

## CASOS CLÍNICOS

***Tumor de esófago y páncreas sincrónico***Dres. Jorge Santandreu <sup>1</sup>, Cecile Nogués <sup>1</sup>, Luis Moure <sup>2</sup>, Julio Rodríguez <sup>3</sup>**Resumen**

*Se trae a consideración un cuadro clínico caracterizado por una singular asociación neoplásica sincrónica a nivel digestivo, esófago y páncreas.*

*Asimismo, se pone a consideración la particular conducta terapéutica adoptada.*

**Palabras clave:** Neoplasmas del esófago.  
Neoplasmas pancreáticos

**Summary**

*The present report deals with a clinical picture marked by an unusual synchronic neoplastic association at the digestive, esophagus and pancreatic level.*

**Introducción**

Si bien en nuestro país no contamos actualmente con un registro de tasa de incidencia neoplásica, sí disponemos en forma discriminada para el sexo femenino de la mortalidad por cáncer de esófago y páncreas aisladamente, que corresponden a 3,6% y 4,9% respectivamente<sup>(1)</sup>.

Con respecto a la asociación de ambas, ya sea en forma sincrónica y metácrona no existen datos disponibles a nivel nacional, así como tampoco hemos encontrado datos en la pesquisa bibliográfica a la que hemos tenido acceso a nivel internacional<sup>(2,3)</sup>.

Destacamos que recientemente en nuestro medio el Prof. Dr. Raúl Praderi presenta un caso de asociación neoplásica metácrona que involucra colon y páncreas<sup>(4)</sup>.

Pasamos a continuación a su presentación: 69 años. Sexo femenino. Raza blanca. Procede del departamento de Rocha.

Ingresa el 28 de mayo de 1994 al Hospital Pasteur.

Enfermedad actual: disfagia de 3 meses de evolución, permanente, progresiva, tolerando al ingreso líquidos. Regurgitaciones permanentes. No sialorrea. Niega elementos de síndrome mediastinal. Repercusión general. Adelgazamiento de aproximadamente 8 kg desde el inicio del cuadro.

Antecedentes personales: diabetes tipo II desde los 20 años, secundaria a tratamiento prolongado por psoriasis.

Examen físico: lúcida, eupneica, apirética. Normohidratada. Piel y mucosas normocoloreadas.

Linfoganglionar: no conglomerado de Troisier.

Cardiovascular: ritmo regular de 74 cpm, presión arterial 140-80.

Pleuropulmonar: ventilan bien ambos campos pulmonares.

Abdomen: blando, depresible, indoloro. No visceromegalias.

Se estudió la enferma mediante:

*Esófago gastroduodeno:* proceso infiltrante, estenosante y ulcerado de sector distal del esófago en una extensión de 5 cm, que abarca su circunferencia. Sin evidencias de lesión gastroduodenal.

*Fibrogastroscopía:* a los 34 cm de la arcada dentaria se observa proceso proliferativo e infiltrante, circunferencial, que impide el pasaje del instrumento. Se biopsia.

*Biopsia:* proliferación epitelial atípica, sin queratinización ni mucosecreción, dispuesta en nidos y cordones. Morfología correspondiente a un carcinoma cordonal, siendo compatible con carcinoma epidermoide pobremente diferenciado.

Tomografía axial computarizada: tumoración sólida de esófago terminal, circunferencial total y estenosante. Comienza aproximadamente 3 cm por encima del hiato y se extiende hasta el cardias. Conserva plano de clivaje con la aorta des-

1. Asistente Clínica Quirúrgica 1.

2. Residente Clínica Quirúrgica 1.

3. Jefe Anatomía Patológica Hospital Pasteur.

Clínica Quirúrgica "1" Prof. Dr. Gonzalo Estapé. Depto. Anatomía Patológica Dr. J. Rodríguez. Hospital Pasteur. Facultad de Medicina. Montevideo.

