



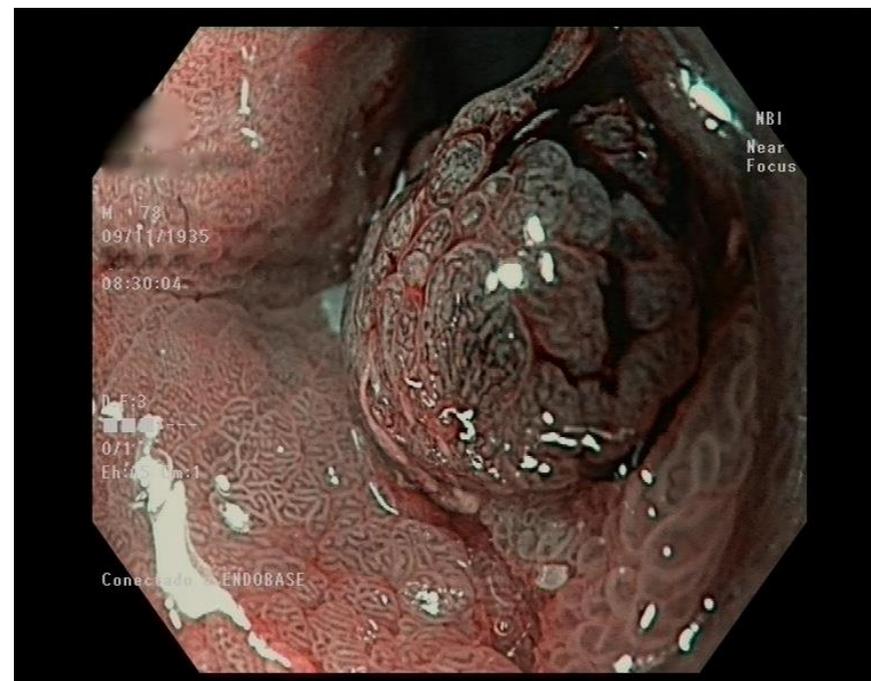
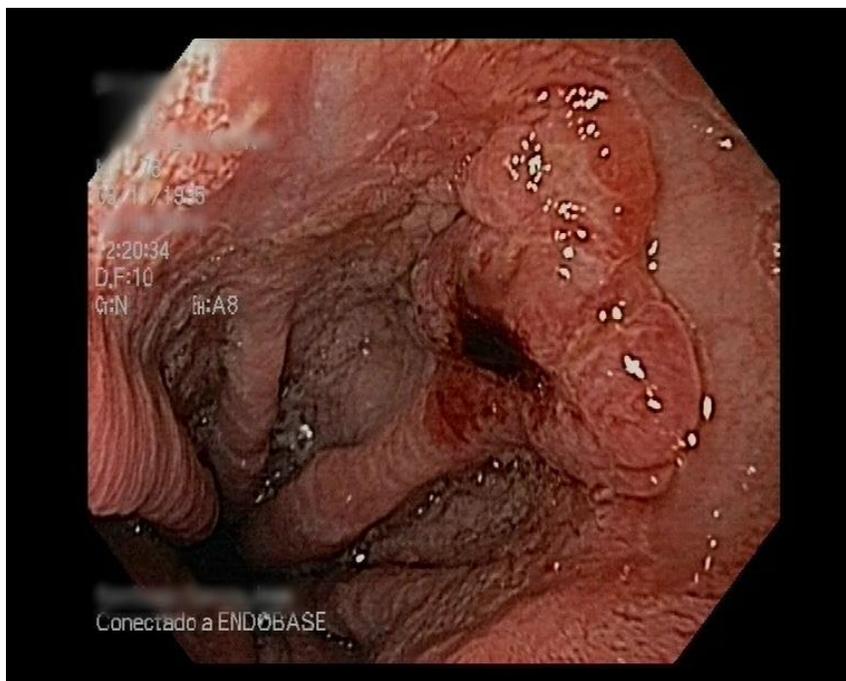
El Reto Clínico del mes Abril 2021

Caso clínico de endoscopia.

