

probablemente ese gesto quirúrgico hubiera evitado la complicación tardía a pesar del tratamiento adyuvante.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Baxter NN, Hartman LK, Tepper JE, Ricciardi R, Durham SB, Virnig BA. Postoperative irradiation for rectal cancer increases the risk of small bowel obstruction after surgery. *Ann Surg.* 2007;245:553-9.
2. Kassam Z, Lockwood G, O'Brien C, Brierley J, Swallow C, Oza A, et al. Conformal radiotherapy in the adjuvant treatment of gastric cancer: Review of 82 cases. *Int J Radiat Oncol Biol.* 2006;65:713-9.
3. Cervera M, Baixauli J, Rotellar F, Martínez Regueira F, Pardo F, Hernández JL, et al. Invaginación yeyunogástrica tras gastrectomía subtotal y gastroyeyunostomía en Y de Roux. *Cir Esp.* 2004;76:340-1.

4. Kim KH, Jang MK, Kim HS, Lee JH, Lee JY, Park JY, et al. Intussusception after gastric surgery. *Endoscopy.* 2005;37:1237-43.
5. Mason RJ, Lipham J, Eckerling G, Schwartz A, Demeester TR. Gastric electrical stimulation: An alternative surgical therapy for patients with gastroparesis. *Arch Surg.* 2005;140:841-8.

María Aranzazu García López\*, David Ruiz De Angulo, M. Ángeles Ortiz, M. Luisa Martínez De Haro y Pascual Parrilla

Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aranchagarcialopez@hotmail.com (M.A. García López).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.03.007

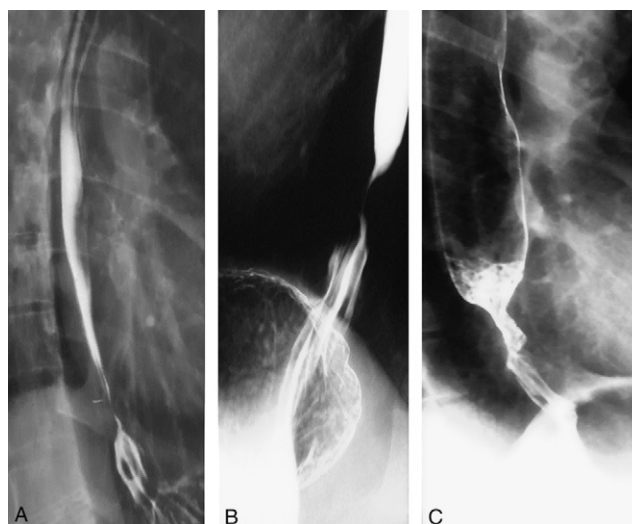
## Cáncer de esófago que simula una estenosis péptica en un paciente joven

### Cancer of the oesophagus simulating a peptic stenosis in a young patient

El cáncer de esófago y la estenosis péptica son dos causas orgánicas de disfagia. Distinguir ambas enfermedades es muy importante ya que su pronóstico y tratamiento son diferentes. Una completa anamnesis, así como una endoscopia digestiva alta con toma de biopsias y un tránsito baritado, permite discernir ambas enfermedades en la mayoría de los casos. No obstante, la aparición de un cáncer infiltrante de esófago sobre una estenosis péptica o su desarrollo simulando una enfermedad benigna son hechos excepcionales pero posibles, tal y como describimos en este caso clínico.

Varón de 31 años de edad, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, que consultó en otro centro hospitalario por disfagia. El paciente refería crisis esporádicas de disfagia baja a sólidos que solucionaba manteniéndose erguido y relajado. No presentaba regurgitaciones ni pirosis. En el otro centro se practicaron una endoscopia digestiva alta y un esofagograma en los que tan sólo se observó una pequeña hernia de hiato sin lesiones mucosas ni alteraciones en el calibre del esófago (fig. 1A). Para descartar un origen funcional se realizó una manometría esofágica estacionaria, observando un esfínter esofágico inferior hipotensivo (6 mmHg) y un 30% de ondas terciarias de amplitud normal en el esófago distal. La pH-metría ambulatoria de 24 h resultó negativa para reflujo gastroesofágico ácido patológico, por lo que el paciente fue diagnosticado de trastorno motor primario esofágico, y se prescribió tratamiento médico. Medio año después del inicio de los síntomas, ya que la

disfagia había empeorado, consultó a un neurólogo que, mediante tomografía por emisión de positrones (PET) cerebral y electroencefalograma, le diagnosticó de epilepsia focal como causa de los síntomas esofágicos. El tratamiento



**Figura 1 – A: hernia de hiato por deslizamiento. B: estenosis corta y de bordes regulares. C: estenosis esofágica de bordes irregulares sospechosa de malignidad.**

farmacológico antiepiléptico no resolvió la disfagia, que sufrió un aumento progresivo.