Presentada a la Sociedad de Cirugía el 7 de setiembre de 1994

**Correspondencia:** Dr. Jorge Santandreu. Av. Italia 3902/605 C.P. 11400 Montevideo, Uruguay.

cedente y pericardio auricular. No derrame pleural. No adenomegalias mediastinales, hiliares ni celíacas. Hígado de forma, tamaño y densidad habituales, sin imágenes de secundarismo. Litiasis vesicular. Bazo y páncreas sin alteraciones.

*Ecografía abdominal:* Hígado de forma y tamaño habituales sin imágenes de secundarismo. Vesícula con litiasis múltiple. Vía biliar y páncreas sin alteraciones. No adenomegalias en cadenas latero-aórticas y celíacas.

*Hemograma:* hematocrito 38%. Hemoglobina 12,8 g%.

*Glicemia:* 1,92 g%. Cetonemia negativa.

*Proteinograma electroforético:* albúmina 4,20 g%. Proteínas totales 7 g%. Perfil electroforético sin alteraciones.

*Radiografía de tórax:* campos pleuropulmonares y mediastino sin alteraciones. Silueta cardiovascular dentro de límites normales.

*Funcional respiratorio:* sin alteraciones.

*Funcional y enzimograma hepático:* dentro de límites normales.

Se completó la valoración mediante ionograma, estudio de la función renal, ECG y consulta con cardiólogo, sin hallarse otras alteraciones.

Se interna en unidad de cuidados intermedios 12 horas previas a la intervención con la finalidad de llevarla al acto quirúrgico con una correcta estabilización metabólica y hemodinámica.

Es intervenida el 31 de mayo de 1994, planteándose la realización de una esofagectomía trashiatal.

Abordaje: mediana supraumbilical.

Exploración: gruesa tumoración pancreática que ocupa el sector corporocaudal. No se identifican adenopatías a nivel celíaco.

Procedimiento: esofagectomía trashiatal. Confección de tubo gástrico tipo Akiyama mediante engrampador lineal. Anastomosis esofagogástrica cervical, manual. Pancreatectomía corporocaudal con esplenectomía. Colectomía. Yeyunostomía tipo Witzel.

Pasa en el posoperatorio inmediato a cuida-

dos intensivos extubada, con buena hemodinamia y tendencia a la hiperglicemia.

A las 24 horas expulsa gases, hemodinamia estable. Normoglicemia.

A las 48 horas se inicia alimentación por yeyunostomía.

A las 96 horas con estabilidad hemodinámica y metabólica, buen funcionamiento de la yeyunostomía, pasa a sala de cirugía general.

Al octavo día se realiza tránsito que no muestra fuga. Se reinstala la vía oral.

Al décimo día alta con control en policlínica, con buena evolución hasta el día de la fecha.

## Comentarios

1. Posteriormente al resultado definitivo del estudio de la pieza existe una discordancia con respecto a la histología del tumor esofágico que corresponde a un adenocarcinoma. Esto obliga a plantear la posibilidad de que se trate de un tumor cardial, lo que hubiera condicionado una táctica quirúrgica diferente.
2. A pesar de asociarse dos cánceres cuya exéresis individualmente implica una considerable morbimortalidad, pensamos que el criterio resectivo estuvo plenamente justificado teniendo en consideración los buenos resultados obtenidos y que no habría necesariamente un efecto sumatorio de los riesgos, si bien se trata de un caso aislado.

## Bibliografía

1. **Muse I, Sabini G, Ottati A, Piazza N.** Morbilidad por cáncer. Aspectos epidemiológicos en el CASMU. Rev Med Urug 1987; 3(2): 121-34.
2. **Veronesi U.** Cirugía oncológica. Buenos Aires: Panamericana, 1991.
3. **Shakelford.** Cirugía del aparato digestivo. Buenos Aires: Panamericana, 1992.
4. **Praderi R, Boudrandi S, Rodríguez G, Navarrete H.** Carcinomas metáctonos del colon y páncreas. Cir Uruguay 1996; 66(4): 256-60.