

Dolor lumbar como manifestación inicial de carcinoma de esófago. Presentación de un caso de autopsia

Ana Lirio Ramírez-Ávila,* Diana Laura Díaz-Pérez,* Rafael Peñavera-Hernández,* Carlos Ugarte-Briones*

RESUMEN

El carcinoma de esófago es una causa importante de mortalidad, ya que al momento del diagnóstico la mayoría de los pacientes presentan enfermedad avanzada. Los síntomas más frecuentes son los relacionados con el tamaño tumoral, como disfagia y pirosis. Se presenta el caso de un hombre de 58 años de edad con dolor lumbar de corta evolución, que evidenció enfermedad metastásica en huesos de pelvis y región lumbar, con deterioro progresivo hasta la defunción. En la autopsia se encontró una lesión exofítica en esófago que correspondió a adenocarcinoma, así como a metaplasia columnar y metástasis a múltiples órganos.

Palabras clave: Dolor lumbar, carcinoma de esófago.

ABSTRACT

Esophageal carcinoma is a major cause of mortality since the time of diagnosis most patients have advanced disease. The most common symptoms are related to tumor size, as dysphagia and heartburn. We report the case of a 58 year old with back pain of short evolution, and in whom metastatic disease was evident in bones of the pelvis and lumbar region, with progressive deterioration until death. At autopsy an exophytic lesion corresponded to adenocarcinoma esophagus, columnar metaplasia and metastasis to multiple organs found.

Key words: Lumbar pain, esophageal carcinoma.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de esófago es una neoplasia agresiva que se diagnostica tardíamente.¹⁻³ La mitad de los pacientes diagnosticados de cáncer de esófago presentan metástasis a distancia o tumores irresecables al momento del diagnóstico. Los tipos histológicos principales son: el carcinoma epidermoide o de células escamosas, y el adenocarcinoma.¹ En las últimas décadas se ha visto un aumento progresivo del carcinoma de esófago, a expensas del adenocarcinoma, sin tener en claro aún el porqué de este cambio. Las manifestaciones clínicas habituales son disfagia, pérdida de peso, pirosis, dolor abdominal, astenia y hemorragia;

otros síntomas como disnea, tos y ronquera son menos frecuentes y generalmente reflejan enfermedad extendida localmente. Síntomas iniciales como consecuencia de metástasis a distancia en sitios infrecuentes son inusuales.³

CASO CLÍNICO

Hombre de 58 años de edad sin antecedentes de importancia. Padecimiento de tres meses de evolución con presencia de dolor lumbar tipo urente, de intensidad 6/10, de duración variable, irradiado a ingle y pierna derecha; disminuía parcialmente con ingestas de AINEs y se exacerbaba con el movimiento, con progresión del dolor en duración e intensidad, por lo que acudió a Ortopedia, donde realizaron resonancia magnética evidenciando un tumor a nivel de T11-T12. Clínicamente con limitación a la movilidad

* Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Juárez de México.

en extremidad pélvica derecha y dolor a la palpación. Presentó hipercalcemia y elevación ligera de inmunoglobulinas, por lo que se pensó en mieloma múltiple, que fue descartado con la electroforesis de proteínas. Se realizó serie ósea con evidencia de lesiones osteolíticas compatibles con metástasis a nivel de pelvis (abarca hasta la cresta iliaca, rama isquiopública, sacro, acetábulo de lado derecho y fémur) acromion, apófisis transversa de L5 y cráneo, así como fractura por aplastamiento en T11. Se realizó biopsia de la lesión pélvica, con reporte de metástasis de carcinoma poco diferenciado. Durante su evolución intrahospitalaria, presentó leucocitosis, y datos de falla hepática, con hiperbilirrubinemia con patrón mixto, se realizó ultrasonido de hígado y vías biliares con imágenes compatibles con metástasis hepáticas. Su evolución fue tórpida, con datos de dificultad respiratoria, somnolencia y desaturaciones hasta 80%, por lo que se realizó sedación e intubación orotraqueal e inicio de aminas vasoactivas por hipotensión refractaria a líquidos hasta su defunción.

