

Carcinoma basaloide escamoso multifocal de esófago

Álvaro Díaz de Liaño^a, Eduardo Olivera^b, Concepción Yáñez^a, Federico García-Bragado^c y Héctor Ortiz^a

^aServicio de Cirugía General. Unidad de Cirugía Esófago-Gástrica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra. España.

^bServicio de Cirugía General. Hospital Pasteur. Montevideo. Uruguay.

^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra. España.

Resumen

El carcinoma basaloide escamoso es una variedad pobremente diferenciada del carcinoma escamoso. Se localiza predominantemente en el tracto aerodigestivo superior, y es poco frecuente en el esófago. Si bien ha habido avances en los últimos años en la comprensión de la biología de estos tumores, su descripción reciente y su escasa frecuencia justifican que aún no haya una conducta terapéutica consensuada en el cáncer basaloide escamoso de esófago. Presentamos un caso de cáncer basaloide escamoso multifocal de esófago en un varón de 54 años, al que se realizó una esofagectomía con linfadenectomía y que tras un seguimiento de más de 5 años no hay evidencias de recurrencia de la enfermedad. Se realiza una revisión de la bibliografía sobre el tema.

Palabras clave: Carcinoma basaloide escamoso. Cáncer basaloide escamoso. Cáncer de esófago.

MULTIFOCAL BASALOID SQUAMOUS CARCINOMA OF THE ESOPHAGUS

Basaloid-squamous carcinoma is a poorly-differentiated variety of squamous cell carcinoma. The most common location is the upper aerodigestive tract and the incidence of this entity in the esophagus is low. Despite advances in knowledge of the biology of these tumors, their recent description and their low frequency has hampered consensus on the therapeutic approach. We present a case of basaloid-squamous cell of the esophagus a 54 year-old man who underwent an esophagectomy with lymphadenectomy and has been followed-up for 5 years with no evidence of disease recurrence. We also provide a literature review of this entity.

Key words: Basaloid squamous carcinoma. Esophageal cancer. Basaloid squamous cancer.

Introducción

El término carcinoma basaloide escamoso (CBE) lo definieron histológicamente Wain et al¹ para tumores del tracto aerodigestivo superior, donde presenta una mayor prevalencia. Es una variante poco común de los carcinomas escamosos², pobremente diferenciada y caracterizada por una gran actividad proliferativa y apoptosis espontánea frecuente³.

En el esófago es un tumor poco frecuente, del 1,9 al 11,3% de los carcinomas escamosos^{2,4-6}. Si bien el término es nuevo, se confundía estos tumores con el carcinoma adenoideo quístico⁷; presentan agresividad, capacidad de invasión y mortalidad mayores que los de las glándulas salivales⁸.

Correspondencia: Dr. A. Díaz de Liaño.
Pintor Maetzu, 2, 8.º C. 31008 Pamplona. Navarra. España.
Correo electrónico: adiazdea@cfnavarra.es

Manuscrito recibido el 20-10-2006 y aceptado el 10-7-2007.

Presentamos un caso clínico de CBE multifocal de esófago y revisamos la literatura sobre este tema.

Caso clínico

Varón de 54 años, fumador y bebedor, que consultó por dolor y quemazón retroesternal coincidiendo con la ingesta de alimentos sólidos, de 6 meses de evolución. No refería anorexia y presentaba un estado general conservado.

Se realizó una esofagoscopia que objetivó a 30 cm de la arcada dental una neoformación plana. El estudio de las biopsias reveló un carcinoma epidermoide bien diferenciado.

En el tránsito radiográfico contrastado se apreció un defecto de repleción en el esófago inferior, y unos 2 cm por encima de éste, otro similar en la cara posterior del esófago.

En la tomografía computarizada toracoabdominal no se identificaron las lesiones de la pared esofágica y únicamente se detectó una adenopatía subcarinal de 1 cm que se consideró inespecífica; el resto de la exploración del tórax y el abdomen fue normal. El estudio de los marcadores tumorales CEA y CA 19.9 fue normal.

En la intervención quirúrgica se encontró una tumoración esofágica de 1 cm de diámetro, aproximadamente, situada entre 5 y 6 cm por debajo del cayado de la ácidos, que no parecía invadir la adventicia. Se



Fig. 1. Imagen histológica donde se aprecia un patrón de crecimiento lobular y centros necróticos (comedos) (H-E, x40).

