

# TUMOR METASTÁSICO EN ESÓFAGO

Luque Martín A., Sobrino Rodríguez S., Gómez Delgado E., de la Cruz Ramírez M.D., Márquez Galán J. L.

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Los tumores malignos de esófago metastásicos de otro tumor son poco frecuentes, y se referían menos de 100 casos publicados, si exceptuamos el melanoma maligno en 1987<sup>1</sup>.

Presentamos el caso de un paciente de 74 años de edad, con antecedente de carcinoma de colon descendente-sigma, que englobaba colon e intestino delgado, y ascitis libre. Se realizó resección de colon sigma e intestino delgado, con doble anastomosis término-terminal colo-rectal e íleo-ileal (8/94).

Consultó por dispepsia inespecífica, anorexia, astenia y pérdida de peso intensa de dos semanas de evolución.

En la analítica destacaba una colinesterasa algo descendida, discreta hiperbilirrubinemia de predominio indirecto, y en marcadores tumorales ligera elevación de CEA y CA 19.9.

Endoscopia alta: lesión epitelial de aspecto neoplásico, con reducción de calibre no concéntrica, irregular, friable con mamelones, desde 25 cms arcada dentaria hasta cardias, con cardias incompetente por retroversión, y posible orificio fistula esófago-bronquial a 28 cm. Estómago y duodeno sin alteraciones. Biopsia: adenocarcinoma colónico posiblemente metastásico

TAC abdomen (Imágenes 1 y 2): engrosamiento paredes esófago distal con probables adenopatías en ligamento gastro-hepático y anteriores al esófago, compatibles con neoplasia en esófago. Lesión focal hipodensa, mal definida, en hígado sugestiva de metástasis. Infiltración grasa de páncreas. Engrosamiento suprarrenal bilateral, sin descartar posibles metástasis, calcificaciones pleurales y cierta prominencia de intersticio por posible asbestosis y/o tbc residual. Imágenes densidad metálicas a nivel presacro por cirugía previa.

Tras ingreso hospitalario, presentó progresiva afectación general hasta su fallecimiento.

La estenosis esofágica maligna secundaria a tumor contiguo es poco frecuente, aún menos común desde un carcinoma primario distante. En una serie de 20 casos de estenosis malignas secundarias a tumor extraesofágico, recogidos en el período 1972-2000, sólo en 6 el origen era distante: 2 desde pulmón y 4 desde mama<sup>2</sup>.

En una serie de 1475 carcinomas esofágicos operados, sólo tres correspondían a carcinomas secundarios, desde ovario, pulmón y mama; si bien en autopsias, la frecuencia de metástasis en esófago era mayor, 6.1 % para una serie de 1835 autopsias en pacientes fallecidos de carcinomas, pero es necesario resaltar que el 67.8% de ellas fueron detectadas sólo en examen microscópico<sup>3</sup>.

Clínicamente los tumores metastásicos son similares a los primarios de esófago, aunque suele predominar macroscópicamente el tipo infiltrativo, e incluso puede simular un proceso submucoso, dificultando el diagnóstico<sup>2, 3, 10</sup>.

Se ha publicado un origen muy variado para el tumor primario, si bien mama y pulmón parecen ser los más frecuentes<sup>3, 4, 6</sup>, han sido también referidos melanoma maligno, útero, tiroides, faringe, páncreas<sup>5, 11</sup>, estómago, hipernefoma<sup>9</sup>, carcinoma hepatocelular<sup>14</sup>... Como origen colorectal, existen comunicaciones aisladas<sup>11, 12</sup>.

Las rutas de extensión reseñadas del tumor primario serían por contigüidad, adenopatías mediastínicas o vía hematógena<sup>7, 8</sup>.

La mayoría de los pacientes con metástasis en esófago las tienen también en otras áreas, lo que permite sólo una terapia paliativa y ensombrece el pronóstico a corto plazo, sin embargo se ha realizado resección en casos aislados como control de la enfermedad cuando el intervalo libre de enfermedad tras el tumor primario ha sido de muchos años<sup>3</sup>; y existe alguna publicación de tratamiento endoscópico<sup>13</sup>.

En definitiva, y aunque sea infrecuente, debemos pensar en la posibilidad de que un tumor esofágico sea secundario en presencia de un antecedente oncológico.

