

CASOS CLÍNICOS

Carcinoma escamoso de esófago con metástasis al estómago

Drs. RIMSKY ALVAREZ U, ENRIQUE SEGUEL S, CARMEN GLORIA BETANCUR M

Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción, Departamento de Cirugía, Universidad de Concepción

RESUMEN

La metástasis en el estómago de un carcinoma esofágico es infrecuente y se presenta entre el 2 y 8% de los pacientes. Se asocia a carcinomas epidermoides localizados en el tercio medio y el tercio inferior del esófago. El tumor invade a través de los conductos linfáticos de la submucosa. El diagnóstico preoperatorio es raro, y la mayoría de estas metástasis se descubren durante el acto operatorio o en necropsias. El tratamiento dependerá del grado de compromiso gástrico y su localización y la magnitud de la resección variará desde resecciones limitadas hasta una gastrectomía total. El pronóstico es malo. Se presenta el caso de un paciente del sexo masculino de 63 años de edad que presentaba un carcinoma epidermoide localizado en el tercio medio del esófago. Durante la intervención se encuentra una metástasis intramural en el fondo gástrico de 10 cm de diámetro. Se realiza una esofagogastrectomía y el tránsito digestivo se reconstruyó en un segundo tiempo quirúrgico. El paciente alcanzó una sobrevida de 14 meses.

PALABRAS CLAVES: **Carcinoma de esófago, metástasis gástrica**

SUMMARY

Gastric metastases of esophageal carcinoma occur in 2% to 8% of the patients. They are seen in cases of squamous cell carcinoma of the middle and lower third of the esophagus. The tumor invades through the lymphatic vessels of the submucosa. Preoperative diagnosis is rare; most metastases are found during surgery or at autopsy. Treatment depends on the degree of gastric involvement and location of the metastases. Surgical treatment ranges from limited local resections up to total gastrectomy. The prognosis is poor. We report the case of a 63 year old male with a squamous cell carcinoma of the middle third of the esophagus. At surgery, a 10 cm intramural metastasis of the gastric fundus was found. An esophagus gastrectomy was performed and the gastrointestinal transit was restored at a second surgical intervention. The patient survived for 14 months.

KEY WORDS: **Esophageal carcinoma, gastric metastasis**

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de esófago es una patología de mal pronóstico con una sobrevida a 5 años en nuestro medio que no sobrepasa el 10%. Esto se debe a que en el momento del diagnóstico es una

enfermedad avanzada, con diseminación local y a distancia.

El carcinoma de esófago invade en forma directa (aorta, tráquea, bronquios, pulmón), hematológica (hígado, pulmón, huesos) y linfática (ganglios mediastínicos, abdominales y cervicales), y se ha

descrito también compromiso múltiple del esófago hasta en un 10% de los pacientes.

El compromiso del estómago es un hecho poco frecuente. Las diferentes publicaciones sobre el tema incluyen sólo reportes de casos aislados, y la serie más grande incluye sólo 35 pacientes.¹⁻³

En nuestro país no existen casos publicados.

Se presenta el caso de un paciente que presentaba un carcinoma escamoso del tercio medio del esófago, con una metástasis en la pared gástrica, y la revisión de la literatura sobre el tema.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de 63 años de edad, sin antecedentes mórbidos de importancia. Consulta por dolor epigástrico, disfagia lógica de 6 meses de evolución y baja de peso de 16 kg. Se estudia con endoscopia digestiva alta, que mostró un tumor vegetante en el tercio medio del esófago torácico. El tercio inferior del esófago, estómago y duodeno se apreciaban de características normales. Las biopsias demostraron que era un carcinoma escamoso. La radiografía contrastada de esófago-estómago-duodeno mostró un tumor vegetante en el tercio medio del esófago torácico apreciándose que el estómago y el duodeno eran normales en toda su extensión.

Se interviene quirúrgicamente con la intención de efectuar una esofagectomía transhiatal. En la laparotomía se encontró un gran tumor metastásico en el fundus gástrico de 10 cm de diámetro, sin apreciarse otras metástasis en el abdomen. Se practica una esofagogastrectomía total, dejando un esofagostoma cervical y una yeyunostomía, postergando la plastia cólica para un segundo tiempo operatorio.

El estudio histopatológico de la pieza operatoria, que incluía esófago, estómago, bazo, cola de páncreas y epiplones, mostró un tumor polipideo de 5 cm de diámetro a nivel del esófago torácico que infiltraba hasta la adventicia. Tipo histológico: carcinoma escamoso poco diferenciado. El segmento esofágico distal no presentaba alteraciones. En el fundus gástrico se aprecia una gran metástasis de 10 cm de diámetro que infiltra hasta la muscular sin afectar la mucosa gástrica. Tipo histológico: carcinoma escamoso poco diferenciado (Figura 1).

