RadiologyInfo.org
Para pacientes

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 TC del pecho, una radiografía del GI superior, una endoscopía superior, o una PET/TC para ayudar a determinar si usted tiene cáncer y si se han diseminado. Es necesario hacer una biopsia para confirmar el diagnóstico de cáncer. Las opciones de tratamiento dependen de la extensión de la enfermedad e incluyen cirugía, radioterapia y quimoterapia, 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 qué la comida se atasca)
- dolor cuando se traga
- pérdida de peso
- dolor de pecho
- tos y regurgitación
- ronquera
- vomitos con sangre
- heces alquitranadas o sangre en las heces
- indigestión y acidez estomacal

Los médicos generalmente no encuentran el cáncer de esófago hasta que está en un estadio avanzado. Es más común que se presente en adultos de más de 50 años de edad, y el riesgo de ocurrencia es el doble para los hombres. Además del género y la edad, los factores de riesgo para el cáncer de esófago incluyen:

Copyright© 2026, RadiologyInfo.org

- el fumar
- el consumo excesivo de alcohol
- enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) (http://www.radiologyinfo.org) , una condición la que los contenidos del estómago vuelven hacia la parte inferior del esófago. Esto puede irritar el esófago y, con el tiempo, causar **esófago de Barrett (http://www.radiologyinfo.org)** . Es una condición en la que las células escamosas que recubren la parte inferior del esófago han cambiado o han sido reemplazadas por 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 conducir 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.
- obesidad que incrementa el riesgo mediante un aumento del reflujo
- beber frecuentemente líquidos muy calientes
- ciertas condiciones médicas, incluyendo la acalasia (trastorno que hace que sea difícil tragar)
- lesión cáustica anterior en el esófago

¿Cómo se diagnostica y evalúa el cáncer de esófago?

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

Su doctor 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 tórax (https://www.radiologyinfo.org/es/info/chestrad) : Examen médico no invasivo que utiliza una dosis muy pequeña de radiación ionizante para producir imágenes del interior del pecho, incluyendo los pulmones, el corazón, y la pared del pecho.

Tomografía computarizada (TC) del tórax (https://www.radiologyinfo.org/es/info/chestct) : Este examen utiliza tecnologías de rayos X para producir múltiples imágenes del interior del cuerpo. Las imágenes seccionales generadas durante una exploración por TC 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) - Tracto GI superior (https://www.radiologyinfo.org/es/info/uppergi) : La radiografía del tracto gastrointestinal superior también es conocida como GI superior. Utiliza una forma de rayos X en tiempo real llamada fluoroscopía y material de contraste con bario para producir imágenes del esófago, del estómago y del intestino delgado. El material de contraste oral cubre el esófago y el estómago, y el doctor toma una serie de radiografías. El examen del tracto GI superior que se focaliza en el esófago se denomina **examen de deglución de bario (http://www.radiologyinfo.org)** o esofagograma.

Endoscopia superior o esofagogastroduodenocopia (EGD): En este procedimiento se inserta través de la boca un endoscopio, un instrumento fino, flexible, con forma de tubo, que tiene una fuente de luz y una pequeña cámara en un extremo. Le permite a los médicos observar directamente el recubrimiento interior del esófago, del estómago, de la primera parte del intestino delgado (duodeno). Se le da al paciente un sedante para que se mantenga relajado y cómodo, y el médico inserta el endoscopio a través de la boca y hacia la garganta. Algunos esofagoscopios están equipados con herramientas para extraer muestras de tejidos para examinarlas bajo el microscopio para encontrar signos de la presencia de cáncer.

Ultrasonido con endoscopio o endosonografía (EUS, por sus siglas en inglés). En este procedimiento se inserta a través de la boca un endoscopio, un instrumento fino, flexible, con forma de tubo, que tiene una fuente de luz y una pequeña cámara en un extremo. Se le da un sedante al paciente para que permanezca relajado y cómodo. Una sonda al final del endoscopio hace rebotar ondas

Copyright© 2026, RadiologyInfo.org

sonoras de alta energía (ultrasonido) contra las estructuras internas para crear ecos. Los ecos forman una imagen de los tejidos del cuerpo llamada ecografía. Para el cáncer de esófago, el EUS puede mostrar cuán profundamente ha crecido un tumor y si los ganglios linfáticos cercanos han sido afectados, lo que puede ayudar en el tratamiento.

