

Cáncer de esófago

Cáncer de esófago

- El cáncer de esófago es una de las neoplasias digestivas más agresivas.
- supervivencias globales históricamente menores al 20%.
- Su tratamiento quirúrgico requiere equipos con alto volumen y experiencia,.
 - mortalidad puede superar la tasa de curación cuando se opera en centros sin la pericia suficiente.
- La ausencia de serosa en el esófago facilita la diseminación local hacia órganos adyacentes y aumenta la agresividad de la enfermedad.

Tipos histológicos

- Adenocarcinoma
 - Localizado en la unión gastroesofágica.
 - Relacionado con reflujo gastroesofágico crónico, obesidad y esófago de Barrett.
 - Su incidencia está en aumento epidémico en las últimas décadas.
 - El virus del papiloma humano podría tener rol cofactorial.
- Carcinoma escamoso
 - Más frecuente en el tercio superior y medio.
 - Asociado a tabaquismo, alcohol y también al VPH.
 - Su incidencia ha disminuido, desplazada por el adenocarcinoma.

Fisiopatología y lesiones premalignas

- Todo proceso de inflamación crónica puede derivar en cáncer:
 - ejemplos son hepatitis crónica y hepatocarcinoma, colitis ulcerativa y cáncer de colon, tiroiditis crónica y cáncer tiroideo.
- En el esófago, la inflamación por reflujo crónico produce metaplasia intestinal conocida como esófago de Barrett.
- La secuencia es metaplasia → displasia leve → displasia moderada → displasia severa → carcinoma in situ → carcinoma invasor.

Anatomía relevante para la invasión tumoral

- El esófago carece de serosa y solo tiene adventicia.
- Una vez que el tumor invade la submucosa, tiene capacidad de diseminación linfática y local.
- Al llegar a la muscular propia y adventicia, el tumor avanza fácilmente hacia estructuras vecinas como pericardio, corazón, tráquea y aorta.

Estadificación TNM

- T
 - T1a: limitado a mucosa
 - T1b: invade submucosa
 - T2: invade muscular propia
 - T3: invade adventicia
 - T4: invade órganos adyacentes
- N
 - N0: sin ganglios
 - N1: 1 a 2 ganglios
 - N2: 3 a 6 ganglios
 - N3: 7 o más ganglios
- Los tumores T1a y T1b sin ganglios son candidatos a tratamientos locales endoscópicos. T2 y superiores requieren terapias multimodales.

Factores de riesgo

- Reflujo gastroesofágico crónico
- Obesidad
- Esófago de Barrett
- Tabaco y alcohol (principalmente carcinoma escamoso)
- Papilomavirus
- Dietas ricas en nitritos y nitratos, grasas y bajas en frutas
- Síndrome de Plummer-Vinson
- Ingestión de cáusticos
- Radioterapia mediastínica antigua

Diagnóstico y estadíaje

- Endoscopia digestiva alta con biopsias múltiples: método inicial.
- Ultrasonido endoscópico: valora profundidad de invasión (T) y ganglios (N).
- Tomografía computada y PET-CT: detección de metástasis y enfermedad oculta (oligometástasis).
- Clasificación de Siewert para tumores de unión gastroesofágica:
 - Tipo I: adenocarcinoma del esófago distal
 - Tipo II: carcinoma de la unión
 - Tipo III: subcardial gástrico

Tratamiento

- Opciones endoscópicas (tumores superficiales T1a)
 - Resección mucosa endoscópica (EMR): inyección submucosa, elevación y resección de mucosa.
 - Ablación por radiofrecuencia (RFA): balón de radiofrecuencia que destruye mucosa displásica.
 - Terapia fotodinámica: hoy con uso muy limitado.
- Cirugía
 - Esofagectomía transhiatal: disección ciega desde abdomen y cuello, anastomosis cervical.
 - Esofagectomía de Ivor Lewis: laparotomía más toracotomía derecha, anastomosis intratorácica. Considerada más oncológica.
 - Esofagectomía mínimamente invasiva: válida en centros de alto volumen.
 - Requisitos oncológicos: al menos 15 ganglios resecados, márgenes proximales de 5 cm, márgenes radiales libres.
 - Jejunostomía de alimentación: recomendada para soporte en postoperatorio inicial.
- Quimioterapia y protocolos perioperatorios
 - Magic (histórico): epirrubicina, platino y 5-FU, 3 ciclos preoperatorios y 3 postoperatorios.
 - Flot (actual estándar): 5-FU, leucovorina, oxaliplatino y taxano; esquema perioperatorio, más efectivo.
 - Trastuzumab (Herceptin): en tumores HER2 positivos, alrededor del 20 por ciento de los casos.
 - Protocolos metastásicos: Folfox, Folfiri (cuidado con toxicidad hepática).

Pronóstico y consideraciones

- El cáncer de esófago debe considerarse enfermedad sistémica desde etapas tempranas; la neoadyuvancia es un pilar terapéutico.
- La supervivencia actual ronda 35 por ciento en centros de alto volumen.
- Los cirujanos deben operar solo si su mortalidad es menor a la curabilidad esperada.
- Los cánceres de esófago cervical son raros; usualmente se tratan con quimio-radioterapia en lugar de cirugía radical desfigurante.

Perlas clínicas y de examen

- Adenocarcinoma: unión gastroesofágica, asociado a Barrett y obesidad.
- Escamoso: tercio superior, asociado a tabaco y alcohol.
- El esófago no tiene serosa, lo que facilita la invasión.
- Barrett: epitelio columnar, displasia progresiva, lesión premaligna clásica.
- Clasificación de Siewert: tres tipos de tumores de unión.
- Endoscopia y biopsia múltiple son el diagnóstico inicial.
- Ultrasonido endoscópico define T y N.
- PET-CT detecta metástasis tempranas.
- Al menos 15 ganglios deben researse para estadificación adecuada