Dra. Beatriz Tormo Lanseros. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Dra. Belén Agudo Castillo. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Varón de 78 años, exfumador, en seguimiento desde hace de 10 años por Esófago de Barrett C2M3 (según clasificación de Praga). Se realiza gastroscopia de revisión con hallazgo en esófago distal de una lesión sobreelevada 0-IIa de 15 mm de diámetro. Se realiza cromoendoscopia virtual con NBI visualizando un área con patrón superficial y vascular irregular.



Pregunta 1: ¿Cuál sería la afirmación correcta?

- a) Se trata de un tumor esofágico con signos evidentes de invasión submucosa profunda y sin opciones de tratamiento endoscópico. Lo correcto es tomar biopsias y remitir el caso a cirugía.
- b) Lo más probable es que se trate de un adenocarcinoma precoz sobre epitelio de Barrett, sería adecuado plantear tratamiento endoscópico.
- c) Se trata de un tumor de la unión gastroesofágica Siewert I.
- d) Dada la asociación con esófago de Barrett debemos sospechar un carcinoma epidermoide.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

- b) Lo más probable es que se trate de un adenocarcinoma precoz sobre epitelio de Barrett, sería adecuado plantear tratamiento endoscópico.

Siguiente

Comentario

- La incidencia de los tumores de la unión gastroesofágica, en particular los asociados al esófago de Barrett (EB), ha aumentado de forma notable en nuestro medio.
- El principal factor de riesgo para el desarrollo de adenocarcinoma de la UGE lo constituyen el reflujo gastroesofágico y la presencia de EB.
- Para la clasificación de estas lesiones en la actualidad se emplea la clasificación de Siewert:
 - Siewert I: Localizado entre 1-5 cm por encima de la unión.
 - Siewert II: Surge del área metaplásica del epitelio del cardias, localizándose entre 1 cm proximal a la unión y 2 cm por debajo.
 - Siewert III: es un tumor gástrico subcardial infiltrando la unión o el esófago distal desde abajo, abarcando de 2-5 cm distal a la unión.
- Los tipo I y II se suelen manejar según el esquema de tumores esofágicos. La National Comprehensive Cancer Network, recomienda que los tumores de Siewert tipo III se traten como cánceres gástricos.

Siguiente

Pregunta 2: ¿Qué prueba complementaria le resultaría más útil para el estadiaje de esta lesión?

- a) El estudio con TC , ya que es la prueba más sensible para el estadiaje local.
- b) El PET sería de gran utilidad en este caso.
- c) Realizaría una ecoendoscopia alta para valorar la afectación en profundidad de la pared esofágica y para descartar presencia de diseminación ganglionar.
- d) La resección endoscópica sería una herramienta terapéutica pero no lo consideraría como una opción diagnóstica.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

- c) Realizaría una ecoendoscopia alta para valorar la afectación en profundidad de la pared esofágica y para descartar presencia de diseminación ganglionar.

Siguiente

Comentario

- Se definen como «cáncer precoz» aquellos tumores que infiltran la mucosa (T1a) o la submucosa (T1b) (8th AJCC).
- La afectación ganglionar y el grado de invasión profunda son los principales determinantes para el estadiaje de estas lesiones y determinan la necesidad de abordaje endoscópico o quirúrgico.
- Se recomienda la RME para el tratamiento y la estadificación de lesiones nodulares en EB (adenocarcinoma precoz de la UGE), si el aspecto endoscópico de la lesión no genera sospechas de infiltración submucosa profunda.
- En caso de duda diagnóstica la ecoendoscopia (EUS) es superior al TC para determinar el estadio locorregional. Permite diferenciar con gran precisión T1 (afectación mucosa/submucosa) vs T2 (invasión de la capa muscular), y valorar existencia de adenopatías locorregionales.
- El TAC y PET-TC, en pacientes con DAG o cáncer precoz sin signos de infiltración submucosa profunda ni ganglios linfáticos sospechosos en la EUS son de menor trascendencia dado el bajo riesgo de metástasis a distancia.

En este caso se tomaron biopsias con resultado de adenocarcinoma tipo intestinal. Se completó estudio con ecoendoscopia alta en la que se visualiza una lesión que no sobrepasa la muscular de la mucosa (uT1a) y no se aprecian adenopatías sospechosas (N0).



