



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Artículo de investigación científico y tecnológica

Características clínicas y desenlaces de pacientes con cáncer laríngeo atendidos en urgencias en un centro de alta complejidad

Clinical characteristics and outcomes of patients with laryngeal cancer treated in the emergency department of a tertiary care center

Juan José Vélez-Rodríguez*, Stephany Figueroa-Gutiérrez**, Juan Pablo García-Cárdenas***, Jorge Alirio Holguín-Ruiz****, Adrián David Fernández-Orsorio*****, Mauricio Hernández-Carrillo*****.

- * Médico, Residente de Otorrinolaringología. Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Departamento de Cirugía General, Sección de Otorrinolaringología, Universidad del Valle; Cali, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-8545-1370>.
- ** Médico, Residente de Otorrinolaringología. Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Departamento de Cirugía General, Sección de Otorrinolaringología, Universidad del Valle; Cali, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0515-7093>.
- *** Médico, Residente de Otorrinolaringología. Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Departamento de Cirugía General, Sección de Otorrinolaringología, Universidad del Valle; Cali, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-4804-6361>.
- **** Médico, Otorrinolaringólogo, Magíster en Epidemiología, Doctor en Ciencias Biomédicas, Docente del Programa de Otorrinolaringología. Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Departamento de Cirugía General, Sección de Otorrinolaringología, Universidad del Valle; Cali, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7361-6672>.
- ***** Epidemiólogo, Docente del Programa de Otorrinolaringología, Centro de Investigación Clínica Imbanaco. Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Departamento de Cirugía General, Sección de Otorrinolaringología, Universidad del Valle; Cali, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2911-256X>.
- ***** Estadístico, Magíster en Epidemiología, Doctor en Salud, Docente del Programa de Otorrinolaringología. Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Departamento de Cirugía General, Sección de Otorrinolaringología, Universidad del Valle; Cali, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8816-7726>.

Como citar: Vélez-Rodríguez JJ, Figueroa-Gutiérrez S, García-Cárdenas JP, Holguín-Ruiz JA, Fernández-Orsorio AD, Hernández-Carrillo M. Características clínicas y desenlaces de pacientes con cáncer laríngeo atendidos en urgencias en un centro de alta complejidad. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2026;54(2): 158 - 166. DOI: <https://doi.org/10.37076/acorl.v54i2.926>

Correspondencia:

Dr. Juan José Vélez Rodríguez

Correo electrónico: juan.velez@correounivalle.edu.co

Dirección: Calle 4 # 38e-63

Teléfono: +57 3228927792

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 24 de marzo de 2026

Evaluado: 25 de abril de 2026

Aceptado: 16 de mayo de 2026

Palabras clave (DeCS):

Cáncer laríngeo, urgencias
médicas, diagnóstico tardío,
otorrinolaringología, estadificación
de neoplasias.

Key words (MeSH):

Laryngeal neoplasms, emergencies,
delayed diagnosis, otolaryngology,
neoplasm staging.

RESUMEN

Introducción: el cáncer laríngeo constituye una patología oncológica relevante en las urgencias otorrinolaringológicas debido al potencial compromiso de la vía aérea y las consecuencias funcionales. En países de ingresos medios y bajos, continúa diagnosticándose de forma tardía, lo que limita las opciones terapéuticas y empeora el pronóstico. En este contexto, el servicio de urgencias puede constituir un eslabón importante y desempeñar un papel clave en el diagnóstico, facilitando un tratamiento oportuno que impacte en la morbilidad y mortalidad de esta condición. **Objetivo:** caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes con cáncer laríngeo valorados en el servicio de urgencias de un hospital de alta complejidad del suroccidente colombiano. **Métodos:** estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron pacientes atendidos en urgencias por el servicio de otorrinolaringología con diagnóstico de cáncer laríngeo entre enero de 2020 y octubre de 2024. Se recolectaron variables sociodemográficas y clínicas, incluyendo forma de presentación, estadio tumoral según TNM, manejo inicial y estado vital. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva. **Resultados:** se incluyeron 40 pacientes; el 67,5% de los casos correspondió a diagnósticos *de novo* realizados durante la atención inicial. La mayoría de los pacientes se presentó en estadios avanzados (III–IV). El 72,5% requirió traqueostomía como parte de su manejo por compromiso de la vía aérea. La mortalidad global identificada en bases oficiales fue del 77,5%. **Discusión y conclusiones:** el cáncer laríngeo continúa diagnosticándose en fases avanzadas, condicionando decisiones terapéuticas emergentes. Se requiere fortalecer la detección temprana, la referencia oportuna y las rutas de atención para mejorar desenlaces clínicos.

