



Carcinoma de Esófago. CASO CLÍNICO

Dra. Patricia Beatriz Castellanos Garcia¹

Dra. Mileydy Massip Ramírez ²

Dra. Yuleisy Zamora Viera³

Dr. Néstor Pérez Álvarez⁴

¹Hospital Provincial Dr. Antonio Luaces Iraola, Universidad de Ciencias Médicas. Ciego de Ávila, Cuba. Email: patrywhitee@nauta.cu. Móvil: 5826326, Casa: 33211658

²Hospital Provincial Dr. Antonio Luaces Iraola, Universidad de Ciencias Médicas. Ciego de Ávila, Cuba. Email: mileydy.massip@nauta.cu. Móvil: 54043723, Casa: 33206400

³Hospital Provincial Dr. Antonio Luaces Iraola, Universidad de Ciencias Médicas. Ciego de Ávila, Cuba. Email: yuleysizv@gmail.com Teléf. Móvil: 58162605, Casa: 33224083

⁴Hospital Provincial Dr. Antonio Luaces Iraola, Universidad de Ciencias Médicas. Ciego de Ávila, Cuba. Teléf.53812493.

*Autor para la correspondencia. Email: patrywhitee@nauta.cu

RESUMEN

Introducción: Los tumores neuroendocrinos de células pequeñas suponen una variedad histológica de neoplasias cuya presentación principal es a nivel pulmonar, representando al 20-25% de todos los tumores malignos pulmonares (1,2). La localización extrapulmonar es muy infrecuente, aunque si 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 mas frecuente, aunque también se dan en área colorectal, estomago, páncreas, intestino delgado y vías biliares (2,3). Todos comparten una característica fundamental



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

Objetivo: Aportar una visión actualizada sobre el cáncer esofágico mediante la exposición de un caso de reciente aparición en nuestro servicio.

Caso clínico: Paciente masculino con antecedente de ser fumador de los 16 años y bebedor habitual que acude al servicio por presentar disfagia a sólidos y líquido con un síndrome general asociado. Se procede estudio endoscópico oral informando la existencia de una masa mamelonante y estenosante desde los 30cm a unión esofagogastrica.

Conclusión: El carcinoma epidermoide de esófago es el más frecuente, siendo los factores de riesgos más importante el tabaco y el alcohol.

Palabras claves: Carcinoma de esófago, disfagia.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de esófago es el noveno tumor maligno más frecuente del mundo en la mayor parte de los casos en el momento del diagnóstico el tumor se encuentra en un estadio muy avanzado por lo que tiene una elevada mortalidad (1,2).

Desde el punto de vista histológico existen dos tipos fundamentales: Carcinoma epidermoide y adenocarcinoma. El carcinoma epidermoide es el más frecuente, aunque en los últimos años están aumentando significativamente la proporción de adenocarcinoma especialmente en occidente. Existen zonas como China, Japón y Irán donde el cáncer de esofágico se considera una enfermedad endémica, mientras que en otras como en los estados unidos la incidencia es muy baja (1,2). Es más frecuente en varones, aunque en zonas de alta prevalencia no existe diferencia entre los sexos. El 50% de los tumores se localizan en el tercio medio. El adenocarcinoma suele asentarse en el tercio distal (3,4).

El tabaco y el alcohol son dos factores de riesgo asociados claramente al cáncer de esófago. La relación con el tabaco es dosis dependiente, el efecto en asociación con el alcohol es multiplicativo (4). Otros factores de riesgo como son la dieta y la nutrición, la



obesidad, la quemadura por caustico, la acalasia de esófago, la infección del virus del papiloma humano y el esófago de barret.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 63 años de edad con antecedente ser fumador desde los 16 años de edad y bebedor habitual, que acude a consulta por presentar disfagia a los sólidos y a los liquido con anorexia y pérdida de peso progresiva.

