

# Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Temprano de Esófago

\* Dr. Ismael Soriano Ph.D.

Jefe Departamento Medicina I.G.B.J. Profesor Titular UMRPSFXCh

\*\* Dr. Grover Tadeo

R II de Gastroenterología I.G.B.J.

\*\*\* Dra. Litha Urieta

R II de Cirugía H.S.B.

## RESUMEN.-

El desarrollo alcanzado por la ciencia medica en la actualidad y la necesidad de evitar la progresión del CA de esófago ha llevado a buscar muchos descubrimientos para realizar un tratamiento temprano y oportuno, la necesidad de evitar la mortalidad con sufrimiento al ser humano que lamentablemente padece esta enfermedad, independientemente cual sea su etiología.

## PALABRA CLAVE.-

Detección temprana del CA de esófago.

## INTRODUCCIÓN.-

El CA de esófago es la transformación de células cilíndricas a cúbicas siendo en la mayoría de los casos asintomático muy rara vez sintomática, que puede presentar, disfagia, odinofagia, pérdida de peso, hipo, neumonía, de cómo se llega al diagnóstico con Rx de tracto gastrointestinal superior, esofagograma, endoscopia alta más biopsia, ecoendoscopia, TAC, broncoscopio, toracoscopia.

## MATERIAL Y MÉTODOS CROMOENDOSCOPIA.-

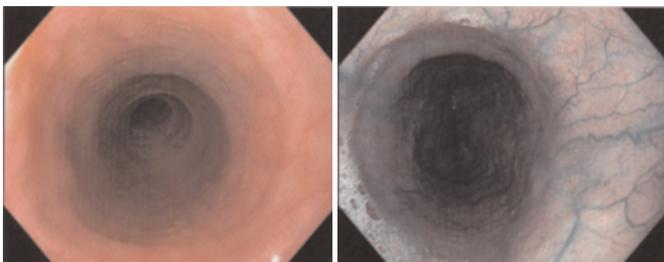


Fig. N° 1 Aumento de la trama vascular

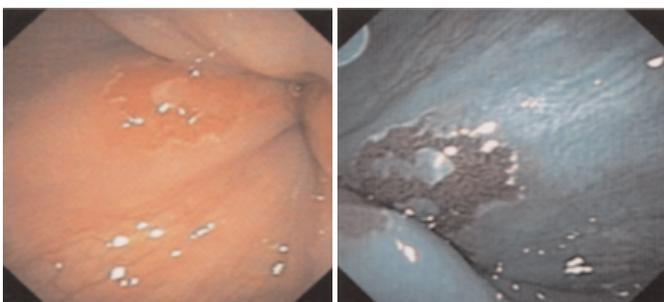


Fig. N° 2 Esófago de Barret observado con endoscopia

Aplicación tópica de tinciones en la mucosa GI para modificar la apariencia tisular y así mejorar la localización, características y diagnóstico de diversas lesiones mucosales.

## TATUAJE ENDOSCÓPICO.-

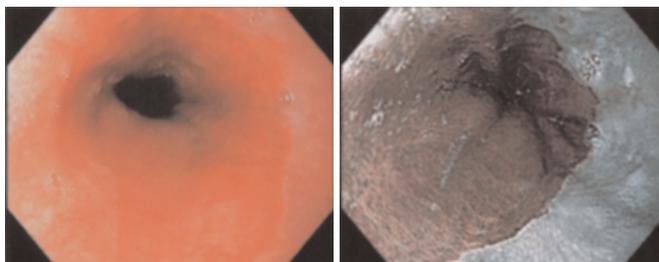


Fig. N° 3 Línea columnar esofágica

Marcación permanente en el tracto GI por inyección intramucosa de un pigmento para futura identificación endoscópica o quirúrgica de las lesiones de la mucosa.

