



## Clínica cotidiana

# Adenocarcinoma de cardias con metástasis en pulmón, hígado y ganglionares (estadio IV)

José A. Hermida Pérez

Centro de Salud El Paso. Servicio Urología. Policlínico Especialidades Médicas SEREP. Los Llanos de Aridane. Sta. Cruz de Tenerife.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 22 de diciembre de 2015

Aceptado el 24 de octubre de 2016

On-line el 28 de abril de 2017

#### Palabras clave:

Cardias

Adenocarcinoma

Metástasis

Pulmón

Hígado

Linfáticas

### R E S U M E N

El cáncer esofágico tiene dos subtipos principales: el carcinoma células escamosas y el adenocarcinoma; sus lesiones precursoras son la displasia de células escamosas y el Esófago de Barret, respectivamente. El carcinoma de células escamosas representa el 90 % de los casos de cáncer de esófago en todo el mundo. Los tumores de la unión esófago-gástrica se encuentran en un punto entre el esófago distal y el estómago proximal, en los que el epitelio pasa de ser escamoso (esófago) a columnar (cardias). Se describe un caso clínico de un varón un de 62 años, diagnosticado de un adenocarcinoma de cardias con metástasis en pulmón, hígado y ganglionares que debuta con disfagia y pérdida de peso. Se realizó: esofagogastroscoopia con toma de biopsia y tomografía computarizada para la estadificación del tumor. Se decide tratamiento con cuidados paliativos. Mostramos las imágenes endoscópicas y radiológicas y se hace una breve revisión de la literatura.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

### Adenocarcinoma of the cardia with metastasis in lung, liver and lymph nodes (stage IV)

#### A B S T R A C T

The esophagus cancer has two main subtypes: the squamous cell carcinoma and adenocarcinoma; its precursor lesions are squamous cell dysplasia and the Barret Esophagus, respectively. The squamous cell carcinoma represents about 90 % of cases of esophagus cancer worldwide. Esophagogastric junction tumors found in one place between the distal esophagus and proximal stomach, sites where the squamous epithelium changes from (esophagus) to columnar (cardia). To realiced a description a case of a man a 62, diagnosed with cardia adenocarcinoma with lung metastases, liver and lymph node, he debuting with

#### Keywords

Cardia

Adenocarcinoma

Metastasis

Lung

Liver

Lymphatic

dysphagia and weight loss. Esophagogastrosocopy with biopsy and Computer Tomographic for tumor staging. We decided treatment with palliative care. Show endoscopic and radiological images and a brief review of the literature.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.  
Published by Ergon Creación, S.A.

Varón de 62 años de edad, con antecedentes personales de ser exfumador (abandono del hábito hace 6 años), consumo moderado de alcohol e hipertensión arterial. Acude a la consulta de atención primaria con clínica de disfagia progresiva de 2 meses de evolución y pérdida de peso de 7 kg en tres meses.

Se indica la realización de esofagogastrosocopia (Fig. 1), cuyo informe refiere la existencia: de un proceso proliferativo estenosante en el esófago, situado en la región cardial, que produce reducción de la luz desde 38 cm de los incisivos hasta los 41 cm; se logra el paso del endoscopio con mucha dificultad; el estómago es distensible y de morfología normal; lago mucoso limpio; fundus normal; cardias con formación mamelonada, de aproximadamente 4 cm, muy friable, que deforma toda la región subcardial; antro, píloro y duodeno normales. El diagnóstico es de neoplasia de la región cardial. Se obtienen biopsias para estudio anatomopatológico, que dan como resultado adenocarcinoma de cardias.

Se recomienda nutrición enteral a través de gastrostomía quirúrgica.

Radiografía de tórax (Fig. 2): imagen nodular en el lóbulo inferior derecho (flecha blanca).

