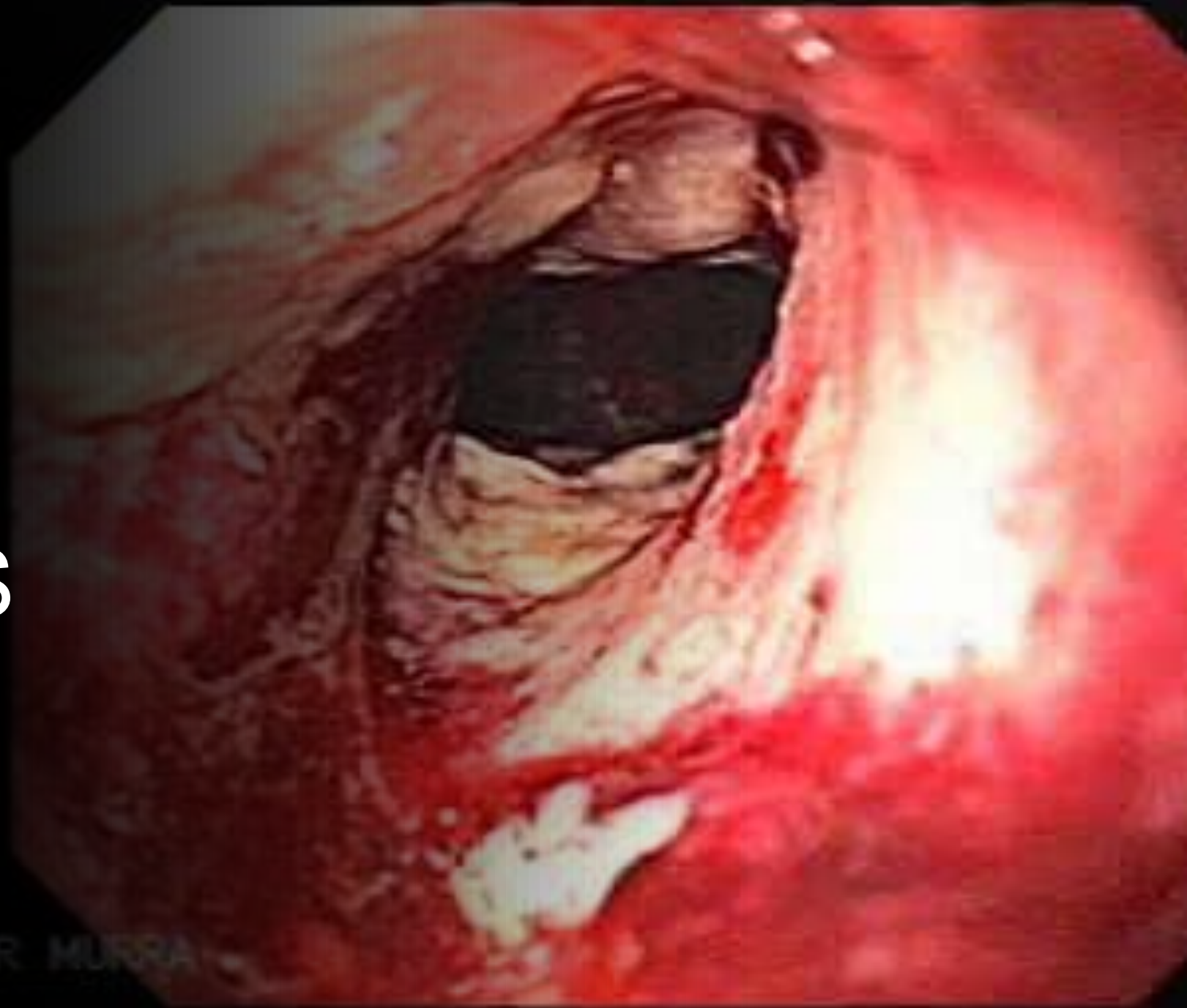




TUMORES ESOFAGICOS



DR. MURRA

- Los más frecuentes son leiomiomas submucosos.
- Generalmente son asintomáticos, los pacientes sintomáticos refieren disfagia progresiva.
- Es común la presencia de síntomas en tumores mayores de 5 cm.
- El tratamiento quirúrgico está indicado solo en casos sintomáticos.