ABSTRACT

Introduction: Laryngeal cancer is an oncological condition of relevance in otorhinolaryngology emergency settings due to its potential to compromise the airway and its associated functional consequences. In low- and middle-income countries, it continues to be diagnosed at advanced stages, limiting therapeutic options and worsening prognosis. In this context, emergency departments may represent a key point in the care pathway and play a key role in diagnosis, facilitating timely treatment that may impact the morbidity and mortality associated with this condition. **Objective:** Describe the clinical and epidemiological characteristics of patients evaluated with laryngeal cancer in the emergency department of a tertiary care hospital in southwestern Colombia. **Methods:** Observational, descriptive, and retrospective study. Patients evaluated in the emergency department by the ENT service with a diagnosis of laryngeal cancer between January 2020 and October 2024 were included. Sociodemographic and clinical variables were collected, including presenting symptoms, tumor stage according to the TNM classification, initial management, and vital status. Data were analyzed using descriptive statistics. **Results:** A total of 40 patients were included; 67.5% of cases corresponded to *de novo* diagnoses made during the initial emergency department evaluation. Most patients presented with advanced-stage disease (stage III–IV). Tracheostomy was required in 72.5% of patients as part of airway management. The overall mortality rate identified through official databases was 77.5%. **Discussion and Conclusions:** Laryngeal cancer continues to be diagnosed at advanced stages, leading to urgent therapeutic decision-making. Strengthening early detection, timely referral, and care pathways is essential to improve clinical outcomes.

Introducción

Las urgencias en otorrinolaringología abarcan un conjunto de entidades agudas que necesitan ser atendidas en instituciones de baja, mediana o alta complejidad, y aunque en su mayoría son urgencias diferidas, es frecuente que requieran una intervención inmediata, ya que pueden amenazar la integridad de la vía aérea y, por lo tanto, la vida.

El espectro de trastornos laríngeos dentro de las urgencias abarca desde patologías agudas —como el alojamiento de cuerpos extraños, infecciones que comprometen la laringe y los tejidos blandos locorregionales— hasta patologías crónicas como las neoplasias laríngeas; todos pueden generar una obstrucción aguda de la vía aérea, por lo que el diagnóstico oportuno es relevante para permitir una intervención que impacte en la morbilidad.

La evidencia reporta que entre el 10%-15% de los cánceres de cabeza y cuello se diagnostican inicialmente en los servicios de urgencias. Estos pacientes suelen presentarse en estadios avanzados (III–IV) y presentan una menor supervivencia en comparación con aquellos diagnosticados en contextos ambulatorios (1, 2). Adicionalmente, se ha descrito que entre el 14%-35% de estos casos requieren algún tipo de intervención urgente durante su presentación (2).

Dentro de este grupo, el cáncer de laringe representa una causa relevante de consulta en el servicio de urgencias por síntomas relacionados con el compromiso de la vía aérea superior. De acuerdo con reportes epidemiológicos globales, el cáncer laríngeo presenta una incidencia estandarizada por edad de aproximadamente 2,29 por 100.000 habitantes, con más de 200.000 casos nuevos y más de 100.000 muertes anuales a nivel mundial (3), observándose una mayor incidencia en regiones como el Caribe, Europa central y oriental (4). Este tumor representa aproximadamente el 30%-40% de las neoplasias de cabeza y cuello, siendo el carcinoma escamocelular el subtipo histológico predominante (5,6), con cerca del 70% de los casos reportados en estudios locales. En dichas poblaciones, la localización más frecuente corresponde a la laringe, con una supervivencia global a 5 años del 50,9% (7).

El carcinoma escamocelular laríngeo constituye, por tanto, una patología de gran relevancia clínica. En países de ingresos medios y bajos, como Colombia, diversos factores, entre ellos el bajo nivel socioeconómico, el menor nivel educativo, los domicilios alejados de centros hospitalarios y los retrasos en la remisión para la atención médica especializada, contribuyen a que el diagnóstico se realice con frecuencia en etapas tardías (8-10). Esta situación limita las opciones terapéuticas disponibles y se asocia con un peor pronóstico oncológico (11). En este contexto, el servicio de urgencias puede constituir el primer punto de contacto con el sistema de salud y desempeñar un papel fundamental en el reconocimiento inicial y el diagnóstico de la patología laríngea.

El propósito de este estudio fue caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes con cáncer laríngeo

valorados en el servicio de urgencias de un hospital de alta complejidad, evaluando factores de riesgo asociados, variables clínicas de presentación, manejo inicial y desenlaces clínicos, con el fin de contribuir a una mejor comprensión del comportamiento de esta enfermedad en el contexto de atención de urgencias y generar evidencia que contribuya a mejorar su reconocimiento y manejo oportuno.

Materiales y métodos

Diseño del estudio

Estudio observacional descriptivo de cohorte histórica. La unidad de análisis estuvo constituida por pacientes con diagnóstico de cáncer laríngeo cuya atención tuvo lugar en el servicio de urgencias de otorrinolaringología de un hospital universitario de alta complejidad (nivel III de atención) en Cali, Colombia, durante enero de 2020 y octubre de 2024.

Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por todos los pacientes registrados en la base de datos del servicio de urgencias de otorrinolaringología de la institución durante el período de estudio. A partir de este registro se identificaron los casos que cumplían con los criterios de selección. No se realizó muestreo probabilístico y se incluyeron los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, conformando una muestra por conveniencia de 40 pacientes (Figura 1).

