

Carcinoma esofágico con colocación de prótesis autoexpansible: presentación de un caso

Autores Pedro Sivira¹, Gabriel Echeverría¹ , Beatriz Linares¹, Ana Moreno¹, Rosmarys Mendoza¹, Yudith Díaz², Paola Laya², Samaria Marcano², Yudexi Aponte², Marianni London², Angy Brito², Carlos Anchundia²

Afiliación ¹ Médicos especialistas en gastroenterología.
² Médicos residentes de postgrado en gastroenterología UCV.
Servicio de Gastroenterología "Dr. Simón Beker" del Hospital General del Oeste "Doctor José Gregorio Hernández", Caracas, Venezuela.

Autor de Correspondencia: Gabriel Echeverría Sánchez Correo: gabrielecheverria05@gmail.com ORCID: [0000-0002-7497-9851](https://orcid.org/0000-0002-7497-9851)

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2024; 78(2):75-78.

© Los Autores. Caracas, Venezuela - ISSN 2477-975X.

<https://doi.org/10.61155/2024.78.2.005>



Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la [Licencia Creative Commons Attribution \(CC BY\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Fecha de recepción: 05/05/2024

Fecha de revisión: 31/05/2024

Fecha de aprobación: 27/06/2024

Resumen

El cáncer de esófago constituye la sexta causa de muerte por cáncer en el mundo. El tipo histológico lo constituyen en un 95% de los casos el escamoso y el adenocarcinoma. Ambos tumores poseen un mal pronóstico, ya que suelen diagnosticarse en estadios avanzados en los que, a pesar de las opciones terapéuticas disponibles, sólo se logra una supervivencia de un 10-15% a los 5 años. El síntoma principal es la disfagia, que suele ser constante y progresiva, comenzando por disfagia a sólidos y progresando a líquidos. El tratamiento endoscópico paliativo merece una consideración aparte ya que está indicado cuando existe una gran afectación locoregional (T4) o metástasis a distancia, y sólo para paliar la disfagia, el dolor torácico, las complicaciones de una fístula traqueoesofágica o la desnutrición del paciente. En este sentido, la mejor aportación de la endoscopia se centra en la colocación de una prótesis metálica autoexpansible que asegure la permeabilidad del segmento estenótico. Describiremos la clínica, diagnóstico y tratamiento paliativo de un paciente femenino de 69 años con Carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado de esófago.

Palabras Clave: Carcinoma de esófago, disfagia, dilatación, prótesis.

ESOPHAGEAL CARCINOMA WITH PLACEMENT OF A SELF-EXPANDING PROSTHESIS: CASE PRESENTATION

Summary

Esophageal cancer is the sixth leading cause of cancer death in the world. The histological type is squamous and adenocarcinoma in 95% of cases. Both tumors have a poor prognosis, as they are usually diagnosed in advanced stages in which, despite the therapeutic options available, only 10-15% survival is achieved after 5 years. The main symptom is dysphagia, which is usually constant and progressive, starting with dysphagia to solids and progressing to liquids. Palliative endoscopic treatment deserves separate consideration since it is indicated when there is a large locoregional involvement (T4) or distant metastasis, and only to palliate dysphagia, chest pain, complications of a tracheoesophageal fistula or malnutrition of the patient. In this sense, the best contribution of endoscopy is centered on the placement of a self-expanding metallic prosthesis that ensures patency of the stenotic segment. We will describe the clinical presentation, diagnosis and palliative treatment of a 69-year-old female patient with moderately differentiated squamous cell carcinoma of the esophagus.

Key Words: esophageal carcinoma, dysphagia, dilatation, prosthesis.

Introducción

El cáncer de esófago (CE) es una patología que se caracteriza por presentarse sobre los 50 años de vida y su principal motivo de consulta es la disfagia. El cáncer de esófago constituye la sexta causa de muerte por cáncer en el mundo. El carcinoma epidermoide y el adenocarcinoma son los tipos histológicos más

frecuentes y representan más del 95% del total. Ambos tumores poseen un mal pronóstico, ya que suelen diagnosticarse en estadios avanzados en los que, a pesar de las opciones terapéuticas disponibles, sólo se logra una supervivencia de un 10-15% a los 5 años. El carcinoma de tipo escamoso se origina a partir del epitelio normal del esófago y se desconoce su etiología. Los adenocarcinomas se ubican de preferencia en el tercio distal, son producidos por efecto del reflujo alcalino duodenal sobre la mucosa esofágica. Con el pasar del tiempo el reflujo produce un cambio del epitelio, de escamoso al de tipo intestinal (metaplasia) desarrollándose un esófago de Barrett. De continuar esta exposición de la mucosa esofágica al medio alcalino se va extendiendo el compromiso y desarrollando distintos grados de displasia, llegando finalmente al adenocarcinoma.

