



CORRESPONDENCIA

Fernando Luis Miranda Rojas

fmirandar@uandina.edu.pe

Recibido: 15/05/2018

Aprobado: 18/05/2018

Citar como: Miranda-Rojas FL, Carcinoma de células escamosas primario esofágico y esófago de Barrett características histológicas y epidemiológicas: reporte de dos casos. *Rev Sal And.* 2018; 1(1): 20-2

Carcinoma de células escamosas primarias esofágicas y esófago de Barrett características histológicas y epidemiológicas: reporte de dos casos

Carcinoma of esophageal primary squamous cells and Barrett's esophagus histological and epidemiological characteristics: report of two cases

Fernando Luis Miranda-Rojas^{1, 2, a}

2. Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento académico de Medicina humana de la Universidad Andina del Cusco, Cusco. Perú
3. Hospital Antonio Lorena cusco. Perú
- a. Medico Patólogo

RESUMEN

Se presentan dos casos clínicos el primero corresponde a un paciente con una masa exofítica en tercio medio de esófago que histológicamente corresponde a un Carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado y un segundo caso correspondiente a un paciente con antecedente de enfermedad por reflujo gastroesofágico con alteraciones endoscópicas en la unión gastro-esofágica que al estudio histológico fue diagnosticado como Esófago de Barrett.

PALABRAS CLAVES: Células escamosas, esófago de Barrett

ABSTRACT

Two clinical cases are presented. The first one, corresponds to a patient with an exophytic mass in the middle third of the esophagus that histologically corresponds to a moderately differentiated squamous cell carcinoma and a second case correspond to a patient with a history of gastro esophageal reflux disease with endoscopic alterations in the gastro-esophageal junction that the histological study was diagnosed as Barrett's esophagus

KEYWORDS: Squamous cell carcinoma, Barrett's esophagus

INTRODUCCIÓN

El esófago de Barrett se define como el reemplazo del epitelio escamoso del esófago por epitelio columnar de tipo intestinal, se presenta normalmente asociado a la enfermedad por reflujo gastrointestinal en el esófago distal (próximo a la unión esófago-gástrica), posee gran importancia clínica debido a que conlleva un mayor riesgo para el desarrollo de adenocarcinoma(1) El riesgo de desarrollar adenocarcinoma esofágico es de 20 a 60 veces mayor en pacientes con esófago de Barrett que el de la población general(2) es por ello que es importante su detección y control. El carcinoma de células escamosas de esófago es una neoplasia maligna con diferenciación epidermoide que se localiza principalmente en el tercio medio del esófago y se encuentra en relación a múltiples factores (alcohol, Virus Papiloma humano, nitrosaminas, entre otros)(3) y se asocian clínicamente con la dificultad para le

deglución inicial para sólidos y posteriormente a líquidos. Entre las neoplasias malignas esofágicas el Adenocarcinoma y el carcinoma escamoso representan el 95% de los tipos histológicos(4) debido a su alta frecuencia es que es importante conocer estas entidades.

PRESENTACIÓN DE CASO

El primer caso corresponde a un paciente de sexo masculino de 68 años, que presenta desde hace 3 meses dificultad progresiva a la deglución de sólidos, con tolerancia a los líquidos, por lo cual se le realiza un estudio endoscópico en el cual se evidencia presencia de una masa exofítica blanquecina que obstruye aproximadamente 70% de la luz esofágica ubicada a 28cm de la arcada dentaria del cual se toman biopsias.

Macroscópicamente se reciben 05 fragmentos de tejido blanquecino, el mayor mide 0,3cm y el menor de 0,1cm, se incluyen todos los fragmentos, se colorean con hematoxilina-eosina y se identifica una proliferación de múltiples nidos de células grandes de aspecto escamoso con focos de queratinización (perlas de queratina) (fig.1) ; a mayor aumento estos nidos celulares presentan pleomorfismo nuclear, anisocariosis, aumento de la relación núcleo/citoplasma, infiltrado linfocitario, y presencia de mitosis(fig.2), concluyendo en el diagnóstico de Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado.