Conformación de la cohorte de estudio

Durante el período comprendido entre 2020 y 2024, se registraron 9692 atenciones en el servicio de urgencias. Tras una búsqueda inicial mediante los diagnósticos de interés, se identificaron 111 pacientes. Luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión predefinidos, se incluyeron finalmente 40 pacientes para el análisis.

Criterios de inclusión

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años atendidos en el servicio de urgencias de otorrinolaringología durante el período de estudio, con diagnóstico de cáncer laríngeo confirmado mediante evaluación clínica, endoscópica y reporte de estudio histopatológico disponible o registrado en la historia clínica. El diagnóstico pudo haberse establecido antes de la consulta en urgencias o en el contexto de la atención derivada de esta. Se incluyeron únicamente aquellos casos cuyas historias clínicas contaban con información suficiente sobre variables clínicas, epidemiológicas y de manejo inicial.

Criterios de exclusión

Se excluyeron los pacientes con historias clínicas incompletas que impidieran la recolección de las variables de interés.

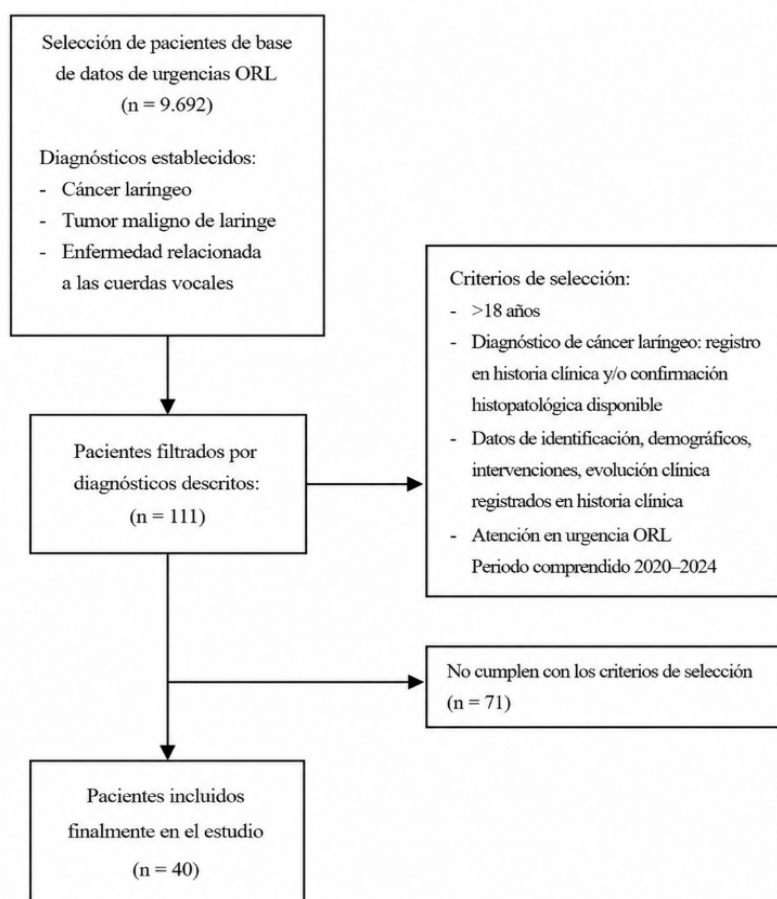


Figura 1. Diagrama de flujo STROBE para la selección de pacientes incluidos en el estudio. Figura elaborada por los autores.

Fuente de información y recolección de datos

La información de los pacientes se obtuvo mediante la revisión de las historias clínicas electrónicas custodiadas por la institución. Como instrumento de recolección se utilizó el registro de pacientes del servicio de urgencias de otorrinolaringología, que constituye una base de datos de captura concurrente, mantenida y verificada por el servicio. A partir de este registro se extrajeron las variables de interés para cada caso incluido en el estudio.

Variables del estudio

Se plantearon como variables sociodemográficas la edad, el sexo y el tipo de aseguramiento en salud. Como variables clínicas se definieron el motivo de consulta, síntomas al ingreso, tiempo de evolución de los síntomas hasta consulta, comorbilidades y factores de riesgo. Igualmente se plantearon las variables clínicas relacionadas con la atención desde el servicio de urgencias: realización de nasofibrolaringoscopia, traqueostomía, microlaringoscopia con toma de biopsia, administración de corticoides, ingreso a la unidad de cuidados

intensivos y realización de gastrostomía. Entre las variables de interés oncológico se recolectaron la localización tumoral, el diagnóstico histopatológico, la estadificación según el sistema TNM en su octava edición del American Joint Committee on Cancer (AJCC). Finalmente, se estableció como desenlace clínico el tratamiento definitivo y el estado vital al egreso hospitalario. El tiempo de evolución de los síntomas fue estandarizado a meses para el análisis. Las variables con múltiples componentes registrados en una misma celda (motivo de consulta, comorbilidades, factores de riesgo, localización tumoral y tratamiento) se analizaron como variables de multirrespuesta.

