

## PRESENTACION DE CASO

## Adenocarcinoma de la unión gastroesofágica. Presentación de un caso

## Gastroesophageal junction adenocarcinoma. A case report

Dr. Marcos Félix Osorio Pagola,<sup>(1)</sup> Dr. Jesús Iván Gonzalez Batista,<sup>(2)</sup> Dra. Nelia Maria Quintana Garcia.<sup>(3)</sup>

<sup>1</sup>Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Gastroenterología. MSc. en Enfermedades Infecciosas. Profesor Asistente. <sup>2</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. <sup>3</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de Anatomía Patológica. Profesor Asistente. Hospital Provincial Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

<sup>1</sup>Second Professional Degree in General Medicine. Second Professional Degree in Gastroenterology. MSc. in Infectious Diseases. Assistant Professor. <sup>2</sup> Second Professional Degree in General Medicine. Terminal Professional Degree in General Surgery. Assistant Professor. <sup>3</sup> Second Professional Degree in General Medicine. Pathological anatomy resident. Assistant Professor. Provincial University Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

## RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 68 años, fumador desde la adolescencia, de procedencia urbana, con antecedentes personales de obesidad y síntomas de reflujo gastroesofágico, al que se le diagnosticó adenocarcinoma de la unión esofagogástrica tipo III, en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Provincial Universitario de Cienfuegos, al cual acudió por presentar pérdida de peso de aproximadamente 20 libras en cuatro meses, acompañado de manifestaciones dispépticas: acidez, digestiones lentas, distensión abdominal y epigastralgia no relacionada con la ingestión de alimentos. No manifestó disfagia como forma de presentación de la enfermedad. Fue sometido a tratamiento quirúrgico y quimioterapia y ha tenido una evolución favorable hasta la fecha. Se decidió publicar este artículo debido a la baja frecuencia de presentación del adenocarcinoma de la unión esofagogástrica y en especial el tipo III, así como porque su diagnóstico generalmente se realiza en una etapa avanzada, a diferencia de lo ocurrido en este caso.

**Palabras clave:** adenocarcinoma; neoplasias esofágicas; neoplasias gástricas

**Límites:** Humanos; adulto

## ABSTRACT

The case of a 68 years old patient, smoking since adolescence, with urban origins, obesity history and gastroesophageal reflux symptoms is presented. The patient was diagnosed with gastroesophageal junction adenocarcinoma type III in the Gastroenterology Department of the Provincial University Hospital of Cienfuegos where he arrived with weight loss of about 20 pounds in four months along with dyspeptic manifestations such as stomach acidity, slow digestion, bloating and epigastric pain unrelated to food consumption. No dysphagia was observed as presentation form of the disease. The patient underwent surgery and chemotherapy and has had a favourable outcome up until today. It was decided to publish this article because of the few cases of gastroesophageal junction adenocarcinoma and especially type III that are commonly presented and also because the diagnosis is,

**Recibido:** 2 de noviembre de 2010

**Aprobado:** 8 de diciembre de 2010

**Correspondencia:**

Dr. Marcos Félix Osorio Pagola.  
Hospital Provincial Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima".  
Calle 51 A y Ave 5 de Septiembre.  
Cienfuegos. CP: 55 100.

**Dirección electrónica:** [marcos.osorio@gal.sld.cu](mailto:marcos.osorio@gal.sld.cu)

unlike this case, usually made at an advanced stage of the disease.

**Key words:** adenocarcinoma; esophageal neoplasms; stomach neoplasms

**Limits:** Humans; adult

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de la unión esofagogástrica y el adenocarcinoma de esófago vienen aumentando en el lado oeste del mundo con respecto a los países del este. <sup>(1)</sup>

El adenocarcinoma de la unión esofagogástrica (AEG) es el adenocarcinoma que se origina alrededor del cardias. Siewert-Stein, <sup>(2)</sup> basándose en la localización del centro del tumor lo clasifican en:

Tipo I: adenocarcinoma del esófago distal. Es la lesión en la que el centro del tumor se localiza desde 1 cm por arriba de la línea Z hasta 5 cm en sentido oral.

Tipo II: carcinoma del cardias. Se localiza desde 1 cm por arriba de la línea Z hasta 2 cm por debajo de esta, también se conoce como cáncer de cardias propiamente dicho.

Tipo III: carcinoma subcardial. Se localiza desde los 2cm por debajo de la línea Z hasta 5 cm en sentido aboral. También se denomina cáncer subcardial.

En estudios realizados por Siewert y otros <sup>(3)</sup> se han evidenciado diferencias entre los tres tipos de adenocarcinomas esofagogástricos en cuanto a los factores predisponentes.