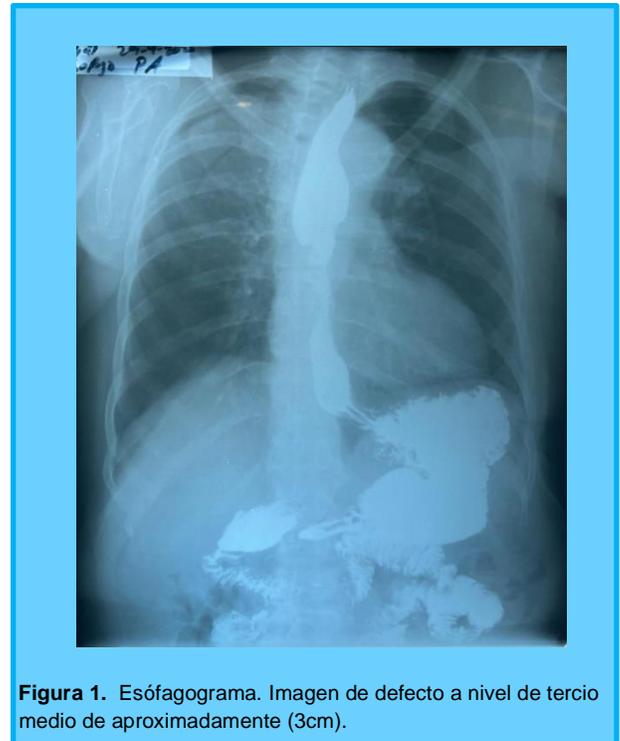
La incidencia del CE ha ido en aumento en las últimas décadas, así como también lo ha hecho el de tipo adenocarcinoma, llegando incluso, en Estados Unidos (EU) a triplicarse entre los años 1976 y 1990, lo que ha llevado a un cambio en la distribución histológica. Si bien, antiguamente el de tipo escamoso era casi el 95% de este tipo de tumor, en estos momentos, en países industrializados, el adenocarcinoma llega a ser más del 50%, incluso en algunas zonas de Europa Oeste y EU, llega hasta un 70%. En Latinoamérica el adenocarcinoma, presenta cifras de un 25%, producto de la menor incidencia de reflujo gastroesofágico en los países subdesarrollados.

Resumen del Caso

Paciente femenino de 69 años de edad natural y procedente de la localidad, sin antecedentes patológicos conocidos, quien refiere inicio de enfermedad actual en enero 2023 al presentar disfagia progresiva de sólidos a líquidos, acompañada de odinofagia y dolor retroesternal; se asocia pérdida de peso progresiva de 30 kg aproximadamente, por lo que consulta a nuestra institución Hospital General del Oeste en los Magallanes de Catia en marzo de 2023; donde es evaluada por consulta y se solicita estudios de imagen tipo esófagograma; como parte del protocolo de toda disfagia a estudiar por nuestra consulta, en este paraclínico realizado se evidencia imagen de estenosis excéntrica de aspecto en manzana mordida, a nivel del tercio medio con tercio distal, ocasionada por imagen de defecto de repleción, de aproximadamente 3 cm a 4 cm de longitud, que impresiona irregularidad en sus bordes, con pérdida de eje central del órgano, observándose hacia tercio superior, dilatación discreta pre estenosis con imágenes de defecto de plenificación (ver fig. 1).

Antecedentes personales y familiares no son contributorios, en hábitos psicobiológicos hábito tabáquico tipo cigarrillo de 24,5 paquetes/año activo; disminuyó el número de cigarrillos desde inicio de enfermedad actual y consumo de alcohol tipo vino desde los 30 años de edad hasta los 50 años a razón de 23.2 gr semanales; para el momento de la consulta refiere poca tolerancia a dieta blanda. Al examen físico paciente que luce con desgaste orgánico, caquéctica, consumo de bola de bichat,

disminución del diámetro del brazo. Signos vitales TA: 110/75 mmHg, FC:75 lpm, FR: 19 rpm peso: 41 kg talla:1.52mts IMC: 17,7.



Exámenes de laboratorios no se evidencia alteraciones relevantes; Se solicitan TAC de tórax, abdomen-pelvis con doble contraste y marcadores tumorales; sin embargo por escasos recursos económicos no se pudo realizar.

Al USAB: sin alteraciones.