TAC tóraco-abdominal (Fig. 3): nódulo pulmonar solitario, de 10 x 17 x 17 mm en el lóbulo inferior derecho (flecha naranja); no adenopatías en las cadenas ganglionares locales; esófago dilatado a lo largo de toda su extensión, secundario a un proceso neofornativo en la unión cardio-hiatal, con amplia extensión en el estómago de más de 5 cm (flechas rojas); adenopatías mayores de 1 cm en la curvatura mayor del estómago, entre la que destaca una de 21 x 16 mm (flechas verdes); en el hígado hay dos lesiones hipodensas en el segmento IV y una gran lesión que afecta a todo el lóbulo izquierdo de 9 x 7 cm, de centro hipodenso, compatibles con metástasis hepáticas (flechas amarillas); además se identifican tres nódulos hipodensos de escasos milímetros en los segmentos IV, V y VII, que impresionan de características quísticas.

Desestimado el tratamiento quirúrgico, es valorado por Oncología. No hay indicación actual de tratamiento oncológico activo, por lo que se efectúa interconsulta a Cuidados Paliativos para seguimiento y tratamiento sintomático paliativo.

## Comentario

El adenocarcinoma esofágico se ha convertido en el tipo predominante de cáncer de esófago en América del Norte y Europa, mientras que el carcinoma de células escamosas sigue siendo el predominante en Asia, África y América del Sur y entre los afro-americanos en América del Norte. El adenocarcinoma es de tres a cuatro veces más común en los hombres que en las mujeres, mientras que la distribución por sexo es más equitativa para el de células escamosas. Desde el punto de vista de su localización, aproximadamente tres cuartas partes de todas las lesiones de adenocarcinoma se encuentran en el esófago distal, mientras que el de células escamosas es más frecuente en el esófago proximal y medio<sup>1-6</sup>.

Los factores de riesgo asociados al desarrollo de adenocarcinoma esofágico y la unión esofágo-gástrica son<sup>5-7</sup>:

- Reflujo gastroesofágico/esófago de Barret. Surge típicamente en un epitelio con metaplasia, condición premaligna caracterizada por la presencia de un epitelio columnar que abarca a tres o más centímetros del esófago tubular distal, con o sin hernia de hiato. El esófago de Barret es dos veces más prevalente en varones que en mujeres y su frecuencia se incrementa con la edad. Pese a asociarse con la enfermedad por reflujo crónico, su verdadera causa es desconocida. El 60 % de los casos de adenocarcinoma de esófago distal o de la unión esofágo-gástrica presentan datos de esófago de Barret.
- Obesidad.
- Sexo masculino (7:1).
- Situación socioeconómica baja.
- Dieta: déficits nutritivos, hipovitaminosis, ingestión de alimentos con alto contenido de nitrosaminas (carne conservada, pescado ahumado, seco...).
- Tabaco.
- Se ha detectado el virus del papiloma humano en un caso de carcinoma esofágico de células escamosas<sup>7</sup>.
- Factores genéticos: inactivación del gen supresor de tumor p53, de la eadherina y un polimorfismo de la interleucina 1 (IL-1).

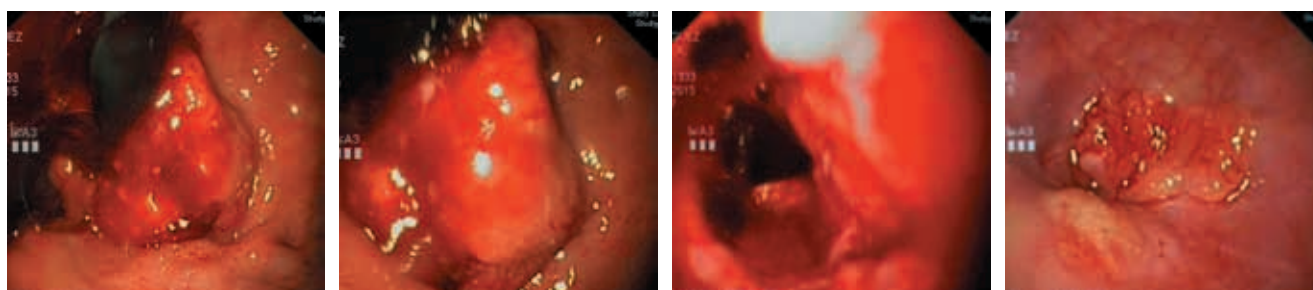


Figura 1 – Esofagogastrosocopia.