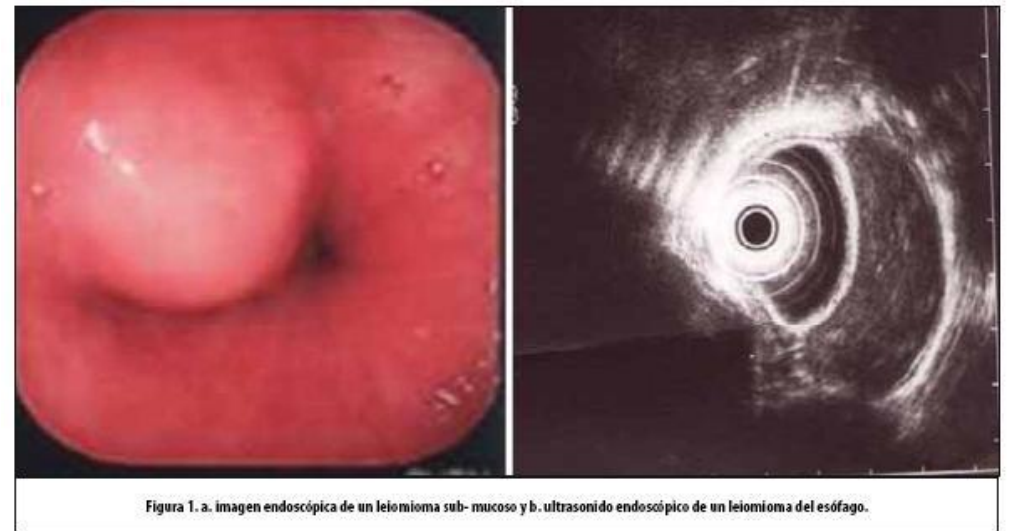


Figura 1. a. imagen endoscópica de un leiomioma sub- mucoso y b. ultrasonido endoscópico de un leiomioma del esófago.

EPIDEMIOLOGÍA

Sexo: es mayor en el sexo masculino

La mediana de edad de inicio: entre 60 y 70 años

Adenocarcinoma: el tipo más común de cáncer de esófago.

Carcinoma epidermoide: el tipo de cáncer de esófago más común.

FACTORES DE RIESGO

Adenocarcinoma

Factores de riesgo
exógenos

Fumador (riesgo
doble)

Obesidad

Factores de riesgo
endógenos

Sexo masculino

Edad avanzada
(50 a 60 años)

Reflujo
gastroesofágico

Esófago de Barrett

Localización:
principalmente en
el tercio inferior
del esófago

Carcinoma epidermoide

Factores de riesgo exógenos

o Alcoholismo (importante)

o Tabaquismo (riesgo nueve veces mayor, importante)

o Dieta baja en frutas y verduras

o Bebidas calientes

o Exposición a nitrosaminas (Embutidos, pescado, tocino)

o Estenosis cáusticas

o VPH

o Radioterapia

o Candidiasis esofágica

Factores de riesgo endógenos

Sexo masculino

o Edad avanzada (60 a 70 años)

Ascendencia afroamericana

Síndrome de Plummer-Vinson

Acalasia

Divertículos
(Divertículo de Zenker)

