

Desafío clínico en carcinoma escamoso de pulmón: decisiones cruciales en el manejo neoadyuvante

Clinical challenge in pulmonary squamous cell carcinoma: crucial decisions in neoadjuvant management

Pilar Soto-Rojas

Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

Resumen

Introducción: El tratamiento neoadyuvante en el cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado ha ganado protagonismo tras la incorporación de la inmunoterapia. La respuesta metabólica completa (RPC) en estudios recientes se ha asociado a un pronóstico favorable. **Caso clínico:** Varón de 64 años, gran fumador y con antecedentes de EPOC, que consulta por disnea progresiva, disfonía y pérdida ponderal. Se diagnostica un carcinoma escamoso de pulmón izquierdo, estadio IIIA (T4N0M0), con afectación del nervio recurrente. La PET y la EBUS confirmaron la ausencia de afectación ganglionar. Recibió tratamiento neoadyuvante con carboplatino, paclitaxel y pembrolizumab, alcanzando RPC en la PET. La cirugía propuesta era una neumonectomía izquierda, que el paciente rechazó por alto riesgo funcional. Se optó por continuar con inmunoterapia. Hoy en día mantiene RPC y estabilidad clínica. **Conclusión:** Este caso ilustra la eficacia de la quimioinmunoterapia neoadyuvante en pacientes seleccionados con CPNM localmente avanzado. La decisión individualizada frente a la cirugía en contextos de RPC y alta morbilidad quirúrgica plantea un reto clínico relevante.

Palabras clave: Carcinoma escamoso. Cáncer de pulmón no microcítico. Inmunoterapia. Tratamiento neoadyuvante. Respuesta metabólica completa. Neumonectomía.

Abstract

Introduction: Neoadjuvant treatment in locally advanced non-small cell lung cancer has gained relevance following the introduction of immunotherapy. Complete metabolic response (CMR) in recent studies has been associated with favorable prognosis. **Case report:** A 64-year-old heavy smoker with COPD presented with progressive dyspnea, dysphonia, and weight loss. Diagnosed with left squamous cell lung carcinoma, stage IIIA (T4N0M0), with recurrent nerve involvement. PET and EBUS confirmed no nodal disease. Neoadjuvant carboplatin, paclitaxel, and pembrolizumab led to a CMR on PET. Surgery was proposed (left pneumonectomy) but declined by the patient due to functional risk. Immunotherapy was continued. The patient remains clinically stable with sustained CMR. **Conclusion:** This case highlights the efficacy of neoadjuvant chemoimmunotherapy in selected patients with locally advanced NSCLC. Individualized decisions in the context of CMR and high surgical morbidity represent an important clinical challenge.

Keywords: Squamous carcinoma. Non-small cell lung cancer. Immunotherapy. Neoadjuvant treatment. Complete metabolic response. Pneumonectomy.

Correspondencia:

Pilar Soto-Rojas
E-mail: pilarsr93@gmail.com

Recibido: 09-06-2025

Aceptado: 23-06-2025

DOI: 10.24875/GECPLC.M2500004

Disponible en línea: 11-08-2025

Lung Cancer Clin. Res. J. 2025;1(1):10-13

www.lccrjournal.com

3081-6335 / 2025 © Grupo Español de Cáncer de Pulmón. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Enfermedad actual

Varón de 64 años que ingresa en neumología en abril de 2024 por disnea de esfuerzo progresiva desde hace 6 meses junto a disfonía y pérdida de 7 kg de peso en los últimos tres meses.

Tratamiento actual

Enalapril 20 mg al día, simvastatina 20 mg al día, escitalopram 10 mg al día.

Antecedentes e historia clínica

Varón de 64 años fumador de 100 paquetes-año y diagnóstico previo de dislipidemia, hipertensión arterial, EPOC y depresión.

Exploración física

El paciente se encontraba eupneico, saturando al 94% con oxígeno. Murmullo vesicular abolido en el hemitórax izquierdo. Resto anodino.

Exploraciones complementarias

Radiografía de tórax (4 de abril de 2024): se observó una opacidad blanca en el pulmón izquierdo ([Fig. 1A](#)).

Pruebas diagnósticas

En la tomografía computarizada (TC) del 30/04/2024 se observa una imagen endoluminal en pulmón izquierdo de 23 mm que conlleva una atelectasia del hemitórax izquierdo ([Fig. 1B](#)).

Se realiza el 03/05/2024 una fibrobroncoscopia en la que se objetiva parálisis de cuerda vocal izquierda y una masa de la que toman biopsias con resultado de carcinoma escamoso de pulmón, ligando 1 de muerte programada del 30%. No se realizó análisis molecular (secuenciación de nueva generación), ya que en nuestro centro solo se realiza a la progresión.

