

INFORME DE CASO**Adenocarcinoma de unión esofagogástrica con supervivencia posquirúrgica de 26 años****Adenocarcinoma of the gastroesophageal junction with postoperative survival with surgery of 26 years**

Dr. Servio Tulio Cintra Brooks¹, Dra. Amara Cintra Pérez², Dr. Servio Cintra Pérez³

¹ Especialista de II Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

² Especialista de I Grado en Cirugía General Y Medicina General Integral. Máster en Urgencias Médicas. Asistente. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantanamo. Cuba

³ Especialista de I Grado en Medicina Genetal Integral. Residente de tercer año de Medicina Legal. Instructor. Hospital Provincial "José Ramón López Tabrane". Matanzas. Cuba

RESUMEN

Se presentó un caso con el objetivo de presentar la sobrevida real de un paciente de 58 años de edad que acude por primera vez al servicio de Cirugía por presentar dificultad al tragar. Algunos meses después presenta sialorrea sobre todo nocturna Se le realizó estudio radiológico en esófago, estómago y duodeno, observándose, defecto de relleno en el esófago distal. Se le realizó además esofagogastrectomía con esofagogastroplastia, omentectomiapiloroplastia y esplenectomía complementaria. Después de 26 años de operado y, luego de quimioterapia, se le realizaron chequeos periódicos radiológicos y endoscópicos y hasta el momento no hay muestra de recidiva tumoral. Por lo infrecuente de una sobrevida tan prolongada de esta entidad, es por lo cual se decidió presentar este caso así como los aspectos más relevantes y actuales respecto a esta afección.

Palabras clave: cáncer de esófago, adenocarcinoma, esofagogastrectomía

ABSTRACT

A case is presented with the aim of presenting the actual survival of a 58 year old who comes first to our Department of Surgery to present difficulty at the time of swallowing. Some months later presents drooling over all night. Radiological study is done in esophagus, stomach and duodenum, observing, filling defect in the distal esophagus. It was made esophagogastrectomy with esophagogastroplasty, omentectomiapiloroplastia and additional splenectomy. After 26 years of surgery and after chemotherapy, the patient has performed regular, radiological and endoscopic check up and so far there is no sign of tumor. So uncommon in prolonged survival. It is decided to present this case as well as the most relevant and current issues regarding this condition.

Keywords: esophageal cancer, adenocarcinoma, esophagogastrectomy

INTRODUCCIÓN

El primer reporte de adenocarcinoma en el esófago data de 1898¹ (White) y en una revisión de la literatura médica por Hewlett en 1900 revelaba solo 6 casos.² Muchos de los médicos de la época pensaban que estos cánceres eran invasiones secundarias desde el estómago, no siendo hasta 1940 en que el adenocarcinoma esofágico se comenzó a tomar como tal.³

El adenocarcinoma se relaciona principalmente con esófago de Barret, reflujo gastroesofágico, obesidad. El esófago de Barret (EB) es una condición adquirida la cual se genera como un insulto sostenido e intenso sobre el epitelio del esófago distal, generalmente producto del reflujo gastroesofágico (RGE), el cual provoca reemplazo gradual del epitelio plano-estratificado normal por un epitelio columnar metaplásico más resistente al ácido. Se debe tomar en consideración que de los pacientes que presentan RGE, aproximadamente solo el 3-5 % presentan metaplasia intestinal. Sin embargo hasta el 90 % de los adenocarcinomas se desarrollan a partir de una metaplasia intestinal.⁴

La incidencia de esófago de Barret no se conoce, aunque los informes varían desde 1 a 2 % de la población general. El EB es una entidad premaligna y las posibilidades de curación del adenocarcinoma de esófago se encuentran limitadas a la resección completa del tumor en estadios iniciales.⁵

Aproximadamente dos tercios de los pacientes que desarrollan adenocarcinoma tienen evidencia histológica de esófago de Barret⁶. Los resultados combinados de los estudios observacionales apoyan una asociación positiva entre un mayor índice de masa corporal (IMC) superior a 25 kg/m² y el riesgo de adenocarcinoma de esófago⁷. Lamentablemente, hasta un 40 % de casos de adenocarcinoma esofágico se desarrolla en pacientes sin síntomas previos de reflujo.⁸

Los factores de riesgo que se relacionan con el desarrollo de EB son el sexo masculino, sobrepeso, síntomas de RGE y la infección por *Helicobacter pylori* entre otros.