Análisis estadístico

El análisis se realizó mediante estadística descriptiva. Las variables cuantitativas se describieron con media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC), según la distribución de los datos evaluada por inspección visual y estadísticos de tendencia central. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas y por-

centajes. Las variables con respuesta múltiple se reportaron con la frecuencia y el porcentaje sobre el total de pacientes ($n=40$) como denominador. Los datos perdidos se reportaron explícitamente para cada variable. El análisis se realizó con el *software* R (R Foundation for Statistical Computing, Viena, Austria).

Adicionalmente, se realizó un análisis de supervivencia global desde la atención en urgencias registrada, para estimar la probabilidad de que los pacientes incluidos en el estudio sobrevivan al cáncer laríngeo. El tiempo de seguimiento se calculó desde la fecha de atención hasta la muerte (evento de interés), con ayuda de información suministrada por la Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali y búsqueda del estado vital en la plataforma ADRES a fecha de corte 22 de marzo de 2026. Dos pacientes no fueron incluidos en este análisis dada su procedencia extranjera. Las funciones de supervivencia se estimaron mediante el método de Kaplan-Meier y se representaron gráficamente.

Resultados

Se incluyeron 40 pacientes con diagnóstico de cáncer laríngeo atendidos en el servicio de urgencias. La población estuvo compuesta predominantemente por hombres (97,5%), con una mediana de edad de 71 años (RIC: 65,0-78,2). La mayoría de los pacientes procedían de Santiago de Cali (47,5%), seguidos de otros municipios del Valle del Cauca (30%). Respecto al aseguramiento en salud, el 87,5% de los pacientes pertenecía al régimen subsidiado (**Tabla 1**).

En cuanto a las comorbilidades, la más frecuente fue la hipertensión arterial (47,5%), seguida de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (17,5%). El principal factor de riesgo identificado fue el tabaquismo (70%), con menor frecuencia frente a otros factores como exposición al humo de biomasa (5%) y consumo de alcohol (2,5%) (**Tabla 1**).

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas basales de los pacientes con cáncer laríngeo atendidos en urgencias ($n = 40$)

Variable	n	% (pacientes)
Sexo		
Masculino	39	97,5
Femenino	1	2,5
Edad (años)		
Mediana [RIC]	71,0 [65,0-78,2]	
Rango (mín-máx)	47,0-89,0	
Procedencia		
Santiago de Cali	19	47,5
Valle del Cauca (municipios)	12	30
Cauca	4	10
Bogotá D.C.	2	5
Chocó	1	2,5
Venezuela	2	5

Comorbilidades (múltiple respuesta)		
Hipertensión arterial	19	47,5
EPOC	7	17,5
Hipotiroidismo	3	7,5
Cáncer gástrico	2	5,0
Otras	9	22,5
Sin comorbilidades	13	32,5
Factores de riesgo (múltiple respuesta)		
Tabaquismo	28	70,0
Exposición a biomasa	2	5,0
Alcohol	1	2,5
Tabaquismo pasivo	1	2,5
Consumo de SPA	1	2,5
Sin factores de riesgo	7	17,5
Régimen	n = 40	Porcentaje
Contributivo	5	12,5%
Subsidiado	35	87,5%

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; SPA: sustancias psicoactivas. Tabla elaborada por los autores.

Con respecto a la presentación clínica, la disfonía fue el síntoma más frecuente al ingreso (82,5%), seguida de disnea (72,5%) y estridor (70%), lo que evidencia el compromiso de la vía aérea en aproximadamente el 80% de los pacientes. El tiempo de evolución de los síntomas hasta la valoración médica mostró una mediana de 6 meses (RIC: 3,0-24,0). No obstante, en los pacientes con diagnóstico de novo, el tiempo hasta la atención especializada fue mayor. En este subgrupo, el intervalo hasta la valoración por un especialista presentó una mediana de 12 meses (RIC: 4,25-24,0) (**Tabla 2**).

Tabla 2. Presentación clínica y evaluación diagnóstica en el servicio de urgencias ($n = 40$)

Variable	n	% (pacientes)
Síntomas presentes al ingreso (múltiple respuesta)		
Disfonía	33	82,5
Disnea	29	72,5
Estridor	28	70,0
Disfagia	12	30,0
Tiempo de evolución de síntomas hasta consulta especializada (meses)**		
Mediana [RIC]	6,0 [3,0-24,0]	—
Rango (mín-máx)	0,5-60,0	—
Tiempo hasta consulta especializada en subgrupo de diagnóstico de Novo (meses)***		
Mediana [RIC]	12 [4,5-24,0]	—
Rango (mín-máx)	1,0-60,0	—

** $n = 40$ pacientes. DE: desviación estándar; RIC: rango intercuartílico.

*** $n = 27$ pacientes.

Tabla elaborada por los autores.

En relación con las características tumorales, la localización más frecuente fue la glótica (72,5%), seguida de la supraglótica (27,5%). El diagnóstico histológico predominante fue el carcinoma escamocelular invasivo moderadamente diferenciado (55%), seguido de las variantes bien diferenciadas (12,5%) y mal diferenciadas (5%). El 2,5% correspondió a lesiones intraepiteliales de alto grado, mientras que el 25% no contó con clasificación histológica completa (**Tabla 3**).