En la PET del 10/05/2024, nódulo hipermetabólico hilar izquierdo con un SUVmáx de 11,2 con atelectasia global del pulmón izquierdo ([Fig. 2](#)).

Diagnóstico

Cáncer escamoso izquierdo T4N0M0, estadio IIIA por afectación del nervio recurrente.

Tratamiento

La ecobroncoscopia (EBUS) confirmó N0, decidimos realizar tratamiento neoadyuvante con carboplatino, paclitaxel y pembrolizumab. Tras dos ciclos, mostró respuesta metabólica completa (RPC) en la tomografía por emisión de positrones (PET) ([Fig. 3](#))¹⁻⁴.

Evolución y seguimiento

Dada la buena respuesta presentada, la cirugía posterior consistiría en neumonectomía izquierda. Los datos de los últimos estudios con inmunoterapia neoadyuvante hacen replantearnos la práctica clínica habitual que hasta ahora conocemos¹⁻⁴. La tasa de RPC es un marcador predictivo de muy buen pronóstico¹⁻⁴. Con la quimioterapia hasta ahora obteníamos una tasa de RPC que no llegaba al 5%. Con la llegada de la inmunoterapia a este escenario, esta tasa se ve multiplicada por 51,2. Nuestro paciente se hizo una nueva EBUS con biopsias que fueron negativas para malignidad. A pesar de ello, la única forma de comprobar la RPC es la intervención. Nuestro paciente presentaba una «neumonectomía funcional» por atelectasia completa del pulmón al diagnóstico con necesidad de oxigenoterapia con pruebas funcionales patológicas, por lo que explicamos la situación al paciente y decidió no intervenirse. Para esto la radioterapia no aportaría beneficios adicionales claros y no hay evidencia, por lo que optamos por continuar con inmunoterapia. A día de hoy, el paciente continúa sin necesidad de oxigenoterapia y con PET que continúan en RPC.

Financiación

La autora no ha recibido financiación para la elaboración de este caso clínico.

Conflictos de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses relevantes.

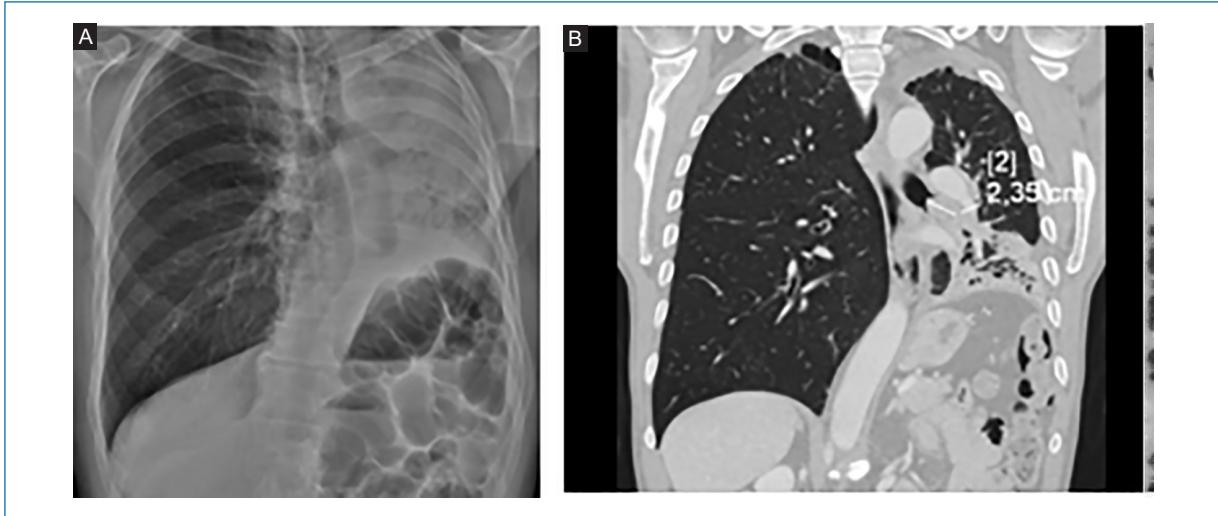


Figura 1. A: placa de tórax. B: tomografía computarizada de tórax realizada al diagnóstico (26/04/2024) (*imágenes cedidas por el autor*).