Se realiza endoscopia del tracto digestivo superior donde se evidencia una lesión a nivel del tercio medio del esófago mamelonante que protruye hacia la luz e impide el paso del equipo. En la biopsia se haya solo el componente epidermoide de la neoplasia moderadamente diferenciado, ulcerado infiltrante.

El estudio esofagogastroduodenal bariatado revela estenosis a 5cm de la unión esofagogastrica una lesión plana y ulcerada de unos 6cm de longitud con disminución de la luz esofágica. Se realiza TAC toracoabdominal donde se observa una neoplasia a nivel d tercio medio del esófago con disminución de la luz, con múltiples adenopatías en región supraclavicular izquierda y abdominales e imágenes de metástasis hepáticas. Dado la extensión de la neoplasia se desestima la cirugía pensándose en la quimioterapia como la principal opción terapéutica.



Figura 1. Cáncer e Esófago.

DISCUSIÓN

El cáncer de esófago es una enfermedad frecuente, con tasa de supervivencia desalentadoras, (menos del 5%) a largo plazo debido a su naturaleza extremadamente agresiva, constituye la 6ta causa de cáncer, su incidencia es de la más variable. En Cuba, el cáncer d esófago aparece entre la causa de muerte por tumores maligno en la población general, ocupado el décimo lugar según la localización más frecuente del tumor con una tendencia ascendente (5, 6,7).

Los principales factores de riesgo para el cáncer de esófago son la ingestión de alcohol, el consumo de tabaco, otros factores de riesgo incluyen la acalasia, infección por el papilomavirus humano, ingestión de lejía (que provoca estenosis), escleroterapia, membranas esofagicas secundaria al síndrome de Plummer- Vinson e irradiación del esófago.

La mayoría de los pacientes con cáncer de esófago se presentan a la consulta con disfagia de aparición lenta, progresiva, primeramente, a sólidos va aumentado hasta hacerse a los líquidos asociado con frecuencia la pérdida de peso (8). La historia de disfagia suele ser de 3 a 6 meses de evolución, otras manifestaciones clínicas que



pueden aparecer son la odinofagia en un 50%, regurgitación de alimentos, halitosis, dolor retroesternal, quemazón, hipersalivación, neumonía por broncoaspiración secundaria a estenosis.

Cuando la enfermedad avanza puede aparecer hematemesis bien por ulceración de la masa tumoral o por la existencia de una fístula aortoesofágica, tos debido a fístula traqueoesofágica, epistaxis, síntomas neurológicos como el síndrome de Claude-Bernad-Horner por invasión del simpático cervical, el Síndrome de la vena cava superior. Por último síntomas derivados de las metástasis: Disnea, ascitis, dolor óseo, ictericia (9,10). En el 75% de los casos se presenta como enfermedad localmente avanzada al diagnóstico, ya que el esófago es un órgano distensible, para que aparezcan síntomas más específicos como es la disfagia mecánica precisa que el diámetro sea de apenas 1,3 cm ha dañado más del 60% de la circunferencia del esófago. Se caracteriza por un crecimiento local de producir metástasis ganglionares e invasión de estructuras vecinas.

El diagnóstico histopatológico debe ser hecho mediante la endoscopia con toma de muestra teniendo en cuenta los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), identificando los diferentes tipos histológicos, carcinoma de células pequeñas, adenocarcinoma o carcinoma de células escamosas para así realizar el tratamiento adecuado. Para estadificar el tumor es necesario un examen clínico pruebas de laboratorio función renal, hepática, endoscopia del tracto digestivo alto, esofagograma, TAC de cuello, tórax y abdomen. En candidatos para la resección endoscópica el ultrasonido endoscópico es útil para valorar el estado de infiltración local del tumor. La traquebronquioscopia se recomienda para paciente con tumores en el esófago intratorácico para descartar invasión traquiobronquial, la TAC por emisión de positrones (PET) ayuda a la identificación de las células metastásicas a distancia de las recurrencias, la laparoscopia detecta metástasis peritoneal. El tratamiento varía según el estadio y, por lo general consiste en cirugía, con, o sin quimio o radioterapia. La supervivencia a largo plazo es mala excepto en paciente con enfermedad local (11). El tratamiento de elección para el cáncer en estadios iniciales es la cirugía. La resección endoscópica de la lesión por debajo de la mucosa se encuentra en investigación para la enfermedad localizada (12, 13,14).