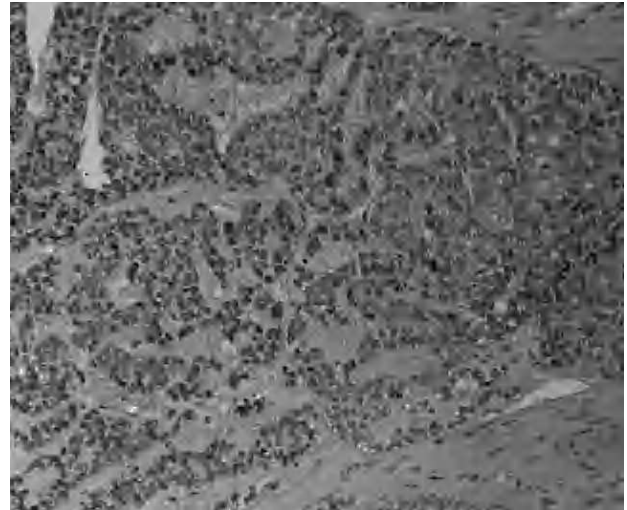


Fig. 2. Formaciones quísticas con material hialino en su seno.

realizó una esofagectomía transtorácica con linfadenectomía en 2 campos y reconstrucción del tránsito con plastia gástrica y anastomosis esofagogástrica a nivel del vértice del tórax. La evolución postoperatoria transcurrió sin complicaciones.

En el estudio histológico, el tumor en ambas localizaciones mostraba una histología similar consistente en un componente claramente escamoso e infiltrante en continuidad con la mucosa de superficie y un segundo componente basaloide (fig. 1). El componente basaloide estaba compuesto por células pequeñas con núcleo hiper cromático y escaso citoplasma. Las células crecían adoptando un patrón lobular sólido con empalizada periférica y centro necrótico, comedonecrosis. Ocasionalmente se apreciaban pequeños espacios quísticos ocupados por material hialino PAS y azul alcian positivo (fig. 2).

En el tercio medio del esófago se observaron 2 áreas induradas de 1,2 y 1,7 cm que correspondían a un CBE multifocal de esófago (2 focos) que infiltraba respectivamente la muscular propia (T2) y la submucosa (T1); los márgenes quirúrgicos se encontraban libres de tumor. Se aislaron 14 ganglios, dos de ellos presentaban metástasis (N1). El estadio patológico TNM, según el American Joint Committee on Cancer, fue pIB.

No se realizó tratamiento adyuvante. Los controles periódicos durante más de 5 años no han objetivado recidiva locoregional ni metástasis a distancia.

Discusión

El carcinoma basaloide se caracteriza por su íntima asociación, en el 72-94,2% de los casos, con carcinoma escamoso, displasia o áreas de diferenciación focal escamosa¹ en un 2,4%, y el resto de los casos son exclusivamente carcinoma basaloide. En nuestro caso se presentó con un carcinoma escamoso bien diferenciado invasor, que fue el diagnóstico preoperatorio. La dificultad de establecer el diagnóstico de CBE en el período preoperatorio la han citado otros autores^{9,10}.

Desde el punto de vista epidemiológico es más frecuente en varones de 56 a 61 años^{2,4,5}, y la localización de la lesión (como en nuestro caso) en el tercio medio, seguida por el tercio inferior^{2,5,6,9}.

La presentación más frecuente de esta variedad de tumor en el momento del diagnóstico en el mundo occidental es como un cáncer localmente avanzado⁴. Desde el punto de vista patológico se encontraron dos lesiones en el esófago, lo que indica que se tratase de un tumor mul-

tifocal. Noguchi et al⁹ publican un caso de CBE superficial multifocal, y no se encontró otros casos similares en la literatura. En nuestro caso el tumor distal era superficial, en tanto que el proximal era avanzado, este último era lo que determinaba el pronóstico⁴. Diferentes series describen metástasis ganglionares en el 59-86% de los casos en el momento del diagnóstico^{2,4,5}, lo que confirma la gran frecuencia de estadios avanzados en esta variedad de carcinoma escamoso.

Basados en estudios de inmunohistoquímica se ha propuesto que el origen del CBE es una variedad pobremente diferenciada de carcinoma escamoso³. Al encontrarse positividad para algunas citoqueratinas, se piensa que su origen es la célula pluripotencial del epitelio basal escamoso^{2,5}. Una pobre diferenciación, sumado a alta actividad proliferativa, apoptosis espontánea frecuente³ y alto porcentaje de ganglios linfáticos afectados^{2,5}, indica un comportamiento biológico muy agresivo. Otros autores, por el contrario, encuentran una conducta biológica paralela al carcinoma escamoso⁶, y la invasión tumoral y la afección linfoganglionar son las únicas variables pronósticas independientes⁴.