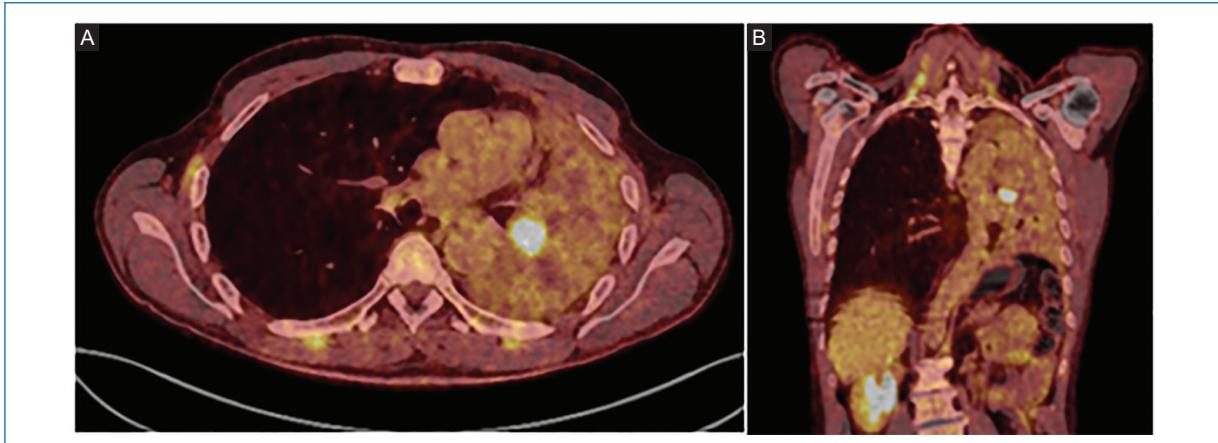


Figura 2. A y B: tomografía por emisión de positrones al diagnóstico 10/05/2024 (*imágenes cedidas por el autor*).

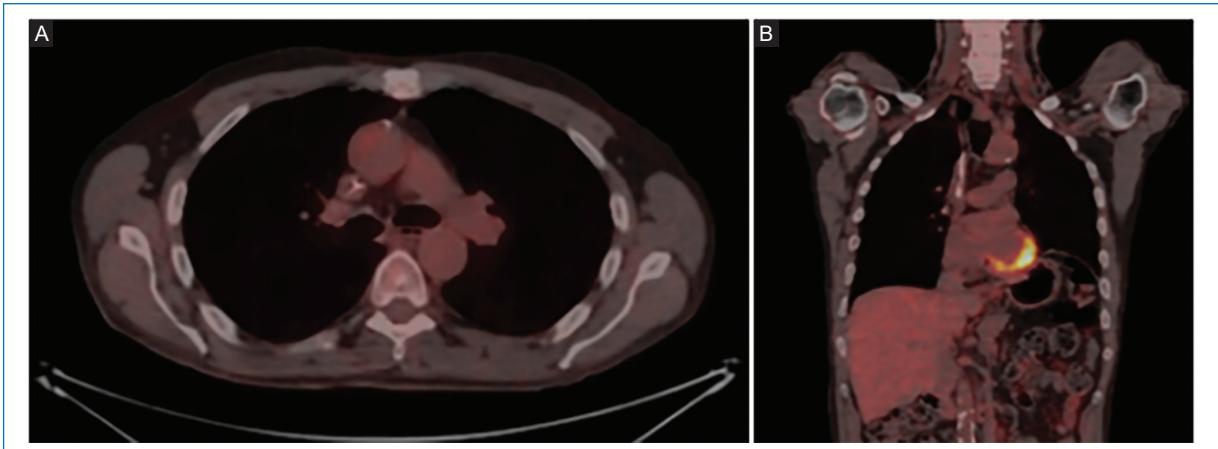


Figura 3. A y B: tomografía por emisión de positrones de valoración de respuesta 25/07/2024 (*imágenes cedidas por el autor*).

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. Los procedimientos fueron autorizados por el Comité de Ética de la institución.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado de los pacientes, y cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de

inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Brazel D, Nagasaka M. Checkmate 77T: Perioperative chemoimmunotherapy outperforms in early-stage NSCLC. *Med.* 2024;5(8):852-5.
2. Spicer JD, Garassino MC, Wakelee H, Liberman M, Kato T, Tsubo M, et al. Neoadjuvant pembrolizumab plus chemotherapy followed by adjuvant pembrolizumab compared with neoadjuvant chemotherapy alone in patients with early-stage non-small-cell lung cancer (KEYNOTE-671): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet.* 2024;404(10459):1240-52.
3. Heymach JV, Mitsudomi T, Harpole D, Aperghis M, Jones S, Mann H, et al. Design and rationale for a phase III, double-blind, placebo-controlled study of neoadjuvant durvalumab + chemotherapy followed by adjuvant durvalumab for the treatment of patients with resectable stages II and III non-small-cell lung cancer: The AEGEAN Trial. *Clin Lung Cancer.* 2022;23(3):e247-e251.
4. Lu S, Wu L, Zhang W, Zhao Y, Yu W, Wang W, et al. Perioperative toripalimab plus chemotherapy for patients with resectable non-small cell lung cancer: The Neotorch Randomized Clinical Trial [published correction appears in JAMA. 2025;333(10):910]. *JAMA.* 2024;331(3):201-11.