Tilosis

Localización:
principalmente en los
dos tercios superiores
del esófago

DIAGNÓSTICO

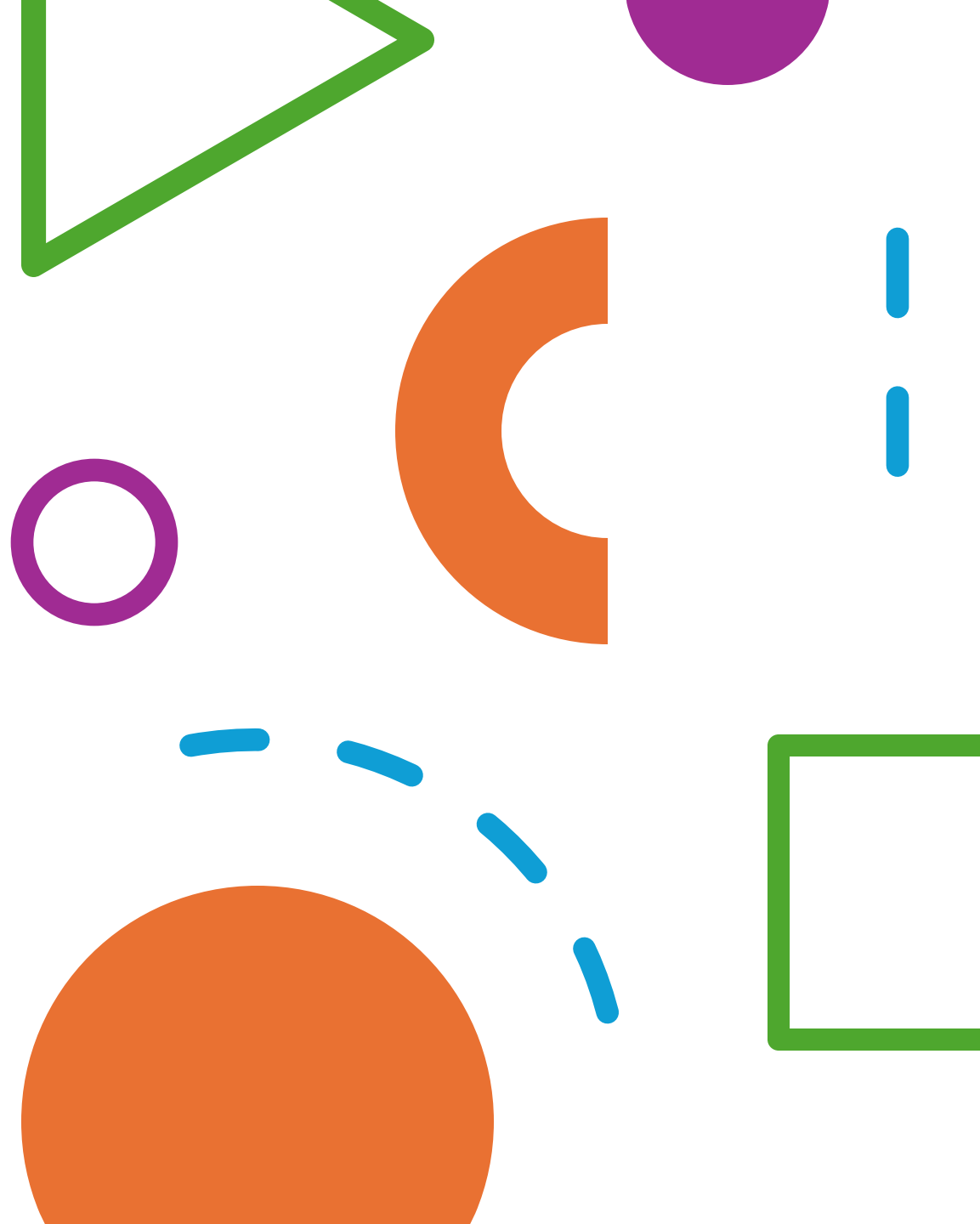
Primeras etapas

A menudo asintomático

Puede manifestarse con disfagia leve o malestar retroesternal

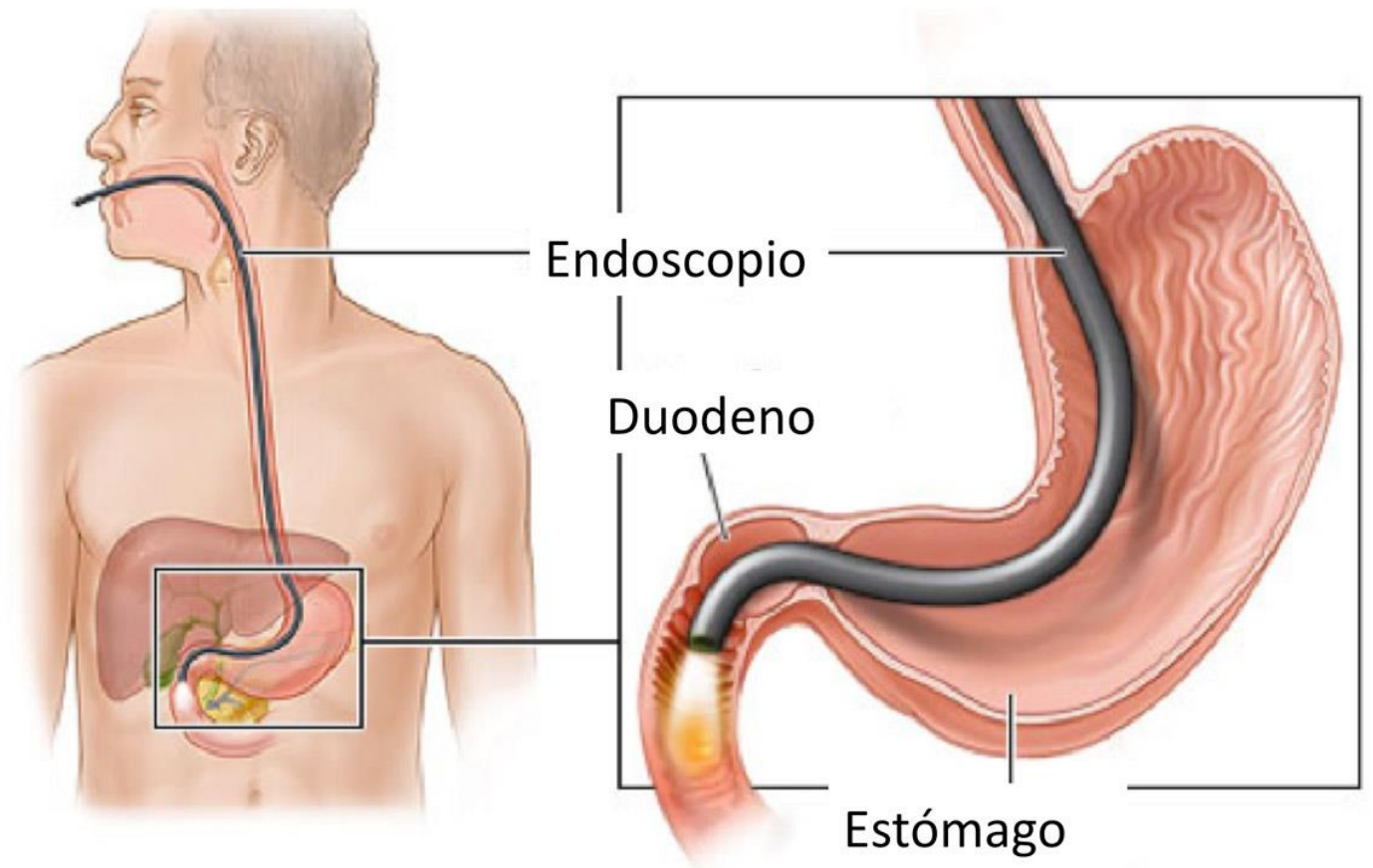
Etapas avanzadas

- Pérdida de peso
- Signos de anemia
- Disfagia progresiva (de sólidos a líquidos) con posible odinofagia
- Adenopatía cervical
- Ronquera o tos persistente
- Síndrome de horner (miosis, ptosis, enfotalmos)
- Signos de hemorragia digestiva alta (hematemesis, melena)