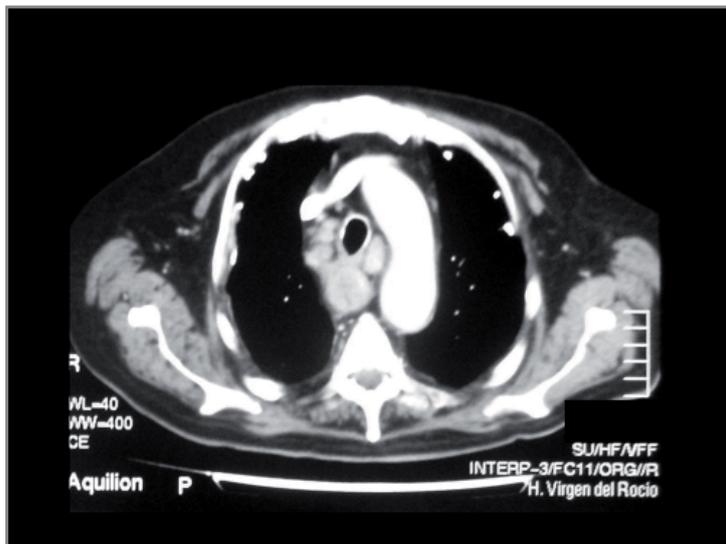


Imagen 1

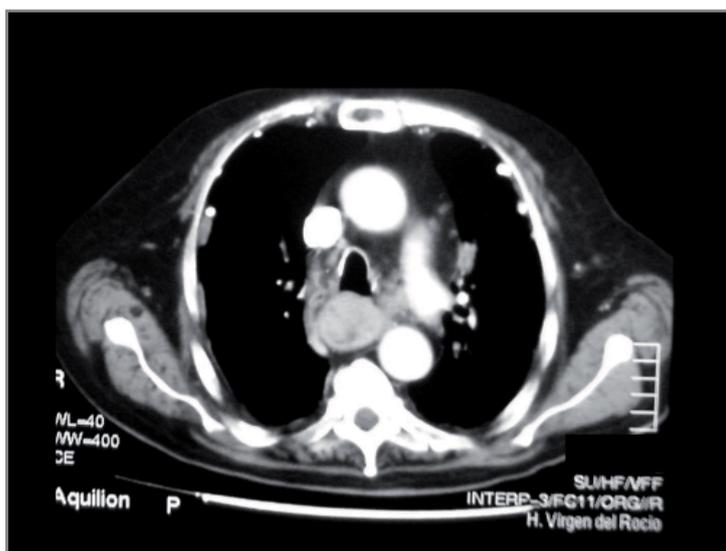


Imagen 2

## Bibliografía

1. Livstone EM, Skinner DB Tumores del esófago. Bockus, Gastroenterología, 4ª Edición, Tomo II, pg. 942-943, J.E. Berk Ed., Salvat Editores, Barcelona 1987.
2. Simchuk EJ, Low DE. Direct esophageal metastasis from a distant primary tumor in submucosal process: a review of six cases. *Dis Esophagus* 2001; 14 (3-4): 247-50.
3. Mizobuchi S. Tachimori Y. Kato H. et al. Metastatic esophageal tumors from distant primary lesions: report of three esophagectomies and study of 1835 autopsy cases *Jap J Clin Oncol* 1997; 27(6): 410-414.
4. Koike M. Akiyama S. Kodera Y. et al. Breast carcinoma metastasis to the esophagus: report of two cases. *Hepato-gastroenterology* 2005 Jul-Aug; 52(64): 1116-8.
5. Itai Y. Kogure T. Nomura M. Secondary esophageal carcinoma: report of two cases showin intraluminal tumor. *Radiat Med* 1983, Jan-Mar; 1 (1): 53-4.
6. Inoshita T. Youngberg GA. Thur de Koos P. Esophageal metastasis from a peripheral lung carcinoma masquerading as a primary esophageal tumor. *J Surg Oncol* 1983 sep; 24 (1): 49-52.
7. Agha FP. Secondary neoplasms of the esophagus. *Gastrointest Radiol* 1987; 12 (3): 187-193.
8. Steiner H. Lammer J. Hacki A. Lymphatic metastases to the esophagus. *Gastrointest Radiol* 1984; 9 (1): 1-4.
9. Nussbaum M. Grossman M. Metastases to the esophagus causing gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 1976 nov; 66(5): 467-72.
10. Anderson MF. Harell GS. Secondary esophageal tumors. *Am J Roentgenol* 1980 Dec; 135 (6): 1243-6.
11. Fisher MS. Metastasis to the esophagus. *Gastrointest Radiol* 1976 nov; 30; 1(3): 249-51.
12. Lohsiriwat V. Boonnuch W. Suttinont P. Esophageal metastasis from rectal carcinoma. *J Clin Gastroenterol* 2005 Sep; 39(8): 744.
13. Jaeger C. May A. Gossner L. et al. Successful endoscopic resection of an esophageal metastasis from a preceding squamous-cell tonsillar carcinoma. *Endoscopy* 2005 Oct; 37(10): 1023-6.
14. Tsubouchi E. Hirasaki S. Kataoka J. et al. Unusual metastasis of hepatocellular carcinoma of the esophagus. *Intern Med* 2005 May; 44(5): 444-7.