Se planifica para endoscopia digestiva superior, al introducir endoscopio digestivo se visualiza con algunos restos alimentarios, los cuales se lavan y aspiran; observándose estenosis concéntrica con mucosa discretamente congestiva, aparentemente indemne de lesión, se procede a realizar dilatación al introducir guía metálica de punta atraumática para posteriormente dilatar con Savary; sin embargo no se logra paso y por razones técnicas se difiere estudio. Posteriormente se realiza segundo intento de endoscopia digestiva superior terapéutica pero en esta oportunidad con apoyo de servicio de radiología y de visión fluoroscópica, se procede a introducir guía metálica de punta atraumática, bajo visión endoscópica; logrando pasar dicha guía hasta cámara gástrica, luego sobre la guía se introduce dilatador de Savary #10 fr y #11 fr; logrando dilatar el calibre disminuido a dicho nivel, se observa mucosa esfacelada con sangrado escaso y evidenciándose lesión tumoral a 25 cm aprox. de arcada dentaria, de tipo mamelonante, irregular, con áreas induradas y friables, que ocupa el 85% de la circunferencia y obstruye la luz en casi el 90% que se extiende hasta los 30 cm aproximadamente de la

arcada dentaria; se toman muestras de dicha lesión para estudio anatomopatológico.

En segundo tiempo endoscópico procedemos a la colocación de la prótesis esofágica se introduce nuevamente guía de Savary y posterior se pasa prótesis esofágica cubierta marca Boston Scientific de medidas 12 cm de longitud por 18 mm de diámetro (ver fig. 2), se posiciona bajo visión fluoroscópica y se ubica equidistante abarcando los extremos proximal y distal de la estenosis, luego es liberada, se confirma por vía endoscópica y radiológica ubicación "in situ" (ver fig. 3); permitiendo a través de la misma, el paso del equipo hacia la cámara gástrica. Procedimiento realizado sin complicaciones inmediatas. La paciente permanece 24 horas hospitalizada para observación y evaluación subsiguiente. Se inicia dieta líquida la cual es tolerada y se egresa sin eventualidad.

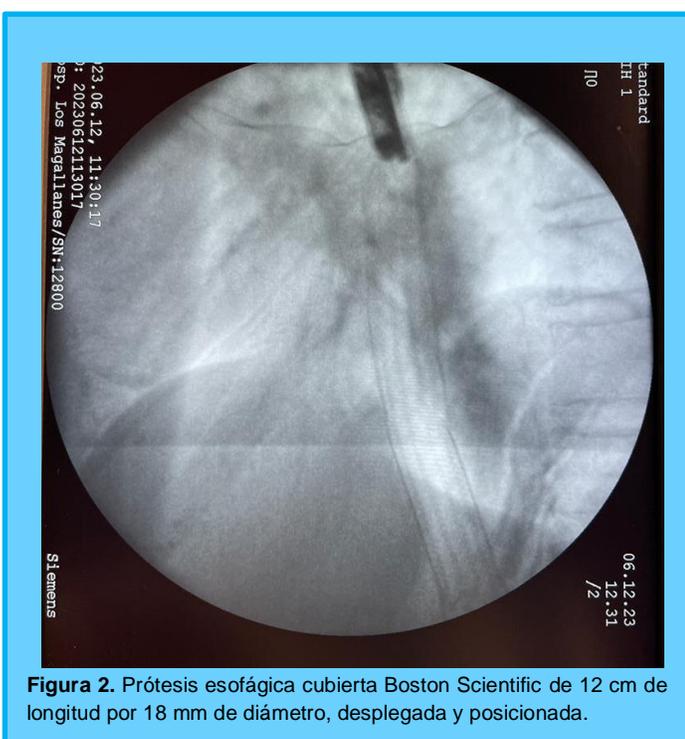


Figura 2. Prótesis esofágica cubierta Boston Scientific de 12 cm de longitud por 18 mm de diámetro, desplegada y posicionada.

deterioro en la nutrición y calidad de vida de ellos. Diversos métodos paliativos como quimio y radioterapia han sido efectivos pero acompañados de significativos efectos colaterales y complicaciones.

