

Cáncer de esófago

El cáncer de esófago ocurre cuando se desarrollan células cancerosas en el esófago. Los dos tipos más comunes son el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma. El cáncer de esófago podría no presentar síntomas en sus etapas tempranas y se lo encuentra más frecuentemente en hombres de más de 50 años de edad.

Su doctor podría realizar un examen físico, una radiografía del pecho, una TAC del pecho, una radiografía del tracto gastrointestinal (GI) superior, una esofagoscopia, o una PET/TC para ayudar a determinar si usted tiene cáncer y si se han diseminado. Se necesita una biopsia para confirmar el diagnóstico de cáncer. Las opciones de tratamiento dependen de la extensión de la enfermedad e incluyen cirugía, radioterapia y quimioterapia, o una combinación de ambas.



¿En qué consiste el cáncer de esófago?

El cáncer de esófago se produce cuando se desarrollan células cancerosas en el esófago, una estructura larga con forma de tubo que conecta la garganta y el estómago. El esófago transporta la comida ingerida hacia el estómago y es parte del aparato digestivo superior.

Existen dos tipos principales de cáncer de esófago:

- El carcinoma de células escamosas, en el que el cáncer se desarrolla a partir de las células delgadas y planas (denominadas escamosas) que constituyen el revestimiento interior del esófago.
- El adenocarcinoma, en el que el cáncer se desarrolla a partir de las células glandulares en el recubrimiento del esófago.

Es posible que en las primeras etapas del cáncer de esófago no se presenten síntomas. En los cánceres más avanzados, los síntomas pueden incluir:

- dificultad para tragar (sensación de atragantarse o de que la comida se atasca)
- pérdida de peso
- dolor de pecho
- tos y regurgitación
- ronquera
- vómitos con sangre
- heces alquitranadas o sangre en las heces
- indigestión y acidez estomacal

Los médicos generalmente no detectan el cáncer de esófago hasta que está en un estadio avanzado. Es más común en adultos de más de 50 años de edad y es dos veces más probable que ocurra en hombres. Además del sexo y de la edad, los factores de riesgo para el cáncer de esófago incluyen:

- fumar
- consumo excesivo de alcohol
- enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), una condición en la que los contenidos del estómago retroceden hacia la sección inferior del esófago. Esto puede irritar el esófago y, con el tiempo, hacer que se desarrolle el esófago de Barrett. Esta es una condición en la que las células escamosas del recubrimiento interno de la parte inferior del esófago han cambiado o han sido reemplazadas por otras células glandulares. La mayoría de las personas con esófago de Barrett no desarrollan cáncer de esófago.
 - Las células glandulares afectadas por el esófago de Barrett se pueden volver anormales con el tiempo y llevar a una condición precancerosa llamada displasia. Si hay displasia, o si existe una historia familiar de esófago de Barrett, el riesgo de cáncer es mayor.

¿Forma en que se diagnostica y evalúa el cáncer de esófago?

Su médico le preguntará sobre su historia médica, sus factores de riesgo y sus síntomas. También le harán un examen físico.

Su médico podría ordenar uno o más de los siguientes exámenes por imágenes para ayudar a determinar si usted tiene cáncer y si se ha diseminado.

Radiografía del pecho o tórax (<https://www.radiologyinfo.org/es/info/chestrad>) : este examen común utiliza una dosis muy pequeña de radiación para producir imágenes del interior del pecho, incluyendo los pulmones, el corazón y la pared del pecho.

Tomografía computarizada (TAC) del pecho tórax (<https://www.radiologyinfo.org/es/info/chestct>) : este examen utiliza tecnologías con rayos X para producir múltiples imágenes del interior del cuerpo. Las imágenes seccionales generadas durante una exploración por TAC pueden ser reformateadas utilizando múltiples planos, e incluso pueden generar imágenes tridimensionales. Estas imágenes se pueden ver en el monitor de una computadora, se las puede imprimir en una placa radiográfica, o se pueden transferir a un CD o un DVD.

Rayos X (Radiografía) del tracto gastrointestinal (GI) superior (<https://www.radiologyinfo.org/es/info/uppergi>) : a la radiografía del tracto gastrointestinal superior también se la conoce como GI superior. Utiliza una forma de rayos X en tiempo real llamada fluoroscopia y material de contraste con bario para producir imágenes del esófago, del estómago y del intestino delgado. El material de contraste oral recubre el esófago y el estómago, y el médico saca una serie de radiografías. El examen del tracto GI superior que se focaliza en el esófago se denomina examen de deglución de bario o esofagograma.

Esofagoscopia: este procedimiento utiliza un esofagoscopio, un instrumento fino tipo tubo con una luz y un lente. Le permite a los médicos ver el esófago directamente. El médico inserta el esofagoscopio a través de la boca o la nariz y hacia el esófago, a través de la garganta. Algunos esofagoscopios tienen herramientas para extraer muestras de tejidos para su evaluación bajo el microscopio para detectar el cáncer.