Tomografía por emisión de protones/Tomografía computarizada (PET/TC) (https://www.radiologyinfo.org/es/info/pet) : La PET utiliza pequeñas cantidades de material radioactivo llamados radiosonda, 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 fuera evidente con otros exámenes por imágenes. La PET/TC puede detectar el cáncer de esófago y determinar si se ha diseminado. También puede evaluar la efectividad de un plan de tratamiento y determinar si el cáncer ha regresado luego el tratamiento.

Si estos exámenes no muestran claramente que una anormalidad es benigna, podría ser necesario realizar una biopsia (http://www.radiologyinfo.org) . En una biopsia se extrae una muestra de tejido para examinarla en el laboratorio. Las biopsias se pueden utilizar de varias formas para obtener muestras de tejido. Algunas biopsias extraen una pequeña cantidad de tejido con una aguja. Otras podrían extirpar quirúrgicamente un bulto entero (nódulo) que es sospechoso. Si una endoscopia superior revela la presencia de esófago de Barrett, su médico podría tomar una muestra para biopsia. Esto los ayudará a descartar la presencia de displasia (cambios precancerosos) y/o adenocarcinoma.

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

Si ninguna de éstas pruebas indica que hay cáncer, podría no se necesario hacer más evaluaciones. Sin embargo, su médico podría querer monitorear el área durante visitas futuras. El esófago de Barrett frecuentemente requiere un seguimiento cercano y/o monitoreo. Su médico podría utilizar endoscopia superior para determinar si su condición progresa a 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 etapa de la enfermedad. Algunas terapias podrían estar disponibles únicamente para ensayos clínicos. *Vea la página sobre* Ensayos clínicos (https://www.radiologyinfo.org/es/info/screening-clinical-trials) *para más información.* Cuanto antes se encuentre el cáncer de esófago, mejores las chances de recuperación. Se puede tratar el cáncer de esófago en estadios tardíos pero raramente se lo puede curar.

Cirugía: La cirugía es un tratamiento importante para el cáncer de esófago. Para casos de enfermedad en estadios tempranos se la puede utilizar sola, mientras que para tumores más avanzados generalmente se la combina con otras terapias, por lo general, luego de primero haber administrado quimioterapia y radiación para achicar el tumor. Para un tumor pequeño confinado al recubrimiento más interno del esófago, el tejido anormal generalmente puede ser extirpado a través de un endoscopio (un procedimiento denominado resección endoscópica) en vez de con una cirugía abierta. En cánceres más avanzados, un cirujano podría extirpar parte del esófago en una operación denominada **esofagectomía (http://www.radiologyinfo.org)** . Los cirujanos frecuentemente utilizan una técnica mínimamente invasiva. Trabajando a través de pequeñas incisiones entre las costillas y en el abdomen para remover la parte afectada el esófago, el cirujano utiliza un toracoscopio, un instrumento delgado con forma de tubo con una luz y una cámara, y en algunos centros, un robot quirúrgico. El cirujano extirpa la porción cancerosa del esófago junto con los ganglios linfáticos vecinos. Ellos reconectan lo que queda del esófago con el estómago, o con parten del tracto gastrointestinal (GI) (http://www.radiologyinfo.org) del paciente. En una esofagogastrectomía (http://www.radiologyinfo.org) , el cirujano extirpa la parte enferma del esófago, los ganglios linfáticos aledaños, y parte del estómago si el cáncer se ha diseminado cerca de, o hacia el estómago.