## OBJETIVOS.-

- Detección de patología gastro intestinal temprana, localizada o curable.
- Tamizado en poblaciones de alto riesgo de neoplasia gastrointestinal.
- Mejora la certeza diagnóstica y terapéutica de patologías mucosales neoplásicas gastro intestinal.

Conocer las técnicas y recomendar su uso permite:

1. Visualizar en una forma más evidente los detalles de la mucosa.
2. Realzar las características de las lesiones ya detectadas, contrastando los márgenes de la lesión con los de la mucosa vecina normal.
3. Detectar lesiones anormales más rápida y eficientemente ya que sobresalen los detalles de su superficie.

## CLASIFICACIÓN DE COLORANTES AZUL DE METILENO.-

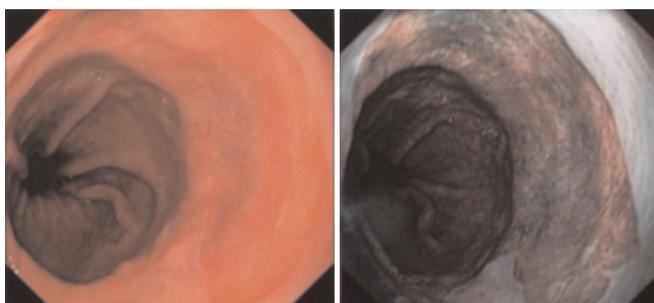


Fig. N° 4 Esófago de Barret segmento sospechoso

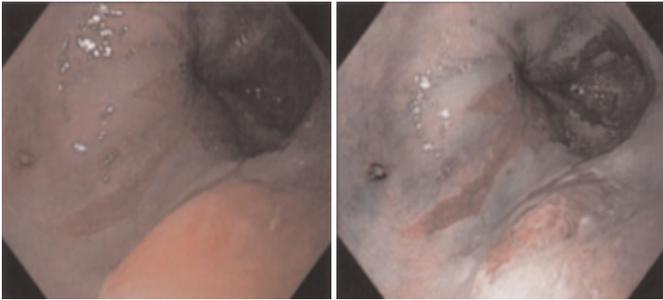


Fig. N° 5 Esófago de Barret con cáncer elevado superficial

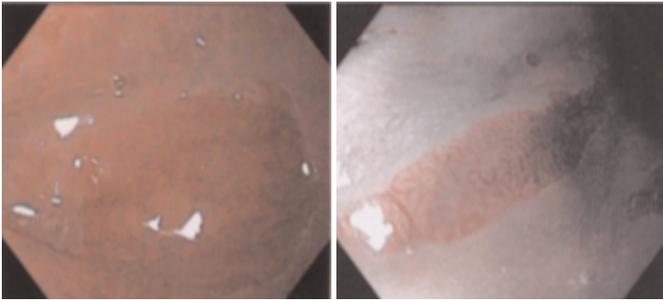


Fig. N° 6 Barret con displasia intestinal y metaplasia

Tabla 1. Métodos de tinción en endoscopia			
Tinción	Mecanismo de acción	Utilidad	Técnica
Indigo carmín	Se deposita en las irregularidades del epitelio	- Atrofia vellositaria en E. cefaca - Pólipos colónicos - Cambios displásicos colitis ulcerosa - Lesiones gástricas - Margen lesiones pre y post resección endoscópica - Lesiones pequeñas no valorables por endoscopia convencional	Directa: aplicación con catéter difusor a través del canal de trabajo de 3-5 ml (0.1-0.5%) con 15 ml de aire. Indirecta: cápsula (100 mg IC) tras la ingesta de polietilén glicol
Azul de metileno	Se absorbe por el epitelio intestinal, no por mucosa gástrica ni epitelio escamoso	- Cáncer gástrico precoz - Metaplasia intestinal gástrica - Metaplasia gástrica intestinal - Pólipos en colonoscopia - Cambios epitelio intestinal y colónico	Directa: aplicación de solución al 0.1-0.5% con catéter difusor y tras 1-2 minutos, lavar con agua
Violeta genciana	Se absorbe por criptas intestinales	- Criptas e invasión neoplásica con magnificación	Aplicación directa al 0.05% de la mínima cantidad necesaria, con catéter especial <sup>2</sup>
Lugol	Reacción con glucógeno de células escamosas esofágicas	- Displasia y cáncer esofágico precoz - Esófago de Barret	Catéter difusor 1-4%, 40-50 ml
Azul de toluidina	Reacción con DNA núcleo	- Diferenciar úlceras benignas de cáncer gástrico - Metaplasia en esófago de Barret	Aplicación de mucolítico antes y después de solución al 1%
Rojo Congo	Reacción con pH ácido (HCl gástrico) con cambio de coloración <sup>1</sup>	- Screening cáncer gástrico junto con azul de metileno - Metaplasia intestinal gástrica - Valorar vagotomía completa	Solución al 0.1-1% aplicada directamente

