



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-307 - CARCINOMA ESOFÁGICO PRECOZ, ¿PODRÍA SER LA ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA ENDOSCÓPICA UNA ALTERNATIVA?

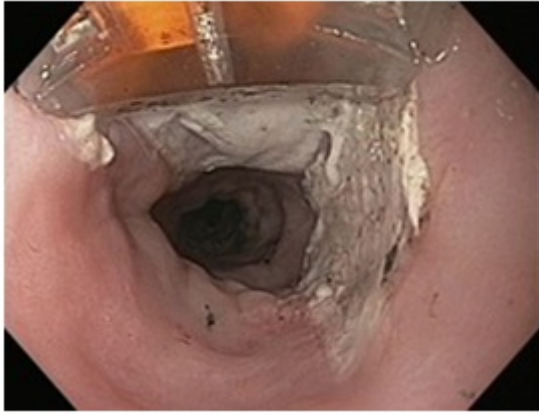
Magadán Álvarez, Cristina; Olmos Martínez, José Manuel; Fernández Gil, Pedro Luis; Trugeda Carrera, María Soledad; Fernández Díaz, María José; Toledo Martínez, Enrique; del Castillo Criado, Álvaro; Rodríguez Sanjuán, Juan Carlos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Introducción: El cáncer de esófago es el cuarto tumor más frecuente dentro del aparato digestivo, con una elevada mortalidad pese a un adecuado tratamiento. En los últimos años se han desarrollado distintas técnicas endoscópicas que permiten una aproximación a los tumores esofágicos en estadio precoz, lo cual implica una importante reducción de la morbimortalidad asociada a esta cirugía. La ablación por radiofrecuencia se ha empleado en el tratamiento del adenocarcinoma intramucoso y la displasia asociada al esófago de Barrett, siendo controvertido su empleo sobre el carcinoma epidermoide por lo que existe menor experiencia.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón asintomático, ex usuario de drogas por vía parenteral, fumador de 20 cig/día y consumo enólico moderado. Con antecedentes personales de: Infección por VIH desde 1994 complicada con TBC pulmonar en 2003 y condilomas acuminados anales en 2001, actualmente con carga viral indetectable y 320CD4. Cirrosis hepática Child A por VHC genotipo 3, en respuesta viral sostenida tras tratamiento con interferón y ribavirina en 2012, complicada con una descompensación hidrópica en 2002 sin recurrencias posteriores. Carcinoma epidermoide lingual T1N0M0 resecado quirúrgicamente en 2012 sin recidiva posterior. Se realiza endoscopia alta programada para despistaje de varices esofágicas. Durante el procedimiento se objetiva lesión hiperqueratósica plana, con mucosa desestructurada, de unos 2 cm de diámetro, situada en esófago medio. Se completa la exploración con endoscopio de alta definición con cromoendoscopia virtual (NBI), reforzándose la sospecha de lesión epidermoide. Mediante análisis histológico se confirma la presencia de carcinoma epidermoide in situ, sin invasión de la lámina basal y sin afectación de la submucosa (T1a). Tras descartar afectación ganglionar o a distancia se programa Ablación por radiofrecuencia que se lleva a cabo sin complicaciones inmediatas. A las 8 semanas, se realiza una nueva endoscopia con biopsias sin objetivarse tejido tumoral. A seguido controles periódicos sin recidiva hasta el momento actual.



Discusión: La elección del tratamiento del carcinoma esofágico debe basarse en un correcto diagnóstico y estadificación del tumor, teniendo en cuenta la profundidad de la invasión de la pared esofágica, afectación ganglionar y a distancia. Aunque el tratamiento quirúrgico es el tratamiento estándar y más eficaz, en estadios iniciales sin afectación de la submucosa ni ganglionar (T1aN0) se deben considerar las técnicas endoscópicas, como la resección y la radioablación, puesto que parecen presentarse como una alternativa en casos seleccionados. La disección submucosa es preferible, dado que permite una valoración histológica más completa, sin embargo, debería realizarse únicamente en centros expertos en la técnica. Las principales complicaciones asociadas a estos procedimientos son la estenosis y las perforaciones iatrógenas. Son necesarios estudios a largo plazo para evaluar la seguridad de este procedimiento en el tratamiento del carcinoma epidermoide, actualmente podría ser una alternativa a considerar en casos seleccionados.