Tabla 3. Localización, diagnóstico histológico y estadificación tumoral (n = 40)

Variable	n	% (pacientes)
Localización tumoral (múltiple respuesta)		
Glótica	29	72,5
Supraglótica	11	27,5
Diagnóstico histológico		
Carcinoma escamocelular invasivo moderadamente diferenciado	22	55
Carcinoma escamocelular invasivo bien diferenciado	5	12,5
Carcinoma escamocelular invasivo mal diferenciado		
Carcinoma escamocelular intraepitelial de alto grado	1	2,5
Sin disponibilidad de reporte histológico/registro en historia clínica de diagnóstico	10	25
Estadificación TNM (individual)		
T3N0M0	6	15
T4aN0M0	6	15
T3N1M0	5	12,5
T4aN1M0	3	7,5
T4aN2M0	3	7,5
T4bN2M0	2	5
T4bN3M0	2	5
T3N2M0	2	5
T2N0M0	1	2,5
Otro / desconocido	10	25
Estadificación* clínica agrupada		
Estadio II (T2N0M0)	1	2,5
Estadio III (T3N0M0, T3N1M0)	11	27,5
Estadio IVA (T3N2M0, T4aN0-2M0)	12	30
Estadio IVB (T4bN2-3M0)	6	15
Estadio desconocido/no clasificable**	10	25

* Estadificación clínica de acuerdo con la 8.ª edición del sistema TNM de la AJCC.

** Pacientes en quienes no fue posible determinar el estadio clínico debido a información insuficiente en la historia clínica o ausencia de datos clínicos, endoscópicos o imagenológicos necesarios para la clasificación.

En términos de estadificación, la mayoría de los pacientes se encontraban en estadios avanzados al momento del

diagnóstico. Al agrupar por estadios clínicos, el 27,5% correspondió a estadio III y el 30% a estadio IVA, mientras que el 15% se clasificó como estadio IVB. Solo un 2,5% se encontraba en estadio II, y en el 25% de los casos no fue posible establecer el estadio clínico debido a información insuficiente en los registros médicos para realizar la clasificación TNM (**Tabla 3**).

La atención en el servicio de urgencias mostró una alta frecuencia de intervenciones para asegurar la vía aérea, como la traqueostomía en el 72,5% de los pacientes, que se realizaron como urgencias diferidas, asociadas a imposibilidad para la intubación orotraqueal y a estridor laríngeo; así como la microlaringoscopia con biopsia en el 67,5% de los casos, que, en general, se realizaron en el mismo tiempo quirúrgico. La nasofibrolaringoscopia fue realizada en el 62,5% (25 pacientes); 10 (25%) contaban con estudio previo y en 5 (12,5%) no se registraron estudios endoscópicos de la vía aérea superior; el 15% requirió ingreso a la unidad de cuidados intensivos y al 20% se le dio manejo con corticoides (**Tabla 4**).

Tabla 4. Manejo en urgencias, tratamiento definitivo y desenlaces hospitalarios (n=40)

Manejo en urgencias (múltiple respuesta)	n	% (pacientes)
Nasofibrolaringoscopia	25	62,5
Traqueostomía	29	72,5
Microlaringoscopia + biopsia	27	67,5
Corticoides	8	20,0
Gastrostomía	14	35,0
Ingreso a UCI	6	15,0
Tratamiento definitivo (múltiple respuesta)		
Quimiorradioterapia	16	40
Quimiorradioterapia+inmunoterapia	1	2,5
Laringectomía total con o sin adyuvancia (QT+RT)	11	27,5
Tratamiento paliativo	2	5
Desconocido	10	25
Desenlaces hospitalarios		
Mortalidad hospitalaria	7	17,5

QT: quimioterapia; RT: radioterapia; UCI: unidad de cuidados intensivos.

Tabla elaborada por los autores.

En cuanto al tratamiento definitivo establecido para el cáncer laríngeo en estos pacientes, la quimiorradioterapia (42,5%) fue la modalidad más empleada, seguida de la laringectomía total con o sin adyuvancia (QT+RT). Un pequeño grupo recibió manejo paliativo. La mortalidad hospitalaria registrada fue del 17,5% (**Tabla 4**).

La evaluación de la oportunidad diagnóstica evidenció que el 67,5% de los casos fueron diagnosticados de novo en el servicio de urgencias, mientras que el 30% tenía un diagnóstico previo de cáncer laríngeo (**Tabla 5**), lo que sugiere

que una proporción importante de pacientes accede al sistema de salud en fases tardías de la enfermedad.

Tabla 5. Diagnóstico de cáncer laríngeo de novo en el servicio de urgencias (n = 40)

Variable	n	% (pacientes)
Diagnóstico de <i>novo</i>	27	67,5
Diagnóstico previo	12	30
Otro / sin reporte	1	2,5

**n = 40 pacientes.

Tabla elaborada por los autores.

Inicialmente, la mortalidad hospitalaria estimada en esta cohorte de 40 pacientes fue del 17,5% con base en los registros clínicos institucionales. Con el fin de mejorar la validez de los datos, se realizó una búsqueda activa de desenlaces vitales en bases de datos oficiales (Secretaría de Salud de Cali y ADRES), utilizando los números de identificación de los pacientes. Se confirmó que, hasta el momento de la realización del estudio, 31 pacientes (77,5%) habían fallecido, consolidando una base de datos robusta para el análisis de supervivencia y mortalidad global.

