

de características sospechosas de localización, principalmente, en extremidades inferiores. Un diagnóstico erróneo o un retraso en el mismo pueden suponer una importante disminución de la calidad de vida y de la supervivencia de estos pacientes.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

- Villalobos León ML. Sarcoma de partes blandas. *Medicine*. 2013;11:1659-68.
- Miguel Sepulveda H. Clínica y generalidades de sarcoma de partes blandas. *Medwave*. 2004;4:e3284.
- Sinha S, Peach AH. Diagnosis and management of soft tissue sarcoma. *BMJ*. 2010;341:c7170.
- Singer S, Maki RG, O'Sullivan B. Soft tissue sarcoma. En: De Vita VT Jr, Lawrence TS, Rosenberg SA, editores. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 9th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 1533-77.
- Shapeero LG, Vanel D, Verstraete KL, Bloem JL. Fast magnetic resonance imaging with contrast for soft tissue sarcoma viability. *Clin Orthop Relat Res*. 2002;397:212-27.
- Chan WP. Magnetic resonance imaging of soft tissue tumors of the extremities: A practical approach. *World J Radiol*. 2013;5:445-9.
- Fiore M, Casali PG, Miceli R, Mariani L, Bertulli R, Lozza L, et al. Prognostic effect of re-excision in adult soft tissue sarcoma of the extremity. *Ann Surg Oncol*. 2006;13:110-7.
- Ipach I, Wingert T, Kunze B, Kluba T. Oncological outcomes and prognostic in the therapy of soft tissue sarcoma of the extremities. *Orthop Rev (Pavia)*. 2013;5:86.
- Stojadinovic A, Leung D, Hoos A, Jaques DP, Lewis JJ, Brennan MF. Analysis of the prognostic significance of microscopic margins in 2084 localized primary adult soft tissue sarcomas. *Ann Surg*. 2002;235:424-34.
- Patrikidou A, Domont J, Coiffi A, le Cesne A. Treating soft tissue sarcomas with adjuvant chemotherapy. *Curr Treat Options Oncol*. 2011;12:21-31.

M.F. Berzal Cantalejo^{a,*}, A.M. Herranz-Torrubiano^b y C. Cuenca-González^c

^a *Especialista en Medicina familiar y Comunitaria, Especialista en Anatomía Patológica, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Río Carrión, Palencia, España*

^b *Especialista en Medicina familiar y Comunitaria, Centro de Salud La Alameda de Osuna, Atención Primaria Área 4, Madrid, España*

^c *Especialista en Medicina familiar y Comunitaria, Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fberzalcantalejo@gmail.com (M.F. Berzal Cantalejo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.01.009>

Metástasis por contigüidad de carcinoma escamoso esofágico, invasivo. Caso clínico



Metastasis due to invasive squamous cell carcinoma of the oesophagus. A clinical case

Caso clínico

Se trata de un varón de 61 años, con los siguientes antecedentes personales: enolismo (un litro y medio de vino diariamente), exfumador de 15 cigarrillos/día durante más de 30 años, intervenido hace 10 años de neoplasia de colon izquierdo, con policitemia vera, enfermedad de Parkinson e hipertensión arterial. Antecedentes familiares: madre fallecida a los 98 años por insuficiencia cardíaca congestiva, con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial; padre fallecido a los 99 años, con HTA y enolismo crónico; 2 hermanos varones con hábito enólico. Hace 2 meses comienza con

dolor retroesternal, que atribuye a traumatismo sufrido en una caída casual, a posteriori refiere presentar disfagia progresiva a sólidos y líquidos, por lo que lo remitimos a Digestivo, siendo estudiado con esofagoscopia (fig. 1a), en la que se observa: engrosamiento irregular y estenosante de la mayor parte del esófago con una extensión aproximada a los 12 cm en relación con lesión neoplásica. Se toma muestra para estudio anatomopatológico: carcinoma epidermoide pobremente diferenciado de esófago, grado IV. También se realiza estudio con tomografía computarizada toracoabdominal con contraste para completar la estadificación de la tumoración: presenta adenopatías metastásicas mediastinales y una metástasis intrahepática (fig. 1b). Es valorado por Oncología, que dada la imposibilidad de tratamiento remite a Cuidados Paliativos; se le implanta sonda de gastrostomía para alimentación enteral. A los 2 meses del diagnóstico aparece una lesión redondeada, de coloración rojiza, de aproximadamente 3 cm de diámetro, en la región submentoniana izquierda, dura, adherida a planos profundos (fig. 1c). Se realiza biopsia



Figura 1 a. Imagen endoscópica de la tumoración esofágica. b. Tomografía computarizada donde se observa la metástasis hepática. c. Metástasis por contigüidad del carcinoma adenoescamoso esofágico.

de la misma, obteniéndose como resultado histopatológico un carcinoma epidermoide de esófago pobremente diferenciado, lo que nos confirma el origen de dicha lesión como una metástasis por contigüidad del carcinoma esofágico previamente diagnosticado.