## EL SISTEMA TNM DEL AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER (AJCC).-

Tis: carcinoma in situ (el tumor no ha invadido más allá del epitelio, la primera o la capa más interna del esófago).

- T1: el tumor invade la lámina propia (segunda capa) o la submucosa (tercera capa).
- T2: el tumor invade la muscularis propia (cuarta capa).
- T3: el tumor invade la adventicia (quinta capa y la más externa).
- T4: el tumor invade las estructuras cercanas.

Etapas T

- Nx: Metástasis en ganglios linfáticos regionales, que no puede ser precisada.
- NO: No evidencia la metástasis en ganglios linfáticos regionales.
- N1: Metástasis en ganglios linfáticos regionales.

Categoría M

- Mx: Metástasis a distancia que no puede ser precisada.
- MO: No evidencia de metástasis a distancia.
- M1: Metástasis a distancia.

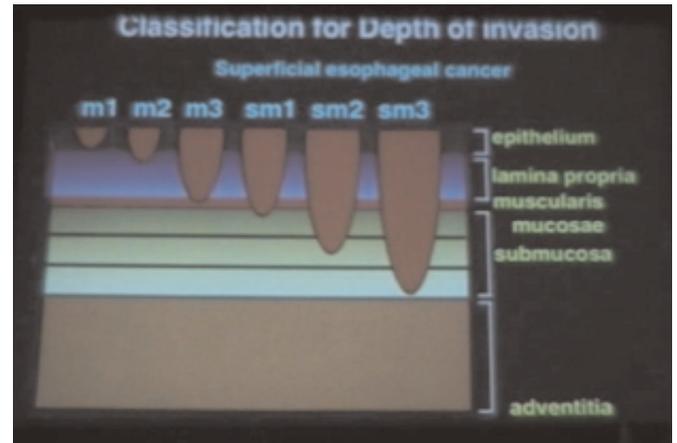


Fig. N° 7 Clasificación japonesa de la profundidad de CA esofágico

## Clasificación japonesa de la profundidad de CA esofágico

- m1 epitelio casi igual que ca in situ.
  - m2 invasión de la lámina propia.
  - m3 invasión de la muscularis mucosa pero no pasa la muscularis
  - sm1 es el tercio superior.
  - sm2 es la invasión de tercio medio de la mucosa.
  - sm3 la invasión del tercio más profundo de la submucosa.
- Por la Sociedad Japonesa para CA esofágico.

## ENDOSCOPIO DE MAGNIFICACIÓN N.B.I (NARROW BAND IMAGING).-

Esta forma tecnológica describe los detalles a continuación. Podemos ver con el endoscopio de magnificación.

- Microestructura de la superficie de la mucosa.
- Microestructura de los vasos intramucosos especialmente de la capa superficial que se puede ver bien.
- La histología epitelial se puede diagnosticar como normal, inflamación, displasia, carcinoma.
- Profundidad de infiltración del cáncer, se puede diagnosticar.

