



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Cartas científicas

Garcinoma verrucoso esofágico: una rara entidad de difícil diagnóstico

Verrucous carcinoma of the esophagus: A rare entity with a difficult diagnosis

El carcinoma verrucoso (CV) es una rara variante del carcinoma escamoso, de difícil diagnóstico y cuyo manejo terapéutico debe individualizarse. La localización esofágica, descrita por primera vez por Minielly en 1967¹ es una de las más infrecuentes, existiendo solo unos 50 casos publicados.

Se desconoce su etiología exacta, pero está muy asociado con factores inflamatorios prolongados, como la Achalasia, la enfermedad por reflujo gastroesofágico, alcohol y tabaco. Los últimos casos publicados sugieren una posible relación con la infección por papilomavirus (VPH), por lo que hay que investigar esta causa en todos los pacientes con esta sospecha diagnóstica².

Predomina en varones (ratio 2:1), con edad media de 60 años (rango 36-79 años). Su principal manifestación clínica es la disfagia, habitualmente acompañada de pérdida de peso. Otros síntomas pueden ser hematemesis, tos y odinofagia.

La sospecha diagnóstica puede hacerse por endoscopia, con un aspecto macroscópico típico consistente en una lesión verrucosa blanquecina. La naturaleza exofítica de estas lesiones hace muy difícil la obtención de biopsias en las que se visualice el componente invasivo del tumor, demostrando con frecuencia solo cambios inflamatorios inespecíficos con ausencia de malignidad. Por ello, suele ser necesaria la resección tumoral completa para obtener el diagnóstico definitivo³.

El patrón de crecimiento superficial, su escasa afectación ganglionar y a distancia y la respuesta a la quimiorradioterapia, le diferencian del carcinoma escamoso, haciendo que la resección endoscópica y el tratamiento neoadyuvante sean alternativas válidas a la esofagectomía.

El objetivo de este artículo es describir un caso de CV esofágico que demuestra la dificultad diagnóstica de la entidad, de su estadificación y, por ende, de la elección del tratamiento.

Se trata de un varón de 50 años con un cuadro de pérdida de peso y disfagia progresiva de meses de evolución, bebedor,

fumador, con antecedentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico y Achalasia intervenida con miotomía de Heller doce años antes.

Se realizaron de tres esofagogastroskopias con biopsias, ninguna contributiva al diagnóstico definitivo. En todas, se describía de 20 cm a 32 cm de arcada dentaria una mucosa completamente cubierta por exudados blanquecinos, no aldonosos que no se desprendían con el lavado, con restos alimentarios adheridos, y una formación mamelonada nodular polipoidea a 26 cm (fig. 1). Todos los estudios anatomopatológicos evidenciaron un epitelio queratinizante hiperplásico papilomatoso y verruciforme, con marcado infiltrado inflamatorio agudo superficial y crónico profundo, sin datos de malignidad y con estructuras micóticas.

Se completó el estudio, con una tomografía axial computarizada, hibridaciones para el VPH y análisis de laboratorio, incluidos marcadores tumorales, que resultaron negativos.

Ante la alta sospecha de CV, no confirmada, se remitió al paciente a otro centro para la realización de una ecoendoscopia, en la que se describen los mismos hallazgos endoscópicos referidos, con una desestructuración de la pared esofágica con pérdida de patrón en capas, de aspecto hipocogénico, con indentaciones en la adventicia esofágica (sugestivo de T3 si se confirma la naturaleza tumoral), sin invasión de estructuras vecinas ni adenopatías peritumorales ni en la zona del tronco celiaco.

Pese a no tener confirmación histológica, tras valoración del caso en el Comité de Tumores Digestivos, se decidió realizar una esofagectomía con gastroplastia tubular por vía transhiatal, descartándose la resección endoscópica por los hallazgos ecoendoscópicos.

El postoperatorio discurrió con una dehiscencia de anastomosis cervical y distrés respiratorio secundario, asociado a un cuadro compatible con síndrome de abstinencia alcohólica. El paciente se manejó de manera conservadora, desarrollando una disfagia secundaria a





Figura 1 – Esófago-gastroscopia: formación mamelonada con candidiasis.