A los 10 meses del comienzo del cuadro, acudió a nuestra consulta por intolerancia oral que le había ocasionado una pérdida de 20 kg de peso durante todo ese tiempo. Realizamos una nueva endoscopia en la que se apreciaba una estenosis esofágica distal, únicamente franqueable con el endoscopio pediátrico y sin lesiones mucosas. No obstante, se tomaron biopsias más citología que informaron de inflamación crónica inespecífica y descartaron malignidad. El tránsito baritado mostró una estenosis esofágica de aspecto péptico y bordes regulares con dilatación esofágica proximal y nivel de bario (fig. 1B). La manometría y la pH-metría ambulatoria de 24 h practicadas en nuestro centro no mostraron diferencias significativas respecto a las previas. Con el diagnóstico de estenosis péptica se instauró tratamiento intensivo con inhibidores de la bomba de protones (40 mg/12 h) y se incluyó en un programa de dilataciones endoscópicas. Se practicaron 3 sesiones de dilatación neumática con un intervalo de 1 mes entre ellas, con buena respuesta inmediata, pero con recidiva precoz de la disfagia. En todas ellas no se evidenciaron lesiones mucosas sospechosas de malignidad y las muestras obtenidas mediante biopsia descartaron esa posibilidad. Después de la última dilatación, se realizó un nuevo tránsito en el que se apreció un cambio en la morfología de la estenosis, que se tornó irregular (fig. 1C).

Ante la imagen del esofagograma y la ausencia de respuesta al tratamiento médico-endoscópico, se decidió practicar cirugía programada mediante laparotomía, donde se observó una adenopatía paraesofágica cuyo análisis histológico intraoperatorio reveló una infiltración por adenocarcinoma. Se realizó esofagectomía y reconstrucción mediante esofagogastroplastia transtorácica (Ivor-Lewis). El estudio anatomopatológico informó de adenocarcinoma moderadamente diferenciado en estadio T<sub>3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>. El postoperatorio discurrió sin complicaciones y fue alta hospitalaria a los 7 días; en la actualidad recibe tratamiento adyuvante.

La disfagia es uno de los síntomas más importantes de los procesos esofágicos. Tanto si es lógica como paradójica, su aparición obliga a descartar, en primer lugar, alguna lesión orgánica causal. El diagnóstico diferencial incluye lesiones malignas y benignas, como el cáncer de esófago y la estenosis péptica. En las últimas décadas la incidencia del primero ha experimentado un aumento en los países desarrollados, sobre todo a expensas del adenocarcinoma<sup>1</sup>. Por el contrario, la generalización del uso de potentes fármacos antisecretores y el intervencionismo endoscópico han disminuido considerablemente los casos de estenosis péptica<sup>2</sup> y, de igual modo, han limitado las indicaciones de la resección quirúrgica para su resolución.

Distinguir ambas entidades es de vital importancia, pues el pronóstico y el tratamiento son diferentes. Para tal propósito, la historia clínica tiene un papel importante, aunque los síntomas previos de reflujo gastroesofágico pueden originar tanto una estenosis por reflujo como un cáncer sobre esófago de Barrett. Además, tanto en uno como en otro caso, con relativa frecuencia la disfagia es la primera manifestación de la enfermedad<sup>3</sup>.

La endoscopia digestiva alta con toma de biopsias y citología detecta el 90-95% de las lesiones malignas<sup>4</sup>. No obstante, la aparición de lesiones infiltrantes o difícilmente perceptibles a la visión endoscópica pueden dar resultados falsos negativos en el análisis histológico de las biopsias tomadas (*sampling error*). La tomografía computarizada (TC) toracoabdominal, la ecoendoscopia y la PET-TC pueden aumentar nuestras sospechas en uno u otro sentido, pero no podrán negar la cirugía de resección a pacientes como el presentado, con biopsias negativas, pero disfagia resistente a tratamiento médico-endoscópico.

Este caso demuestra la validez que en la actualidad conserva el olvidado tránsito baritado en estas circunstancias y nos pone sobre aviso de la posibilidad de lesiones malignas infiltrantes que simulan una enfermedad benigna, incluso en pacientes jóvenes.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Wei JT, Shaheen N. The changing epidemiology of esophageal adenocarcinoma. *Semin Gastrointest Dis.* 2003;14:112-27.
2. Ruigómez A, García Rodríguez LA, Wallander MA, Johansson S, Eklund S. Esophageal stricture: incidence, treatment patterns, and recurrence rate. *Am J Gastroenterol.* 2006;101:2685-92.
3. Parrilla P, Martínez de Haro LF, Ortiz A. Estenosis esofágicas por reflujo. *Guía Clínica de Cirugía Esofagogástrica.* 2001;16:243-7.
4. Webb WA, McDaniel L, Jones L. The use of endoscopy in assessment and treatment peptic strictures of the esophagus. *Am Surg.* 1984;50:476-8.

David Ruiz De Angulo Martín\*, M. Ángeles Ortiz Escandell, M. Luisa Martínez De Haro, Vicente Munitiz Ruiz y Pascual Parrilla Paricio

Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: druizdeangulo@hotmail.com  
(D. Ruiz De Angulo Martín).