

# ¿INESTABILIDAD DE LA MARCHA COMO DEBUT DE CÁNCER ESOFÁGICO?

*Gait instability as a debut of esophageal cancer?*

Navarro Moreno E, Calvo Bernal MM, Diéguez Castillo C  
HOSPITAL TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

## Resumen

El cáncer de esófago es uno de los tumores más agresivos siendo más frecuente en edades más avanzadas. Se propaga fácil y rápidamente hacia órganos vecinos de mediastino y abdomen principalmente, provocando que hasta un 40% de los pacientes presenten un estadio avanzado al momento del diagnóstico. Las metástasis típicas incluyen ganglios linfáticos, hígado, peritoneo y pulmón. Se presenta el caso de un paciente de 65 años que consulta por inestabilidad de la marcha diagnosticándose finalmente de adenocarcinoma esofágico con metástasis cerebrales.

**Palabras clave:** metástasis cerebrales, cáncer esófago.



Eugenia Navarro Moreno  
Hospital Torrecárdenas. Almería.  
eunavarro26@gmail.com  
@eugenia\_nm

## Abstract

Esophageal cancer is one of the most aggressive tumours, being more frequent in elderly ages. It spreads easily and rapidly to neighboring organs, mainly in the mediastinum and abdomen, causing up to 40% of patients to present an advanced stage at the time of diagnosis. Typical metastases include lymph nodes, liver, peritoneum and lung. We present the case of a 65-year-old patient who consulted for gait instability, finally diagnosed with esophageal adenocarcinoma with brain metastases.

**Keywords:** brain metastases, esophageal cancer.

## Introducción

El cáncer de esófago es uno de los tumores más agresivos siendo más frecuente en edades más avanzadas. Se propaga fácil y rápidamente hacia órganos vecinos de mediastino y abdomen principalmente, provocando que hasta un 40% de los pacientes presenten un estadio avanzado

al momento del diagnóstico<sup>1</sup>. Suele debutar con clínica de disfagia principalmente. Las metástasis típicas incluyen ganglios linfáticos, hígado, peritoneo y pulmón.

### Caso Clínico

Paciente de 65 años sin antecedentes de interés que consulta por cuadro de cuatro días de evolución de inestabilidad de la marcha y debilidad generalizada. Niega pérdida de peso, fiebre u otros síntomas. En la exploración neurológica se objetiva déficit motor en hemicuerpo izquierdo, sin limitación para la movilidad. Se realiza TC craneal sin contraste donde se objetiva una lesión extraaxial parasagital derecha, con efecto masa, sugestiva de meningioma. Ante estos hallazgos el paciente es ingresado en Neurocirugía para estudio. Se realiza RMN craneal que reafirma el diagnóstico de meningioma (Figura 1). El paciente es intervenido de una craneotomía parietal derecha con exéresis total de la lesión que tras estudio anatomopatológico es caracterizada de neoplasia maligna de características epiteliales de probable origen metastásico, orientando a un origen gastro-intestinal como primera posibilidad diagnóstica. En comité oncológico se decide la realización de TC toraco-abdomino-pélvico, objetivándose un engrosamiento de pared de cardias/tercio inferior de esófago por lo que se decide realización de endoscopia digestiva alta (Figura 2) donde se observa neoformación en esófago distal siendo las biopsias compatibles con adenocarcinoma infiltrante de esófago. Finalmente, tras decisión conjunta, el paciente comienza tratamiento quimioterápico paliativo con FOLFOX.

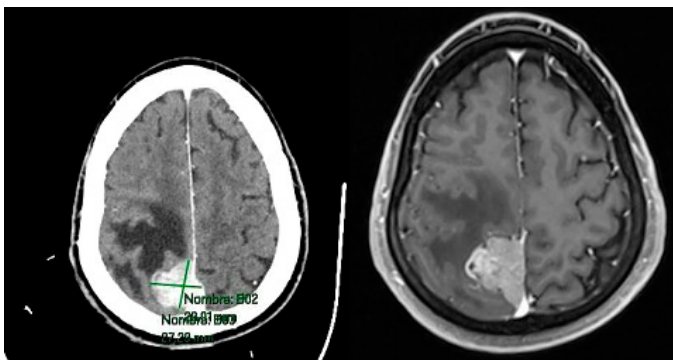


Imagen de corte craneal de RMN de cráneo, en diferentes secuencias, en la que se observa LOE para sagital derecha con efecto masa.

