

# CARCINOMA EPIDERMOIDE DE ESÓFAGO CON INFILTRACIÓN SUBMUCOSA A ESTÓMAGO

Drs. Rodríguez Mary\*, Martínez Yolette\*, González Juan Carlos\*, Louis César\*, Dickson Sonia\*\*, Ruíz María Elena\*\*.

\*Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de Caracas, Venezuela.

\*\*Instituto Anatómopatológico "Dr. José Antonio O'Daly" Universidad Central de Venezuela.

## RESUMEN

El cáncer esofágico es una neoplasia gastrointestinal con un insidioso curso y pobre pronóstico. La enfermedad afecta predominantemente a personas de edad avanzada con un pico de incidencia entre los 60 y 70 años. Desafortunadamente, muchos síntomas experimentados por los pacientes ocurren en estadios avanzados de la enfermedad, lo cual resulta en un mal pronóstico. La diseminación más común es en sentido ascendente por extensión en la mucosa y fácilmente se extiende a través de la pared esofágica a estructuras adyacentes, debido a la ausencia de serosa. Las mayores complicaciones son atribuidas a la obstrucción luminal y la invasión local. Presentamos un caso de un paciente de 69 años de edad. La endoscopia digestiva superior evidenció dos lesiones separadas en esófago distal y fundus gástrico. Los cambios histológicos determinaron que ambas lesiones eran carcinoma epidermoide.

Palabras Claves: carcinoma epidermoide, diseminación ascendente.

## SUMMARY

Esophageal cancer is a gastrointestinal malignancy with an insidious onset and a poor prognosis. The disease predominantly affects the elderly with a peak incidence among those between 60 and 70 years of age. Unfortunately, many of the symptoms experienced by patients with esophageal cancer occur late in the course of the disease, at which time it is already at an advanced stage, resulting in a very poor prognosis. The most common dissemination is in an ascending path through mucosal extension; extending easily through the thin esophageal wall due to the absence of a serosa to invade adjacent structures. Most complications due to esophageal cancer are attributed to luminal obstruction and local invasion. A case of a 69-year-old male patient is presented. Upper digestive endoscopy showed two separated lesions at the distal esophagus and gastric fundus. Histological changes showed both lesions were squamous cell carcinomas.

Key words: Squamous cell carcinoma, ascendant dissemination

## INTRODUCCION

El carcinoma epidermoide de esófago representa menos del 3 % de todas las neoplasias del tracto digestivo. Constituye la sexta causa de muerte por cáncer a nivel mundial<sup>1</sup>. La prevalencia de Cáncer de esófago varía entre los países, y en distintas regiones del mismo país. La Sociedad Americana de Cáncer estima que para el año 2004 en Estados Unidos se diagnosticaron 14.520 nuevos casos y 13.570 fallecidos<sup>2</sup>. La edad pico de incidencia es 65-70 años. En las últimas tres décadas ha disminuido la incidencia del tipo epidermoide; representando 45% de todas las neoplasias malignas del esófago; siendo superado en algunas áreas geográficas por el Adenocarcinoma<sup>3</sup>.

Desafortunadamente, muchos síntomas experimentados por los pacientes ocurren en estadios avanzados de la enfermedad, lo cual resulta en un mal pronóstico. La diseminación más común es en sentido ascendente por extensión en la mucosa y fácilmente se extiende a través de la pared esofágica a estructuras adyacentes, debido a la ausencia de serosa.

Es por ello que es interesante resaltar el hecho de que la diseminación del cáncer esofágico tipo carcinoma epidermoide puede ser en sentido descendente como lo caracteriza este reporte.

## REPORTE DE UN CASO

Un hombre de 69 años consulta al Servicio de Gastroenterología por presentar dolor en epigastrio de fuerte intensidad; urente y disfagia progresiva de 3 meses de evolución; concomitante pérdida de peso de aprox. 20 Kg. El paciente tenía hábitos alcohólicos acentuados (120 gr. etanol/semanales desde los ocho años hasta inicio de enfermedad actual).

Al examen físico el paciente presentaba un abdomen plano; blando; no doloroso, sin masas palpables; con Hepatomegalia no dolorosa (14 cm. en LMC).

No se encontró ninguna alteración en los parámetros de laboratorio. La Endoscopia Digestiva Superior (EDS) realizada en nuestro servicio evidenció a 30 cm. de la arcada dentaria; una lesión exofítica que ocupaba menos del 50% de la circunferencia esofágica; friable a la toma de Biopsia. La mucosa esofágica distal a la lesión antes descrita era de aspecto nodular. En estómago: a nivel del fundus se evidenció lesión exofítica que ocupaba toda la luz del órgano, friable, con áreas de necrosis, que infiltraba unión esófago-gástrica. Cuerpo y antro con mucosa de aspecto normal. (Fig. 1 y 2)

El Ultrasonido abdominal así como la TAC de Tórax y Abdomen; no mostraron enfermedad a distancia. La Biopsia de mucosa esofágica reportó carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado y la de fundus gástrico reportó carcinoma epidermoide invasor moderadamente diferenciado, fragmentos aislados de mucosa gástrica y metaplasia intestinal. (Fig. 3 y 4)

El paciente fue sometido a dilataciones sucesivas con Savary No 12, 14 y 15 mm bajo visión fluoroscópica sin complicaciones. Posteriormente se realizaron dilataciones con Mercurio No 34 y 36 French, mejorando la tolerancia a la vía oral y así las condiciones

nutricionales del paciente necesarias para la administración de Quimioterapia y Radioterapia neoadyuvante.

