



Una mirada al Carcinoma *oat-cell* de esófago

A look at oat-cell carcinoma of the esophagus

Arainé Santalla Corrales ^{1*}

Heidy Rosy Sánchez Capote²

¹Estudiante de cuarto año de medicina. Alumna Ayudante de Cardiología. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río, Facultad de ciencias médicas Dr. Ernesto Guevara de la Serna, Pinar del Río, Cuba.

²Estudiante de segundo año de medicina. Alumna Ayudante de Anestesia y Reanimación. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río, Facultad de ciencias médicas Dr. Ernesto Guevara de la Serna, Pinar del Río, Cuba.

País: Cuba

Forma de contacto: arysc991211@gmail.com **Telf:** 58543419

Modalidad: Revisión Bibliográfica

RESUMEN

Introducción: Las neoplasias de células pequeñas u oat-cell tienen una ubicación más frecuente a nivel pulmonar, siendo las localizaciones extrapulmonares altamente infrecuentes. Son muy agresivas, presentando en prácticamente la totalidad de los casos diseminación a otras localizaciones.

Objetivo: caracterizar las lesiones con alto grado de malignidad en las neoplasias oat-cell de esófago.

Método: se revisó bibliografía nacional e internacional, disponible en bases de datos de Internet, en español e inglés; se seleccionaron los trabajos más actualizados y se elaboró una síntesis estructurada del tema.

Desarrollo: Dada su extirpe celular pluripotencial, en ocasiones se presenta un "oat-cell" puro y en otras coexiste con diversas diferenciaciones celulares, preferentemente epidermoide. Se trata de un cáncer muy poco frecuente que afecta mayoritariamente a varones y cuya clínica es similar al resto de procesos neoplásicos que afectan al esófago.

Conclusiones: los tumores oat-cell son infrecuentes en el sistema digestivo. Su alto grado de malignidad y su escasez de manifestaciones clínicas hacen que por lo general



se diagnostiquen en estadíos avanzados de la enfermedad. La quimioterapia resulta ser la mejor opción terapéutica en estos casos

Palabras clave: Carcinoma de Célula Pequeña; Cirugía; Esófago; *Oat-cell*.

INTRODUCCIÓN

Los tumores neuroendocrinos de células pequeñas (tipo "*oat-cell*"), suponen una variedad histológica de neoplasia cuya presentación principal es a nivel pulmonar, representando el 20-25% de todos los tumores malignos pulmonares. ^(1,2)

La localización extrapulmonar es muy infrecuente, aunque sí se han descrito en diversas localizaciones: miocardio, pericardio, sistema nervioso central, vejiga urinaria, próstata y en tracto digestivo, siendo el esófago con diferencia el asiento en aparato digestivo más frecuente, aunque también se dan en área colorrectal, estómago, páncreas, intestino delgado y vía biliar principal. ^(2,3)

Todos comparten una característica fundamental, que es su gran agresividad y mal pronóstico, con metástasis en aproximadamente la mitad de los casos en el momento del diagnóstico. ⁽⁴⁾

El *oat-cell* esofágico representa, según las series, entre un 1 y un 2,8% de los casos de cáncer de esófago, llegando hasta un 9% en Japón. Se trata de una enfermedad rara de tal modo que desde su primera descripción en 1952 por Mac Keown no se han registrado en el mundo más de 300 casos. ^(3,5)

La manifestación clínica es idéntica a la de cualquier extirpe de cáncer de esófago, siendo la disfagia el síntoma principal, y variablemente un cuadro consuntivo asociado. No existe posibilidad de tratamiento estándar, habiéndose descrito diversas pautas quirúrgicas, médicas oncológicas (quimioterapia y radioterapia) o asociadas. ⁽³⁾

Por ello se decidió realizar la presente investigación con el objetivo de caracterizar las lesiones con alto grado de malignidad en las neoplasias *oat-cell* de esófago

MÉTODO:

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa con búsqueda de información durante el mes de julio de 2021. Se seleccionaron 15 artículos bibliográficos recuperados de



bases de datos como SciELO, PubMed y Medigraphic. Se emplearon métodos teóricos como el análisis-síntesis, inducción-deducción e histórico-lógico.

Se utilizaron filtros para seleccionar artículos en idioma inglés y español, y estrategias de búsqueda que emplean combinación de términos y operadores booleanos. Se consideró como criterio de inclusión aquellos artículos correspondientes al tema del carcinoma Oat – cell de esófago. Los términos utilizados fueron: Carcinoma de Célula Pequeña; Cirugía; Esófago; *Oat-cell*, así como su traducción al inglés: Small Cell Carcinoma; Surgery; Esophagus; Oat-cell.