Ultrasonido endoscópico (EUS, por sus siglas en inglés): durante un EUS se inserta a través de la boca un endoscopio, un instrumento fino tipo tubo que tiene una luz y un lente para ver. Una sonda al final de endoscopio hace rebotar ondas de alta energía (ultrasonido) en las estructuras internas para crear un eco. El eco forma una imagen de los tejidos del cuerpo denominada ecografía. A la EUS también se la denomina endoecografía.

Exploración con tomografía por emisión de positrones – tomografía computada (PET/TC) (<https://www.radiologyinfo.org/es/info/pet>) : la PET utiliza pequeñas cantidades de material radioactivo llamadas radiosondas, una cámara especial y una computadora para ayudar a evaluar las funciones de sus órganos y tejidos. Mediante la identificación de cambios en el cuerpo a nivel celular, la PET podría detectar la aparición temprana de una enfermedad antes de que sea evidente con otros exámenes por imágenes. La PET/TC puede detectar el cáncer de esófago y determinar si se diseminado. También puede la efectividad de un plan de tratamiento y determinar si el cáncer ha vuelto luego del tratamiento.

Si estos exámenes no muestran claramente que una anomalía es benigna, es necesario hacer una

biopsia (<https://www.radiologyinfo.org/es/info/biopen>) . La biopsia extrae una muestra de tejido para su evaluación en el laboratorio. Las biopsias utilizan diferentes formas de obtención de muestras de tejidos. Algunas biopsias extraen una pequeña cantidad de tejido con una aguja. Otros podrían extirpar quirúrgicamente todo el bulto, o nódulo, que se considera sospechoso. Su médico podría realizar una biopsia durante una endoscopia superior que revelara la presencia de esófago de Barrett. Esto los ayudaría a eliminar la posibilidad de que se trate de una displasia y/o un adenocarcinoma.

Su doctor utilizará los resultados de este examen para ayudar a determinar la presencia y extensión o etapa del cáncer de esófago.

Si estos exámenes no hacen sospechar la presencia de cáncer, no se necesitarán más estudios. Sin embargo, su doctor podría querer controlar el área durante consultas futuras. El esófago de Barrett frecuentemente requiere de seis meses de seguimiento y/o control. Su médico utilizará una endoscopia superior para determinar si su condición progresa hacia una displasia.

¿Cómo se trata el cáncer de esófago?

El tratamiento del cáncer de esófago podría incluir cirugía, radioterapia, quimioterapia, y terapia dirigida o inmunoterapia. La combinación óptima de tratamientos dependerá del tipo, ubicación, y estadio de la enfermedad. Algunas terapias podrían solamente ser accesibles a través de la participación en estudios clínicos. *Vea la página sobre estudios clínicos* (<https://www.radiologyinfo.org/es/info/screening-clinical-trials>) *para más información.* Cuanto más temprano se detecta el cáncer de esófago, mejores son las probabilidades de recuperación. El cáncer de esófago en estadios avanzados puede ser tratado, pero es muy raro que se lo pueda curar.

Cirugía: la cirugía es el tratamiento más común para el cáncer de esófago. Su médico podría utilizarla sola o en combinación con otros tratamientos para el caso de una enfermedad avanzada. Si el cáncer es un tumor pequeño confinado a la primera capa del revestimiento del esófago, el cirujano podría extirpar el tumor y una pequeña cantidad de tejido sano circundante (denominada margen). Su médico podría utilizar un procedimiento denominado toracoscopia para extirpar parte del esófago o pulmón. Esto se conoce también como cirugía de resección mínimamente invasiva. El médico hace una incisión entre dos costillas e inserta un toracoscopio, un instrumento tipo tubo, fino, con una luz y un lente para observar.

En los cánceres más avanzados, un cirujano podría extirpar parte del esófago en una operación denominada esofagectomía. El cirujano extirpa la porción cancerosa del esófago junto con los ganglios linfáticos aledaños. Reconectan el resto del esófago al estómago del paciente o a una parte del tracto gastrointestinal (GI) del paciente. En una esofagogastrectomía el cirujano quita la parte enferma del esófago, los ganglios linfáticos aledaños, y parte del estómago.

