

Carcinoma esofágico: hallazgos de imagen pre y posquirúrgicos

Andreu Arasa C, Parra Gordo ML, Tejerina Bernal A, Pena Fernández I, Rodríguez San Pedro I

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario La Princesa. Madrid

CASO CLÍNICO

Varón de 60 años que consulto por disfagia mixta de un año de evolución con pérdida de 10 Kg de peso. Fumador de 40 cigarrillos al día, hipertensión arterial y EPOC tipo bronquitis crónica.

Se realizó estudio esofagogastroduodenal (EGD), que mostró en esófago torácico una tumoración de aspecto mamelonado que ocupaba desde el cayado aórtico hasta la unión esofagogástrica. Esta tumoración era compatible con carcinoma en dicha zona (*figura 1*).

Se realizó tomografía computerizada (TC) toraco-abdominal que mostró engrosamiento mural difuso del tercio medio y tercio distal del esófago sin signos de diseminación (*figura 2*).

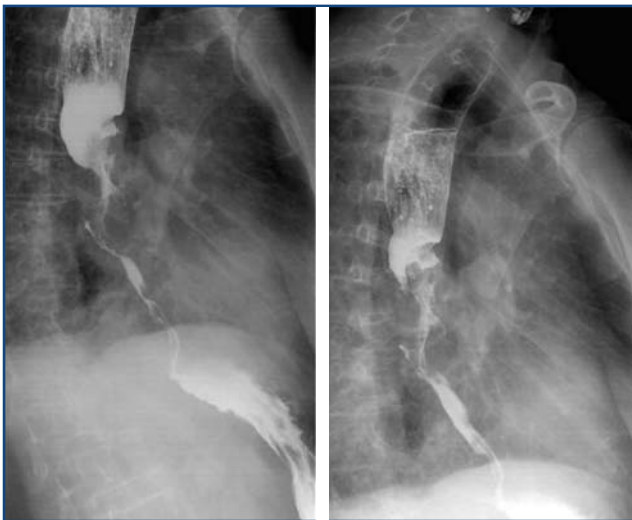


Figura 1. EGD

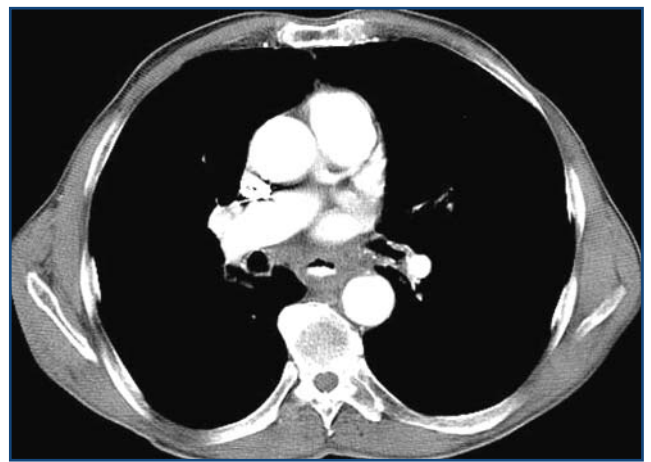


Figura 2. TC Torácico

En gastroscopia se visualizó una masa de 10 cm, mamelonada, con úlceras, que infiltraba la mucosa esofágica desde el tercio medio hasta la unión gastroesofágica. El diagnóstico anatomopatológico fue de carcinoma epidermoide.

El paciente fue tratado con quimioterapia y radioterapia durante dos meses y se remitió al Servicio de Cirugía General. Se realizó esofagectomía transhiatal, con plastia gástrica con tubulización del estómago sobre la curvatura mayor; se dejó yeyunostomía de alimentación.

En el postoperatorio desarrolló una fístula anastomótica cervical, que requirió drenaje de la cervicostomía. Se realizó esofagostoma proximal y exclusión de la plastia gástrica. Posteriormente desarrolló insuficiencia respiratoria que requirió soporte ventilatorio y traqueostomía. Después, durante un cambio de cánula traqueal, se comprobó la existencia de una fístula gastrotraqueal.

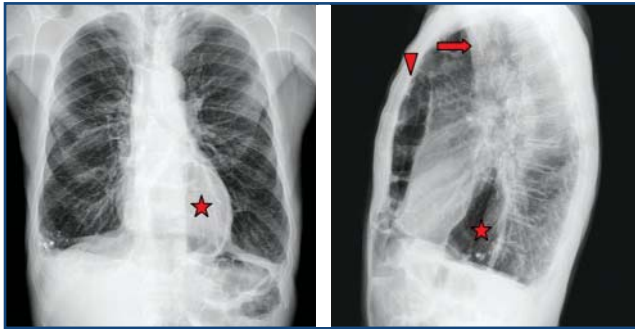


Figura 3. Radiografía de tórax PA y lateral.
→ Endoprótesis traqueal, ★ Plastia gástrica excluida,
▲ Plastia ileocólica retrosternal

