

# Cáncer gloto-subglótico en la enfermedad obstructiva crónica: reporte de caso

## Gloto-subglottic cancer in chronic obstructive disease: case report

Marie Phara-Ambroise<sup>1</sup>, JL Cupul-Flores<sup>1</sup>, E Un-Hernández<sup>1</sup>, Jaime Alejandro Velázquez-Morelos<sup>1</sup>, Norma Alicia Urzúa-Rodríguez<sup>2,3</sup>

### RESUMEN

**Introducción.** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es considerada actualmente un problema de salud pública y es la mayor causa de morbilidad crónica en el mundo. La EPOC se define como una patología prevenible y tratable, parcialmente reversible con el uso de broncodilatadores, caracterizada por una limitación al flujo aéreo persistente, generalmente progresiva y asociada a una respuesta inflamatoria exagerada de las vías aéreas y del parénquima pulmonar frente a partículas de gases nocivos, en especial, el humo de tabaco.

**Caso clínico.** Se presenta el caso de un paciente masculino de 88 años de edad con el antecedente de tabaquismo, diagnosticado de EPOC desde hace 5 años, el cual se presentó al servicio de urgencias con disfonía, tos con expectoración color blanquecina, odinofagia y disnea de medianos esfuerzos, por lo que se decidió ingreso intrahospitalario. Continuó con estridor laríngeo audible, por consiguiente, se le realizó una nasofibroscopia, el cual reportó probable cáncer laríngeo gloto-subglótico.

**Conclusión.** El factor de riesgo más importante para el desarrollo de EPOC es el humo del tabaco, esto se encuentra fuertemente asociado con el cáncer laríngeo debido a que el consumo de tabaco y alcohol son considerados los principales factores de riesgo para su desarrollo. Dentro de las manifestaciones clínicas del cáncer laríngeo, se encuentra principalmente la persistencia de la disfonía en el carcinoma glótico, los síntomas que aparecen posteriormente incluyen la disfagia, la tos crónica y el estridor laríngeo.

**Palabras clave:** Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; Neoplasias Laríngeas; Tabaquismo; Laringomalacia.

### ABSTRACT

**Introduction.** Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is currently considered a public health problem and is the leading cause of chronic morbidity in the world. COPD is defined as a preventable and treatable pathology, partially reversible with the use of bronchodilators, characterized by a persistent airflow limitation, generally progressive and associated with an exaggerated inflammatory response of the airways and pulmonary parenchyma against gas particles harmful, especially, tobacco smoke.

**Clinical case.** We present the case of a 88-year-old male patient with a history of smoking, diagnosed with COPD for 5 years who presented to the emergency department with dysphonia, cough with whitish expectoration, odynophagia and dyspnea. Medium efforts so it was decided intrahospital admission. He continued with audible laryngeal stridor, therefore he underwent a nasofibroscope which reported probable glotto-subglottic laryngeal cancer.

**Conclusion.** The most important risk factor for the development of COPD is tobacco smoke, this is very related to laryngeal cancer because the consumption of tobacco and alcohol are considered the main risk factors for its development. Within the clinical manifestations of laryngeal cancer is mainly the persistence of dysphonia in glottic carcinoma, the symptoms that appear later include dysphagia, chronic cough, laryngeal stridor.

**Key words:** Pulmonary Disease, Chronic Obstructive; Laryngeal Neoplasms; Tobacco Use Disorder; Laryngomalacia.

1 Estudiante de la División de Ciencias de la Salud. Universidad de Quintana Roo. México.

2 División de Ciencias de la Salud. Universidad de Quintana Roo. México.

3 Hospital General de Chetumal. Servicios Estatales de Salud de Quintana Roo. México.

**Correspondencia:** Jaime Alejandro Velázquez Morelos.

**Correo electrónico:** cowco35@gmail.com

**Recibido:** 25 de julio de 2018.

**Aceptado:** 20 de diciembre de 2018.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es considerada actualmente un problema de salud pública y es la mayor causa de morbilidad crónica en el mundo. La prevalencia de las enfermedades respiratorias crónicas ha aumentado en los últimos 50 años. Entre éstas, destaca la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

La EPOC se define como una patología prevenible y tratable, parcialmente reversible con el uso de broncodilatadores, caracterizada por una limitación al flujo aéreo persistente, generalmente progresiva y asociada a una respuesta inflamatoria exagerada de las vías aéreas y del parénquima pulmonar frente a partículas de gases nocivos, en especial, el humo de tabaco <sup>(1)</sup>.