DESARROLLO

El carcinoma *oat-cell* esofágico es una entidad histológica de escasa incidencia, lo que dificulta la realización de estudios prospectivos, siendo esta la localización extrapulmonar más frecuente. El término de *oat-cell* es probablemente el más utilizado, aunque no el único, pues hay otras denominaciones que comprenden la misma entidad: microcitoma, carcinoma indiferenciado, carcinoma anaplásico, carcinoma de células de Kultchisky, entre otros. Dada su extirpe celular pluripotencial, en ocasiones se presenta un “*oat-cell*” puro y en otras coexiste con diversas diferenciaciones celulares, preferentemente epidermoide. ⁽⁶⁾

Esto ha planteado interrogantes en relación a cuántos casos informados histológicamente indiferenciados son o pueden ser de células pequeñas, del mismo modo que aquellos adenocarcinomas o epidermoides poco diferenciados, en los que se aprecia una evolución fatal y demasiado rápida, no esperable para esta clase de tumores, si no se tratarían en realidad de microcíticos no objetivados desde Anatomía Patológica. Por otro lado, cabe preguntarse si aquellos clasificados como *oat-cell* primarios de esófago son realmente tales y no metástasis de una neoplasia pulmonar, que no alcanza tamaño suficiente para ser detectada en las distintas pruebas de imagen.

La incidencia de este tipo de tumor es realmente baja variando según series, si bien parece aceptada una incidencia de entre 1-2,8%, hay casos en la bibliografía con una incidencia sensiblemente inferior, como las de la serie de la TATA Memorial Hospital Experience con una cifra escasa de 0,15%. ⁽⁴⁾



La proporción de este tumor es de 2:1 para el sexo masculino; apareciendo fundamentalmente entre la sexta y octava décadas de la vida. Los principales síntomas son disfagia, rápidamente progresiva y pérdida de peso (al igual que el resto de tumores esofágicos). Afecta casi exclusivamente al *tercio medio* e inferior del esófago. (7)

El diagnóstico es casi siempre muy tardío (con metástasis en el momento del diagnóstico en la mitad de los casos), (7,8) presentándose con gran agresividad, y su pronóstico es realmente sombrío, con una supervivencia media de 7-8 meses; (9) aunque excepcionalmente, se registra algún caso de supervivencia elevada de hasta 37 meses. (10)

Hay un importante trabajo publicado por Casas y colaboradores., en el que los autores de una extensa muestra de 199 pacientes con carcinoma de esófago microcítico evalúan los factores pronósticos que influyen en la supervivencia, siendo de todos ellos el más determinante, la extensión de la enfermedad en el momento del diagnóstico, si se trataba de una enfermedad localizada (para los que halló una supervivencia media de 8 meses) o extendida (3 meses). También consideraron otros factores como la edad, el tamaño del tumor o el tipo de tratamiento recibido. (11)

Por ello, existen dos exploraciones que podrían hacer un mejor estadiaje preoperatorio: la ecoendoscopia, pues informa acerca de la profundidad en la infiltración de la pared esofágica y estructuras adyacentes, las dimensiones de la neoplasia primaria y la existencia o no de adenopatías a nivel mediastínico (aunque no sirve para descartar la existencia de metástasis sistémicas, para lo que la Tomografía Axial Computarizada (TAC) continúa siendo la mejor prueba complementaria); y la tomografía con emisión de positrones (PET), que puede revelar imágenes de depósito patológico tanto a nivel local como a distancia que podrían no ser visualizadas en la TAC. (11)

Además, puede ayudar a declarar aún con más fundamento que se trata de un cáncer primariamente esofágico y descartar así un posible origen primario pulmonar, ya que dada la rareza de esta estirpe tumoral, siempre pueden quedar dudas acerca del verdadero origen del tumor.



Patrón de diseminación habitual de estos tumores: en el momento del diagnóstico están presentes casi de manera constante adenopatías locorregionales y metástasis a distancia en la mitad de los casos, con una secuencia de depósito más o menos ordenada que podría ser hígado, ganglios a distancia, huesos, médula ósea, pulmón, piel y cerebro.

En lo referente al mejor tratamiento para esta entidad hay gran controversia, tanto por las propias particularidades del tumor como por la ausencia de estudios relevantes para dar recomendaciones concretas con fundamento. Dado el avanzado estado de la enfermedad en el momento del diagnóstico y la elevada agresividad de la misma, parece claro que las necesidades de tratamiento médico quimioterápico son prácticamente universales a todos los casos, ⁽¹¹⁾ estableciéndose supervivencias variables de meses, según lo avanzado de la enfermedad, en oposición a las escasas semanas de aquellos pacientes que no han recibido tratamiento alguno. ⁽¹²⁾

Se trata de un tumor quimiosensible, en el que se aprecia frecuentemente muy buena respuesta inicial, incluso con desaparición evidente de lesiones en los estudios de imagen, pero que al poco tiempo recidiva con gran virulencia, hacia un fatal desenlace. ^(2,13)

En los esquemas quimioterápicos son varios los fármacos empleados (etopósido, doxorubicina, vincristina, bleomicina...) siendo la combinación de cisplatino y etopósido la más empleada en la actualidad ⁽¹⁴⁾ (al igual que en el *oat-cell* pulmonar).

