



Carcinoma epidermoide de esófago  
**Squamous cell carcinoma of the esophagus**

Rolando Zamora-Fung<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0003-1596-4104>

Julio Jesús García-Gázquez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-9711-4300>

Ana María Cepeda-González<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-5131-3005>

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas "Enrique Cabrera". La Habana, Cuba.

<sup>2</sup>Hospital Clínico-Quirúrgico "Freire de Andrade". La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: [rolandozf97@nauta.cu](mailto:rolandozf97@nauta.cu)

## RESUMEN

**Introducción:** El carcinoma epidermoide constituye la variedad más frecuente de cáncer esofágico. Se considera poco frecuente en la práctica clínica y su evolución es muy agresiva.

**Objetivo:** Describir las manifestaciones clínicas y diagnóstico de un paciente con carcinoma epidermoide de esófago.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 46 años de edad, que comenzó con fiebre, tos y disfonía; apareció disfagia 20 días después. Se identificó un tumor por exámenes imagenológicos y se indicó biopsia con toma de muestra, mediante endoscopia superior, de manera que se confirmó la enfermedad.

**Conclusiones:** El cáncer esofágico es una entidad infrecuente. Su síntoma cardinal, la disfagia, no se evidencia al inicio de la enfermedad y su diagnóstico se realiza a través de estudios imagenológicos e histológicos.

**Palabras clave:** cáncer de esófago; disfagia; endoscopia; biopsia.



## ABSTRACT

**Introduction:** Squamous cell carcinoma constitutes the most frequent variety of esophageal cancer. It is considered rare in clinical practice and its evolution is very aggressive.

**Objective:** To describe the clinical manifestations and diagnosis of a patient with squamous cell carcinoma of the esophagus.

**Clinical case:** 46-year-old male patient, who began with fever, cough and dysphonia. Dysphagia developed 20 days later, the tumor was identified by imaging tests and a biopsy was indicated with sampling by upper endoscopy so that the disease was confirmed.

**Conclusions:** Esophageal cancer is a rare entity. Its cardinal symptom, dysphagia, is not evident at the beginning of the disease and its diagnosis is made through imaging and histological studies.

**Keywords:** esophageal cancer; biopsy; dysphagia; endoscopy.

Recibido: 21/05/2021

Aprobado: 09/08/2021

## INTRODUCCIÓN

El cáncer esofágico se origina en la mucosa del esófago y se expande hacia la capa muscular y adventicia, a medida que aumenta su tamaño. En dependencia del tipo de célula donde se origine, tiene lugar el carcinoma epidermoide o carcinoma de células escamosas. Se forma en las células escamosas que revisten al órgano y se sitúa en la parte media y superior; el adenocarcinoma comienza en células glandulares y se sitúa en la parte inferior o en la unión esófago-gástrica. Ambas formas son muy agresivas, lo que hace de la neoplasia esofágica una de las de menor supervivencia, con un 15 % en 5 años y se ha descrito que el tiempo de vida, si es diagnosticada en fase avanzada, sea entre 5 y 7 meses.<sup>(1,2,3,4,5)</sup>

---

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

Bajo licencia Creative Commons 



En Cuba, en el año 2019 ocurrieron 787 defunciones por cáncer esofágico, para una tasa de 7 por 100 000 habitantes. Ocurrieron 646 defunciones masculinas para una tasa de 11,6 por 100 000 habitantes y 141 defunciones femeninas, para una tasa de 2,5 por 100 000 habitantes.<sup>(6)</sup>

El presente artículo tiene como objetivo describir las manifestaciones clínicas y el diagnóstico de un paciente con carcinoma epidermoide de esófago.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 46 años de edad, de color de piel negra, fumador de larga data de 1 caja de cigarrillos al día. Comenzó con tos y expectoración sanguinolenta en forma de pequeños coágulos, fiebre (no precisa grados) y pérdida considerable de peso (no precisa cantidad). Acudió a urgencias; en la valoración clínica inicial y los exámenes complementarios, se diagnosticó una neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Se inició tratamiento con antimicrobianos y el paciente evolucionó de manera favorable. Se identificó una ligera disfonía y se solicitó valoración por otorrinolaringología; se arribó al diagnóstico de laringitis por reflujo gastroesofágico.

Veinte días después comenzó con tos frecuente, intensa, expectoración sanguinolenta, acompañada de ligera disnea, ronquera, dificultad para ingerir alimentos sólidos, pérdida del apetito y de peso.

Datos positivos al examen físico: índice de masa corporal: 16,9 kg/m<sup>2</sup> (peso: 49 kg, talla: 170 cm); estertores crepitantes en base pulmonar derecha.

Exámenes complementarios:

De laboratorio: hematocrito: 0,33 g/L; hemoglobina: 10,5 g/L; leucocitos: 10,7 x 10<sup>9</sup>/L; polimorfonucleares: 0,76; linfocitos: 0,17; eosinófilos: 0,1; conteo de plaquetas: 474 x 10<sup>9</sup>/L; eritrosedimentación: 122 mm/h; glucemia: 4,9 mmol/L; creatinina: 93 mmol/L; urea: 5,1; TGP: 6 UI; TGO: 9 UI; colesterol: 3,34 mmol/L; triglicéridos: 1,03 mmol/L; proteínas totales: 76 mmol/L; albúmina: 40,2 mmol/L; ácido úrico: 243 mmol/L; GGT: 26 U/L; FAL: 105 U/L.