La curva de supervivencia de Kaplan-Meier evidenció un pronóstico global desfavorable, con una disminución marcada de la supervivencia durante los primeros 20 meses de seguimiento. La mediana de supervivencia fue de 14,8 meses (IC 95%: 13,1-16,5), y posteriormente la curva mostró una estabilización cercana al 20% a partir de los 40 meses. En conjunto, estos hallazgos reflejan una alta mortalidad temprana, con una mortalidad global durante el seguimiento del 77,5%, y una supervivencia estimada a los 12, 24 y 36 meses del 62%, 31% y 23% respectivamente (**Figura 2**). Durante el

seguimiento se incluyeron 38 pacientes para el análisis, dado que no se tenía registro índice de 2 pacientes extranjeros, estos se excluyeron; se registraron 31 eventos (muertes) y 7 observaciones censuradas correspondientes a pacientes que permanecían vivos al cierre del estudio.

Discusión

Los resultados de este estudio sugieren que el cáncer laríngeo continúa siendo diagnosticado predominantemente en estadios avanzados en el contexto de atención en urgencias, lo cual se traduce en un pronóstico desfavorable y alta mortalidad, confirmando tendencias previamente descritas en la literatura nacional e internacional (1, 7). Además, este comportamiento ha sido asociado con peores desenlaces clínicos, mayor necesidad de intervenciones no conservadoras y menor probabilidad de tratamientos de preservación de órgano (12, 13).

En la cohorte de pacientes estudiada, la gran mayoría de los pacientes correspondió a hombres, con una mediana de edad de 71 años, lo cual es consistente con la epidemiología clásica del carcinoma escamocelular de laringe, descrita como una enfermedad predominante en hombres y fuertemente asociada al tabaquismo (5, 6). En este sentido, el hallazgo de una alta prevalencia de tabaquismo (70%) refuerza su papel como principal factor de riesgo modificable, tal como ha sido ampliamente documentado (5).

Un hallazgo relevante de este estudio es que el 67,5% de los pacientes fueron diagnosticados de novo en el servicio de urgencias, lo cual sugiere que una proporción significativa de pacientes continúa accediendo al sistema de salud en fases avanzadas de la enfermedad. Este fenómeno ha sido re-

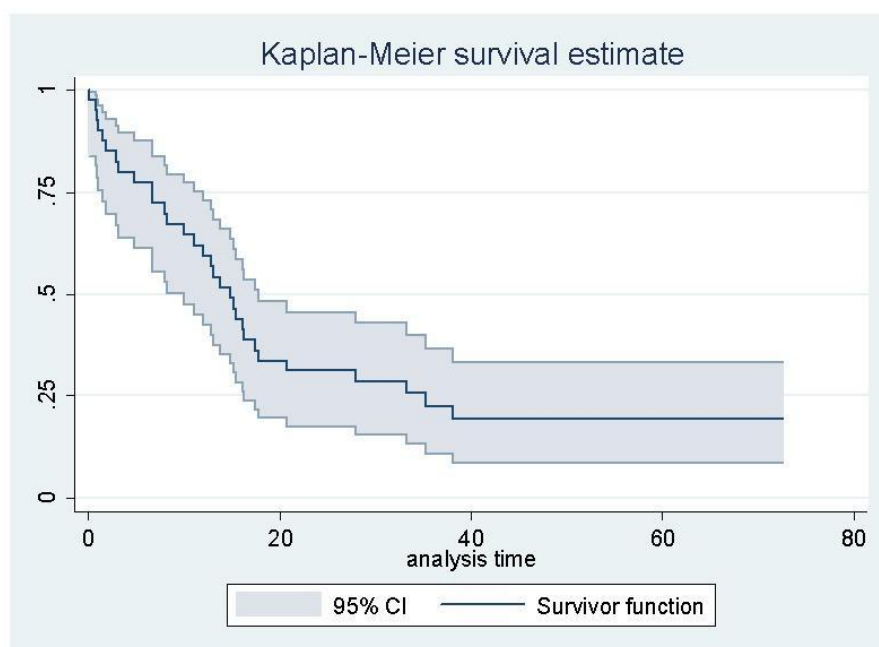


Figura 2. Curva de supervivencia de Kaplan-Meier por meses (n=40). Figura elaborada por los autores.

portado previamente, en el que entre el 10% y el 15% de los cánceres de cabeza y cuello son diagnosticados inicialmente en servicios de urgencias, generalmente en estadios avanzados (1). Este patrón puede explicarse por múltiples factores, incluyendo barreras de acceso, bajo nivel socioeconómico y retrasos en la remisión a atención especializada, particularmente en países de ingresos medios como Colombia (7, 9).