Se realizó el estudio *post-mortem* de un hombre, con ictericia generalizada y edema importante. A la apertura de la cavidad craneana se identificó una lesión en el calota a nivel de la región parietal derecha, de aspecto lítico, y que realizó una impronta en el encéfalo adyacente. A la apertu-

ra de la cavidad torácica se observaron adenomegalias paratraqueales y paraesofágicas, así como lesiones nodulares múltiples en ambas superficies externas de los pulmones. No se identificaron condensaciones. El corazón sin alteraciones. A la apertura de la cavidad abdominal se encontraron 400 mL de líquido amarillo claro, el esófago con aumento de tamaño en el tercio inferior, adenomegalias perigástricas. Al corte se identificó una lesión exofítica de 4 cm a nivel de tercio inferior (Figura 1), además de cambio en el aspecto de la mucosa, sugestivo de esófago de Barrett desde tercio medio. El hígado pesó 3,800 g, presentó aspecto colestásico, así como múltiples lesiones nodulares, mal definidas, de aspecto metastásico, la vía biliar intra y extrahepática se encontraba comprimida por las lesiones metastásicas. En la superficie serosa del intestino delgado se encontraron múltiples nódulos metastásicos. En ambas glándulas suprarrenales se encontraron diminutos focos metastásicos.

Microscópicamente se observó una zona extensa de metaplasia columnar (esófago de Barrett) (Figura 2), desde el tercio medio del esófago, así como cambios por reflujo gastroesofágico en el epitelio escamoso residual. La lesión exofítica estaba constituida por glándulas mal conformadas y ramificadas, con arquitectura compleja, y atipia citológica importante, se observó infiltración de la misma hasta la capa muscular propia de la pared esofágica, así como invasión linfática importante (Figura 3). En todos los focos metastásicos se encontró morfología similar (Figura 4). En hígado había necrosis centrolobular y colestasis intra y extracitoplasmática, y en riñones se encontró necrosis tubular, y depósitos de pigmentos biliares intratubulares.



Figura 1. Vista macroscópica de la lesión exofítica del esófago con una gran zona de metaplasia epitelial.

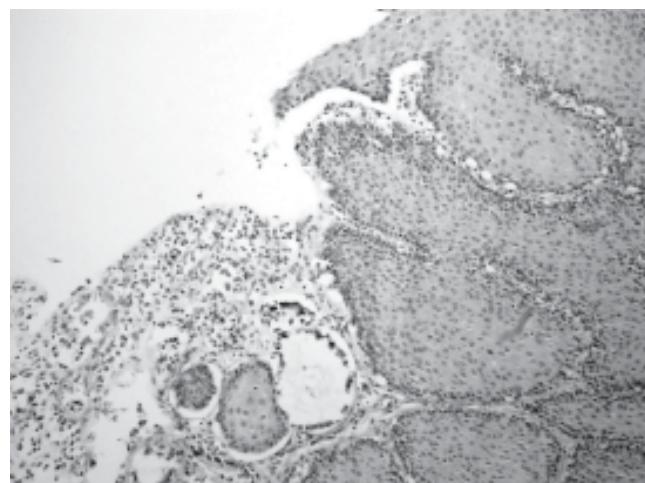


Figura 2. Vista microscópica de la zona de transición entre el epitelio escamoso y el epitelio metaplásico.

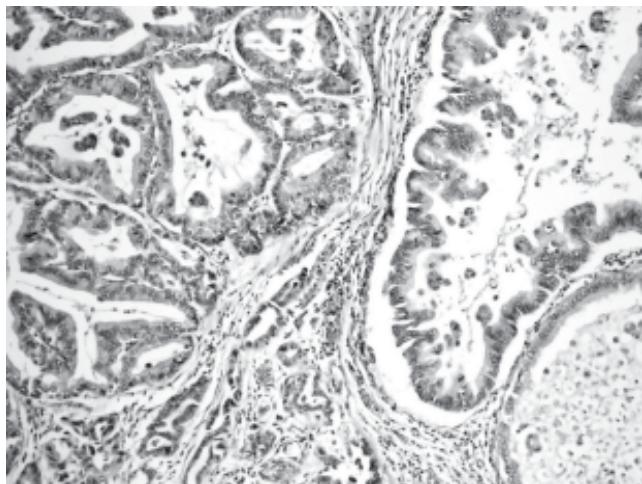


Figura 3. Vista microscópica de la lesión esofágica, con glándulas neoplásicas.