Conclusiones

A pesar que no se ha descrito ningún programa de detección precoz eficaz en la población sana, ni existen datos concluyentes que lo apoyen, es importante el conocimiento por parte de la población de todos los factores de riesgo que proporciona la aparición del cáncer de esófago para de esa manera poder evitarlo.

Recomendaciones.

La prevención está en evitar los factores de riesgo asociado al desarrollo del cáncer de esófago.

Evitar el uso del tabaco, alcohol, la ingestión de alimentos muy frío o calientes o alimentos ricos en nitrosamina. Así como evitar la obesidad y las infecciones por el virus del papiloma human

Bibliografía

- 1.Garcia Fontgivell JF, Blázquez Vilas S, Mayayo Artal E. Carcinoma de células pequeñas pulmonar combinado con adenocarcinoma y carcinoma escamoso. Rev española Patología 2005; 38(3).
- 2.Pantvaidya GH, Pramesh CS, Deshpande MS, Jambhekar NA, Sharma S, Deshpande RK. Small cell carcinoma of the esophagus: The Tata Memorial Hospital Experience. Ann Thorac Surg 2002; 74: 1924-7.
3. Wu Z, Ma JY, Yang JJ, Zhao YF, Zhang SF. Primary small cell carcinoma of esophagus: Report of nine cases and review of literatura. World J Gastroenterol 2004; 10 (24):3680-2.



4. 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 literatura review. *Cancer* 2000; 88: 262-7.
5. Pérez Pereyra J, Frisancho Velarde O. Cancer de esófago: características epidemiológicas, clínicas y patológicas en el Hospital Reblagiati- Lima. *Rev Gastroenterol Perú*. 2009[acceso:18/12/2018];29(2):118-123.
6. Durruthy Wilson O, Piña Napal J C, Santana Álvarez J. Esophageal cáncer and Human papiloma virus. *AMC*. 2012[acceso:18/12/2018];16(5):644-50.
7. Rustgi AK. Neoplasms of the esophagus. En: Arthur Ausiello D, Goldman L. *Ccil. Tratado de Medicina Interna*. 24ed. Philadelphia: Elsevier; 2012. P. 1272-4.
8. Korst RJ, Altorki NK. Imaging for esophageal tumours. *Thorac Surg Clin*. 2004;14(1):1-9.
9. Jimenez F, Elias RE, Osella FJ, Antonio Padilla JF. Cancer del tubo digestivo. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2009[CITADO 18 nov 2014];39(4).
10. Arantes V. Disección endoscópica de submucosa en el tratamiento del cáncer precoz de esófago. *Rev Med Clin Condes*. 2015;26(5):565-71.
11. Seca L, Barras S, Matos H. Invasión cardiaca de tumor de esófago. *Rev española Cardiología*. 2013;66(8):664. DOI: 10.1006/j.recesp.2011.10.036.
12. Pellise, O, Ponce, M, Tumores del Esófago, Sección 1, Capítulo 6, Disponible en <http://www.elseviernsticiones.com/ficheros>.
13. Kaiser, L, Kucharczuk, J, Rascoe, P, Esophagus: Tumors and Injury. *Greenfield's: Surgery Scientific Principles and Practice*, Capítulo 42, 5ta Edición, año 2011.

I Jornada Virtual de Gastroenterología y I Fórum de Covid-19
y Gastroenterología. Ciego de Ávila 2022 | 1-31/marzo