Radioterapia (http://www.radiologyinfo.org) : Este tratamiento utiliza rayos X de alta energía u otros tipos de radiación para matar células cancerosas. Para el cáncer de esófago generalmente se la administra junto con quimioterapia, una combinación denominada quimiorradiación, porque las dos trabajan mejor en serie que cada una de forma individual. La quimiorradiacion se

Copyright© 2026, RadiologyInfo.org

puede utilizar antes de la cirugía para achicar el tumor y mejorar las posibilidades de extirparlo completamente (denominada **terapia neoadjuvante (http://www.radiologyinfo.org)**). En algunos casos, particularmente en el caso de tumores en el esófago superior donde la cirugía no es posible, o para pacientes que no son elegibles para la cirugía, la quimiorradiación se utiliza como el tratamiento principal (denominado tratamiento definitivo). También se podría administrar radiación luego de la cirugía (denominada terapia adjuvante (http://www.radiologyinfo.org)) en casos seleccionados, por ejemplo cuando un paciente no recibió radiación anteriormente y se encontraron células cancerosas al borde del tejido extirpado (un margen positivo). También se puede 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 (http://www.radiologyinfo.org) : 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 síntomas cuando el cáncer se ha diseminado (metástasis (http://www.radiologyinfo.org)) más allá del esófago.

Otros tratamientos para el cáncer de esófago incluyen:

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, los inhibidores de la bomba de protones y la aspirina han sido investigados por su potencial para disminuir el riesgo de que el esófago de Barrett progrese a cáncer.

Ablación por radiofrecuencia (http://www.radiologyinfo.org) (RFA): Este procedimiento utiliza energía calórica para distribuir el recubrimiento anormal en el esófago de Barrett. Los médicos podrían utilizarlo para tratar el esófago de Barrett que contiene displasia, con el objetivo de prevenir el progreso hacia adenocarcinoma.

Terapia dirigida (incluyendo terapia con anticuerpos monoclonales (http://www.radiologyinfo.org)) 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. Otro blanco es una proteína llamada Claudina 18.2, que se encuentra en la superficie de algunas células cancerosas del esófago y del estómago que se pueden tratar con un anticuerpo más nuevo denominado zolbetuximab. Los médicos evalúan el tejido del tumor para determinar si alguno de estos blancos están presentes. Su médico podrían combinar la terapia dirigida con la quimioterapia.

Inmunoterapia (http://www.radiologyinfo.org) : Esta estrategia utiliza drogas que ayudan al propio sistema inmune del paciente a reconocer y atacar células cancerosas. Varias drogas inmunoterapéuticas forman ahora parte del tratamiento. Se la puede combinar con la quimioterapia para cánceres del esófago avanzados o metastásicos. Se la puede administrar luego de la quimioradiación y cirugía cuando se encuentra cáncer residual en el tejido extirpado, lo que puede extender el tiempo antes de que el cáncer regrese. Para tumores de la parte inferior del esófago, cerca del estómago, la inmunoterapia puede ser administrada junto con la quimioterapia antes de la cirugía y continuar luego, una modalidad que ha demostrado mejorar la sobrevida.

Ayuda para la nutrición y la deglución: El cáncer de esófago puede afectar la capacidad de una persona para comer y tragar. Por lo tanto, podrían ser necesarios tratamientos adicionales para asegurar una nutrición adecuada durante y luego del tratamiento. Algunos pacientes podrían recibir los nutrientes directamente a través de una vena. Otros podrían requerir de un tubo de alimentación que administra nutrición líquida directamente en el estómago o en el intestino delgado. Es un tubo flexible de plástico que se pasa a través de la nariz y la boca hacia el interior del estómago. Los tubos utilizados para alimentación a largo plazo se colocan generalmente de forma directa a través de la piel del abdomen. En algunos casos se podría colocar un stent (un tubo pequeño expandible) para mantener el esófago abierto y hacer que la deglución sea más fácil. El médico dejará el tubo o stent colocado hasta que pueda comer por su cuenta.

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

Copyright© 2026, RadiologyInfo.org

El cáncer de esófago se puede tratar mejor con un equipo de especialistas trabajando juntos, a menudo incluyendo un gastroenterólogo, un cirujano, un médico oncólogo, un radioncólogo, y un especialista en nutrición. Este equipo evalúa los resultados de sus pruebas conjuntamente y recomienda un plan ajustado a su situación.

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 muestra 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 ® 2026 Radiological Society of North America (RSNA)