La cirugía no supone la principal opción terapéutica, más que en los casos de enfermedad localizada en los que sí se debe plantear una cirugía con intención curativa. ⁽¹⁴⁾ En el resto de los casos probablemente se trate de una indicación con fines paliativos, agotadas antes las posibilidades que supongan una menor agresión, como son las endoprótesis esofágicas por vía endoscópica.

Sin embargo, los casos que han registrado unas supervivencias mayores han recibido una terapéutica conjunta que incluía esofagectomía combinada con quimio- o radioterapia. ⁽¹⁵⁾ El papel de la radioterapia no está bien definido, y probablemente se pueda ceñir a casos de estadios localizados en combinación con la cirugía.

CONCLUSIONES



Los tumores oat-cell son infrecuentes en el sistema digestivo. Su alto grado de malignidad y su escasez de manifestaciones clínicas hacen que por lo general se diagnostiquen en estadios avanzados de la enfermedad. La quimioterapia resulta ser la mejor opción terapéutica en estos casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Fontgivell JF, Blázquez Vilàs S, Mayayo Artal E. Carcinoma de célula pequeña pulmonar combinado con adenocarcinoma y carcinoma escamoso. Rev Española Patología 2005; 38 (3).
2. Kim JH, Lee SH, Park J, et al. Extrapulmonary small-cell carcinoma: A single institution experience. Jpn J Clin Oncol 2004; 34 (5): 250-4.
3. Brenner B, Tang HL, Klimstrad DS, Kelsen DP. Small-cell carcinomas of the gastrointestinal tract: A review. J ClinOncol 2004; 22 (13): 2730-9.
4. Pantvaidya GH, Pramesh CS, Deshpande MS, Jambhekar NA, Sharma S, Deshpande RK. Small cell carcinoma of the esophagus: The Tata Memorial Hospital Experience. Ann ThoracSurg 2002; 74: 1924-7.
5. Shimoda T, Koizumi W, Tanabe S, Higuchi K, Sasaki T, Nakayama N, et al. Small cell carcinoma of the esophagus associated with a paraneoplastic neurological syndrome: A case report documenting a complete response. Jpn J Clin Oncol 2006; 36 (2): 109-12.
6. Ho KJ, Herrera GA, Jones JM, Alexander CB. Small cell carcinoma of the esophagus: Evidence for a unified histogenesis. Hum Pathol 1984; 15: 460.
7. Law SY, Fok M, Lam KY, et al. Small cell carcinoma of the esophagus. Cancer 1994; 73: 2894.
8. Isolauri J, Mattila J, Kallionemi OP. Primary undifferentiated small cell carcinoma of the esophagus: Clinico pathological and flow cytometric evaluation of eight cases. J Surg Oncol 1991; 46: 174-7.
9. Mc Fadden DW, Rudnicki M, Talamini MA. Primary small cell carcinoma of the esophagus. Ann Thorac Surg 1989; 47: 475-80.



10. Wu Z, Ma JY, Yang JJ, Zhao YF, Zhang SF. Primary small cell carcinoma of esophagus: Report of nine cases and review of literature. *World J Gastroenterol* 2004; 10 (24): 3680-2.
11. Casas F, Ferrer F, Farrus B, Casals J, Biete A. Primary small cell carcinoma of esophagus: A review of the literature with emphasis on therapy and prognosis. *Cancer* 1997; 80: 1366-72.
12. Huncharek M. Long-term survival associated with metastatic small cell carcinoma of the esophagus treated by chemotherapy, autologous bone marrow transplantation, and adjuvant radiation therapy. *Cancer* 1994; 74: 217.
13. Sengoz M, Abacioglu U, Salepci T, et al. Extrapulmonary small cell carcinoma: multimodality treatment results. *Tumori* 2003; 89: 274.
14. Hoff PM, Pazdur R, Raghavan D, Brecher M, Johnson DH, et al. Small cell carcinoma of the gastrointestinal tract: Textbook of uncommon cancer (Ed 2), West Sussex, UK, Wiley and SonsLtd; 1999. p. 463-7.
15. Medgyesy CD, Wolff RA, Putnam JB Jr, Ajani JA. Small cell carcinoma of the esophagus: the University of Texas M. D. Anderson Cancer Center Experience and literaturereview. *Cancer* 2000; 88: 262-7.