el control locorregional y la supervivencia global en estos pacientes⁵. Finalmente, este caso resalta la importancia de un

abordaje multidisciplinario desde el diagnóstico hasta el tratamiento definitivo, lo cual resulta determinante para optimizar los resultados oncológicos.

CONCLUSIÓN

El presente caso evidencia que el abordaje multidisciplinario coordinado, junto con una cirugía radical basada en principios oncológicos y el uso oportuno de quimiorradioterapia adyuvante, permite un adecuado control de tumores laríngeos localmente avanzados. Asimismo, resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha diagnóstica incluso en pacientes sin factores de riesgo tradicionales, con el fin de evitar retrasos en el diagnóstico y mejorar los resultados clínicos.

REFERENCIAS

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249.
2. Leemans CR, Snijders PJF, Brakenhoff RH. The molecular landscape of head and neck cancer. *Nat Rev Cancer.* 2018;18(5):269-282.
3. Steuer CE, El-Deiry M, Parks JR, Higgins KA, Saba NF. An update on larynx cancer. *CA Cancer J Clin.* 2017;67(1):31-50.
4. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Head and Neck Cancers. Version 2.2024.
5. Mehanna H, Robinson M, Hartley A, Kong A, Foran B, Fulton-Lieuw T, et al. Radiotherapy plus cisplatin or cetuximab in low-risk HPV-positive head and neck cancer. *Lancet.* 2019;393(10166):51-60.