El AEG tipo I tiene relación directa con la metaplasia intestinal (esófago de Barrett 80 %) y predomina en el sexo masculino, mientras que el AEG tipo II se ha evidenciado entre 30 y 40 %, y el AEG tipo III sólo en un 2 %. Pero en los AEG tipo III se ha encontrado que la mayoría (hasta el 70 %) son carcinomas de tipo difuso según la clasificación de Lauren del cáncer gástrico e indiferenciado.

A diferencia del carcinoma de células epiteliales del esófago que está relacionado con el abuso de alcohol y tabaco, el adenocarcinoma se relaciona con el reflujo gastroesofágico y se incrementa el riesgo con la frecuencia y duración de los síntomas del reflujo. <sup>(4)</sup>

La endoscopia determina el subtipo de AEG y la obtención de tejido para el diagnóstico histopatológico, puesto que el adenocarcinoma es una entidad diferente al carcinoma de células epiteliales, de igual forma, condiciona un tratamiento diferente. Se recomienda tomar múltiples biopsias alrededor del tumor o en la mucosa de Barret porque se ha evidenciado displasia de alto grado circunscrita al esófago de Barrett. <sup>(5,6)</sup>

En el estadiaje de la enfermedad se emplea la radiografía de tórax en posición antero posterior (AP), la ecoendoscopia, la tomografía axial computarizada (TAC) de tórax y abdomen, la resonancia magnética nuclear y la laparoscopia, entre otras pruebas.

El ultrasonido endoscópico puede predecir el grado de profundidad de la lesión y la posibilidad de metástasis ganglionares regionales, así como la reseccabilidad local en un 85 %. <sup>(7,8)</sup>

La TAC es mejor para evaluar enfermedad extramural, la afección de estructuras vecinas, ganglionar local y regional así como las metástasis hepáticas y pulmonares. <sup>(9)</sup>

La laparoscopia juega su papel en los AEG tipo II y III ya que su comportamiento de diseminación es similar al cáncer gástrico proximal, además permite descartar diseminación peritoneal y metástasis hepática; su sensibilidad mejora si se asocia a ultrasonido intraoperatorio, e incluso comparándolo con la ultrasonografía más tomografía computarizada. <sup>(10,11)</sup>

Los pacientes que son más susceptibles para el diagnóstico temprano son los que padecen un AEG I - II que tienen el antecedente de esófago de Barrett y por tanto vigilancia periódica. <sup>(9)</sup>

Los adenocarcinomas tienen mejor pronóstico que los carcinomas de células escamosas, con una diferencia de 10 % de sobrevida global a los 5 años; en los pacientes en que no se observaron ganglios metastásicos la sobrevida a los 5 años puede ser de 73 %. <sup>(12)</sup>

Se decide publicar este artículo debido a la baja frecuencia de presentación del AEG y en especial el tipo III así como porque su diagnóstico generalmente se realiza en una etapa avanzada, a diferencia de lo ocurrido en este caso.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 63 años de edad, de color de piel blanca, masculino, fumador desde la adolescencia, de procedencia urbana, con antecedentes personales de obesidad y síntomas de reflujo gastroesofágico desde hacía aproximadamente dos años y sin mantener tratamiento. Acudió a consulta en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Provincial Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos por presentar pérdida de peso de aproximadamente 20 libras en cuatro meses, acompañada de manifestaciones dispépticas dadas por acidez, digestiones lentas, distensión abdominal y epigastralgia no relacionada con la ingestión de alimentos.

Se le realizó de manera ambulatoria radiografía contrastada de esófago, estómago y duodeno que informó como elemento positivo un defecto de lleno a nivel del fundus adyacente a la unión esofagogástrica y que daba la impresión de comprometerla.

Se practicó endoscopia digestiva superior donde se constató la existencia de una lesión mamelonante, ulcerada, de aproximadamente 3 a 4 cm, rosada, friable, cuyo núcleo principal estaba a nivel yuxtacardial, aproximadamente a 4 cm de la línea Z y que se extendía hasta la misma. Se le realizaron múltiples tomas de muestra para el estudio histológico cuyo resultado informó: adenocarcinoma indiferenciado infiltrante.

Para el estadiaje se realizó ecografía abdominal y laparoscopia diagnóstica, rayos X de tórax en posición antero posterior, TAC de tórax y abdomen que no mostraron signos de metástasis.