Cuatro meses más tarde se reconstituye el tránsito digestivo con ileocolon isoperistáltico por vía retroesternal. Este segmento, que incluía 20 cm de íleon terminal, ciego, colon ascendente y mitad derecho del colon transverso, se anastomosó en

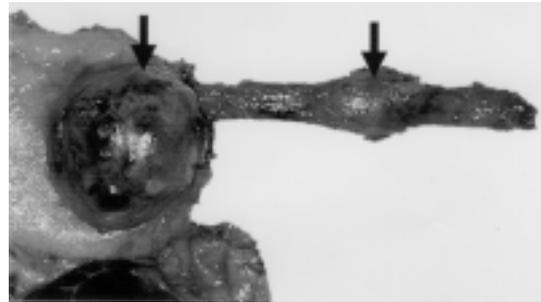


Figura 1. Caso clínico

forma término-lateral al esófago cervical y al duodeno.

El paciente evolucionó satisfactoriamente en el postoperatorio, y fue dado de alta a los 15 días de la intervención en buenas condiciones generales. Logra 14 meses de sobrevida, con muy buena respuesta funcional.

DISCUSIÓN

El carcinoma de esófago es la 4ª causa de muerte por cáncer en hombres en nuestro medio. A pesar de un tratamiento agresivo, su pronóstico continúa siendo malo, con una sobrevida global a 5 años de 7 a 11% que asciende a un 23% en los pacientes resecaados con intención curativa. Estos malos resultados se deben a que, en el momento del diagnóstico, habitualmente los pacientes presentan una enfermedad diseminada, con invasión local y metástasis a distancia.⁴

Entre las localizaciones de diseminación del carcinoma de esófago destacan la invasión local (vía aérea, aorta y pulmón), el compromiso linfático (mediastino, abdomen y cuello) y las metástasis a distancia (hígado, pulmón y huesos).

Las metástasis al estómago son poco frecuentes, y existen sólo reportes aislados y casuísticas pequeñas publicadas. Se calcula que pueden estar presentes en el 2,0 al 8,0% de los pacientes.^{1,2,5-7}

Nuestra serie de pacientes resecaados por neoplasia de esófago es de 103 pacientes, encontrando esta metástasis sólo en un caso (0,97%).

En las publicaciones revisadas, esta metástasis está descrita en hombres, con edades de entre 42 a 80 años.²

La mayoría de los tumores primarios se ubican en el tercio medio e inferior del esófago, pero se han descrito incluso en carcinomas de esófago cervical. Corresponden mayoritariamente a carcinomas moderadamente diferenciados, sin embar-

go, se han observado también en lesiones bien diferenciadas. El tamaño de las lesiones varía entre 3,0 y 15,5 cm, pero se asocian más a los tumores de esófago mayores de 7,1 cm.^{1,2,6,8}

Las metástasis se ubican preferentemente en el cardias, en la túnica submucosa, a $6,9 \pm 2,0$ cm de distancia de la lesión primaria. Macroscópicamente predominan los tipos Borman I y II. El diagnóstico diferencial con carcinoma primario del estómago, que puede asociarse hasta en un 6% de los casos al carcinoma del esófago, está dado por la histología. La mayoría son lesiones menores de 2 cm (60%). Estas metástasis invaden en profundidad y pueden afectar órganos vecinos. Están descritos algunos casos en que existían más de una metástasis. La túnica submucosa situada entre las lesiones también puede estar comprometida.^{1-3,5,7,9}

Todos los pacientes presentan metástasis ganglionares, y un 32% de ellos tiene invasión carcinomatosa de los vasos linfáticos de la pared del esófago. Esta invasión ha sido descrita también en el estómago de los pacientes, por lo que se cree que la vía de diseminación de esta metástasis es linfática y no hematogena como en otros órganos.²

Las metástasis gástricas del carcinoma de esófago fueron divididas por Kuwano y colaboradores en cuatro tipos.⁶

Tipo 1: Compromiso del estómago por metástasis en los ganglios perigástricos.

Tipo 2: Metástasis en la pared del estómago.

Tipo 3: Invasión directa de la pared gástrica por el carcinoma del esófago.

Tipo 4: Invasión directa de la mucosa gástrica por el carcinoma de esófago.