Las exacerbaciones, ocurridas por un reducido control de la patología, aceleran la progresión de la EPOC. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que más de 80 millones de personas padecen EPOC (de moderada a grave) y se proyecta que para el año 2020 la EPOC va a ser la tercera causa de muerte en el mundo <sup>(2)</sup>.

La prevalencia mundial en la población general se estima en alrededor de 1,0% y en mayores de 40 años en 10,0%, y en términos de morbilidad se situará del cuarto al tercer lugar a nivel mundial <sup>(1)</sup>. La prevalencia calculada para México por el reporte de PLATINO y de acuerdo al criterio GOLD es de 7,8% en personas mayores de 40 años de edad. Como en otros estudios internacionales, la prevalencia es mucho mayor en hombres (11,0% en hombres versus 5,6% en mujeres), se incrementa considerablemente de acuerdo a la edad (18,4% en personas mayores de 60 años versus 4,5% en personas de 50 a 59 años) y al número de paquetes fumados (15,7% en personas que han fumado más de 10 paquetes/año versus 6,3% cuando se fuma menos de 10 paquetes/año). El estudio INER reveló cerca de un 30,0% de pacientes con EPOC, acuden por la exposición al humo de leña, y más del 88,0% son exclusivamente mujeres <sup>(3)</sup>.

El humo del tabaco afecta a todos los tejidos por los que pasa en su camino a los pulmones, tal vez el órgano más susceptible de daño es la laringe, al grado que puede dejar sin voz al afectado o generar cáncer. En México, en el año 2000 el cáncer de laringe se diagnosticó en 936 casos, ocupando 1,0% de las neoplasias malignas y el sexto lugar de las neoplasias malignas en pacientes masculinos de sesenta y cinco años y más <sup>(4)</sup>. La mayoría de los adenocarcinomas laríngeos surgen del epitelio de superficie, y algunos, de las glándulas seromucosas; de ahí que sean más frecuentes a nivel supraglótico (52,0%) y subglótico, aunque no se puede descartar que surjan de una transformación neoplásica de células indiferenciadas del epitelio de superficie, por su analogía con otros tumores epiteliales malignos. En la glotis (5,0%) se localizan en el suelo <sup>(5)</sup>.

Es importante conocer los datos clínicos del cáncer glótico, ya que en ocasiones puede pasar desapercibida en una entidad clínica como la exacerbación de la enfermedad obstructiva crónica, de igual forma, se debe tomar en cuenta el riesgo de cáncer con base al índice tabáquico del paciente, ya que el tabaquismo es la principal causa de la aparición de ambas enfermedades.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Masculino de 88 años, jubilado, originario de la ciudad de Chetumal Quintana Roo y residente de la misma. Diagnosticado con Enfermedad obstructiva crónica (EPOC) desde hace 5 años, hipertensión arterial sistémica desde hace 5 años tratada con captopril, tabaquismo durante 50 años. Sin vida sexual activa, niega antecedentes quirúrgicos, traumáticos.

Inicia padecimiento el día 05 de enero de 2018, caracterizándose por una consistente disfonía, tos con expectoración de color blanquecina, odinofagia y disnea de medianos esfuerzo, sin embargo, el día 20 del mismo mes, estos síntomas aumentan en intensidad, por lo que sus familiares deciden llevarlo al servicio de urgencias del hospital general de Chetumal. Al realizar la exploración física del paciente se describe lo siguiente: presión arterial 170/80mmHg, frecuencia cardíaca 92 lpm, frecuencia respiratoria 24 rpm, temperatura 36.7 °C.