Imagenológicos: radiografía de tórax pósterio-anterior: no se observaron alteraciones pleuropulmonares ni mediastinales. No cardiomegalia. No alteraciones de la columna dorsal.



Rayos X de esófago, estómago y duodeno: no realizado por dificultad a la deglución del contraste.

Tomografía computarizada (TC) de tórax y cuello: se observó en la base de la lengua una masa heterogénea de aspecto tumoral, de bordes mal definidos, que se extiende hacia la orofaringe; mide 44 x 29 mm y tiene una densidad de 48-88 UH que oblitera la luz de la faringe a este nivel. Engrosamiento difuso (masa sólida) de toda la pared del esófago, que oblitera su luz, la cual es concéntrica e irregular. Se asocia a adenopatías paratraqueales y subcarinales. Existe patrón nodular difuso con una trama pulmonar de ecogenicidad aumentada, sobre todo hacia la base izquierda. Se observa una imagen nodular, bien definida de 13 mm, paracardiaca izquierda, de densidad 54 UH, de aspecto maligno.

Se realiza endoscopia superior bajo anestesia, con toma de muestra para biopsia y se confirma el diagnóstico de carcinoma epidermoide (pleomorfismo celular y nuclear, hiperchromatismo, mitosis atípicas y células gigantes). El paciente evolucionó con pérdida marcada de peso y caquexia hasta su fallecimiento.

## COMENTARIOS

Ambos tipos de cáncer esofágico presentan manifestaciones clínicas similares, pero diferencias en los factores causales o de riesgo.<sup>(7)</sup> Para el carcinoma epidermoide, los más comunes son el excesivo consumo de alcohol y tabaco, las edades comprendidas entre los 50 y 70 años, el sexo masculino con ligero predominio a razón de 4:1, antecedentes familiares de primer o segundo grado, color de piel negra, residencia en zonas geográficas de alta prevalencia y bajo nivel socioeconómico. También se encuentran factores nutricionales, como el consumo de sustancias cancerígenas e irritantes de la mucosa y la deficiencia de vitamina A e hierro. Se imbrican también enfermedades, como hiperqueratosis congénita, la callosidad de palmas y plantas, y la presencia del virus del papiloma humano.<sup>(8,9)</sup>

La literatura revisada<sup>(4,5,7,10)</sup> coincide en que el síntoma inicial y fundamental para identificar la enfermedad, es la disfagia, la cual expresa un estadio avanzado de la neoplasia. La disfagia es mecánica y progresiva, al comienzo para alimentos sólidos y luego para líquidos. Se manifiesta sensación de enclavamiento a nivel esternal o epigástrico, en dependencia de la localización del tumor. Con la



evolución del cáncer, aparecen otros síntomas como adelgazamiento, sialorrea, dolor torácico, regurgitación y odinofagia. La lesión de los nervios recurrentes produce disfonía, y la invasión de los nervios simpáticos, produce el síndrome de Claude-Bernard-Horner. Además, pueden ocurrir perforaciones mediastínicas, derrames pleurales y fistulas aórticas, así como ictericia e hipercalcemia, por metástasis hepáticas y óseas.

En el caso presentado, al comienzo no se evidenció la disfagia, sino un cuadro clínico aparente de NAC con una evolución favorable con tratamiento antimicrobiano. Se evidenció ligera disfonía, que se consideró como laringitis por reflujo gastroesofágico. Después se identificó la disfagia como expresión de un estadio avanzado, acompañada de ronquera, tos intensa frecuente y expectoración sanguinolenta. Lo anterior hizo pensar en una fistula traquesofágica. Otros elementos como pérdida de peso y anorexia, ratificaban la presencia de un proceso oncoproliferativo.

Los exámenes complementarios suelen arrojar anemia y elevación de los reactantes de fase aguda. Los estudios imagenológicos evidencian la presencia del tumor o las metástasis.<sup>(4,5,7,10)</sup> En este paciente se evidenció anemia, hemodilución, eritrosedimentación acelerada, neutrofilia y la presencia del tumor en estudios imagenológicos.

El diagnóstico de la enfermedad se llevó a cabo mediante la toma de muestra para biopsia, a través de la endoscopia superior, con las dificultades ya descritas. No se realizaron estudios evolutivos de la lesión por la evolución desfavorable.

Para *Ávalos García* y otros,<sup>(1)</sup> predominó el sexo masculino (85,7 %) con edades mayores de 60 años. Los factores de riesgo predominantes fueron la dieta inadecuada, la ingestión de alcohol y el tabaquismo. La disfagia fue el principal motivo de consulta. Todos los casos se diagnosticaron entre los 3 y 6 meses desde el inicio de los síntomas. Algunos datos anteriores se asemejan al caso reportado, como el sexo masculino y tabaquismo. Sin embargo, la disfagia no constituyó el síntoma inicial y el caso descrito se diagnosticó días después de haber comenzado los síntomas, lo cual sugirió una evolución rápida y agresiva.