PRESENTACIÓN DEL CASO

El paciente acudió por primera vez a los 58 años de edad a este centro por presentar dificultad al tragar, campesino, trabajador agrícola. Antecedentes personales: fumador inveterado, bronquítico crónico, etilista moderado.

Antecedentes familiares: sin importancia.

Historia de la enfermedad actual

Comienza 2 meses antes de acudir al médico, con epigastralgia, posteriormente disfagia en ocasiones, primero para sólidos y luego para semisólidos. Después ingiere líquidos y papillas blandas.

Sensación de detención del bolo alimenticio en región esternal baja. Algunos meses después presenta sialorrea sobretodo nocturna. En algunas oportunidades se manifestó con regurgitaciones. No presentó dolor torácico de ningún tipo. Adelgazamiento de 10 kg en los últimos meses. No astenia, ni anorexia.

Examen físico positivo

Estado general conservado, aunque impresiona como adelgazado, tolera el decúbito, eupneico. Mucosas bien coloreadas.

Cuello: eje visceral bien centrado, no se palpa tiroides, ni adenopatías.

Respiratorio: Aumento del volumen en sus tres diámetros, expansibilidad y elasticidad disminuidas. Murmullo vesicular disminuido globalmente. Se auscultan algunos estertores secos diseminados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos y bien golpeados. No soplos. Tensión arterial 130/80; Frecuencia cardiaca: 84 x minuto.

Abdomen: excavado, sin circulación colateral, ni visceromegalias. Epigastrio libre e indoloro. TR: normal

Fibroesofagogastroduodenoscopia

A 40 cm de la arcada dentaria, existe lesión infiltrante y vegetante cerca de la unión esofagogástrica, que se extiende hacia el fundus gástrico y con zona necrosada, enrojecida, siendo muy pétreo al tomar la biopsia, con pérdida del peristaltismo local. Se toman biopsias.

Anatomía patológica

Adenocarcinoma bien diferenciado infiltrante con áreas de necrosis. El paciente fue intervenido quirúrgicamente por vía abdominal y se le realizó esofagogastrectomía con esofagogastroplastia, omentectomiapiloroplastia y esplenectomía complementaria.

Después de 26 años de operado (Figura 1), se le han realizados chequeos periódicos desde que fue operado el 14 de Diciembre de 1987, siendo el último control radiológico (radiografía de esófago, estómago, duodeno) y endoscópico normal (Figura 2), hasta el momento no hay muestra de recidiva tumoral. Realiza labores en el campo acorde a su edad y estado general.



Figuras 1. Paciente 26 años después de la intervención quirúrgica



Figura 2. Radiografía posoperatorio de esófago, estómago y duodeno. (Buen paso en anastomosis esofagogástrica)

DISCUSIÓN DEL CASO

El cáncer de esófago es una de las neoplasias más agresivas del tracto digestivo, se encuentran entre los problemas que más desafíos plantean al cirujano oncológico. Los tumores esofágicos son capaces de producir una elevada mortalidad dado que en el momento de su diagnóstico suelen ya estar en estadios muy avanzados y que la naturaleza propia de su tratamiento representa un reto.⁷

Los datos de supervivencia no mejoran en forma apreciable en los últimos 25 años a pesar de la disponibilidad de nuevas modalidades de tratamiento. De acuerdo al enfoque actual que se adopta para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de esófago⁸, llama la atención respecto de que sí se desea obtener un impacto positivo en el curso de esta enfermedad se deberá realizar en el futuro, intentos preventivos y diagnósticos tempranos, además de la aplicación de métodos terapéuticos perfeccionados. Los tipos histológicos más comunes son el carcinoma de células escamosas (SCC) y el adenocarcinoma (AC), que en conjunto constituyen más del 90 % de las neoplasias esofágicas.⁹

A pesar de que el carcinoma de esófago se distribuye más uniformemente a lo largo del esófago, el adenocarcinoma es predominantemente una enfermedad del esófago distal y la unión gastroesofágica, rara vez, se encuentra en el esófago cervical.¹⁰

Aunque hace 40 años el carcinoma de células escamosas representaba más del 90 % de todos los tumores de esófago en los Estados Unidos, el adenocarcinoma esofágico ha aumentado significativamente y ahora representa el 80 % de los casos. Sin embargo, el carcinoma epidermoide se mantiene a nivel mundial como el más común. A diferencia de los cánceres escamosos, los adenocarcinomas no suelen ser multicéntricos. Sin embargo es común la extensión submucosa proximal y suberosa distal.