## ESQUEMA DE LA CLASIFICACIÓN DEL PATRÓN DE LA IPCL DE LOS VASOS.-

"Asa capilares papilares intraepiteliales"

- IPCL- TIPO I.- Normal
- IPCL- TIPO II.- Inflamación
- IPCL- TIPO III.- Inflamación puede tener displasia casi equivalente a la categoría de la clasificación de Viena.
- IPCL- TIPO IV.- Displasia moderada a severa, clasificación III a IV de la clasificación de Viena.
- IPCL- TIPO V.- Carcinoma

Estas cuatro características se pueden ver con endoscopia de magnificación, si éstas cuatro características se puede confirmar, se puede diagnosticar sin biopsia.

**EL TIPO V TIENE CUATRO SUBTIPOS**

- El tipo V – I = m1
- Tipo V – II = m2 se produce con la característica de CA en mucosa y estos tipos son indicaciones para tratamiento local como mucosectomía con Argón Plasma y Laser.
- Tipo V-III es m3 o sm1.- Aquí el riesgo de metástasis es de 5 a 10%.
- Es una indicación relativa de mucosectomía, a veces puede ir a cirugía o quimiorradioterapia, depende del caso.
- El tipo V-n= sm2.- Hay nuevos vasos tumorales, esta apariencia es un signo importante de invasión de submucosa. El tratamiento debe ser radical con cirugía radical o quimiorradioterapia.

**INDICACIONES DE EMR (RESECCIÓN DE LA MUCOSA POR ENDOSCOPIA).-**

	ABSOLUTOS	RELATIVOS
Depth of invasion	m1, m2	m3, sm1
Tamaño de tumor	- de 3,0 cm.	3,0 – 5,0 cm.
Circunferencia	- de 2/3	2/3 a total
Nº de lesiones	3 a 4 lesiones	5 a 8 lesiones