El diagnóstico preoperatorio es hecho sólo en el 10% de los pacientes, debido a que la visualización endoscópica del estómago puede estar limitada por la presencia del tumor en el esófago, y la interpretación del estudio radiológico digestivo alto es difícil por la localización de la metástasis en la pared gástrica y no en el lumen. Por estas razones, estas lesiones se descubren con mayor frecuencia en el intraoperatorio (50%) y en estudios de autopsia de pacientes no resecados (40%). También se han encontrado en autopsias de pacientes ya tratados con cirugía, comprometiendo el tubo gástrico.^{2,7,10}

Al momento del diagnóstico la mayoría de los pacientes presentan otras localizaciones de diseminación tumoral, principalmente a nodos mediastínicos, perigástricos y al hígado.^{1,2,6}

El tratamiento de elección depende del grado de compromiso del estómago: Aquellos pacientes con tumores pequeños, limitados a la pared, sin

compromiso ganglionar, pueden ser tratados con la esofagectomía y resecciones gástricas limitadas, pudiendo reconstituir el tránsito digestivo con el estómago. En los casos en que existe compromiso gástrico importante, la esofagogastrectomía con reconstitución de tránsito utilizando colon, es la cirugía de elección. Algunos pacientes con lesiones mayores de 2 cm en estómago podrían beneficiarse con tratamiento complementario con quimioterapia.^{2,5}

El pronóstico de estos pacientes es malo debido a que tienen una enfermedad diseminada. La sobrevida descrita para los pacientes con metástasis tipo 1 y 2 es de 5,6 y 8,6 meses respectivamente. En los pacientes con lesiones tipo 3 y 4 la sobrevida descrita es mayor (14,8 y 18,7 meses). Los factores más importantes de sobrevida en estos pacientes fueron la profundidad de invasión del tumor primario y el compromiso de ganglios en el mediastino.⁶

Nuestro paciente presentaba un carcinoma escamoso poco diferenciado, tipo Borman I, de 5 cm de diámetro, con invasión hasta la adventicia. No existía compromiso del tejido entre la lesión primaria y la metástasis. Esta era de 10 cm de diámetro y estaba localizada en el fondo del estómago, comprometiendo la túnica submucosa e invadiendo en profundidad hasta la muscular. No existía compromiso de la túnica mucosa. Corresponde a una metástasis del tipo 2 de Kuwano. No fue detectado en el estudio preoperatorio, constituyendo un hallazgo quirúrgico. Debido a que no existían evidencias de diseminación intraabdominal, se procedió a una esófago-gastrectomía ampliada y reconstrucción posterior con colon derecho logrando un buen resultado en cuanto a funcionalidad y sobrevida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Koide N, Yazawa K, Koike S *et al*: Two cases of gastric involvement of esophageal cancer: intramural metastasis and intramural lymph node metastasis. *Hepatogastroenterology* 1998; 45: 1619-23.
2. Saito T, Iizuka H, Watanabe H: Esophageal carcinoma metastatic to the stomach. A clinicopathologic study of 35 cases. *Cancer* 1985; 56: 2235-41.
3. Davis M, Gogel H, McIntire C, Newell JD: Esophageal carcinoma multiplex with gastric metastasis. *Gastrointestinal Radiol* 1989; 14: 6-8.
4. Kane JM, Shcars LL, Riberiro U *et al*: Is esophagectomy following upfront chemotherapy safe and necessary? *Arch Surg* 1997; 132: 481-6.
5. Kato H, Tachimori Y, Watanabe H *et al*: Esophageal carcinoma simultaneously associated with gastric carcinoma: analysis of clinicopathologic features and treatments. *J Surg Oncol* 1994; 56: 122-7.

6. Kuwano H, Baba K, Ikebe M *et al*: Gastric involvement of oesophageal squamous cell carcinoma. *Br J Surg* 1992; 79: 328-30.
7. Maeta M, Koga S, Shimizu N, Hamazoe R, Inoue Y: Clinicopathologic study of esophageal cancer associated with simultaneous metastatic lesions in the stomach. *J Surg Oncol* 1988; 38: 143-6.
8. Yoshizumi Y, Sima S, Sugiura Y, Yonekawa H, Ogata T: A case of superficial esophageal cancer with metastasis to the gastric wall. *Gan No Rinsho* 1985; 31: 1327-31.
9. Glick SN, Teplic SK, Levine MS: Squamous cell metastases to the gastric cardia. *Gastrointestinal Radiol* 1985; 10: 339-44.
10. Dhir V, Mohandas KM, Santhi Swaroop V *et al*: Gastric metastases from esophageal cancer. *Indian J Gastroenterol* 1990; 9: 301-2.