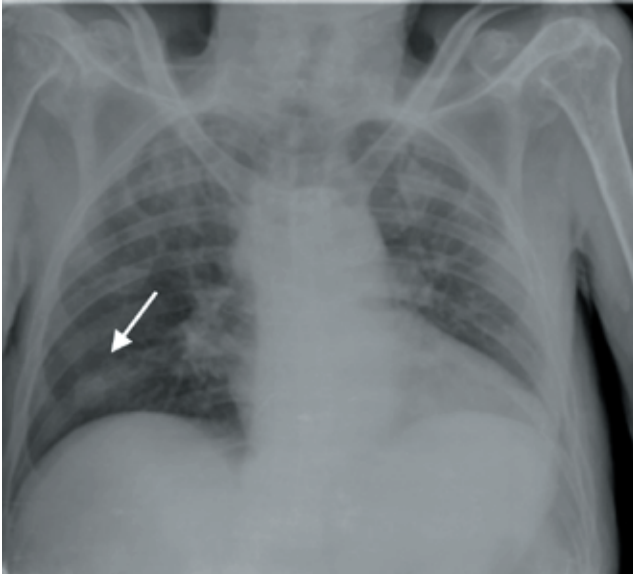


Figura 2 – Radiografía de tórax PA.

Paradójicamente las cepas Cag A del *H. pylori* son las que más protegen contra el adenocarcinoma de la unión esofágo-gástrica.

Las características clínicas y topográficas son importantes para el médico de atención primaria; la forma de presentación clínica es similar entre el adenocarcinoma de esófago y el carcinoma de células escamosas, a pesar de las diferencias en los factores demográficos y de riesgo. Los síntomas más comunes son disfagia progresiva, pérdida de peso, pirosis, acidez, anemia; menos comúnmente, ronquera, tos y neumonía

relacionada con la parálisis del nervio laríngeo o invasión del árbol tráqueo-bronquial<sup>1-3,6</sup>.

Los tumores de la unión esofágo-gástrica, dependiendo de sus características anatómo-topográficas, basadas en la localización del centro del tumor, se clasifican en (clasificación de Siewert-Stein) (Fig. 4)<sup>8,9</sup>:

- Tipo I: centro del tumor se localiza desde 1 cm por arriba de la línea Z (zona donde la mucosa del esófago rosado pálido se convierte a un color rojo salmón propio de la mucosa gástrica), hasta 5 cm en sentido oral (adenocarcinoma del esófago distal).
- Tipo II: localizado desde 1 cm por arriba de la línea Z hasta 2 cm por debajo de esta (cáncer de cardias propiamente dicho).
- Tipo III: se localiza desde los 2 cm por debajo de la línea Z hasta 5 cm en sentido caudal (cáncer subcardial).

En atención primaria de salud ocupa un lugar importante, y, como resulta lógico pensar, esta pasa por evitar los factores de riesgo asociados al desarrollo de cáncer esofágico.

No se ha descrito ningún programa de detección precoz eficaz en la población sana, ni existen datos concluyentes que lo apoyen.

En el caso de existencia de esófago de Barret el abordaje habitual de los pacientes es el seguimiento mediante la realización de endoscopias periódicas y biopsias para ver el grado de degeneración del tejido (displasia). En los casos de displasia de alto grado se recomienda un seguimiento más intenso, incluso la resección quirúrgica.

El tratamiento depende del tamaño, la localización y el grado de extensión e infiltración de la tumoración. Como modalidades terapéuticas tenemos la resección endoscópica de la mucosa, la esofagectomía radical (tumores T1b con infiltración de la *muscularis mucosae* y la submucosa) acompañado