El chequeo preoperatorio de analítica sanguínea mostró: hemoglobina de 109 gramos/Litro; leucograma: 9 600/mm<sup>3</sup> ; glucemia: 4,8 mmol/L; creatinina: 117 mmol/L;

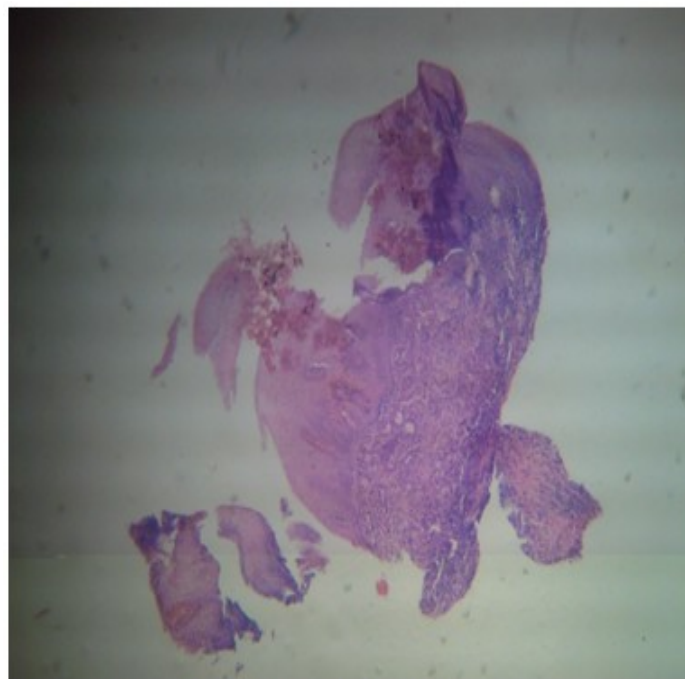
el coagulograma completo se mostraba dentro de parámetros normales.

Ingresó el 29/1/2009, fue intervenido quirúrgicamente y se realizó gastrectomía proximal ampliada con esofagogastrotomía termino-terminal transhiatal y esplenectomía más omentectomía. (Figuras 1 y 2).



**Figuras 1 y 2.** Pieza operatoria donde se observa la neoplasia ulcerada adedaña al cardias. Adenocarcinoma tipo III.

La pieza quirúrgica fue examinada en el Departamento de Anatomía Patológica confirmándose el diagnóstico, infiltración hasta la capa muscular, los bordes de sección no mostraban infiltración tumoral. Estadio Ib (T2 N0 M0). (Figura 3).



**Figura 3.** Lamina histológica de la neoplasia. Adenocarcinoma indiferenciado con infiltración hasta la capa muscular.

Fue dado de alta el 9/2/2009. Recibió tratamiento con quimioterapia y continua bajo seguimiento médico estrecho.

## DISCUSIÓN

En las últimas tres décadas el rango de muertes por AEG se ha elevado de 1,5 a 3/100 000. <sup>(13)</sup>

La disfagia y la pérdida de peso son los síntomas iniciales en un 90 % de los pacientes con cáncer de esófago y la disfagia no suele notarse hasta que el tumor afecta aproximadamente un 75 % de la luz. <sup>(14)</sup> El paciente del caso presentado manifestó pérdida de peso, epigastralgia y síntomas dispépticos, alteraciones que ocurren en pacientes con cáncer gástrico, pero no disfagia, a pesar de la localización y de la extensión del tumor hacia la unión gastroesofágica evidenciada en la endoscopia.

La etiología del cáncer del cardias y de la unión gastroesofágica es controversial y no está clara. <sup>(15)</sup> La obesidad incrementa el riesgo de adenocarcinoma de esófago independientemente de otros factores y especialmente si se presentan frecuentes síntomas de reflujo gastroesofágico, particularmente en hombres. <sup>(16)</sup> Este paciente antes de comenzar con la enfermedad era obeso y refería manifestaciones de reflujo gastroesofágico, sin embargo, presentó un adenocarcinoma de unión esofagogastrica tipo III. El tipo I tiene una relación directa con el reflujo gastroesofagico crónico y con el esófago de Barrett. <sup>(9)</sup>

Algunos estudios muestran que el hábito de fumar es un factor de riesgo para el cáncer del cardias <sup>(17,18)</sup> tal y

como ocurrió en este paciente que ha sido un fumador inveterado.