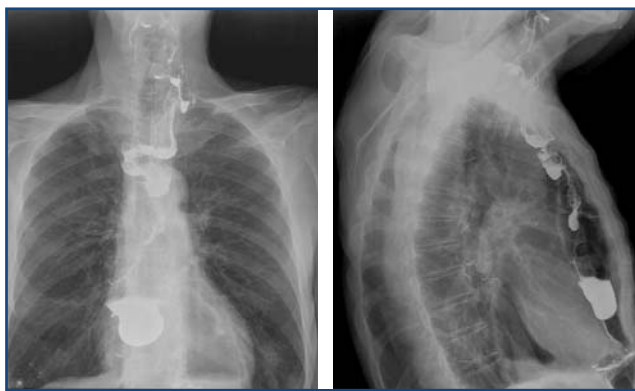


Figura 4. Estudio baritado postquirúrgico

Se resecó la plastia gástrica y se suturó el orificio traqueal, con sellado del lecho mediastínico y yeyunostomía de alimentación.

Siete meses después se realizó reconstrucción esofágica con plastia ileocólica retroesternal y anastomosis faringoileal y coloduodenal. La plastia hizo entonces dos pequeños tractos fistulosos, uno a la tráquea y otro a la piel. Con el fin de tratar la fístula traqueal se colocó una endoprótesis traqueal (figura 3).

Posteriormente se han realizado estudios gastroduodenales (EGD) seriados que han mostrado desaparición de los trayectos fistulosos, con tránsito lento del contraste baritado por la plastia ileocólica retrosternal (figura 4).

COMENTARIO

Los tumores esofágicos benignos suelen ser leiomiomas. En la TC éstos aparecen como masas

redondeadas de bordes lisos, de localización intramural, generalmente menores de 4 cm. Otros tumores esofágicos benignos son indistinguibles desde el punto de vista de imagen, excepto los lipomas, que son fácilmente identificables por la densidad grasa que tienen.

El cáncer esofágico se presenta con mayor frecuencia en hombres mayores de 50 años y afecta a menos de 5 personas por cada 100.000. Hay dos variedades histológicas más frecuentes: carcinoma escamoso y adenocarcinoma. El carcinoma epidermoide se asocia con el tabaquismo y el consumo de alcohol. La incidencia de esta enfermedad en los Estados Unidos ha permanecido relativamente constante, mientras que la incidencia del adenocarcinoma del esófago ha aumentado en forma considerable.

El esófago de Barrett, una complicación de la enfermedad del reflujo gastroesofágico (RGE), es un factor de riesgo para el desarrollo del adenocarcinoma del esófago, junto con el sexo masculino, la obesidad, la dieta occidental y el tabaquismo.

El cáncer de esófago precoz no suele causar síntomas. Sin embargo, a medida que crece los síntomas pueden incluir dolor, dificultad para tragar y pérdida de peso.

En los tumores esofágicos malignos, el principal uso de la TC es el estudio de extensión del carcinoma detectado por otros medios, normalmente endoscopia o EGD con bario. Los hallazgos de la TC son:

- Masa intraluminal.
- Engrosamiento de la pared esofágica.
- Luz esofágica irregular o excéntrica.
- Luz dilatada proximal al tumor obstructivo.
- Obliteración de la grasa adyacente al tumor.
- Fístula a mediastino.
- Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos.
- Metástasis hepáticas.

Es importante determinar mediante estudios de imagen la reseccabilidad del tumor, para plantear una cirugía curativa. Se considera que el tumor es irresecable si invade el árbol traqueobronquial, la aorta, el pericardio, las venas pulmonares, los pulmones o la pleura.

La diversidad de procedimientos quirúrgicos, los cambios anatómicos que conlleva la cirugía y las complicaciones de la misma originan una difícil interpretación de las imágenes.

En el caso que exponemos, el paciente presentó un tumor resecable tras tratamiento con quimioterapia y radioterapia, que sufrió múltiples complicaciones postquirúrgicas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Kim TJ, Lee KH, Kim YH, et al. Postoperative imaging of esophageal cancer: What chest radiologists need to know. *Radiographics* 2007;27:409-29.
- 2.- Noh HM, Fishman EK, Forastiere AA, Bliss DF, Calhoun PS. CT of the esophagus: spectrum of disease with emphasis on esophageal carcinoma. *Radiographics* 1995;15:1113-34.

- 3.- Kim SH, Lee KS, Shim YM, et al. Esophageal resection: indications, techniques, and radiologic assessment. *Radiographics* 2001;21:1119-37.
- 4.- Lee JKT, Sagel SS, Stone RM. Tracto intestinal (capítulo 11). Body TC. *Correlacion RM*. 3ª Edición. Editorial Marban. Madrid: 1999;637-700.