**CLASIFICACIÓN DEL PATRÓN DE LOS VASOS MUCOSOS ARTERIALES Y MUCOSOS POR ENDOSCOPIA DE MAGNIFICACIÓN**

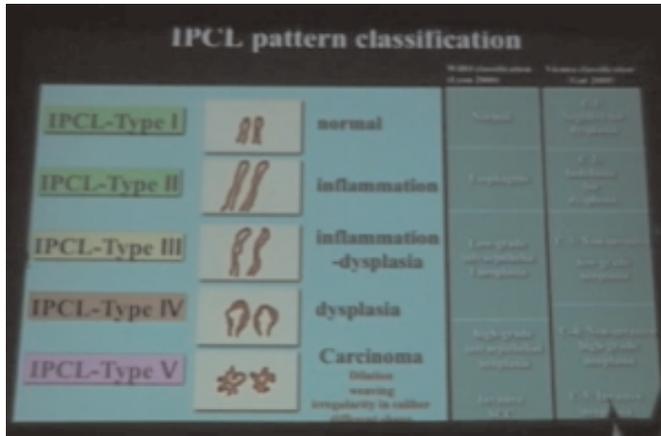


Fig. N° 8 Esquema de la clasificación del Patrón de la IPCL de los vasos

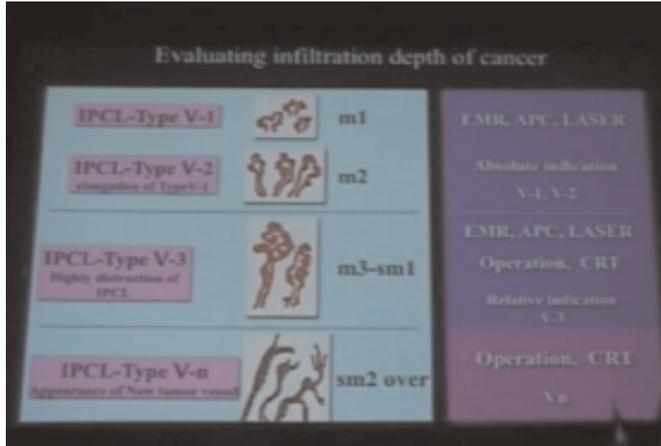


Fig. N°9 El tipo V tiene cuatro subtipos

**TECNICAS DE MUCOSECTOMIA.-**

- Existen cuatro técnicas de mucosectomía endoscópica:
- 1- • La inyección submucosa con solución salina y/o adrenalina diluida para formar una púpula que incluya la lesión, permitiendo resecarla con el asa de polipectomía.
  - 2- • La inyección submucosa, tracción con pinza de la lesión y resección con asa. Esta técnica requiere de un instrumento con doble canal de trabajo.
  - 3- • La inyección con aspiración en el cap distal, previamente cargado con el asa y corte.
  - 4- • Finalmente, la inyección con aspiración y ligadura elástica formando un pedículo para luego resecar con el asa de polipectomía.

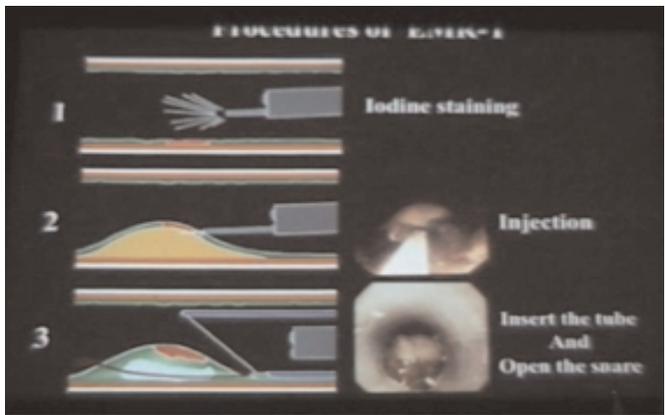


Fig. N° 10 Esquema de la técnica de mucosectomía

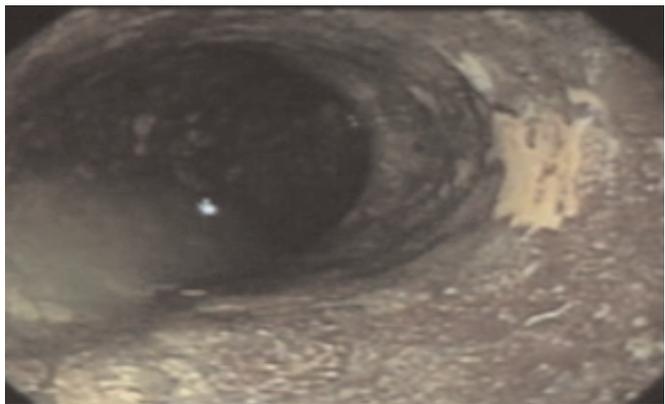
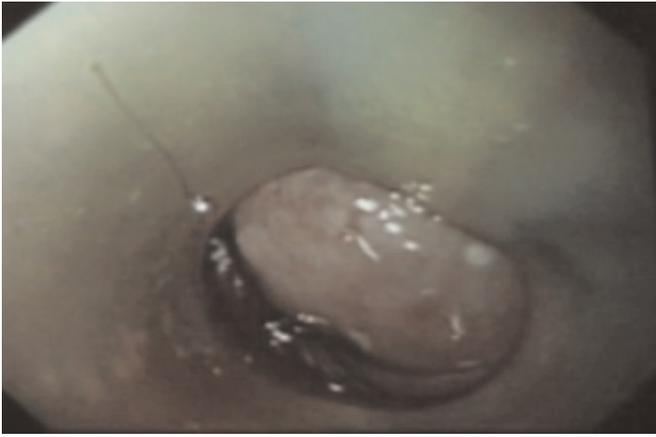