Endoscopia

- Mejor prueba inicial y confirmatoria
- Visualización directa del tumor



TAC de tórax y abdomen



Identificar la ubicación y el contenido de la lesión y excluir metástasis a distancia.



En caso de que la tomografía computarizada no muestre enfermedad metastásica, se puede agregar una tomografía por emisión de positrones para aumentar la precisión del diagnóstico.

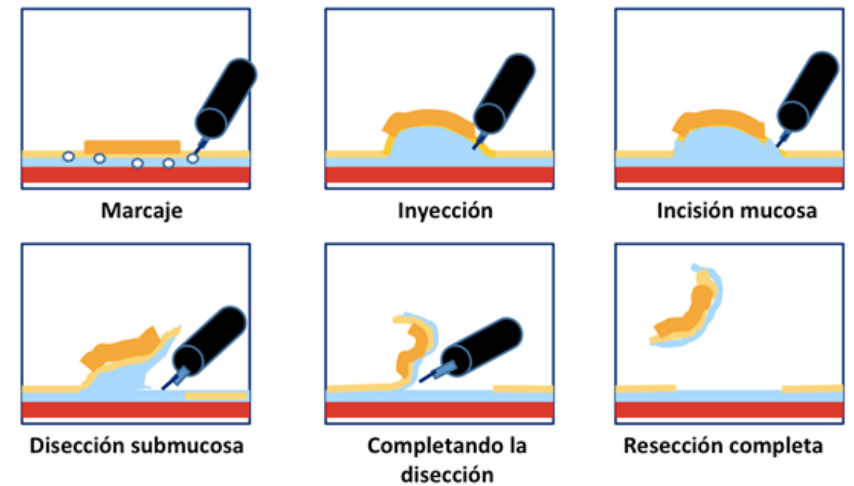
TRATAMIENTO

Indicación: Enfermedad localmente invasiva que no ha invadido las estructuras circundantes.