Asimismo, la literatura ha documentado peores desenlaces de supervivencia en pacientes con cáncer de cabeza y cuello diagnosticados en los servicios de urgencias en comparación con aquellos identificados en el ámbito ambulatorio. En este sentido, Lee y colaboradores reportaron una supervivencia global a dos años de 47,8% frente a 60,3%, respectivamente, diferencia que fue relacionada con retrasos en el proceso diagnóstico y terapéutico (13). Aunque nuestro estudio no fue diseñado para comparar ambos escenarios, estos antecedentes permiten contextualizar los hallazgos observados con la literatura externa y respaldan la relevancia clínica de los pacientes que debutan con la enfermedad en el contexto de urgencias.

Adicionalmente, el tiempo prolongado de evolución de los síntomas y el intervalo hasta la valoración especializada (mediana de 6 meses, RIC: 3,0–24,0) observados concuerdan con reportes previos y podrían reflejar barreras en el acceso a los servicios de salud. La evidencia disponible sugiere que los retrasos diagnósticos y terapéuticos se asocian con peores desenlaces oncológicos, lo que favorece la progresión tumoral y retrasa el inicio de tratamientos con intención curativa (8, 10, 11).

La presencia predominante de síntomas obstructivos como disnea y estridor en el momento de la consulta sugiere que los pacientes acuden cuando la enfermedad ya ha comprometido de manera significativa la vía aérea, lo que limita las opciones terapéuticas conservadoras. Este retraso diagnóstico se asocia con progresión tumoral y peores desenlaces, como se ha demostrado en estudios como el de Kompelli y colaboradores, en el que retrasos en el inicio del tratamiento (>46-73 días) se asocian significativamente con peor supervivencia en cáncer de laringe (15).

En concordancia con lo anterior, entre los pacientes con información suficiente para la estadificación, predominó la enfermedad en estadios avanzados (III–IV). Este hallazgo podría estar relacionado con las características de la población atendida en el centro de estudio, donde prevalece la atención de pacientes de bajos recursos, vulnerables y remitidos desde zonas geográficas distantes de la zona urbana. Esta observación tiene implicaciones clínicas importantes, ya que condiciona la necesidad de tratamientos más agresivos, incluyendo laringectomía total o quimiorradioterapia, con un impacto significativo en la calidad de vida. En este contexto, la preservación de órganos se ve limitada, particularmente en tumores T4 o con compromiso funcional severo (14).

Un aspecto particularmente relevante es la alta proporción de pacientes que requirieron intervenciones urgentes para el aseguramiento de la vía aérea, destacándose la traqueosto-

mía en el 72,5% de los casos. Esto supera lo reportado en la literatura, donde entre el 14% y el 35% de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello requieren intervenciones urgentes (2), lo que sugiere que esta cohorte representa un grupo con enfermedad más avanzada o con mayor compromiso funcional al momento de la consulta.

En cuanto a la localización tumoral, el predominio de tumores glóticos (72,5%) es consistente con lo descrito en evidencia científica, que reporta esta localización en aproximadamente el 60% de los cánceres laríngeos (5, 6). Sin embargo, a diferencia de lo esperado, dado que los tumores glóticos suelen diagnosticarse tempranamente por disfonía, en la cohorte de estudio se presentaron en estadios avanzados, lo cual refuerza la hipótesis de retrasos significativos en el acceso al diagnóstico.

Uno de los hallazgos más relevantes del estudio fue la mortalidad global al seguimiento del 77,5% y una mediana de supervivencia de 14,8 meses. Estos resultados contrastan con reportes poblacionales locales, donde la supervivencia global a 5 años fue del 50,9% (7). Esta diferencia puede explicarse por el sesgo de selección inherente a los pacientes que consultan en urgencias, quienes tienden a presentar enfermedad más avanzada y peor estado clínico inicial. La caída temprana en la curva de supervivencia durante los primeros 20 meses refuerza la existencia de una alta mortalidad precoz en este grupo de pacientes.

Desde una perspectiva de salud pública, estos hallazgos subrayan la necesidad de intervenciones en múltiples niveles del sistema de salud. En primer lugar, fortalecer la educación sobre síntomas de alarma (particularmente disfonía persistente) tanto en la población general como en el primer nivel de atención. En segundo lugar, optimizar las rutas de referencia y contrarreferencia para reducir los tiempos hasta la evaluación especializada. Finalmente, integrar al servicio de urgencias dentro de estrategias de detección y diagnóstico oportunos, reconociendo su papel como punto de contacto frecuente en pacientes con enfermedad no diagnosticada. En este contexto, el servicio de urgencias podría representar una oportunidad para la identificación temprana de pacientes con síntomas laríngeos persistentes.

Este estudio presenta algunas limitaciones, incluyendo su diseño de cohorte histórica, el tamaño muestral y la ausencia de algunas variables clínicas. Sin embargo, una fortaleza importante fue el contraste de la información, basándonos en bases de datos y registros oficiales (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali y ADRES), lo que permitió una estimación más precisa de los desenlaces clínicos, reduciendo el riesgo de sesgo de información, aspecto poco reportado en estudios similares.