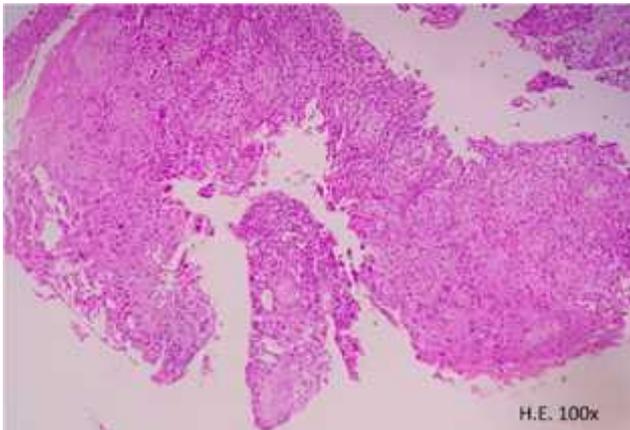


Fig. 1. Fragmento biopsico en el que se identifica proliferación de nidos de células escamosas neoplásicas, con perlas de queratina

El segundo caso corresponde a un paciente de 49 años de sexo masculino con antecedentes de reflujo gastroesofágico, endoscópicamente se evidencia mucosa de aspecto asalmonado en la unión esófago-gástrica, de la cual se toman biopsias, macroscópicamente se reciben 02 04 fragmentos de tejido pardo blanquecino, el mayor de ellos mide 0,3cm y el menor de 0,1cm, se incluye toda la muestra, es coloreado con hematoxilina-eosina, y se identifica la presencia de segmentos de epitelio escamoso estratificado plano no queratinizado (epitelio esofágico normal) con segmentos de epitelio cilíndrico simple sin atipia con abundantes células caliciformes, en relación a epitelio intestinal (Fig. 3), concluyendo como diagnóstico en Esófago de Barrett, Metaplasia intestinal sin atipia.

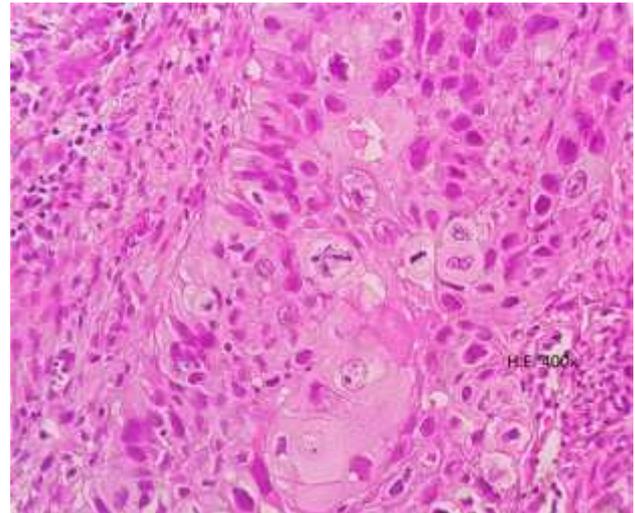


Fig. 2 A mayor aumento podemos evidenciar el marcado aumento de tamaño nuclear, así como el pleomorfismo de los mismos, el aumento de la relación núcleo/citoplasma y la presencia de mitosis

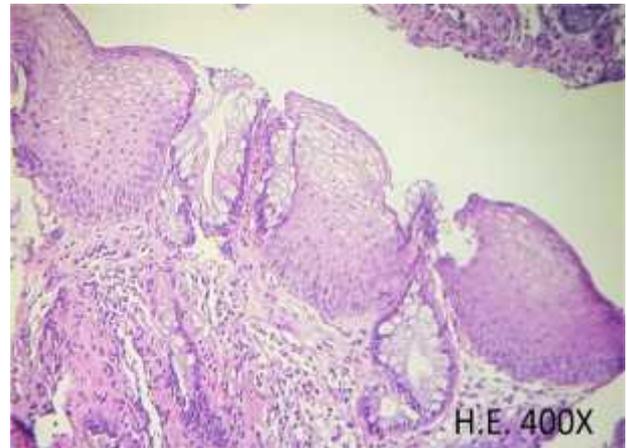


Fig. 3 Se identifica epitelio estratificado plano no queratinizado (epitelio esofágico normal) que ha sido reemplazado en algunos segmentos por células epiteliales maduras cilíndricas simples con células caliciformes (epitelio intestinal), en relación a esófago de Barrett