Radioterapia (<https://www.radiologyinfo.org/es/info/esophageal-cancer-therapy>) : este tratamiento utiliza rayos X de alta energía u otros tipos de radiación para matar células cancerosas. Los médicos generalmente utilizan la radioterapia en combinación con la quimioterapia y la cirugía. A menudo la utilizan en pacientes que no son candidatos para la cirugía. Los médicos podrían utilizar la radioterapia antes que la cirugía para ayudar a reducir el tamaño del cáncer (llamado tratamiento neoadyuvante), o después de la cirugía para destruir todas las células cancerosas restantes (llamada terapia adyuvante). También la podrían utilizar para ayudar a controlar los síntomas y complicaciones de la enfermedad avanzada, incluyendo el dolor y el crecimiento tumoral que impide que los alimentos pasen al estómago. *Vea la página sobre Introducción a la terapia del cáncer (Radioncología)* (https://www.radiologyinfo.org/es/info/intro_onco) *para más información.*

Quimioterapia: este tratamiento utiliza sustancias o medicamentos para matar las células cancerosas o para detener la división de las células cancerosas. Los médicos podrían utilizar la quimioterapia antes o después de la cirugía para el cáncer de esófago y en combinación con la radioterapia. La quimioterapia también ayuda a aliviar los síntomas cuando el cáncer de esófago se ha diseminado (ha formado una metástasis) más allá del esófago.

Otros tratamientos para el cáncer de esófago incluyen:

Tratamientos endoscópicos: estos procedimientos tratan cánceres en estadios tempranos y precánceres del esófago y brindan alivio del dolor (tratamiento paliativo). El médico inserta un endoscopio a través de la garganta hacia el esófago. Utilizan herramientas

que se encuentran al final del instrumento para extirpar el tejido canceroso.

Terapia con anticuerpos monoclonales (también denominada terapia dirigida): un pequeño grupo de cánceres de esófago tienen una cantidad muy elevada de una proteína llamada HER2 en la superficie de sus células. La droga conocida como trastuzumab (Herceptin) es un anticuerpo monoclonal que se une a la proteína HER2 en las células cancerosas e interfiere con la capacidad de las células cancerosas para crecer. El médico podría combinar la terapia dirigida con la quimioterapia.

Inmunoterapia: este enfoque utiliza drogas para fortalecer el sistema inmune del paciente para ayudar a controlar el cáncer. Algunos estudios, pero no todos, han mostrado mejores tasas de supervivencia cuando a los pacientes se les administran estas drogas luego de la cirugía.

Quimioprevención: se están estudiando drogas, vitaminas y otros agentes para tratar de reducir el riesgo de cáncer y/o retrasar su desarrollo o recurrencia. Por ejemplo, las drogas antiinflamatorias no esteroideas (AINES), los inhibidores de la bomba de protones, y los frutos del bosque (bayas) están siendo estudiados como agentes quimiopreventivos para ayudar a prevenir la transformación del esófago de Barrett en cáncer.

Ablación por radiofrecuencia: los médicos podrían utilizar la ablación por radiofrecuencia para evaluar la progresión del esófago de Barrett hacia displasia y/o adenocarcinoma.

El cáncer de esófago puede afectar la capacidad de una persona para ingerir comida. Por lo tanto, se podrían necesitar tratamientos adicionales para asegurar una nutrición adecuada durante y luego del tratamiento. Algunos pacientes podrían recibir nutrientes directamente adentro de la vena. Otros podrían requerir de un tubo de alimentación. El tubo de alimentación es un tubo plástico flexible que se pasa a través de la nariz o boca hacia el estómago. El médico dejará el tubo colocado hasta que los pacientes puedan comer por cuenta propia.

¿Qué prueba, procedimiento o tratamiento es mejor para mí?

- *Estadificación y seguimiento del cáncer de esófago (<https://www.radiologyinfo.org/es/info/acs-staging-and-follow-up-of-esophageal-cancer>)*

Condiciones de uso:

Todas las secciones del sitio fueron creadas bajo la dirección de un médico experto en el tema. Toda la información que aparece en este sitio web fue además revisada por un comité de ACR-RSNA formado por médicos peritos en diversas áreas de la radiología.

Sin embargo, no podemos asegurar que este sitio web contenga información completa y actualizada sobre ningún tema particular. Por lo tanto ACR y RSNA no hacen declaraciones ni dan garantías acerca de la idoneidad de esta información para un propósito particular. Toda la información se suministra tal cual, sin garantías expresas o implícitas.

Visite el Web site de RadiologyInfo en <http://www.radiologyinfo.org/sp> para visión o para descargar la información más última.

Nota: Las imágenes se muestran para fines ilustrativos. No trate de sacar conclusiones comparando esta imagen con otras en el sitio. Solamente los radiólogos calificados deben interpretar las imágenes.

Copyright

Las versiones PDF imprimibles de las hojas de los diversos procedimientos radiológicos se suministran con el fin de facilitar su impresión. Estos materiales tienen el copyright de la Radiological Society of North America (RSNA), 820 Jorie Boulevard, Oak Brook, IL 60523-2251 o del American College of Radiology (ACR), 1891 Preston White Drive, Reston, VA 20191-4397. Se prohíbe la reproducción comercial o la distribución múltiple por cualquier método tradicional o electrónico de reproducción o publicación.

Copyright © 2024 Radiological Society of North America (RSNA)