Discusión

El cáncer de esófago es el cuarto tumor más frecuente del aparato digestivo (por detrás del cáncer colorrectal, el gástrico y el hepático) y se sitúa entre los 10 cánceres más frecuentes en el mundo. Su incidencia presenta grandes variaciones geográficas, considerándose áreas de alta frecuencia Asia y África Central y del Sur (más de 100 casos por 100.000 habitantes/año). En Europa las tasas más altas de incidencia (número de casos por 100.000 habitantes/año) se presentan en Rusia, Francia, Reino Unido e Irlanda. España se encuentra, respecto al resto de Europa, en un término medio de incidencia (aproximadamente 8/100.000 hombres y 1/100.000 mujeres). Se estima que la incidencia anual de cáncer de esófago en España es de 1.500 hombres y 250 mujeres. Dentro de España su incidencia es más alta en las comunidades autónomas del norte (País Vasco, Asturias, Navarra). Es más frecuente en el hombre que en la mujer, pudiendo oscilar la relación entre 3 y 10 hombres por cada mujer, dependiendo del área geográfica. La edad habitual de presentación es entre los 55 y los 70 años, siendo infrecuentes los casos en personas por debajo de los 40 años. En los últimos años la incidencia del adenocarcinoma del tercio distal del esófago y de la unión gastroesofágica se ha incrementado de forma paralela a la enfermedad por reflujo gastroesofágico, especialmente en personas con un alto índice de masa corporal.

Los factores de riesgo asociados al desarrollo de carcinoma epidermoide de esófago son: tabaco, alcohol, bajo

nivel socioeconómico, dieta con déficits nutritivos, hipovitaminosis, ingesta de alimentos con alto contenido de nitrosaminas (carne conservada, pescado ahumado, seco), acalasia, esófago de Barret, lesiones por cáusticos, ptilosis, síndrome de Plummer-Vinson, neoplasias de cabeza y cuello, cáncer de mama tratado con radioterapia, ingesta de bebidas calientes. Además, existe una mayor frecuencia de segundos tumores del tracto respiratorio y digestivo superior entre los pacientes con carcinoma epidermoide de esófago, mayoritariamente como resultado de la exposición al tabaco¹⁻³.

Metástasis del cáncer de esófago

Se origina en el epitelio esofágico, del que es una proliferación anárquica e infiltrante, capaz de propagarse de forma directa (contigüidad) o por vía linfática o hemática. La diseminación es extensa, intensa, no metamérica ni regional, y puede llegar a más de un centenar de ganglios que van desde la base del cuello hasta el abdomen superior, pasando por todos los grupos mediastínicos.

Las propagaciones directas más graves son a la tráquea y a los bronquios primarios, en particular al bronquio fuente izquierdo, en los que alguna vez se fistuliza el órgano neoplásico. En otras oportunidades se propaga a las serosas (pleura y pericardio), y a los vasos y nervios mediastínicos. La difusión hemática, habitualmente tardía, da lugar a localizaciones pulmonares, hepáticas, cerebrales, suprarrenales, óseas, etc. Así, se han comunicado una gran cantidad de casos clínicos en relación con las metástasis de la neoplasia esofágica, concretamente el carcinoma epidermoide¹⁻³.

Está publicado el caso de una metástasis peneana en un varón de 53 años, diagnosticado de carcinoma epidermoide del tercio inferior del esófago, portador de sonda de nutrición enteral de forma permanente, que acudió a

Urgencias por disuria y escozor miccional; se notaba una induración desde el periné hasta el tercio medio del pene, sin relación con las erecciones. Fue estudiado con ecografía escrotal, tomografía computarizada toracoabdominal, resonancia magnética de pelvis visceral y biopsia de la lesión, con resultado anatomopatológico de proliferación tumoral maligna epitelial de arquitectura cordonal infiltrante con cambios desmoplásicos, compatible con infiltración por carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado esofágico. Ante todos los resultados se decidió tratamiento conservador⁴.