Métodos: Resección quirúrgica

- Resección endoscópica submucosa para la eliminación de lesiones epiteliales superficiales
- Esofagectomía subtotal o total

Disección submucosa endoscópica



PRONÓSTICO

- Generalmente es malo
- Debido a la ausencia de serosa en la pared esofágica
- La tasa de supervivencia a 5 años:
- Localizado: 47%
- Regional: 25%
- Avanzado: 5%

LOCALIZACIÓN	TIPO	CARACTERÍSTICAS	TRATAMIENTO
1/3 superior	Carcinoma epidermoide	Diseminación por contigüidad.	Esofaguectomía radical
1/3 medio (más frecuente)		Factores de riesgo: Tabaco y alcohol <i>(RM 2019)</i>	
1/3 inferior	Adenocarcinomas	Diseminación vía hematológica al hígado por vena porta. Factores de riesgo: Esofagitis de Barret, tabaco	Esofaguectomía + gastrectomía

Tabla 6. Neoplasias más comunes del esófago

TUMORES BENIGNOS

- Los tumores benignos más frecuentes son los pólipos
- Presencia importante de leiomiomas



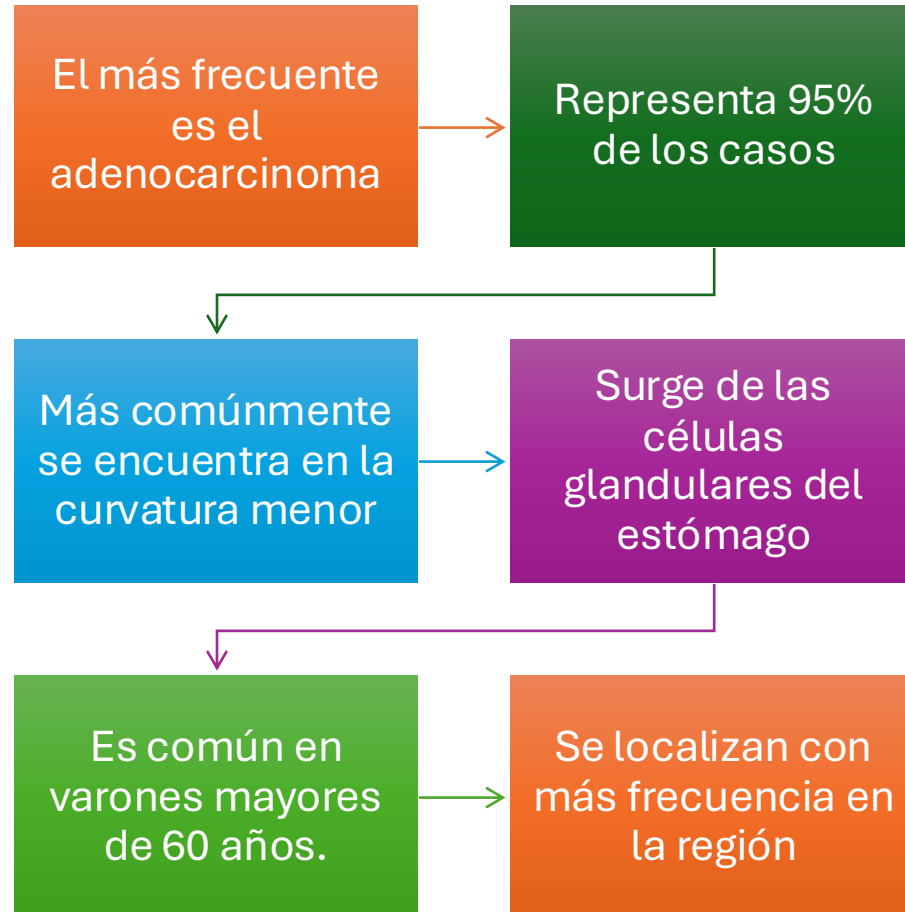
TIPOS

- Hiperplásicos: es el más común, de bajo riesgo de malignización.
- Adenomatosos: tienen alto riesgo de malignización, si son >2 cm o están asociados a síndromes neoplásicos hereditarios (indicacion quirurgica)