La histología difusa de un tumor a nivel del cardias orienta hacia su origen gástrico.<sup>(19)</sup> El adenocarcinoma del paciente fue diagnosticado como indiferenciado, tipo difuso según la clasificación de Lauren, lo cual es característico observarlo en esta localización. Hay autores que plantean que es más frecuente en el sexo

femenino y en edades más tempranas a la del paciente,<sup>(20)</sup> otros en hombres de color de piel blanca con una edad de diagnóstico entre 60-65 años.<sup>(21)</sup>

El seguimiento endoscópico de los pacientes que presentan metaplasia intestinal en la unión esofagogástrica es vital para detectar precozmente el adenocarcinoma y reducir la mortalidad creciente por esta enfermedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Devesa SS, Blot WJ, Fraumeni JF. Changing patterns in the incidence of esophageal and gastric carcinoma in the United States. *Cancer*. 1998; 83(10):2049-53.
2. Siewert JR, Stein H J. Classification of adenocarcinoma of the esophagogastric junction. *Br J Surg*. 1998; 85(11):1457-9.
3. Siewert JR, Feith M, Stein HJ. Biologic and clinical variations of adenocarcinoma at the esophago-gastric junction: relevance of a topographic-anatomic subclassification. *J Surg Oncol*. 2005; 90(3):139-46.
4. Anandasabapathy S, Jhamb J, Davila M, Wei C, Morris J, Bresalier R. Clinical and endoscopic factors predict higher pathologic grades of Barrett dysplasia. *Cancer*. 2007; 109(4): 668-74.
5. Van Sandick JW, Van Lanschot JJ, Ten Kate FJ, Offerhaus GJ, Fockens P, Tytgat GN, Obertop H. Pathology of early invasive adenocarcinoma of the esophagus or esophagogastric junction: implications for therapeutic decision making. *Cancer*. 2000; 88(11):2429-37.
6. Stein HJ, Feith M, Mueller J, Werner M, Siewert JR. Limited resection for early adenocarcinoma in Barrett's esophagus. *Ann Surg*. 2000; 232(6):733-42.
7. Dittler HJ, Siewert JR. Role of endoscopic ultrasonography in esophageal carcinoma. *Endoscopy*. 1993; 25(2):162-6.
8. Stein HJ, Sendler A, Fink U, Siewert JR. Multidisciplinary approach to esophageal and gastric cancer. *Surg Clin North Am*. 2000; 80(2):659-82.
9. Pilco J, Stein J. Adenocarcinoma de la unión esófago – gástrica. *Rev Gastroenterol Perú*. 2006; 26: 194-199
10. Menon KV, Dehn TC. Multiport staging laparoscopy in esophageal and cardiasc carcinoma. *Dis Esophagus*. 2003; 16(4):295-300.
11. Stein H J, Brucher BL, Sendler A, Siewert JR. Esophageal cancer: patient evaluation and pre-treatment staging. *Surg Oncol*. 2001; 10(3):103-11.
12. Stein HJ, Von Rahden BHA, Siewert JR. Survival after oesophagectomy for cancer of the oesophagus. *Langenbecks Arch Surg*. 2005; 390(4): 280-5.
13. Powell J, McConkey CC. The rising trend in esophageal adenocarcinoma and gastric cardias. *Eur J Cancer Prev*. 1992; 1:265-269.
14. Navarro Expósito F, Arroyo Yustos M, de Portugal Fernández del Rivero T, Álvarez-Mon Soto M. Cáncer de esófago. *Medicine*. 2001;08:3143-50.
15. Devesa SS, Fraumeni JF. The Rising Incidence of Gastric Cardia Cancer. *J Natl Cancer Inst*. 1999;91(9):747 -749.
16. Whiteman DC, Sadeghi S, Pandeya N, Smithers BM, Gotley DC, Bain CJ, et al. For the Australian Cancer Study. Combined effects of obesity, acid reflux and smoking on the risk of adenocarcinomas of the oesophagus. *Gut*. 2008; 57:173-180.
17. Gonzalez CA, Pera G, Agudo A, Palli D, Krogh V, Vineis P, et al. Smoking and the risk of gastric cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *Int J Cancer*. 2003; 107: 629-34.
18. Tran GD, Sun XD, Abnet CC, Fan JH, Dawsey SM, Dong ZW, et al. Prospective study of risk factors for esophageal and gastric cancers in the Linxian general population trial cohort in China. *Int J Cancer*. 2005; 113: 456-63.
19. Derakhshan MH, Malekzadeh R, Watabe H, Yazdanbod A, Fyfe V, Kazemi A, et al. Combination of gastric atrophy, reflux symptoms and histological subtype indicates two distinct aetiologies of gastric cardias cancer. *Gut*. 2008; 57: 298-305.
20. Arroyo Yustos M, de Portugal Fernández del Rivero T, Navarro Expósito F, Álvarez-Mon Soto M. Cáncer de estómago. *Medicine*. 2001;08:3151-58.
21. Kalish RJ, Clancy PE, Orringer MB, Appelman HD. Clinical, epidemiological and morphological comparison between adenocarcinomas arising in Barrett's esophageal mucosa and in the gastric cardias. *Gastroenterology*. 1984; 86:461-7.