*Seca* y otros<sup>(11)</sup> describen un caso clínico de paciente masculino de 56 años de edad, fumador de larga data, hospitalizado tras un episodio de síncope con pérdida de peso, y anemia, el cual fue diagnosticado



mediante endoscopia superior con biopsia de la muestra obtenida (carcinoma espinocelular invasivo), al realizar TC de tórax y ecocardiograma, se evidenció invasión cardiaca del tumor.

Este paciente es de mayor edad que el caso presentado, pero se encuentra en el rango de mayor riesgo y además, ambos eran del sexo masculino, fumadores e iniciaron sin disfagia u otros síntomas clásicos.

Álvarez y otros<sup>(12)</sup> presentaron un paciente masculino, de 63 años de edad que, durante la intervención quirúrgica, se encontró una metástasis intramural en el fondo gástrico, de 10 cm de diámetro. Se le realizó una esofagogastrectomía y alcanzó una sobrevida de 14 meses. Este caso constituye un ejemplo de diagnóstico precoz, aunque ya exista metástasis, pues puede prolongar el tiempo de vida del paciente.

El carcinoma epidermoide constituye una entidad infrecuente en la clínica. El cuadro comenzó con tos, expectoración sanguinolenta, pérdida de peso, fiebre y disfonía. La disfagia apareció en etapas finales de la enfermedad. El diagnóstico fue realizado mediante estudios imagenológicos e histológicos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ávalos García R, Caballero Boza C, Umpierrez García I. Caracterización Clinicopatológica de pacientes con cáncer de esófago en el Hospital Mario Muñoz Monroy, Matanzas. Rev Médica Electrónica. 2015 [acceso: 07/10/2020]; 37(4): 345-55. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1386>
2. Piedra Luzán JU, Mursulí Leal A, Nogueira Cepero M, Rodríguez Collera S, Batista Madrigal G, et al. Cáncer de Esófago. Invest Medicoquir. 2011 [acceso: 07/10/2020]; 3(2): 142-154. Disponible en: <http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/25>
3. Dolz Nazario MA, Villariño Falcón GC, Tamayo Matos Elmer M, Lambert Oliú H, García Romero LI. Caracterización de pacientes con cáncer de esófago en el bienio 2013-2014. MEDISAN. 2016 [acceso: 07/10/2020]; 20(2): 146-56. Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/684>
4. Elizalde Frez JI. Cáncer de Esófago. En: Farreras Valentí P, Rozman C, Cardellach López F. Farreras – Rozman. Medicina Interna. 18va ed. Barcelona: Eslevier; 2016. p 85-88.



5. Baghetto Italo T, Enrique Daniela T. Cáncer de Esófago. En: Duarte Rojas M, Gómez Marinkovic B. Cirugía en Medicina General. 1ra ed. Chile: Centro de Enseñanza y Aprendizaje, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; 2020. p 137-142.
6. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadística de salud. Anuario Estadístico de Salud 2019. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2020 [acceso: 08/10/2020]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf>
7. Kahrilas Peter J, Hirano I. Enfermedades del Esófago. En: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison. Principios de Medicina Interna. 19na ed. D.F, México: McGraw-Hill; 2016. p 1900-1902.
8. López Martínez R, Anido Escobar CV. Tumores Benignos y Malignos del Esófago. En: Paniagua Estévez M, Piñol Jiménez E, Neri F. Gastroenterología y Hepatología Clínica. 1ra ed. La Habana, Cuba: Ecimed; 2015. p. 719-733.
9. Roa Montiel JA, Galván Dragotto A, Mereles ML, Garbini Mora D, Franco Rojas MB, et al. Prevalencia del Cáncer de Esófago y su tratamiento Quirúrgico en un Hospital de alta complejidad durante el periodo enero 2016-diciembre 2018. Cirugía paraguaya. 2020 [acceso: 07/10/2020]; 44(1): 12-15. Disponible en: <https://doi.org/10.18004/sopaci.2020.abril.12-15>
10. Rustgi Anil K. Neoplasias Esofágicas y Gástricas. En: Goldman L, Shaffer Andrew I. Goldman-Cecil, Tratado de Medicina Interna 25 ed. Barcelona: Elsevier; 2016. p 1314-1316.
11. Seca L, Barra S, Matos H. Invasión cardiaca de tumor de esófago. Rev Española Cardiología. 2013; 66(8): 664. DOI: 10.1016/j.recesp.2011.10.036
12. Álvarez R, Seguel E, Betancur GC. Carcinoma Escamoso de esófago con metástasis al estómago. Rev Chilena de Cirugía. 2002 [acceso: 07/10/2020]; 54(3): 284-7. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=42101>

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar conflicto de intereses.

---

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>



Los autores declaran que no recibieron financiamiento para la realización del artículo.