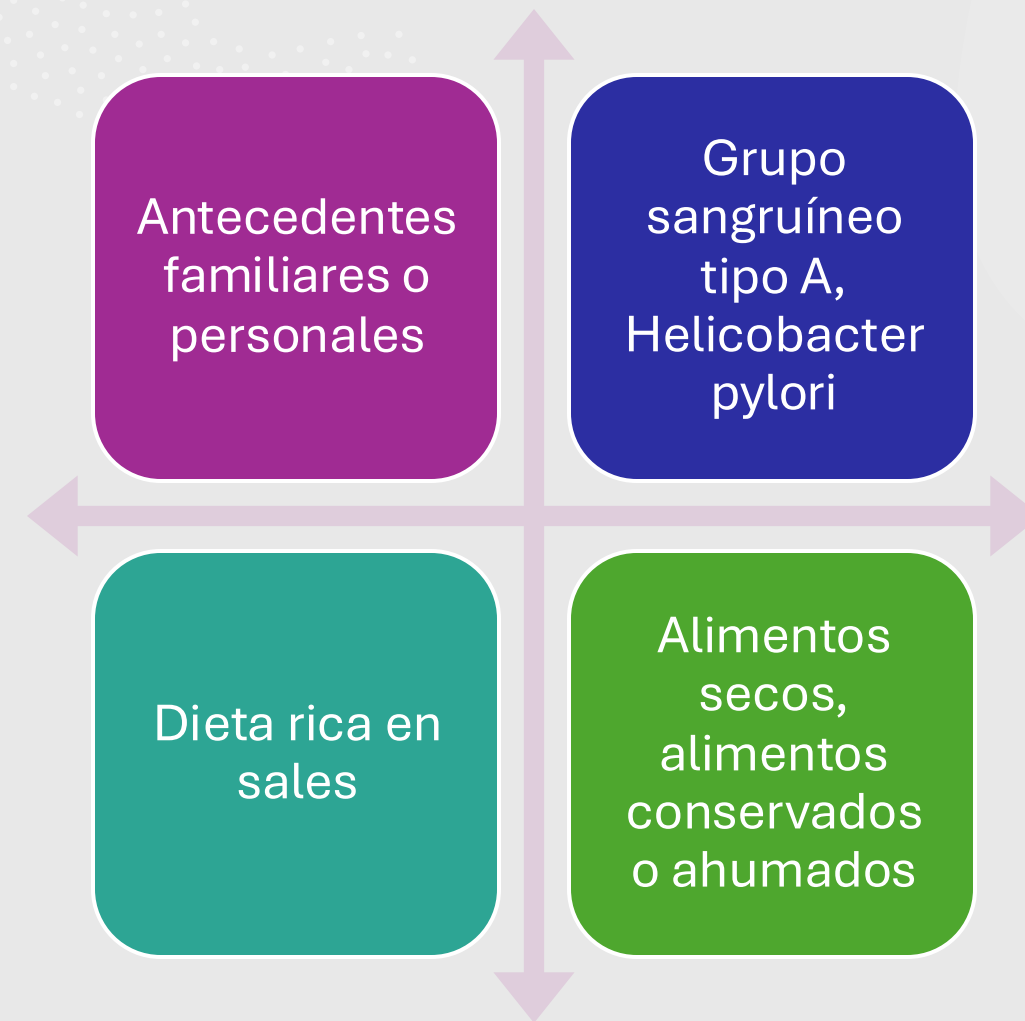


Figura 55. Pólipos gastrointestinales y poliposis adenomatosa

GENERALIDADES



FACTORES DE RIESGO



DIAGNÓSTICO

El cuadro clínico es inespecífico

El paciente puede referir llenura precoz

Dolor abdominal

Palpación de masa en epigastrio y baja de peso.

Clasificación de Borrmann:

I → Lesión polipoide elevada

II → Úlcera con bordes elevados

III → Lesión ulcerada con infiltraciones

IV → Lesión por infiltración y diseminación por continuidad (linitis plástica)

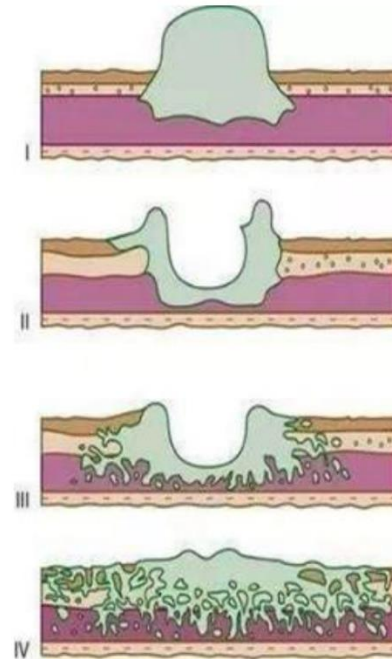


Figura 62. Clasificación de Borrmann