Tratamos a nuestro paciente mediante una esofagectomía transtorácica con linfadenectomía en dos campos, sin radioterapia ni poliquimioterapia adyuvante, y pasados 5 años no ha presentado recidiva. Según Sarbia et al⁴, el pronóstico de los pacientes con CBE de esófago no diferiría de los casos con carcinoma escamoso típico. En los diferentes trabajos que han demostrado supervivencia a largo plazo el papel de la cirugía oncológica sigue siendo fundamental^{2,4,9,10}. En cuanto al tratamiento postoperatorio con radioterapia y quimioterapia, no hay consenso. Aquellos que la han utilizado de forma habitual^{4,5,9} describen generalmente una corta supervivencia en los pacientes con estadios avanzados. Si bien Tsuchiya et al¹⁰ publican un caso avanzado al que, efectivamente, se trató con terapia combinada; Sarbia et al⁴ indican que el papel de la quimioterapia aún no está determinado, y proponen el tratamiento con cirugía, radioterapia o la combinación de ambas como en un carcinoma escamoso típico. Se re-

quiere estudiar más casos para establecer un protocolo terapéutico efectivo y concreto^{2,4,9}, así como continuar en líneas de trabajo que investiguen el comportamiento biológico de este tipo celular de tumor^{2,3,6}.

En conclusión, el CBE de esófago es una variedad probablemente diferenciada de carcinoma escamoso, cuyo pronóstico depende fundamentalmente del estadio en el momento del diagnóstico. La cirugía oncológica, cuando está indicada, ofrece las mejores probabilidades de supervivencia a largo plazo. Aún no hay protocolos terapéuticos concretos de radioterapia y quimioterapia, por lo cual se debe estudiar cada caso en particular en vistas al mejor beneficio terapéutico.

Bibliografía

1. Wain SL, Kier R, Vollmer RT, Bossen EH. Basaloid-squamous carcinoma of the tongue, hypopharynx and larynx: report of 10 cases. *Hum Pathol*. 1986;17:1158-66.
2. Cho KJ, Jang JJ, Lee SS, Zo JI. Basaloid squamous carcinoma of the oesophagus: a distinct neoplasm with multipotential differentiation. *Histopathology*. 2000;36:331-40.
3. Sarbia M, Loberg C, Wolter M, Arjumand J, Heep H, Reifenberger G. Expression of Bcl-2 and amplification of c-myc are frequent in basaloid squamous cell carcinomas of the esophagus. *Am J Pathol*. 1999;155:1027-32.
4. Sarbia M, Verreet P, Bittinger F, Dutkowski P, Heep H, Willers R. Basaloid squamous cell carcinoma of the esophagus: diagnosis and prognosis. *Cancer*. 1997;79:1871-8.
5. Abe K, Sasano H, Itakura Y, Nishira T, Mori S, Nagura H. Basaloid-squamous carcinoma of the esophagus: a clinicopathologic, DNA ploidy, and immunohistochemical study of seven cases. *Am J Surg Pathol*. 1996;20:453-61.
6. Li TJ, Zhang YX, Wen J, Cowan DF, Hart J, Xiao SY. Basaloid squamous cell carcinoma of the esophagus with or without adenoid cystic features. *Arch Pathol Lab Med*. 2004;128:1124-30.
7. Tsang WYW, Chan JKC, Lee KC, Leung AKF, Fu YT. Basaloid-squamous carcinoma of the upper aerodigestive tract and so-called adenoid cystic carcinoma of the esophagus: the same tumor type? *Histopathology*. 1991;19:35-46.
8. Epstein JI, Sears DL, Tucker RS, Eagan JW Jr. Carcinoma of the esophagus with adenoid cystic differentiation. *Cancer*. 1984;53: 1131-6.
9. Noguchi H, Naomoto Y, Haisa M, Yamatsuji T, Shigemitsu K, Shirakawa Y. Two cases of superficial basaloid squamous carcinoma of the esophagus. *Dis Esophagus*. 2003;16:342-5.
10. Tsuchiya Y, Onda M, Miyashita M, Hagiwara N, Maruyama H, Matsutani T. Combined modality therapy for basaloid squamous carcinoma of the esophagus. *Hepatogastroenterology*. 1999;46:2868-71.