Paciente endomorfo, edad aparente congruente a la edad cronológica, despierto, orientado en sus tres esferas neurológicas, normocéfalo, con buena implantación de cabello, piel de coloración y turgencia normal, conjuntivas normocrómicas bien hidratadas, escleras anticréticas, pupilas isocóricas, normoreflexivas, capos visuales sin alteraciones, cavidad oral sin alteraciones amígdala de color normal son datos de inflamación, arcada dentaria incompleta, cuello móvil simétrico sin masas ni adenopatías, tiroides no palpable, sin ingurgitación yugular, tórax simétrico normoexpansible, con tirajes subclaviculares y subcostales, quejito espiratorio y estridor laríngeo. Auscultación con murmullo vesicular conservado, con roncus generalizado ruidos cardíacos rítmicos con buen tono e intensidad, sin soplos, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, peristalsis presente, sin hepatoesplenomegalia, extremidades íntegras, móviles sin edema, pulsos distales conservados, llenado capilar <2 segundos, tono y fuerza disminuidos Daniels 4/5, reflejos osteotendinosos normoreflexivos.

Debido a los signos de dificultad respiratoria se decide iniciar soporte ventilatorio no invasivo. Además el paciente refirió en el interrogatorio episodios similares previos en numerosas ocasiones fueron aumentando en los últimos 4 meses, los cuales resolucionan con uso de antibioticoterapia. Se decide realizar una interconsulta con el servicio de medicina interna para establecer manejo de las patologías. En su cuarto día de hospitalización, la paciente continua con estridor laríngeo audible a distancia, continúa con manejo establecido y se pide interconsulta al servicio de Otorrinolaringología, el cual realiza una nasofibroscopia y broncoscopia, en donde se reporta un probable cáncer laríngeo gloto-subglótico.

Laboratorios de química sanguínea: glucosa 117 mg/dl, urea 45 mg/dl, BUN 21mg/dl creatinina 1,2 mg/dl, ácido úrico 7.8 mg/dl. Biometría hemática, 4.21 millones por microlitro, Hb 13.4 g/dl, Hcto 40%, VGM 95fl, HCM 31.8pg, Leucocitos 24.400, neutrófilos 91,0%, Linfocitos 5,0%, plaquetas 302,000.

## DISCUSIÓN

La exacerbación de la EPOC, es definida como un evento agudo que se caracteriza por agravamiento de los síntomas respiratorios del paciente el cual conlleva a un cambio de la medicación <sup>(6)</sup>.

Cada vez que se presenta una exacerbación grave que necesita de hospitalización, ésta causa un incremento del riesgo para que se presente una nueva posteriormente, así como un aumento en el riesgo de muerte <sup>(7)</sup>. Su etiología principal es por una infección respiratoria, en primer término de origen bacteriano (*haemophilus influenzae*, *streptococcus pneumoniae*, *moraxella catarrhalis*) <sup>(8)</sup>.

Las exacerbaciones de la EPOC se van a caracterizar por presentar empeoramiento de síntomas respiratorios, la disnea, la tos y el esputo, mayor al habitual en el paciente <sup>(9)</sup>.

El factor de riesgo más importante para el desarrollo de EPOC es el humo del tabaco<sup>(10)</sup>, esto se encuentra muy relacionado con el cáncer laríngeo debido a que el consumo de tabaco y alcohol son considerados los principales factores de riesgo para su desarrollo<sup>(11)</sup>. Dentro de las manifestaciones clínicas del cáncer laríngeo se encuentra principalmente la persistencia de la disfonía en el carcinoma glótico, los síntomas que aparecen posteriormente incluyen la disfagia, la tos crónica y el estridor<sup>(12)</sup>.

Las características clínicas de una exacerbación de EPOC difieren evidentemente de un carcinoma laríngeo<sup>(9,12)</sup>. Sin embargo, comparten una misma etiología que pudiera sugerir que la presentación de ambas entidades conjuntas es muy frecuente, pero durante la realización de este escrito, no se encontró algún reporte de caso de la presencia de ambas patologías juntas asociadas al consumo crónico de tabaco.

En el 2005 se publicó un estudio de casos y controles con 123 479 personas exfumadoras y no fumadoras, de las cuales 97 desarrollaron cáncer de pulmón, y de éstas 20 presentaron cáncer de vías respiratorias superiores (faringe y laringe) y 14 fallecieron por EPOC. Las muertes por EPOC fueron mayores en las personas con antecedentes de tabaquismo que en aquellas que no lo tenían; sin embargo, este estudio solo muestra la relación que existe entre la presencia de una neoplasia de vías respiratorias superiores y las muertes por EPOC y no la presencia de EPOC asociado a cáncer laríngeo <sup>(13)</sup>.

Se debe de tener presente las manifestaciones clínicas ajenas al EPOC exacerbado que pudieran hacernos pensar en la presencia de alguna patología respiratoria, entre ellas, alguna neoplasia de vías respiratorias superiores, ya que las dos entidades comparten una etiología en común al igual que ambas se presentan principalmente en edades avanzadas de la vida <sup>(10,11)</sup>.

## CONCLUSIÓN

Según la asociación americana de cáncer, la tasa relativa de supervivencia a 5 años en la primera etapa del cáncer subglótico es del 65,0% y conforme avanza disminuye hasta llegar a un 32,0%, por esta razón, es importante conocer los datos clínicos del cáncer glótico, ya que en ocasiones puede pasar desapercibida en una entidad clínica como la exacerbación de la enfermedad obstructiva crónica, de igual forma, se debe tomar en cuenta el riesgo de cáncer

con base al índice tabáquico del paciente, ya que el tabaquismo es la principal causa de la aparición de ambas enfermedades, lo que conlleva que la EPOC sea un factor para presentar cáncer glótico en pacientes que presenten tabaquismo de larga evolución. El estridor laríngeo, la disfonía y la odinofagia en pacientes con EPOC, pueden aumentar la sospecha de cáncer laríngeo o glótico.

## REFERENCIAS

1. Torres-Castro R, Céspedes C, Vilaró J, Vera-Urbe R, Cano-Cappellacci M, Vargas D. Evaluación de la actividad física en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. 2017; 145: 1588-1596.
2. Müllerova H, Maselli D, Locantore N, Vestbo J, Hurst J, Wedzicha J et al. Hospitalized Exacerbations of COPD Risk Factors and Outcomes in the ECLIPSE Cohort. *Chest*. 2015; 147(4): 999-1007.
3. Neumología y Cirugía de Tórax. Panorama epidemiológico e impacto económico actual; 66(S2):S13-S16, 2007.
4. Luna-Ortiz K, Villavicencio-Valencia V, Saucedo-Ramírez OJ, Rascón-Ortiz M. Cáncer de laringe en pacientes menores de 40 años. *Cir Ciruj* 2006;74:225-229.
5. Legaza E S, Cauqui R S, Gallegos R G. Adenocarcinoma laríngeo no especificado a nivel glótico en un paciente fumador y bebedor. *Salud(i) Ciencia* 22 (2017) 447-449.
6. (GOLD) GifCOLD. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. 2017.
7. Wedzicha JA, Singh R, Mackay AJ. Acute COPD Exacerbations. *Clinics in chest medicines*. 2014; 35(1): p. 157-163.
8. Varela Arias MA, Bembibre Vázquez L, Marcos Rodríguez PJ. EPOC reagudizado en Urgencias Extrahospitalarias. *Cadernos de atención primaria*. 2013; 19: p. 144-146.
9. Ko FW, Chan KP, Hui DS, Goddard JR, Shaw JG, Reid DW, et al. Acute exacerbation of COPD. *Respirology*. 2016; 21(7): p. 1152-1165.
10. López-Giraldo A, Rodríguez-Roisin R, Agustí A. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Actualización 2014. *Medicina Balear*. 2014; 29(1): p. 43-48.
11. Hernández García O, Castillo Romero E, Rodríguez Gómez I, Albert Rodríguez A, Fernández Barrera R. Factores de riesgo del cáncer laríngeo. *Rev Ciencias Médicas*. 2014; 18(6): p. 983-996.
12. Mata F, Agudo E, Canela C, García Colina J, Manzo A, Rodríguez A, et al. Censo Nacional sobre cáncer de laringe diagnóstico y tratamiento. *Revista Venezolana de Oncología*. 2012; 24(1): p. 64-95.
13. Vineis P, Airoldi L, Veglia P, Olgiati L, Pastorelli R, Autrup H, et al. Environmental tobacco smoke and risk of respiratory cancer and chronic obstructive pulmonary disease in former smokers and never smokers in the EPIC prospective study. *BMJ*. 2005; 330(7486): p. 277.