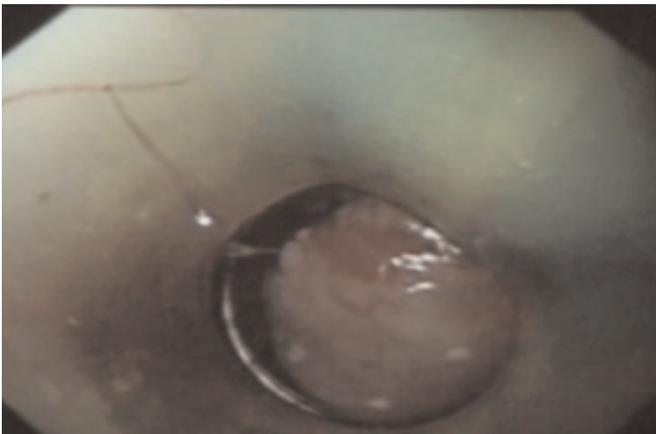
Fig. N°11 Imagen lesional de mucosa esofágica



Fig. N° 12 Inyección con sol. fisiológico y abon para ser resecaado



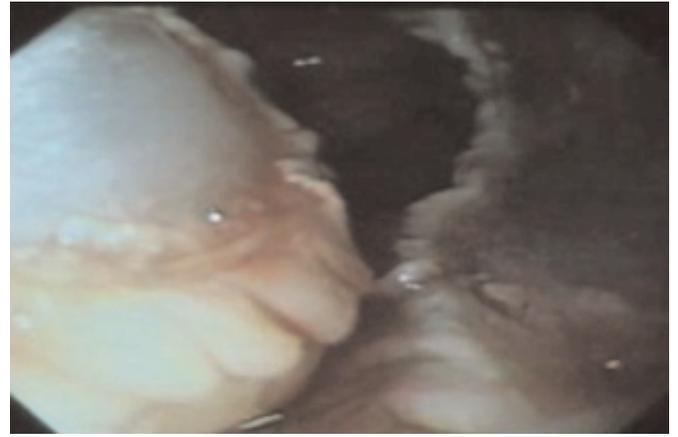
*Fig. N° 13 Asa de corte seccional de la lesión*



*Fig. N° 14 Sección del área comprometida*



*Fig. N° 15 mucosectomia*



*Fig. N° 16 pieza de mucosa*

#### **COMENTARIO.-**

La necesidad del tratamiento temprano del CA esofágico, disminuye la morbimortalidad de la enfermedad por medio de procedimientos sencillos y confiables para tratar esta patología maligna.

Se ha visto la necesidad, de buscar técnicas nuevas para detectar el cáncer temprano de esófago, ya que en nuestro medio se puede implementar, pero no es fácil, los especialistas deben utilizar nuevas tecnologías porque, sólo sabemos que el cáncer tiene una elevada incidencia en nuestro medio.

#### **BIBLIOGRAFÍA.-**

1. [http://American.cancer.society.determination.acsevents.org/site/Contact\\_US\\_Spanish\\_national\\_navigation](http://American.cancer.society.determination.acsevents.org/site/Contact_US_Spanish_national_navigation).
2. <http://medlap.blogspot.com/2005/05/medlap-instituto-de-ciruga-mini-mamnet.html>
3. <http://www.gastrocol.com/FrontPageLex/libreria/cl0005/11-468-endoscopia-con-narrow-band-imaging-endoscopia-con-narrow-band-imaging.htm>
4. <http://www.gastrocol.com/FrontPageLex/libreria/cromatoendoscopia/10005/pt/v24n1a10.pdf>
5. <http://www.intramed.net/contenidoover.PATRÓN-DE-LA-IPCL-DE-LOS-VASOS.asp?contenidoID=52993>
6. [http://en.wikipedia.org/wiki/American\\_Cancer\\_Society](http://en.wikipedia.org/wiki/American_Cancer_Society)