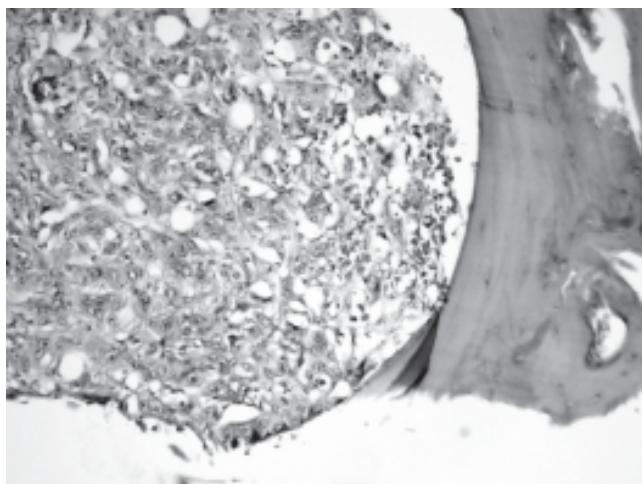


Figura 4. Transición entre hueso maduro y carcinoma.

DISCUSIÓN

El carcinoma de esófago es la sexta causa de muerte en el mundo.⁴ En las últimas décadas ha ocurrido un cambio en la epidemiología del mismo, con un incremento gradual y progresivo de la incidencia de adenocarcinoma hasta duplicarla con respecto a años anteriores en Estados Unidos y Europa.¹ En México se ha reportado una proporción de 49.3% para adenocarcinoma y 50.7% para carcinoma epidermoide.⁴ La relación hombre:mujer llega a ser de hasta 13:1.⁹

Está bien documentada la relación enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) – metaplasia columnar (esófago de Barrett) – displasia – adenocarcinoma.^{1,2} La meta-

plasia se desarrolla cuando el epitelio escamoso es reemplazado por epitelio columnar durante el proceso de curación después del daño repetitivo causado por el reflujo crónico.¹² El reflujo también propicia un ambiente anormal en el esófago que predispone al cambio metaplásico.¹

Hasta 90% de los pacientes con esófago de Barrett son asintomáticos. La vigilancia endoscópica e histológica de los pacientes con esófago de Barrett es un lineamiento establecido, debido a que se puede disminuir la mortalidad de adenocarcinoma esofágico; sin embargo, la mayoría de los pacientes con esófago de Barrett no son detectados.⁷

Al momento del diagnóstico del adenocarcinoma de esófago, la mayor parte de los tumores se encuentran en estado avanzado y con infiltración profunda de la pared esofágica. Esto se debe a la gran distensibilidad de la pared muscular del esófago que permite su crecimiento sin provocar síntomas, y esto hace que su mortalidad sea muy alta con una tasa de sobrevida a cinco años de menos de 20%² y que la posibilidad de tratamiento quirúrgico inicial se reduzca hasta 30% de los casos, con una morbilidad muy alta postesofagectomía.⁴

La extensión del carcinoma de esófago casi siempre es local, secundaria a la invasión de tejidos paraesofágicos, con infiltración a mediastino, árbol traqueobronqueal, pulmones, aorta, pericardio, estómago y ganglios linfáticos.³ Las metástasis a distancia son poco comunes, y son más frecuentes a hígado, páncreas, pulmón y huesos. Se han reportado metástasis a músculo estriado,³ iris,⁸ glándulas suprarrenales,¹⁰ encéfalo.¹¹