Su etiología se desconoce, a pesar de que existen múltiples evidencias epidemiológicas que indican una importante relación entre esta neoplasia con múltiples factores, así como múltiples lesiones esofágicas pueden preceder el desarrollo de una neoplasia en dicha región anatómica, por lo tanto estas se consideran lesiones pre cancerosas.¹¹

Como consideración final, se puede significar, que con independencia de su histología, el 50-60 % de los cánceres de esófago se diagnostican cuando la enfermedad es localmente avanzada o metastásica, por lo que su pronóstico es malo. En el caso de los adenocarcinomas, son menos

agresivos y una sobrevida tan prolongada, no se ha registrado en la literatura nacional y extranjera revisada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Long ER. History of pathology. Baltimore, Williams Y Wilkins, 1928.- Czerny, V.: Neue Operationen. *NorlaufigeMittlheilungZentrallb Cir.*3:443, 1877.
2. Adams WE, Phemister DB. Carcinoma of the lower thoracic esophagus. *J. Thoracic. Surgery*, 7:621, 1944
3. Vargas Cardena GI. Esófago de Barrett: Prevalencia y Factores de Riesgo en el Hospital Nacional "Arzobispo Loayza" Lima-Perú. *Rev. Gastroenterol. Perú* [Internet]. 2010 [citado 7 julio 2014]; 30(4): 284-304. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo>
4. Wang KK, Sampliner RE. Updated guidelines 2008 for the diagnosis, surveillance and therapy of Barrett's esophagus. *Am J Gastroenterol.* [Internet]. 2010 [citado 7 julio 2014]; 103(3):788-97. ID 18341497
5. Naves AE, Lapalma F, Rodríguez Ciancio JI. Frecuencia relativa de carcinoma escamoso y adenocarcinoma esofágicos en una serie de biopsias endoscópicas realizadas en Rosario, Argentina. *Rev. Pan. Salud Pública* [Internet]. 2010 [citado 12 julio 2014]; 22(6):383-8. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n6/a03v22n6.pdf>
6. Quinones J, Portanova M, Yabar A. Relación entre Tipo Histológico y la Localización del Adenocarcinoma Gástrico en el Hospital Rebagliati. *Rev. gastroenterol. Perú* [Internet]. 2011 [citado 7 de julio 2014]; 31(2):139-145. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo>
7. Bezerra de Souza DL, Bernal, MM. Incidencia y supervivencia del cáncer de esófago en la provincia de Zaragoza: un estudio de base poblacional. *Medicina Clínica* [Internet]. 2012 [7 julio 2014]; 139(1):5-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-resumen-incidencia-supervivencia-del-cancer-esofago-90134984>
8. Pérez Pereyra J, Frisancho V. Cáncer de Esófago: Características Epidemiológicas, Clínicas y Patológicas en el Hospital de Rebagliati-Lima. *Rev. Gastroenterol Perú* [Internet]. 2009 [citado 7 julio 2014]; 29(2):118-123. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v29n2/a03v29n2.pdf>
9. Hamilton SR, Smith RR, Cameron JL. Prevalence and characteristics of Barrett esophagus in patients with adenocarcinoma of the esophagus at the esophagogastric junction. *Hum Pathol* [Internet]. 1988 [citado 7 julio 2014]; 19(8):942-8. Disponible en:

[http://wiki.cancer.org.au/australia/Citation:Hamilton SR, Smith RR, Cameron JL 1988](http://wiki.cancer.org.au/australia/Citation:Hamilton_SR,_Smith_RR,_Cameron_JL_1988)

10. Ayala Nicolás R, Graciani AR, López CE, Morando FR. Cáncer de Esófago Revisión. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina [Internet]. 2010 [citado 7 de julio 2014]; 175: [aprox.8p]. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista175/5_175.pdf
11. JE Bilbao I, Díez del Val C, Loureiro A, Viteri JA, Arresti AM, Ibáñez JL. Protocolo de actuación en los pacientes diagnosticados de cáncer de esófago. Hospital de Basurto [Internet]. Bilbao; 2009 [7 julio 2014]. p. 16. Disponible en: www.scielo.org.pe/pdf/

Recibido: 3 de diciembre de 2014

Aprobado: 27 de enero de 2015

Dr. Servio Tulio Cintra Brooks. Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”. Guantánamo. Cuba. **Email:** cintra@infosol.gtm.sld.cu