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Histológicamente el carcinoma escamoso de esófago se caracteriza por la proliferación de grupos celulares escamosos con marcada atipia citológica y arquitectural, dentro de estos cambios podemos identificar el pleomorfismo nuclear (núcleos de diferentes formas), anisocariosis (núcleos de diferentes tamaños), marcada hiperchromasia nuclear, aumento de la relación núcleo/citoplasma, presencia de mitosis típicas y atípicas en todos los estratos del epitelio, una gran desorganización de la estructura del epitelio y además la infiltración de células epiteliales maligna en diferentes capas, a pesar de que eso no podemos observarlo claramente en muestras obtenidas por

biopsias endoscópicas, ya que estas muestras suelen contener solamente mucosa.

Mientras que el Esófago de Barrett es una metaplasia intestinal, entendiendo como metaplasia al reemplazo o transformación de las células de un epitelio maduro por otro epitelio maduro próximo o remoto, entonces en el caso concreto del Esófago de Barrett entendemos que el epitelio escamoso propio del esófago, ha sido reemplazo por epitelio columnar intestinal con presencia de células caliciformes, estas células metaplásicas son maduras, de aspecto normal, sin atipia citológica ni arquitectural, en este caso no hay invasión de las células a otras capas fuera del epitelio.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

El carcinoma escamoso es la neoplasia maligna más frecuente de esófago, se encuentra altamente relacionado con alcoholismo y tabaquismo como principales agentes causales relacionados pero además se ha visto relación con agentes infecciosos como el papiloma virus humano, infecciones fúngicas, esofagitis crónica y enfermedad celiaca, se presenta con mayor frecuencia en el tercio medio esofágico y de manera menos frecuente en el tercio superior, es una neoplasia bastante agresiva con una supervivencia es inferior al 9% a los 5 años del diagnóstico(3) presenta recurrencias frecuentes, metástasis ganglionares cervicales y raramente al sistema nervioso central.

El esófago de Barrett es considerada una lesión premaligna, asociada con adenocarcinoma esofágico, está relacionada principalmente a la enfermedad por reflujo gastroesofágico (se encuentra en 6 al 12% de biopsias de estos pacientes)(2) pero también se ha visto en pacientes con hernia hiatal, ulcera péptica, obesidad y quimioterapia, ocurre en el tercio distal del esófago a nivel de la unión esófago-gástrica, al ser diagnosticado requiere de tratamiento antirreflujo (médico o quirúrgico) y vigilancia endoscópica frecuente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. de la Cuesta JLT. Esófago de Barrett (Actualidades en el diagnóstico y tratamiento). Revista de Gastroenterología de México. 2013 2013/08/01/;78:10-2.
2. Quera P R, Valenzuela E J. Esófago de Barrett: la antesala del adenocarcinoma de esófago. Revista Médica Clínica Las Condes. 2008;19(4):316-21.
3. Hermida Pérez JA, Capote León L, Sobenes Gutiérrez RJ, Pérez Concepción SB. Carcinoma epidermoide de esófago, adenocarcinoma de colon y policitemia vera: tres neoplasias primitivas, un

mismo paciente. Medicina General y de Familia. 2015 2015/07/01/;4(3):81-4.

4. Munítiz V, Ortiz-Escandell Á, Martínez de Haro LF, Antonio García-Marcilla J, Molina J, Ruiz de Angulo D, et al. Resultados del cáncer de esófago reseado. Estudio comparativo entre el adenocarcinoma y el carcinoma epidermoide. Cirugía Española. 2004 2004/01/01/;76(2):94-100.