Cuando las metástasis óseas son el origen de los síntomas iniciales de una neoplasia epitelial, los tumores primarios más frecuentes son: pulmón, mama, próstata, riñón y tiroides. Las metástasis pueden afectar a cualquier hueso del cuerpo, pero presentan mayor afinidad por el esqueleto axial. La columna vertebral constituye el asiento más frecuente. La región lumbar es la más afectada, seguida de la torácica, cervical y sacra. Costillas y pelvis también son localizaciones habituales de este tipo de lesiones.^{5,6} En estos casos la biopsia ósea es importante y a menudo puede ser la única pista si el resto de estudios no revelan ningún dato. El diagnóstico histológico de metástasis es sencillo, no así el reconocimiento del órgano origen, al que no se llega en todos los casos.

CONCLUSIÓN

Aunque infrecuente, en los casos de dolor óseo lumbar secundario a metástasis se debe sospechar origen esofágico del mismo, aunque el pronóstico sea malo a corto plazo. “No es lo mismo morir con diagnóstico que sin diagnóstico”



REFERENCIAS

1. Bosman FT, Carneiro F, Hruban RH, Theise ND. WHO classification of tumours of the digestive system. 4a Ed. Lyon: IARC; 2010.
2. Sobrino-Cossio S. Adenocarcinoma de esófago. Rev Gastroenterol Mex 2008; 73(Supl. 1): 13-21.
3. Norris WE, Perry JL, Moawad FJ, Horwhat JD. An Unusual Presentation of Metastatic Esophageal Adenocarcinoma Presenting as Thigh Pain. J Gastrointest Liver Dis 2009; 18(3): 371-4.
4. Cruz-Zárate A, Hernández-Guerrero A, Sobrino-Cossio S, Barranco-Fragoso B, Alonso-Lárraga JO. Supervivencia y factores pronósticos en cáncer esofágico. Rev Med Hosp Gen Mex 2010; 73(1): 23-9.
5. Garbayo AJ, Villafranca E, De Blas A, Tejero A, Eslava E, Manterola A, Romero P, et al. Enfermedad metastásica ósea. Diagnóstico y tratamiento. An Sist Sanit Navar 2004; 27(Supl. 3): 137-53.
6. Vicent S, Luis-Ravelo D, Antón I, Hernández I, Martínez S, de las Rivas J, Gúrpide A, et al. Las metástasis óseas del cáncer. An Sist Sanit Navar 2006; 29(2): 177-88.
7. Trujillo-Benavides OE, Baltazar-Montúfar PJ, Ángeles-Garay U, Ramírez-Mendoza P, Navarro-García AM, Paredes-Cruz E, et al. Asociación entre reflujo gastroesofágico sintomático y esófago de Barrett. Rev Gastroenterol Mex 2005; 70(1): 14-9.
8. Dhakal S, Lema GM, Diloreto DA Jr, Katz AW. Esophageal metastasis to the iris effectively palliated using stereotactic body radiation therapy and adjuvant intravitreal chemotherapy: case report and literature review. Case Rep Oncol 2012; 5(3): 639-43.
9. Sobrino-Cossio S. Cáncer de esófago. Rev Gastroenterol Mex 2010; 75(Supl. 1): 53-61.
10. Dellaportas D, Lykoudis P, Gkiokas G, Polymeneas G, Kondi-Pafiti A, Voros D. Solitary adrenal metastasis from esophageal adenocarcinoma: a case report and review of the literature. Case Rep Med 2011; 2011: 487875.
11. Spallone A, Izzo C. Esophageal cancer presenting as a brain metastasis: A case report. Oncol Lett 2013; 6(3): 722-4.
12. di Pietro M, Fitzgerald RC. Research advances in esophageal diseases: bench to bedside. F1000Prime Rep 2013; 5: 44.

Solicitud de sobretiros:

Dra. Ana Lirio Ramírez-Ávila
 Hospital Juárez de México
 Av. Instituto Politécnico Nacional, Núm. 5160
 Col. Magdalena de las Salinas
 C.P. 07760, México, D.F.
 Tel.: 5747-7560, Ext. 7463
 Correo electrónico: ana_lirio@hotmail.com