En conjunto, estos resultados sugieren que la atención en urgencias no debe interpretarse únicamente como un escenario de manejo de complicaciones, sino como un indicador indirecto de fallas en la detección temprana del cáncer laríngeo, con implicaciones directas en la supervivencia. Abordar estos retrasos diagnósticos representa una oportunidad clave para mejorar los desenlaces en esta población.

Conclusiones

El cáncer laríngeo continúa presentándose en urgencias en estadios localmente avanzados, como se observa en esta cohorte. La alta necesidad de traqueostomía y la limitada supervivencia sugieren un impacto del retraso diagnóstico. La elevada proporción de diagnósticos de novo refleja el papel de urgencias como puerta de entrada al diagnóstico inicial y podría indicar fallas en el acceso oportuno a la atención médica.

Fortalecer las rutas diagnósticas y el acceso especializado podría modificar significativamente los desenlaces oncológicos en este grupo de pacientes.

Financiación

El presente estudio no recibió financiación externa de entidades públicas ni privadas.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés relacionados con la realización y publicación de este estudio.

Declaración de autoría

Todos los autores participaron en la concepción y diseño del estudio, así como en la recolección, análisis e interpretación de los datos.

Asimismo, contribuyeron a la redacción del manuscrito y a la revisión crítica de su contenido intelectual. Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito.

Consideraciones éticas

El presente estudio corresponde a una investigación retrospectiva basada en la revisión de historias clínicas y consulta de bases de datos oficiales. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Unidad de Investigación e Innovación HUV-UV (código INT419). La información fue manejada de forma confidencial y anonimizada, garantizando la protección de los datos personales de los pacientes de acuerdo con la normativa nacional vigente.

REFERENCIAS

- Chan EL, Rovira A. Head-and-neck Cancer in the Emergency Department: A Contemporary Review of Common Presentations and Management. *J Emerg Trauma Shock*. 2024;17(1):33-39.
- Malik A, Sukumar V, Pai A, Mishra A, Nair S, Chaukar D, Chaturvedi P. Emergency Department Visits by Head-and-Neck Cancer Patients. *Indian J Palliat Care*. 2019;25(4):535-538.
- Jiang J, Xia Z, Yao W. Global, regional, and national larynx cancer burden and health inequality analysis from 1990 to 2021 with a prediction from 2022 to 2040. *Front Oncol*. 2025;15:1617613.
- Huang J, Chan SC, Ko S, Lok V, Zhang L, Lin X, et al. Updated disease distributions, risk factors, and trends of laryngeal cancer: a global analysis of cancer registries. *Int J Surg*. 2024;110(2):810-819.
- Igissin N, Zatonskikh V, Telmanova Z, Tulebaev R, Moore M. Laryngeal Cancer: Epidemiology, Etiology, and Prevention: A Narrative Review. *Iran J Public Health*. 2023;52(11):2248-2259.
- Hut AR, Boia ER, Para D, Iovanescu G, Horhat D, Mikša L, et al. Laryngeal Cancer in the Modern Era: Evolving Trends in Diagnosis, Treatment, and Survival Outcomes. *J Clin Med*. 2025;14(10):3367.
- Aragón N, Ordóñez D, Urrea MF, Holguín J, Collazos P, García LS, et al. Head and neck cancer in Cali, Colombia: Population-based study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2022;50(4):292-299.
- Keirns DL, Verplancke K, McMahon K, Eaton V, Silberstein P. Demographic differences in early vs. late-stage laryngeal squamous cell carcinoma. *Am J Otolaryngol*. 2024;45(4):104282.
- Shaikh N, Morrow V, Stokes C, Chung J, Fancy T, Turner MT, et al. Factors Associated With a Prolonged Diagnosis-to-Treatment Interval in Laryngeal Squamous Cell Carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2022;166(6):1092-1098.
- Matarredona-Quiles S, Martínez Ruíz de Apodaca P, Serrano Badía E, Ortega Beltrá N, Dalmau-Galofre J. Factors associated with diagnosis delay in head and neck cancer. *Acta Otorrinolaringol Esp (Engl Ed)*. 2022;73(1):19-26.
- Morse E, Fujiwara RJT, Judson B, Mehra S. Treatment delays in laryngeal squamous cell carcinoma: A national cancer database analysis. *Laryngoscope*. 2018;128(12):2751-2758.
- Lee MY, Huynh JD, Kim DD, Sunwoo JB, Chen MM. Effects of diagnostic delays in head and neck cancer patients presenting to the emergency department. *Oral Oncol*. 2025;168:107467.
- Graboyes EM, Kompelli AR, Neskey DM, Brennan E, Nguyen S, Sterba KR, et al. Association of Treatment Delays With Survival for Patients With Head and Neck Cancer: A Systematic Review. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019;145(2):166-177.
- Pfuetzenreiter EG Jr, Ferreron GF, Sadka JZ, Biazevic MGH, Kowalski LP, de Carvalho MB, et al. Total laryngectomy vs. non-surgical organ preservation in advanced laryngeal cancer: a metaanalysis. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2024;90(3):101404. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2024.101404>
- Kompelli AR, Li H, Neskey DM. Impact of Delay in Treatment Initiation on Overall Survival in Laryngeal Cancers. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019;160(4):651-657.