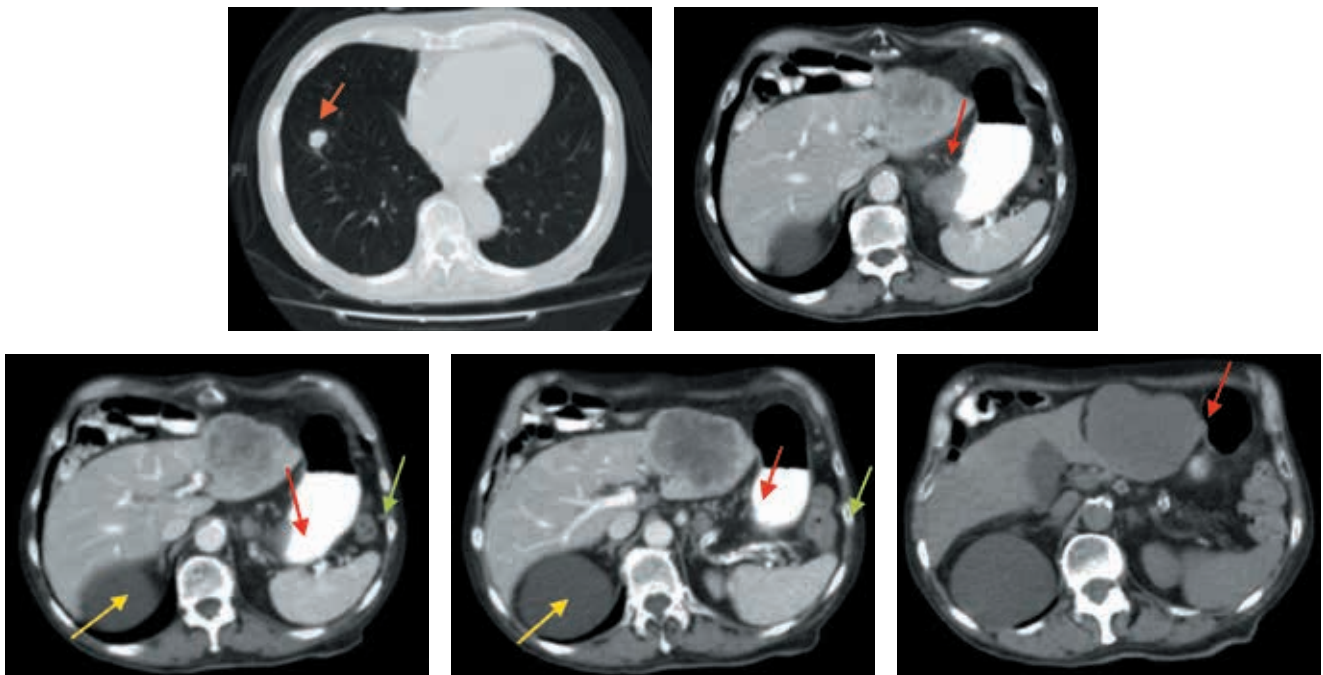
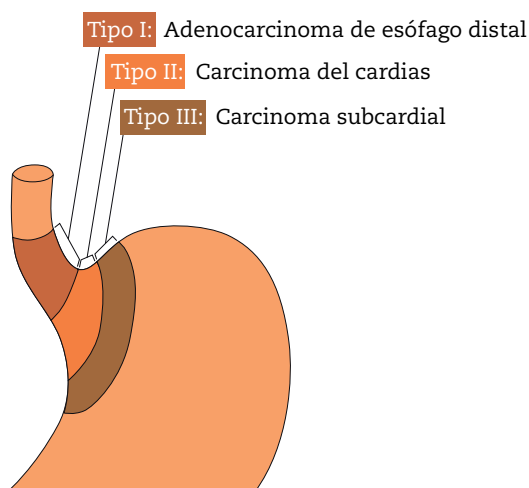


Figura 3 – TAC tóraco-abdominal.



**Figura 4 – Clasificación de Siewert-Stein de los tumores de la UEG.**

o no de terapia neoadyuvante (quimiorradioterapia o quimioterapia), el implante de un *stent* esofágico vía endoscópica o altas dosis de braquiterapia intraluminal en la enfermedad no resecable obstructiva<sup>8-11</sup>.

La tasa de supervivencia global a 5 años para los pacientes con adenocarcinoma de esófago en los Estados Unidos es de aproximadamente 17 %, ligeramente más alta que la de los pacientes con carcinoma de células escamosas; aunque sigue siendo pobre, ha mejorado en las últimas décadas.

