

## Cartas al Director

### HDA por metástasis gástrica como presentación de un carcinoma epidermoide de esófago

---

*Palabras clave:* Carcinoma esofágico. Metástasis gástrica.

*Key words:* Esophageal carcinoma. Gastric metastasis.

---

*Sr. Director:*

El cáncer de esófago es una de las neoplasias digestivas de peor pronóstico. En un 70% de los casos existe diseminación extraesofágica en el momento del diagnóstico, habitualmente en forma de metástasis ganglionares. La presencia de metástasis gástricas en el contexto de un carcinoma epidermoide de esófago se ha descrito en la literatura en escasas ocasiones (1-6), pudiendo ser ambas lesiones sincrónicas (7) o metacrónicas (tras radioterapia o cirugía de resección) (6). En algunos casos la lesión esofágica se encontraba en tercio medio, mientras que en otros casos se localizaba en tercio distal, dificultando en este caso la diferenciación entre metástasis gástrica o lesión por continuidad (8,9). La incidencia descrita oscila desde un 1 a un 4% (1,2,10). La localización más frecuente es en el cardias (9), generalmente a nivel submucoso (1-3,9).

Recientemente hemos tratado uno de estos infrecuentes casos. Se trataba de una mujer de 60 años de edad que presentaba melenas de 2 meses de evolución y leve disfagia, con anemia normocítica normocroma, CEA y CA 19.9 normales y una tumoración de tercio medio de esófago de 2 cm de longitud y otra en cardias, identificadas mediante esófago-gastroscopia. La biopsia de ambas lesiones fue informada como carcinoma epidermoide poco diferenciado. Mediante TAC y ecoendoscopia se apreciaron dos tumoraciones, sin que quedara claro si existía o no continuidad entre ellas. En la intervención quirúrgica se constató la presencia de una tumoración grande localizada en el fundus gástrico, sin apreciarse afectación del esófago distal y una tumoración del tercio medio esofágico, de aproximada-

mente 2 cm de diámetro, sin aparente continuidad entre ambas, por lo que se interpretó como metástasis gástrica del carcinoma esofágico. Se realizó esofagectomía subtotal y gastroplastia con anastomosis intratorácica. La anatomía patológica de la pieza describió ambos tumores como carcinomas epidermoides, pT4 en ambos casos, pN1 en la lesión gástrica, sin evidencia de continuidad entre ambas. La paciente falleció por diseminación neoplásica a los 8 meses.

En los casos descritos en la literatura se aprecia un mayor tamaño del tumor esofágico frente a las lesiones observadas en el estómago (3), mientras que en el caso clínico que presentamos la lesión más llamativa ha sido la gástrica. Esto nos hace pensar que la clínica debutó por la tumoración gástrica, siendo la esofágica un hallazgo endoscópico incidental. Teniendo en cuenta que la lesión gástrica era metastásica, es más que discutible la opción quirúrgica, ya que la presencia de metástasis a distancia es por sí misma una contraindicación para la cirugía, por el mal pronóstico que implica (3,10). Sin embargo, en el caso expuesto, existían dudas radiológicas razonables de que pudiera tratarse de una lesión por continuidad, por lo que se optó por el tratamiento quirúrgico. En estos casos, la resección en bloque puede llegar a ser curativa en un 83% de los pacientes, con una supervivencia del 25% a los 5 años (9).

Finalmente cabe destacar que, tanto en este caso clínico como en los revisados en la literatura, ha existido invasión linfática (1,3,10), apoyando la posibilidad de que estas metástasis se originen por diseminación linfática desde esófago a estómago; esto hace necesaria una adecuada exploración del estómago durante la cirugía esofágica (1,5,7), para no infradiagnosticar posibles lesiones gástricas metastásicas, especialmente cuando se utiliza el estómago para la reconstrucción del tránsito tras esofagectomía.

M. López Deogracias, J. C. Rodríguez-Sanjuán, F. de la Torre Carrasco, R. A. García Díaz, M. S. Trugeda Carrera y M. Gómez-Fleitas

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo II.  
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander*

## Bibliografía

1. Ebihara Y, Hosokawa M, Kondo S, Katoh H. Thirteen cases with intramural metastasis to the stomach in 1259 patients with oesophageal squamous cell carcinoma. *Eur J Cardiothorac Surg* 2004; 26: 1223-5.
2. Kuwano H, Baa K, Ikebe M, Kitamura K, Adachi Y, Mori M, et al. Gastric involvement of oesophageal squamous cell carcinoma. *Br J Surg* 1992; 79: 328-30.
3. Saito T, Lizuka T, Kato H, Watanabe H. Esophageal carcinoma metastatic to the stomach. A clinicopathologic study of 35 cases. *Cancer* 1985; 56: 2235-41.
4. Allen HA, Bush JE. Midesophageal carcinoma metastatic to the stomach: Its unusual appearance on an upper gastrointestinal series. *South Med J* 1983; 76: 1049-51.
5. Glick SN, Teplick SK, Levine MS. Squamous cell metastases to the gastric cardia. *Gastrointest Radiol* 1985; 10: 339-44.
6. Dhir V, Mohandas KM, Santhi Swaroop V, Desai DC, Nagral A, Dins KA, et al. Gastric metastases from oesophageal cancer. *Indian J Gastroenterol* 1990; 9: 301-2.
7. Glick SN, Teplick SK, Levine MS, Caroline DF. Gastric cardia metastases in oesophageal carcinoma. *Radiology* 1986; 160: 627-30.
8. Takano Y, Koyama S, Yokota H, Nakahara A, Fukutomi H, Oruga T, et al. A case of superficial oesophageal cancer with an intramural metastasis to the gastric wall. *Gan No Rinsho* 1989; 35: 948-54.
9. Koide N, Yazawa K, Koike SS, Adachi W, Amano J, Ishii K. Two cases of gastric involvement of oesophageal cancer: Intramural metastasis and intramural lymph node metastasis. *Hepatogastroenterology* 1998; 45: 1619-23.
10. Kato H, Tachimori Y, Watanabe H, Itabashi M, Hirota T, Yamaguel, et al. Intramural metastasis of thoracic esophageal carcinoma. *Int J Cancer* 1992; 50: 49-52.