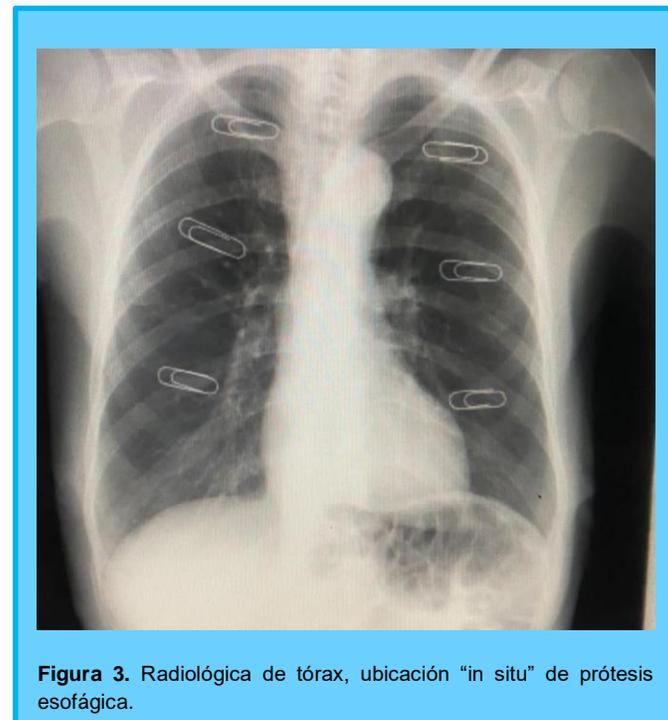


Figura 3. Radiológica de tórax, ubicación "in situ" de prótesis esofágica.

Existe una amplia variedad de prótesis disponibles en el mercado. Inicialmente eran de plástico para ser usadas por vía quirúrgica, pero actualmente no se usan, pues presentaban complicaciones y eran de difícil manejo, por lo que han dejado su lugar a las prótesis metálicas autoexpansibles recubiertas. En algunos casos se necesita de al menos una dilatación previa para lograr un lumen necesario para introducir el endoscopio y luego asegurar la correcta posición de la prótesis. Por otra parte, las prótesis metálicas autoexpansibles hoy son más fáciles de obtener, de diseño más simple y de más fácil colocación, a un costo más razonable que años anteriores. Permiten una hospitalización corta de 24-48 h. Presentan baja tasa de complicaciones y la mortalidad relacionada va de 3,4 a 16,8%. Muchos radiólogos o cirujanos no endoscopistas consideran inapropiada la colocación, sin embargo, si es posible pasar un alambre guía y luego dilatar progresivamente es posible la inserción de la prótesis.

Los resultados actuales respecto de la colocación de prótesis trans-tumorales por vía endoscópica aparecen técnicamente factibles, teniendo éxito en el tratamiento de la disfagia secundaria a tumores esofágicos y gastroesofágicos. Estos últimos pacientes pueden presentar frecuentemente reflujo gastroesofágico, es posible plantear que las prótesis autoexpansibles plásticas o metálicas actualmente son probablemente la mejor opción para el tratamiento paliativo del cáncer esofágico o de la unión gastroesofágica irresecables. La

Discusión

El papel de las modalidades terapéuticas endoscópicas para la paliación de la disfagia y la mejoría en la calidad de vida de los pacientes es de gran importancia. La colocación de prótesis autoexpandibles en disfagia maligna constituye un tratamiento paliativo ampliamente conocido como efectivo y con pocas complicaciones. En la literatura internacional, la mortalidad reportada con la colocación de prótesis es del 0 al 1,4% en diferentes series, hemorragias entre 0 y 6%, fístulas entre 0 y 5% y la migración del stent varía entre un 10,5% a 37%, variando por tipo de prótesis usada, plástica o metálica autoexpandible; las prótesis recubiertas presentan porcentaje de migración entre un 7% y 50%. Los pacientes consultan tardíamente con disfagia severa cursando un progresivo

colocación de este tipo de prótesis auto expandibles, es factible y otorga un efectivo tratamiento de la disfagia en pacientes con cáncer esofágico y de la unión gastroesofágica, lo que concuerda con estudios internacionales.

Conclusiones

La disfagia maligna es la dificultad para la deglución que resulta de la obstrucción del esófago secundario a cáncer. Los objetivos del tratamiento paliativo son la disminución de la disfagia y mejorar la ingesta por vía oral. En la actualidad las prótesis metálicas autoexpandibles son el tratamiento de elección en virtud de que permiten restaurar de inmediato la vía oral.

Conflictos de interés

El autor declara que no tiene conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

No se recibió financiamiento.

Referencias

1. Dr. Manuel Abradelo de Usera Dra. M.^a Soledad Acedo Gutiérrez Dr. Juan Manuel Alcalde Escribano; ET AL, Guía clínica de diagnóstico y tratamiento del cáncer de esófago, Hospital Universitario "12 de Octubre". Madrid. 2009; ISBN: 978-84-692-3270-5.
2. Dr. Héctor Valladares, Tratamiento paliativo del cáncer esofágico y de la unión gastro-esofágica mediante colocación de prótesis transtumoral por vía endoscópica; revista chilena de cirugía rev chil cir vol.67 no.4 santiago ago. 2015.
3. Dres. Gori Hugo*, Benitez Sylvia, Prótesis metálicas autoexpandibles en lesiones malignas de la unión esofagogastrica; Gen Departamento De Gastroenterología Del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" Caracas. Venezuela.