Figura 1.

Tercio distal de esófago, con mucosa eritematosa, erosionada, nodular, de aspecto infiltrada.

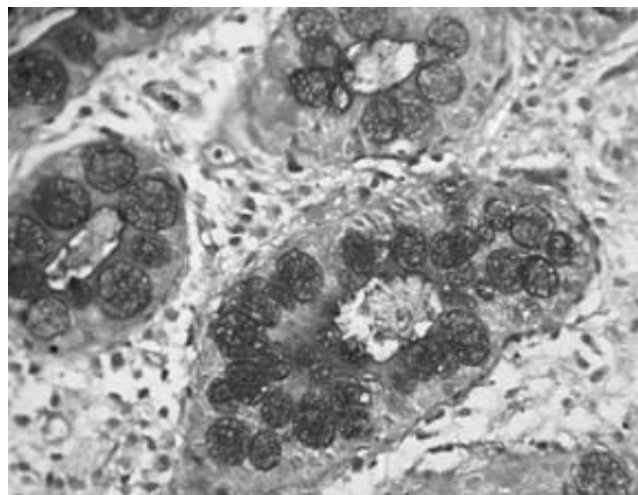
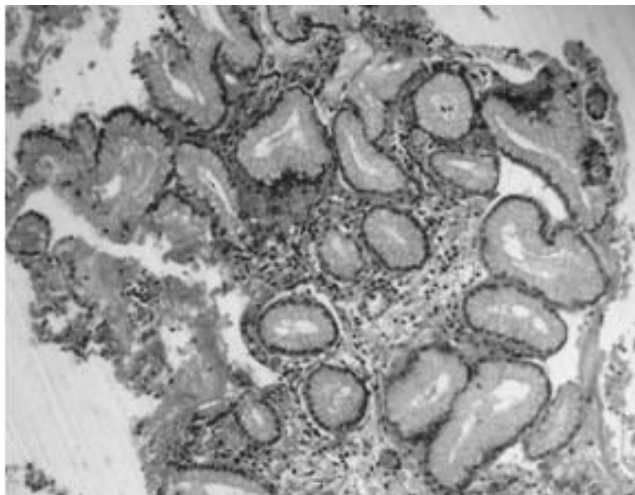


Figura 2.

Lesión exofítica fúndica que ocupaba toda la luz del órgano, friable, con áreas de necrosis, que infiltraba unión esófago-gástrica



.Figuras 3 y 4.  
Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado en esófago y fundus gástrico.



## DISCUSIÓN

El Carcinoma epidermoide de esófago suele afectar predominantemente a hombres de raza negra con antecedentes de consumo acentuado de alcohol<sup>1</sup>, como en el caso del paciente expuesto. Asimismo su localización más frecuente (70%) es el esófago torácico medio<sup>4</sup> (30-32 cm. de la arcada dentaria) y en el 90% de los casos existe compromiso de ganglios linfáticos regionales (periesofágicos altos - bajos y subcarinales) en el momento del diagnóstico; lo que corresponde a un estadio IIb y III. Las adenopatías regionales no fueron demostradas por TAC en nuestro paciente, siendo la sensibilidad de este método para la detección de ganglios mediastinales menor al 50%<sup>3</sup>. En este sentido la ultrasonografía endoscópica (Sensibilidad del 73% y del 93% con toma de biopsia) aportaría información valiosa<sup>3</sup>. Los síntomas presentes en este paciente coinciden con los de un estadio avanzado: (Disfagia 75% - pérdida de peso 54%)<sup>4</sup>.

La extensión intraesofágica de este tipo de tumores ocurre longitudinalmente en sentido ascendente<sup>5,6</sup> a través de la mucosa y/o la submucosa, bien sea por continuidad o mediante nódulos satélites<sup>5</sup>.

Sin embargo, como se pudo constatar en éste paciente, la existencia de un drenaje linfático bidireccional en el esófago<sup>6</sup>, hace posible ésta forma de diseminación submucosa distal, asemejando tumores primarios del tracto digestivo (tumor de esófago y de estómago).

Es interesante tener en mente que los tumores de esófago pueden extenderse a estómago, por lo cual, hay que hacer siempre el diagnóstico diferencial, ya que los tratamientos son distintos.

## REFERENCIAS

1. Guidelines for the Management of esophageal and gastric Cancer W. Hallum; S. M. Griffin; A. Watson and D. Colin on the association of upper gastrointestinal surgeons of great and Ireland, the British Society of Gastroenterology and the British association of Surgical Oncology. *GIJ* 2002;50 v1-v23
2. American Cancer Society 2005
3. Eddie K. Abdalla and Pete W.T. Pisters Staging and Preoperative Evaluation of Upper Gastrointestinal Malignancies. *Seminars in Oncology*, Vol.31, No 4 (August 2004) pp 513-29
4. *NEJM* 2003; 34a:2241-52
5. Rosai and Ackerman's Surgical Pathology 9th Edition Mosby-New York 2004
6. Andrew M. Axelrad y David E. Fleischer. Tumores esofágicos. *Sleisenger y Fordtran. Enfermedades Gastrointestinales y hepáticas*. Pp.581-95

Para cualquier información o separata contactar a la:  
Dra. Rodríguez Mary. Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de Caracas, Venezuela  
E-mail: ycnar@hotmail.com  
Fecha de Recepción Sep. 2005- Fecha de Revisión Jun. 2006- Fecha de Aprobación. Agos. 2006