Alvarez et al. (2002)⁵ publicaron el caso de un paciente varón de 63 años que presentaba un carcinoma epidermoide en el tercio medio del esófago, sometido a tratamiento quirúrgico y al que durante la intervención se le encontró una metástasis intramural en el fondo gástrico. La supervivencia del paciente fue de 14 meses. Estos autores destacan que la metástasis en el estómago de un carcinoma esofágico es infrecuente y se presenta entre el 2 y el 8% de los pacientes. Se asocia a carcinomas epidermoides localizados en el tercio medio y el tercio inferior del esófago. El tumor invade a través de los conductos linfáticos de la submucosa. El diagnóstico preoperatorio es raro, y la mayoría de estas metástasis se descubren durante el acto operatorio o en necropsias. El tratamiento dependerá del grado de compromiso gástrico y su localización, y la magnitud de la resección variará desde resecciones limitadas hasta una gastrectomía total. El pronóstico es malo⁴.

Rivas Rivas et al. (2013)⁶ describen un caso clínico de metástasis cutáneas como primera manifestación de carcinoma epidermoide de esófago. Resaltan que la asociación entre cáncer de esófago y metástasis cutánea se ha descrito excepcionalmente. Se trata de un paciente varón de 71 años con presencia en la exploración física de una tumoración excrecente, ulcerada y de consistencia dura en el flanco derecho de aproximadamente 3 cm, y otra similar, de 2,5 cm, en la zona infraclavicular izquierda, con disfagia a sólidos y líquidos semanas después de la aparición de dichas lesiones, junto con pérdida de 20 kg de peso. En el estudio endoscópico se observaba una neoplasia excrecente y ulcerada, a 22 cm de la arcada dental, que ocluía casi completamente la luz del esófago, con resultado histológico de carcinoma epidermoide infiltrante. Otros autores también comunican metástasis cutáneas de carcinoma epidermoide de esófago^{7,8}.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Bollschweiler E, Hölcher AH. Prognosis of early esophageal cancer: Differences between squamous cell carcinoma and adenocarcinoma. *Ann Surg.* 2007;245:334.
2. Hermida Pérez JA, Bermejo Hernández A, Sobenes Gutierrez RJ, Arroyo Díaz R. Carcinoma epidermoide de esófago, estenosante, estadio IV, en mujer de 41 años. Descripción de un caso clínico. *Semergen.* 2012;38:44–8.
3. Muniesa JA. Protocolo asistencial del cáncer de esófago. En: Yubero A, Thomson C, Muniesa JA, Martínez G, Lázaro JM, del Val JM, editores. *Protocolos asistenciales de los tumores digestivos.* Teruel: 2005. p. 59–75.
4. Morán Pascual E, di Capua Sacoto C, Soto Poveda AM, Bonillo García MA, Bahilo Mateu P, Jiménez Cruz F. Metástasis peneana de carcinoma epidermoide de esófago. *Actas Urol Esp.* 2010;34:297–9.
5. Alvarez R, Seguel E, Betancur CG. Carcinoma escamoso de esófago con metástasis al estómago. *Rev Chilena de Cirugía.* 2002;54:284–7.
6. Rivas Rivas M, Jiménez Gallo D, Navas García N, Albarrán Planelles C, Rodríguez Ramos C. Metástasis cutáneas como primera manifestación de carcinoma epidermoide de esófago. *Rev Esp Enferm Dig.* 2013;105:624–5.
7. Nashan D, Meiss F, Braun-Falco M, Reichenberger S. Cutaneous metastases from internal malignancies. *Dermatol Ther.* 2010;23:567–80.
8. Nashan D, Müller ML, Braun-Falco M, Reichenberger S, Szeimies RM, Bruckner-Tuderman L. Cutaneous metastases of visceral tumours: A review. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2009;135:1–14.

J.A. Hermida Pérez^{a,*}, L. Capote León^b,
Á. Bermejo Hernández^c
y B. Jimenez Vila^d

^a Médico de Familia, Centro de Salud de El Paso, El Paso, Santa Cruz de Tenerife, España

^b Estudiante de Medicina de sexto año, Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

^c DUE, Centro de Salud de Los Llanos de Aridane, Los Llanos de Aridane, Santa Cruz de Tenerife, España

^d Médico de Familia, Centro de Salud Miller Bajo, Las Palmas de Gran Canaria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hermidana@yahoo.es
(J.A. Hermida Pérez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.01.004>