Figura 1

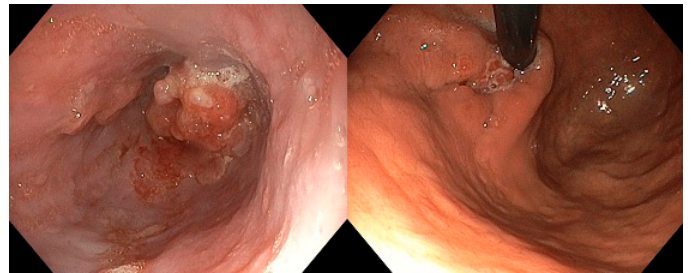


Imagen de gastroscopia en la que se observa lesión neoplásica a nivel esofágico distal.

Figura 2

### Discusión

El cáncer de esófago es una de las neoplasias más prevalentes en nuestro medio siendo más frecuente en edades más avanzadas. En España es el 5º tumor más prevalente del aparato digestivo y uno de los 10 más frecuentes a nivel mundial. Histológicamente los dos tipos más frecuentes son el adenocarcinoma y el carcinoma epidermoide<sup>1</sup>.

El esófago presenta particularidades anatómicas que influyen en la patogenia del cáncer convirtiéndolo en un tumor agresivo que suele diagnosticarse en estadios avanzados (hasta un 40% de los pacientes)<sup>2</sup>, con una supervivencia a los 5 años inferior al 20%. La pared esofágica carece de serosa lo que permite una rápida diseminación de las células tumorales a estructuras vecinas de cuello y mediastino<sup>3</sup>. Esto provoca que hasta un 30% de los pacientes presenten metástasis al diagnóstico. Las metástasis a distancia afectan mayormente a ganglios linfáticos, hígado, peritoneo, pulmones, hueso y glándulas suprarrenales<sup>4</sup>. En cambio, las metástasis cerebrales son muy raras, observándose en un mínimo porcentaje de pacientes (incidencia del 0-6%). En los últimos años, ésta, está aumentando debido al aumento de la supervivencia global y a la existencia de nuevos tratamientos sistémicos más efectivos.

*Consideramos que la relevancia de este caso reside en la importancia de la detección temprana de este tipo de metástasis ya que pese a su infrecuencia presentan implicaciones clínicas importantes, dado que estos pacientes son diagnosticados en un estadio avanzado y por tanto requerirán un manejo agresivo de la enfermedad, incluyendo el tratamiento de las metástasis además del tumor primario.*

Además creemos que es importante el conocimiento de casos como éste en aras de ampliar el conocimiento sobre el manejo de las metástasis cerebrales de tumores primarios como es el cáncer esofágico ya que debido a su infrecuencia actualmente no hay evidencia suficiente sobre su tratamiento.

## Bibliografía

1. Rubenstein JH, Shaheen NJ. *Epidemiology, Diagnosis, and Management of Esophageal Adenocarcinoma. Gastroenterology* 2015; 149:302–317.
2. Siegel R L, Miller K D, Jemal A. *Cancer statistics, 2015. CA Cancer J Clin* 2015; 65: 5–29.
3. Encinas de la Iglesia J, Corral de la Calle MA, Fernández Pérez GC. *Cáncer de esófago: particularidades anatómicas, estadificación y técnicas de imagen. Radiología* 2016. 58; 5; 352-365.
4. Weinberg J S, Suki D, Hanbali F, Cohen Z R, Lenzi R, Sawaya R. *Metastasis of esophageal carcinoma to the brain. Cancer* 2003; 98: 1925–33.