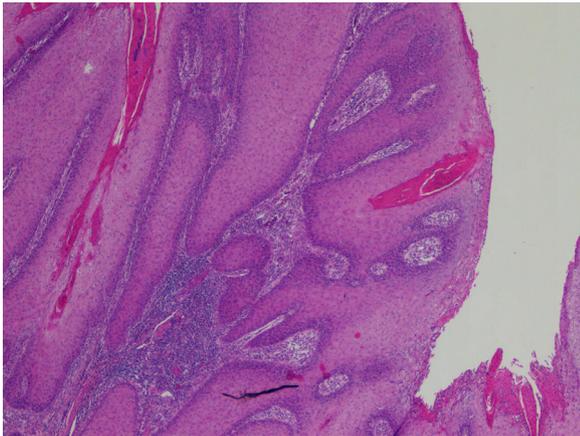


Figura 2 – Epitelio escamoso no invasivo. Tinción eosina-hematoxilina 40x.

una estenosis de la anastomosis esofagogástrica, resuelta tras dilataciones endoscópicas.

En estudio histológico de la pieza quirúrgica, se observó una neoplasia epitelial maligna bien diferenciada de crecimiento superficial papilomatoso acantósico e hiperqueratósico con mínima atipia basal e inflamación crónica en profundidad. La neoplasia muestra extenso crecimiento superficial en sábana y predominantemente intramucoso, con la muscular propia libre de infiltración neoplásica. El diagnóstico anatomopatológico definitivo fue carcinoma epidermoide verrucoso bien diferenciado, con bordes quirúrgicos libres, ausencia de metástasis linfoganglionares y áreas de esófago de Barrett asociadas (estadio TNM: pT1N0) (fig. 2).

No es infrecuente, como ocurre en nuestro caso, encontrar discordancia entre la ecoendoscopia y el estudio anatomopatológico definitivo, debido al alto componente inflamatorio crónico existente en profundidad que puede suponer una sobreestadificación en la ecoendoscopia⁴.

El diagnóstico diferencial del CVE se debe realizar con lesiones benignas asociadas a estenosis o disfagia como los leiomiomas esofágicos, los papilomas o la tuberculosis esofágica y, con lesiones malignas como el adenocarcinoma de esófago⁵.

Dada la escasa frecuencia de esta patología, no existen recomendaciones precisas para su tratamiento. Se han descritos resecciones endoscópicas mucosas y submucosas para estadios precoces, con buen resultado⁶. Otros autores como Brandalise et al.⁷, en pacientes con afectación de todo el esófago, describen respuesta al tratamiento neoadyuvante permitiendo realizar resecciones más conservadoras.

Sin embargo, a pesar de su lento crecimiento y su alto grado de diferenciación, debido al frecuente retraso diagnóstico que suponen estadios localmente avanzados, la esofagectomía sigue siendo la opción terapéutica mayoritaria⁸.

La morbimortalidad se asocia a la invasión local (afectación pulmonar, bronquial, pleural y pericárdica) y a las complicaciones quirúrgicas (fístulas). No hay descritas en la literatura metástasis a distancia⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Minielly JA, Harrison EG Jr, Fontana RS, Spencer P. Verrucous squamous cell carcinoma of the esophagus. *Cancer*. 1967;20:2078-87.
2. Osborn NK, Keate RF, Trastek VF, Nguyen CC. Verrucous carcinoma of the esophagus: clinicopathophysiologic features and treatment of a rare entity. *Dig Dis Sci*. 2003;48:465-74.
3. Egeland C, Achiam M, Federspiel B, Svendsen L. Verrucous squamous cell cancer in the esophagus: An obscure diagnosis. *Case Rep Gastroenterol*. 2016;10:466-71.
4. Hoffman R, Hebenstreit A, Game P, Ruzskiewicz A, Thompson S. Verrucous carcinoma of the oesophagus. *ANZ J Surg*. 2017. <http://dx.doi.org/10.3111/ans.13844>
5. Fernández-Ananín S, Monés J, Aldeano A, Vergara C, Targarona EM. Oesophageal verrucous carcinoma: a problem diagnosis. *Cir Esp*. 2009;85:181-2.
6. Behrens A, Stolte M, Pech O, May A, Ell C. Verrucous oesophageal carcinoma: single case report and case series including 15 Patients – Issues for Consideration of Therapeutic Strategies. *Viszeralmedizin*. 2014;30:346-52.
7. Bransalise A, Lorenzetti C, Aranha NC, Brandalise NA. Verrucous carcinoma of the esophagus involving the entire esophagus. *Arq Bras Cir Dig*. 2015;28:293.
8. Ramani C, Shah N, Nathan RS. Verrucous carcinoma of the esophagus. A case report and literature review. *World J Clin Cases*. 2014;2:284-8. Jul 16.
9. Lagos AC, Marques IN, Reis JD, Neves BC. Verrucous carcinoma of the esophagus. *Rev Esp Enferm Dig*. 2012;104:443-5.

Gloria Paseiro Crespo^{a*}, María García Nebreda^a, Marta Barceló López^b, Elia Marqués Medina^a y Margarita Gimeno Arangué^c

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

^bServicio de Medicina del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

^cServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gpaseiro@yahoo.es (G. Paseiro Crespo).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.11.008>
0009-739X/

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Tratamiento mediante microcirugía endoscópica transanal de un hamartoma quístico retrorectal birrecidivado



Transanal endoscopic microsurgery treatment of twice recurred tail-gut

El hamartoma quístico retrorectal, o tail-gut, es una malformación derivada de restos embrionarios del intestino poco frecuente, que se puede manifestar en forma de dolor, obstrucción o sobreinfección. Se han descrito múltiples abordajes, que incluyen el acceso transperineal, transabdominal, laparoscópico y, recientemente, mediante TEM. Una condición imprescindible para la curación es la extirpación completa del epitelio del quiste, ya que su persistencia conllevaría la recidiva. Presentamos el caso de una paciente intervenida 5 veces, 3 de ellas por acceso perineal, una asistida por laparoscopia y finalmente un acceso transrectal mediante TEM.

Se trata de una mujer de 37 años que presenta como único antecedente historia de supuración perianal desde la infancia. Inicialmente se diagnosticó de absceso perianal, que se desbridó de forma espontánea. Posteriormente fue intervenida de forma electiva con puesta a plano de una fístula perianal a los 16 y a los 20 años. Dada la recurrencia de la enfermedad perianal, se realizó una RMN rectal en 2008 que demostró la existencia de una hamartoma retrorectal (tail-gut cyst).

Ante esta evidencia diagnóstica se decidió realizar cirugía electiva en octubre de 2008, y mediante un abordaje perineal parasacroccóigeo izquierdo con resección del coxis se efectuó la exéresis de la lesión quística y la reparación del esfínter externo. El estudio patológico demostró una lesión quística recubierta de epitelio escamoso no queratinizado compatible con hamartoma quístico retrorectal con extensión a periostio de coxis. Tras un periodo asintomático, en 2012 la paciente presenta, estando embarazada, nueva clínica de supuración anal, que se autolimita con tratamiento antibiótico. Tras el parto se efectúa una nueva RMN, objetivándose una recidiva de la lesión quística retrorectal. En febrero del 2013 es intervenida nuevamente, efectuándose la exéresis de la lesión quística por vía laparoscópica. La paciente permanece asintomática hasta setiembre del 2017.

En un control por reaparición de molestias en la zona perineal, la RMN (fig. 1) y una reconstrucción en 3 D por TAC (fig. 2) demuestran una lesión quística de 26 × 30 × 10 mm de diámetros en la fosa isquiorrectal derecha, por encima del complejo esfinteriano, compatible con recidiva/persistencia de un hamartoma quístico retrorectal. Ante la localización anatómica de la lesión, situada en el tercio inferior del recto, y la probable existencia de fibrosis perilesional se decide un abordaje transanal mediante TEM, pudiendo extirpar completamente la lesión quística. La paciente fue dada de alta sin incidencias a las 48 h. El estudio anatomopatológico confirmó la recidiva de un hamartoma quístico retrorectal con márgenes libres de enfermedad.



Figura 1 – Resonancia magnética nuclear pélvica.