Todo ello es debido a los recientes nuevos avances en el conocimiento de los aspectos epidemiológicos, patogénicos, la prevención y la terapia del cáncer de esófago. A pesar de que las posibilidades y la capacidad de detectar el adenocarcinoma esofágico en etapas iniciales han mejorado, la mayoría de los tumores se diagnostican ya en estadios avanzados con metástasis regionales (30 % de los casos) o metástasis a distancia (40 %), en cuyo caso ya se disminuye la tasa de supervivencia a 5 años de un 39 % en los casos de enfermedad localizada a 4 % en los casos con metástasis a distancia<sup>6,11-15</sup>.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Conesa H, Algieri R. Acerca de un corte coronal del cardias. *Rev Arg Anat.* (online) 2012; 3: 57.
2. Baquet CR, Commiskey P, Mack K, Meltzer S, Mishra SL. Esophageal cancer epidemiology in blacks and whites: racial and gender disparities in incidence, mortality, survival rates and histology. *J Natl Med Assoc.* 2005; 97: 1471.
3. Buas MF, Vaughan TL. Epidemiology and risk factors for gastroesophageal junction tumors: Understanding the rising incidence of this disease. *Semin Radiat Oncol.* 2013; 23: 3-9.
4. Rusch VW. Are cancers of the esophagus, gastroesophageal junction, and cardia one disease, two, or several? *Semin Oncol.* 2004; 31: 444-9.
5. Botterweck AA, Schouten LJ, Volovics A, Dorant E, Van Den Brandt PA. Trends in incidence of adenocarcinoma of the oesophagus and gastric cardia in ten European countries. *Int J Epidemiol.* 2000; 29: 645-54.
6. Rodríguez R, Díaz I, Flórez A, Donado F. Neoplasias de la unión esofagogastrica: presentación de tres casos. *Rev Col Gastroent.* 2015; 30: 219-24.
7. Mandado Pérez S, Gra Oramas B, Haedo Quiñones W, Domínguez Alvares C. Imágenes citológicas del virus del papiloma humano en un carcinoma epidermoide de esófago. Presentación de 1 caso. *Rev Cubana Oncol.* 2001; 17: 48-53
8. Stahl M, Kataja VV, Oliveira J. Minimal Clinical Recommendations for diagnosis, treatment and follow up of esophageal cancer. *Ann Oncol.* 2005; 16: 26-7.
9. Lowe VJ, Booya F, Fletcher JG, Nathan M, Jensen E, Mullan B, et al. Comparison of positron emission tomography, computed tomography, and endoscopic ultrasound in the initial staging of patients with esophageal cancer. *Mol Imaging Biol.* 2005; 7: 422-30.
10. Stahl M, Oliveira J. ESMO Guidelines Working Group (2008) Esophageal cancer: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2008; 19: 21-2.
11. Rothaus C. Esophageal carcinoma. Posted by Carla Rothaus. December 26<sup>th</sup>, 2014. A Blog for Physicians. About NEJM.
12. Hermida Pérez JA, Bermejo Hernández A, Sobenes Gutiérrez RJ, Arroyo Díaz R. Stage IV stenosing squamous cell carcinoma of the oesophagus in a 41 year-old woman. A case presentation. *Semergen.* 2012; 38: 44-8.
13. Hermida Pérez JA, Capote León L, Sobenes Gutiérrez RJ, Pérez Concepción SB. Oesophageal squamous cell carcinoma, colon adenocarcinoma and polycythaemia vera: Three primitive neoplasms, one single patient. *Med Gen Fam.* 2015; 4: 81-4
14. Hermida Pérez JA, Capote León L, Bermejo Hernandez A, Jimenez Vila B. Metástasis por contigüidad de carcinoma escamoso esofágico, invasivo. Caso clínico. *Semergen.* 2016; 42: 128-130
15. Hermida Pérez JA, Hernández Guerra JS, Sobenes Gutiérrez RJ. Adenocarcinoma gástrico pobremente diferenciado, de tipo difuso e infiltrativo. *Med Gen y Fam.* 2013; 2: 192-4.