Siguiente

Pregunta 3: Respecto a los tumores precoces de la unión gastroesofágica señale la respuesta correcta:

- a) La cirugía es el tratamiento de elección siempre.
- b) La RME o DSE pueden ser curativas en algunos casos de T1b N0M0 que tengan criterios histológicos de buen pronóstico.
- c) La cirugía ha demostrado tener una supervivencia a 5 años mayor con respecto a la DSE.
- d) La DSE presenta tasas de resección superior a la RME por lo que es de elección.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

- b) La RME o DSE pueden ser curativas en algunos casos de T1b NOM0 que tengan criterios histológicos de buen pronóstico.

Siguiente

Comentario

- La resección mucosa endoscópica (RME) tiene una tasa de remisión completa en torno al 94%. La ESGE la recomienda por encima de la disección submucosa endoscópica (DSE) por su incidencia de remisión completa comparable con DSE con menos riesgos, aunque esto último depende de la experiencia de cada centro, ya que en caso de amplia experiencia la DSE permite realizar una mejor resección en bloque y reseca lesiones más grandes.
- La DSE presenta tasas de supervivencia a los 5 años comparable a la cirugía (93.9 vs 97.3%), con menores complicaciones y claramente menor morbi-mortalidad.
- Se consideran criterios de curación endoscópica cuando se cumple :
 - Invasión superficial de la submucosa <500 μm (T1b-sm1)
 - Margen profundo libre
 - Ausencia de invasión linfovascular
 - Bien diferenciado

Siguiente

En este paciente se realiza **dissección submucosa endoscópica (DSE)** obteniendo el siguiente resultado histológico:

ADENOCARCINOMA, de patrón intestinal

- de bajo grado histológico
- que no contacta con la capa muscular de la mucosa (no infiltra submucosa)
- no se observa invasión linfovascular ni infiltración perineural
- bordes quirúrgicos libres de afectación

Estadio patológico pTNM : pT1a

Siguiente

Pregunta 4: En vista del resultado ¿qué planteamiento debería seguir a continuación?

- a) Existe al menos un criterio de mal pronóstico, se debe ofrecer al paciente quimio-radioterapia adyuvante.
- b) No existe ningún criterio de mal pronóstico y el paciente está curado, no es necesario seguimiento.
- c) Se puede plantear seguimiento endoscópico a 6 y 12 m para descartar aparición de nuevas lesiones.
- d) Es preciso la erradicación del esófago de Barrett mediante radiofrecuencia para evitar el desarrollo de neoplasia metacrónica.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

- d) Es preciso la erradicación del esófago de Barrett mediante radiofrecuencia para evitar el desarrollo de neoplasia metacrónica.

Siguiente

Comentario

- En caso de EB subyacente a un adenocarcinoma esofágico es necesario su erradicación completa. La radiofrecuencia es la técnica más empleada en nuestro medio. Es un tratamiento endoscópico que destruye la mucosa mediante efecto térmico.
- Dado el riesgo de recurrencia, los pacientes tratados endoscópicamente requieren un seguimiento endoscópico regular, generalmente cada tres-seis meses durante el primer año y posteriormente controles anuales.
- Tras una resección endoscópica inicial, debe ser considerada la cirugía ante la presencia de los siguientes hallazgos:
 - Infiltración vascular o linfática.
 - Tumor pobremente diferenciado (Grado ≥ 3).
 - Infiltración de la submucosa $\geq 500\mu\text{m}$.
 - Presencia de tumor residual en el margen de resección (R1).

Siguiente

Para saber más...

- **Opciones terapéuticas en el tratamiento del cáncer precoz de la unión esofagogástrica.** Cirugía Española. 2019 . Félix Junquera, Sonia Fernández-Ananín, Carmen Balagué.
- **Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers, Version 2.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology.** J Natl Compr Canc Netw. 2019 Jul .
- **ESMO Guidelines Committee. Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up.** Ann Oncol. 2016 Sep;27

Siguiente



Ha finalizado el caso clínico.

Caso clínico de endoscopia.

Dra. Beatriz Tormo Lanseros. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Dra. Belén Agudo Castillo. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda