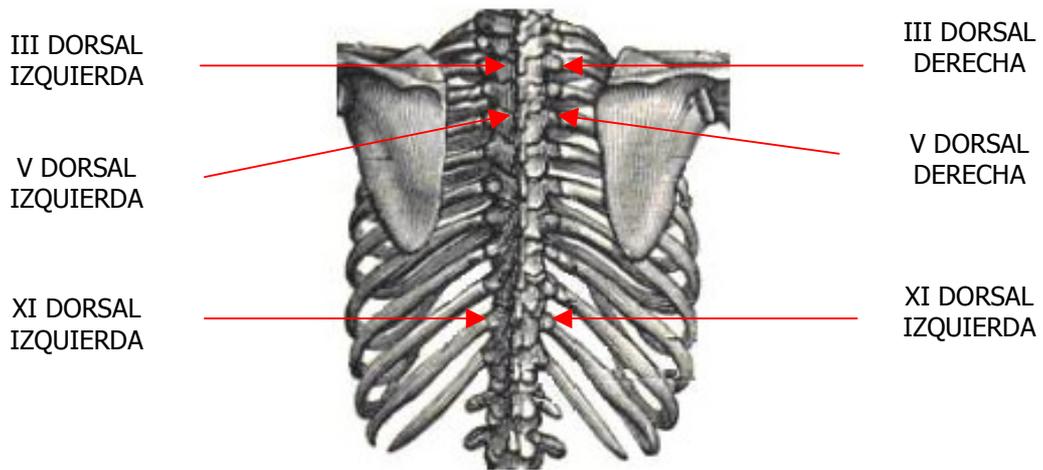
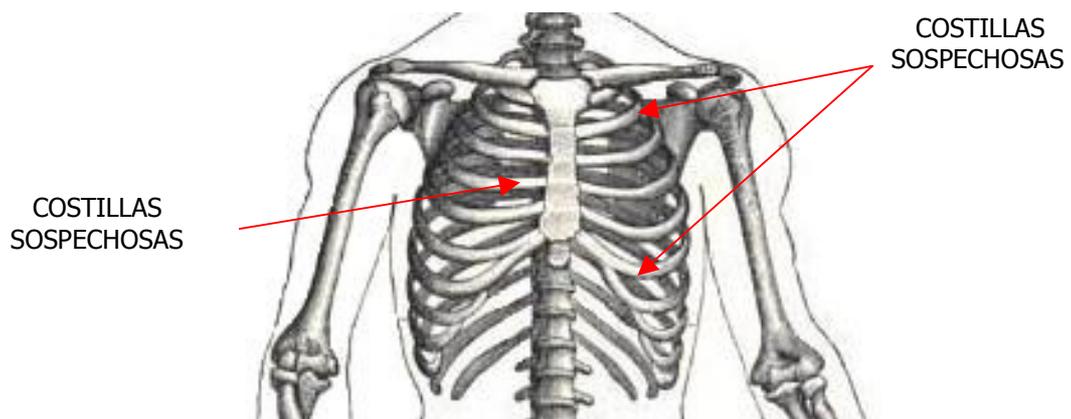

CÁNCER DE ESÓFAGO

METASTASIS OSEAS

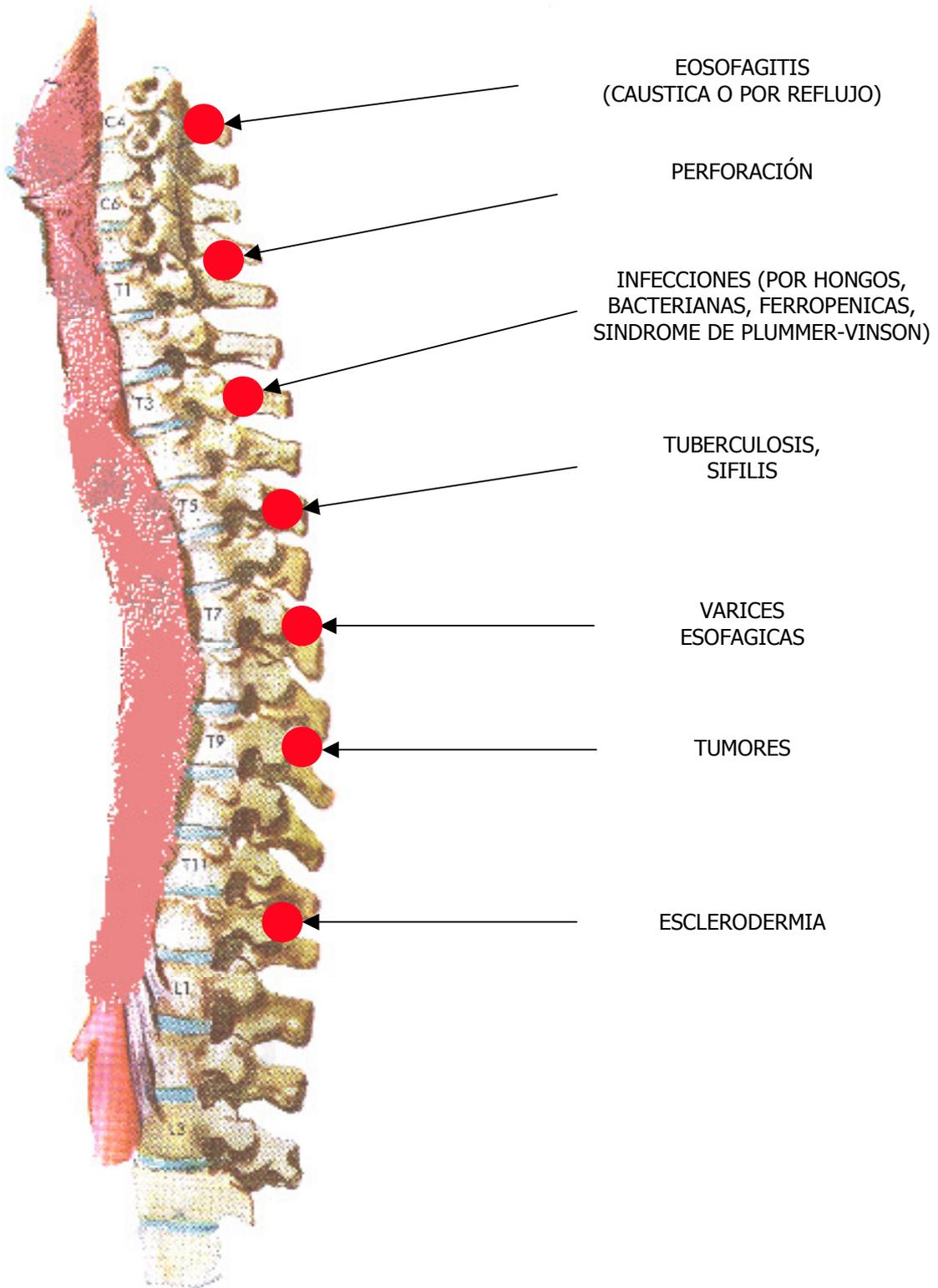
TOMAS POSTERIORES



TOMAS ANTERIORES

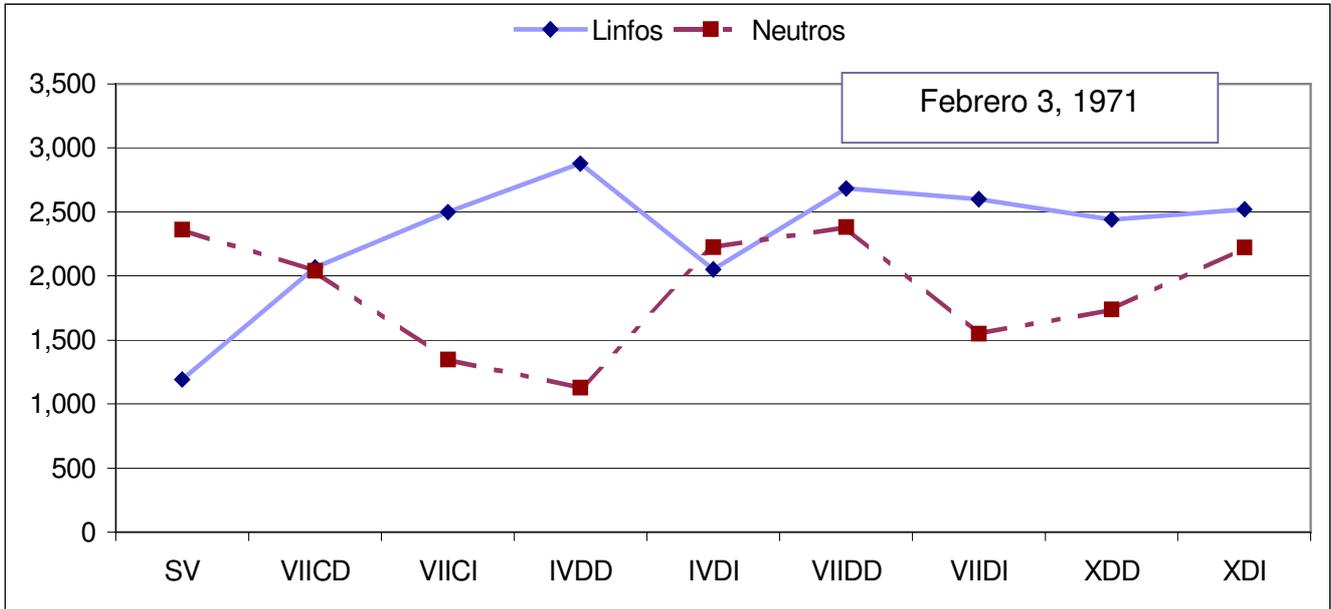


PATOLOGIA ESOFAGICA



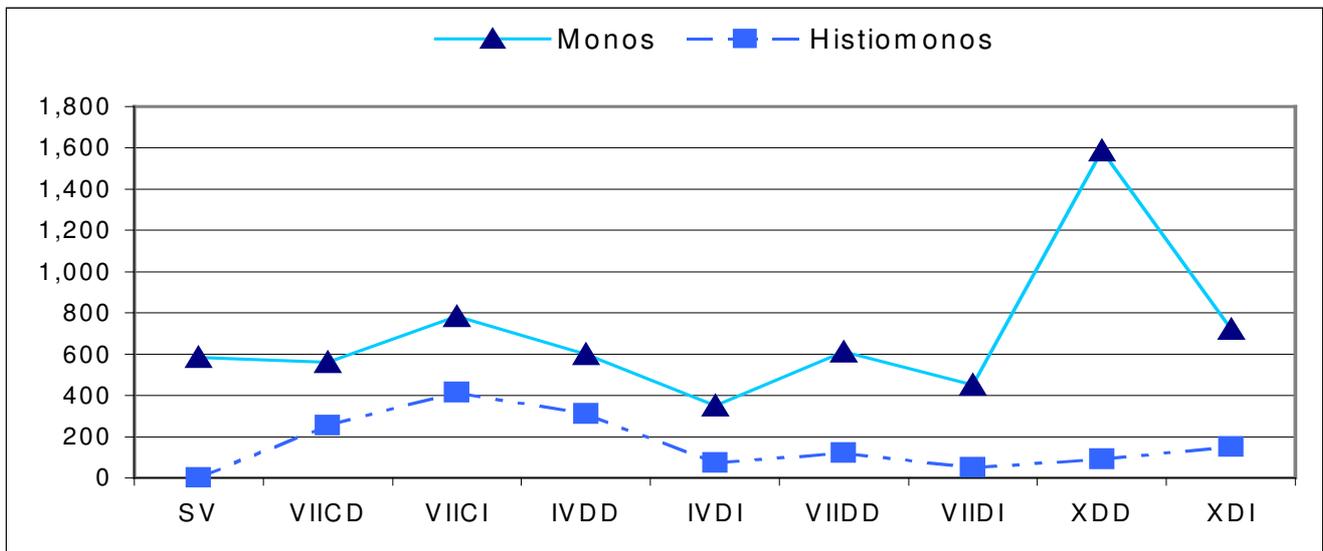
CANCER DE ESÓFAGO

SR. P.B.



Hay entrecruzamiento de linfocitos con neutrófilos en la mayoría de las tomas efectuadas lo que no existe en la sangre venosa.

SR. P.B.

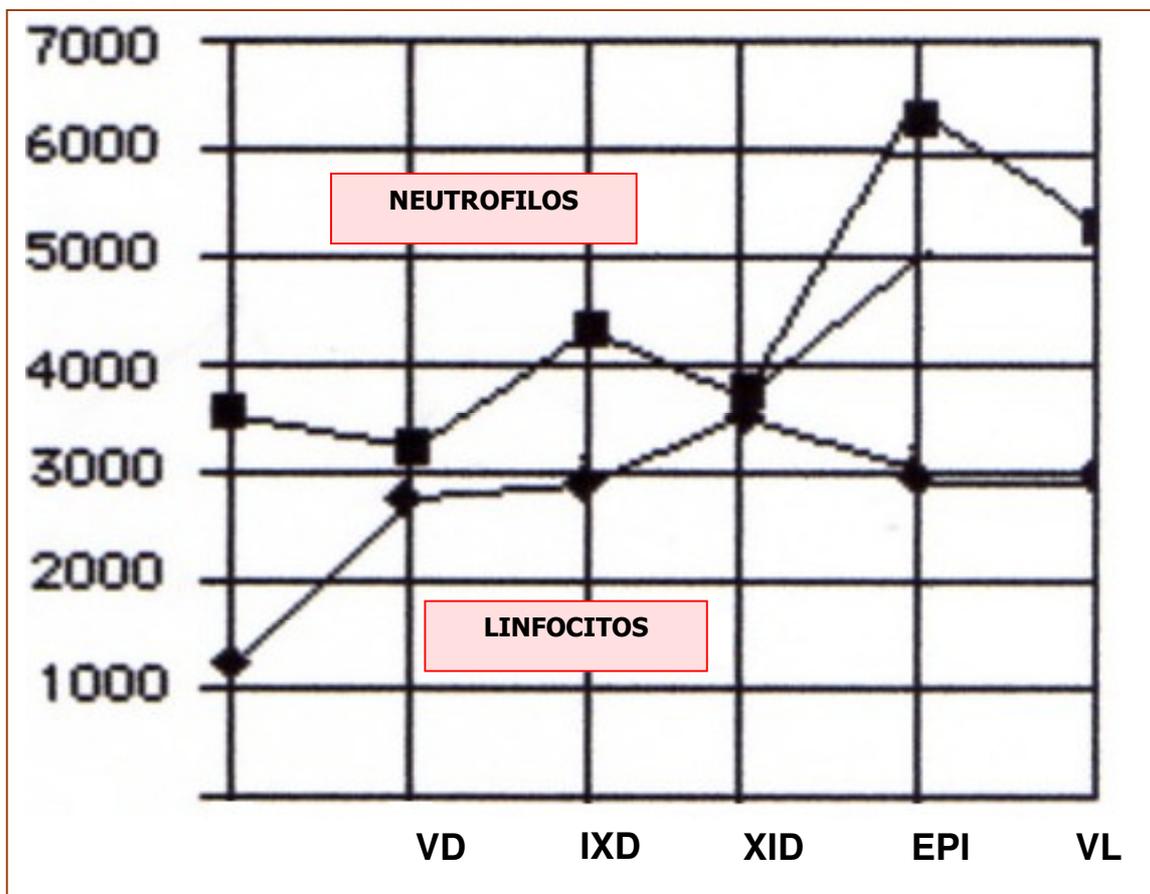


Indicando claramente la localización del tumor esofágico se encuentra positividad evidente a nivel de la X dorsal derecha.

CARCINOMA DEL TERCIO INFERIOR DEL ESÓFAGO

RELACION DE LINFOCITOS CON NEUTROFILOS

SR. P.B.

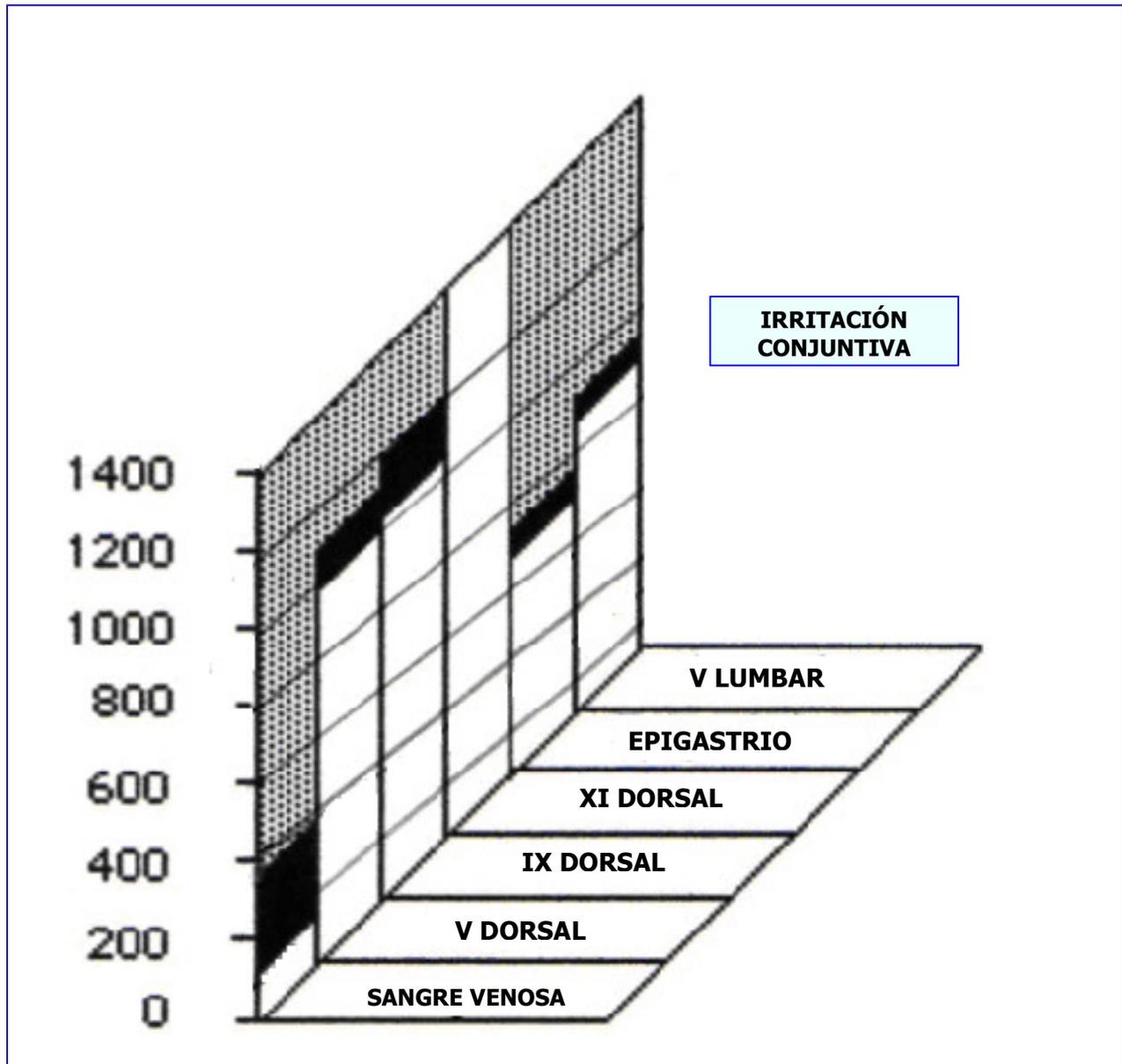


Variaciones dentro de los límites normales tanto de linfocitos como de neutrófilos.

CARCINOMA DEL TERCIO INFERIOR DEL ESÓFAGO

RELACION DE MONOCITOS CON HISTIOMONOCITOS

SR. P.B.

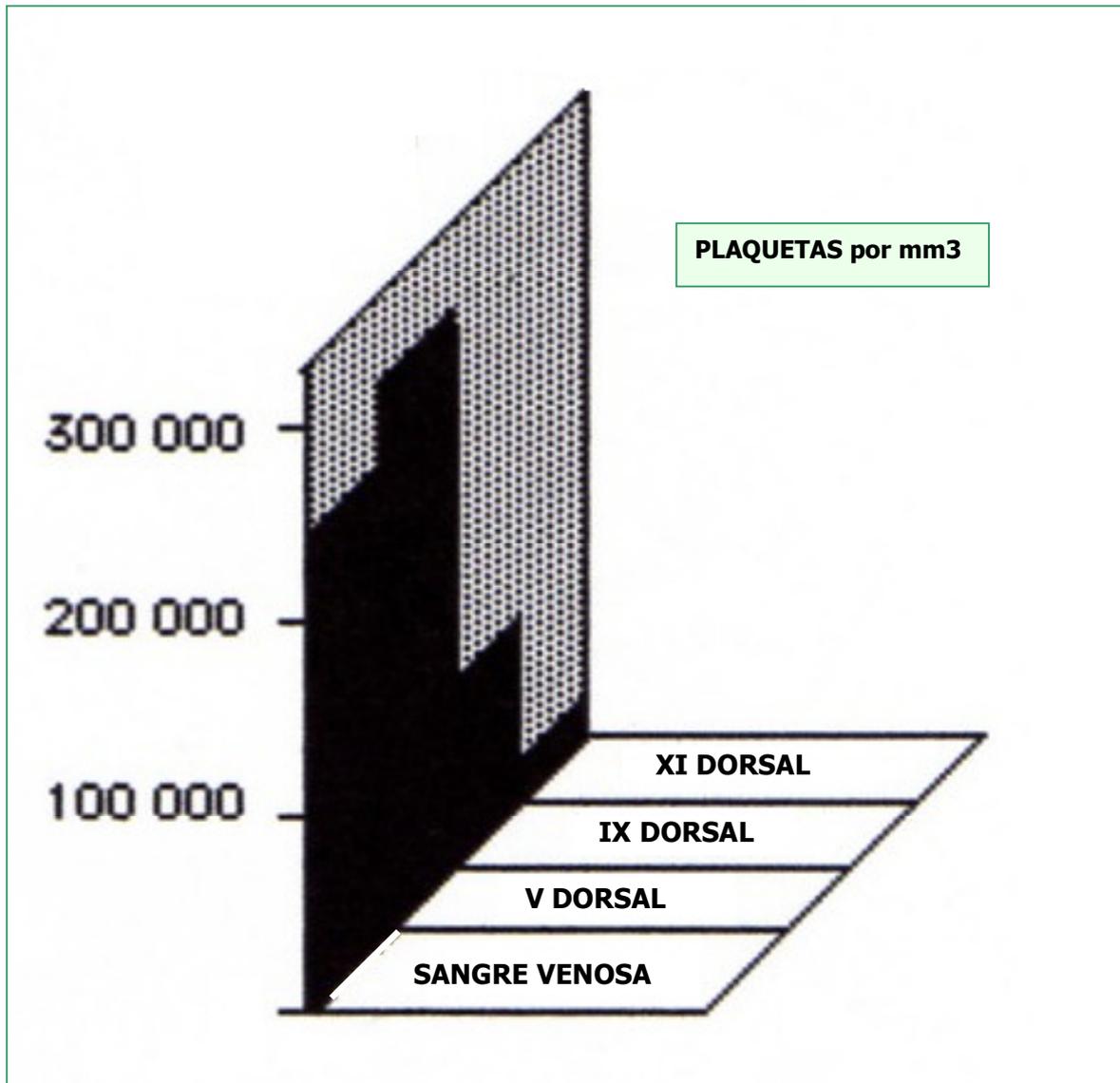


Existe monocitosis difusa a lo largo de la columna vertebral, lo que indica la extensión del proceso.

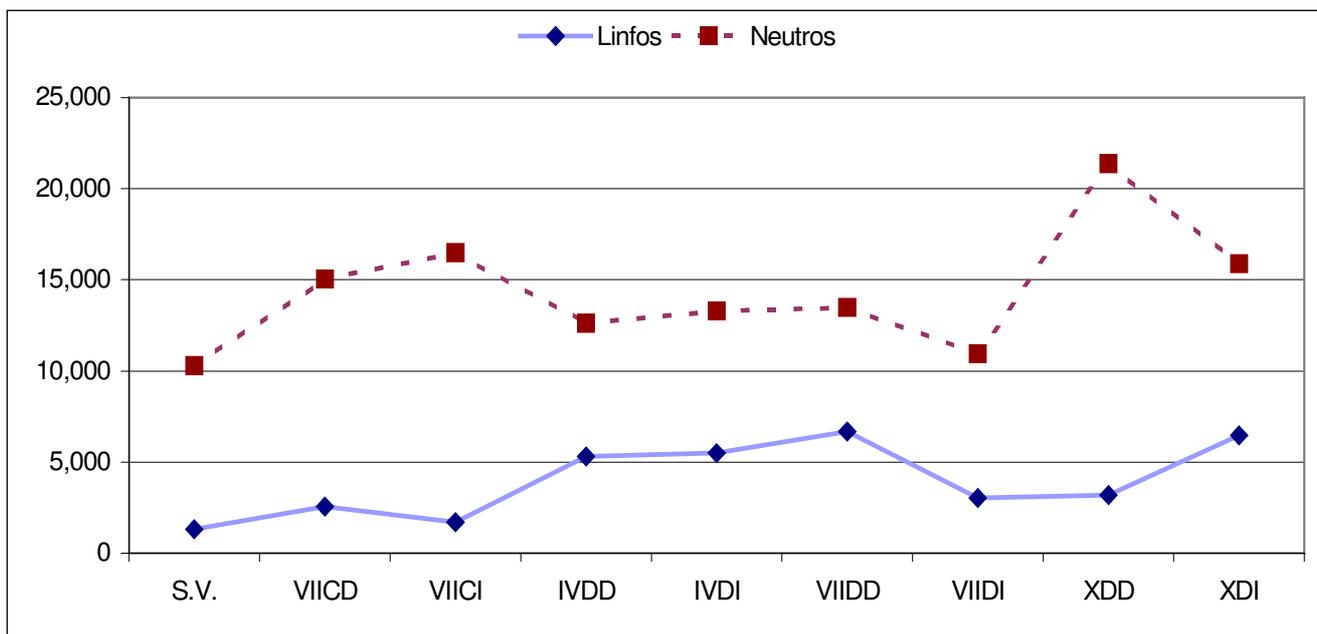
CARCINOMA DEL TERCIO INFERIOR DEL ESOFAGO

EQUILIBRIO PLAQUETARIO

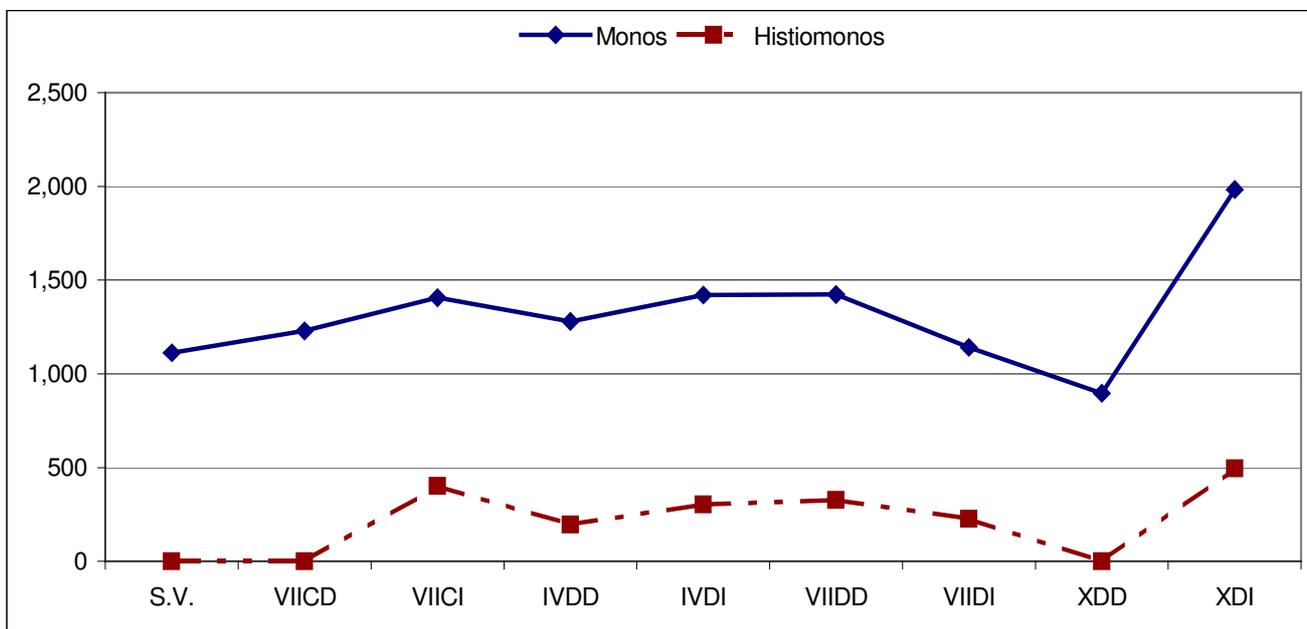
SR. P.B.



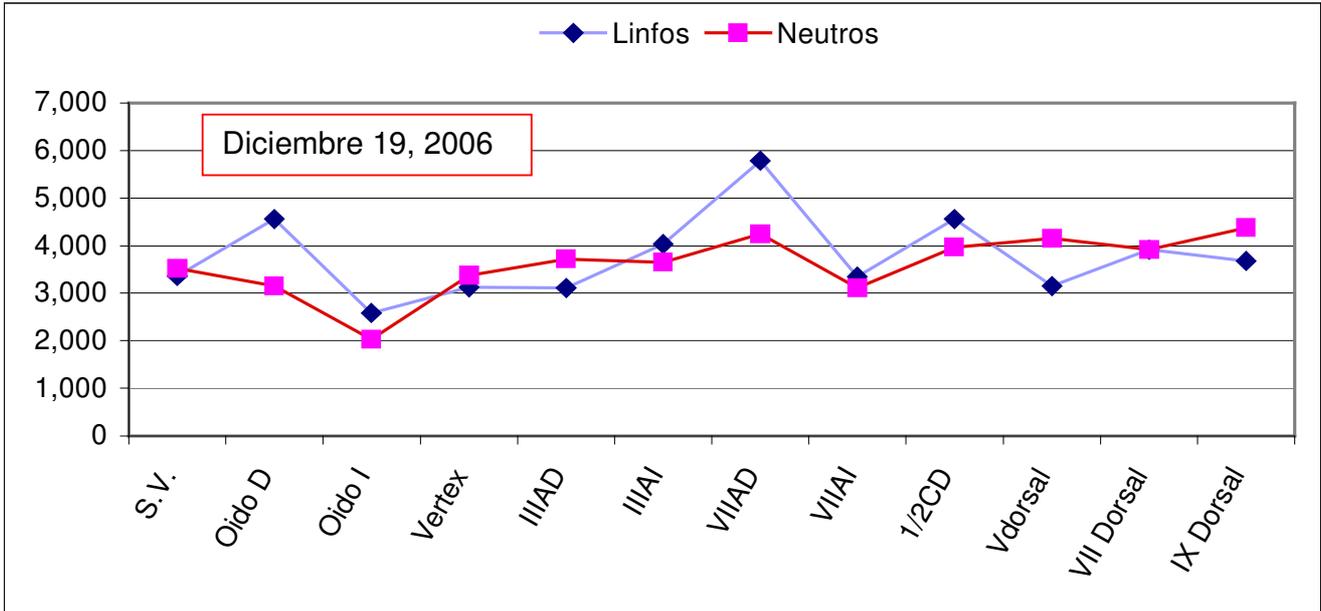
Hay evidente aglutinación plaquetaria a nivel de la columna dorsal en su parte baja. Presencia de escasa célula espumosas (monocitos de protoplasma vacuolado) en las tomas de IV dorsal derecha, V dorsal izquierda y X dorsal izquierda.



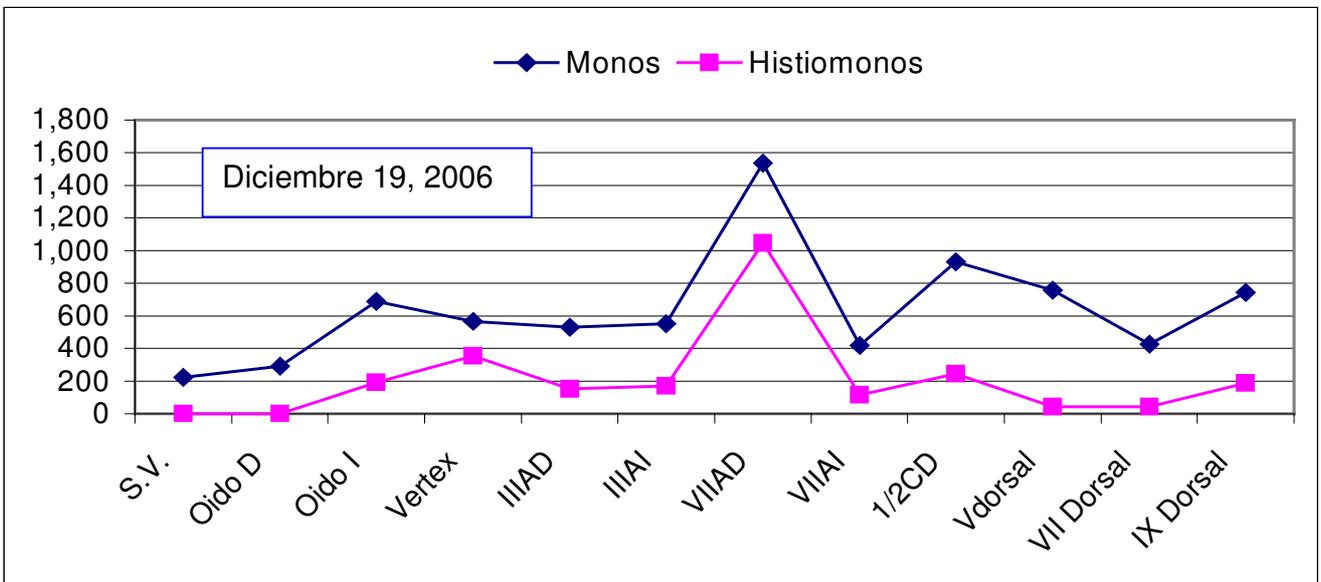
Hay neutrofilia y linfocitosis generalizada



Monocitosis inicial desde la sangre venosa que casi duplica su valor a nivel de la XI dorsal izquierda, lo que marca la localización del proceso tumoral.



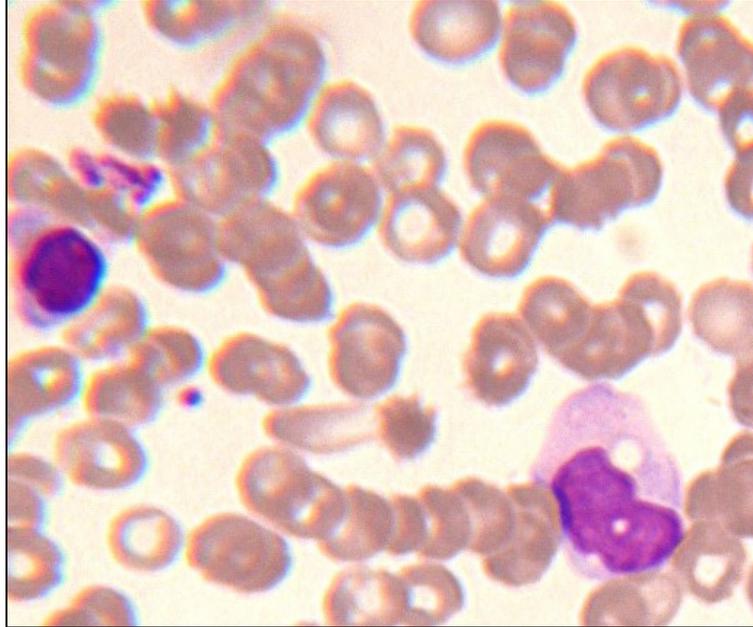
Obsérvese en la VII axilar derecha el máximo de linfocitosis que predomina claramente sobre los neutrófilos y en menor grado en la toma de oído derecho y 1/2costal derecha.



Marca la posible localización del proceso tumoral, ya que existe frente a la monopenia de la sangre venosa moderada monocitosis hecha a expensas de histiomonocitos en la toma de VII axilar derecha, lo que orienta al clínico sobre la investigación de posible metástasis en el vértice pulmonar derecho.

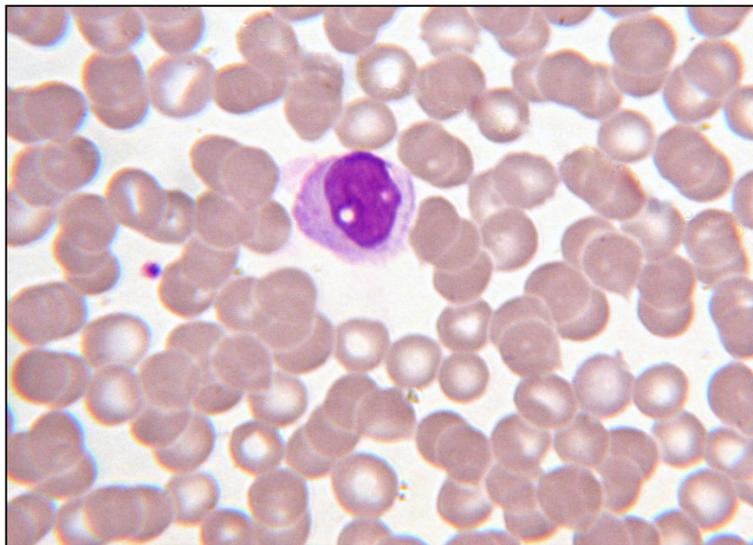
MICROFOTOGRAFÍAS

Sr. R.C.M.



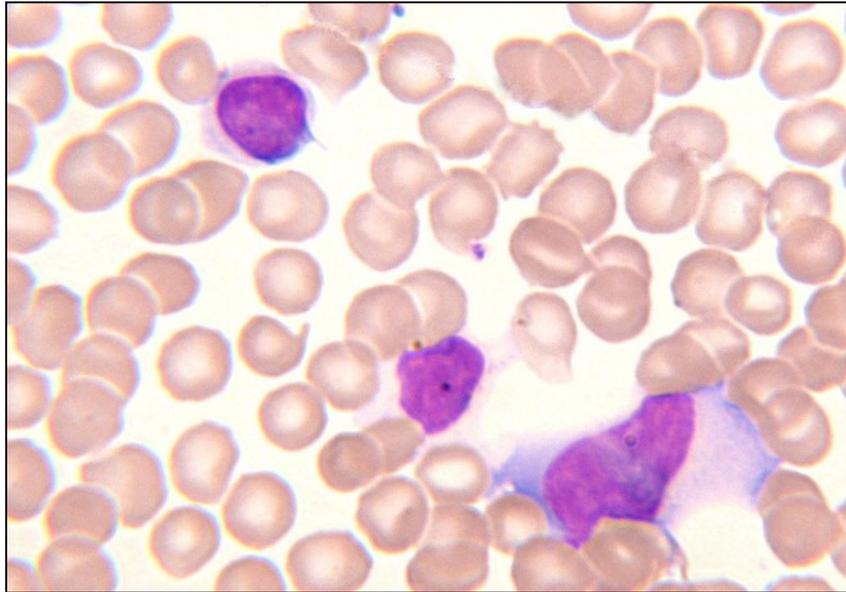
Monocito con vacuolas nucleares y protoplásmicas en la toma de VII dorsal.

Sr. R.C.M.



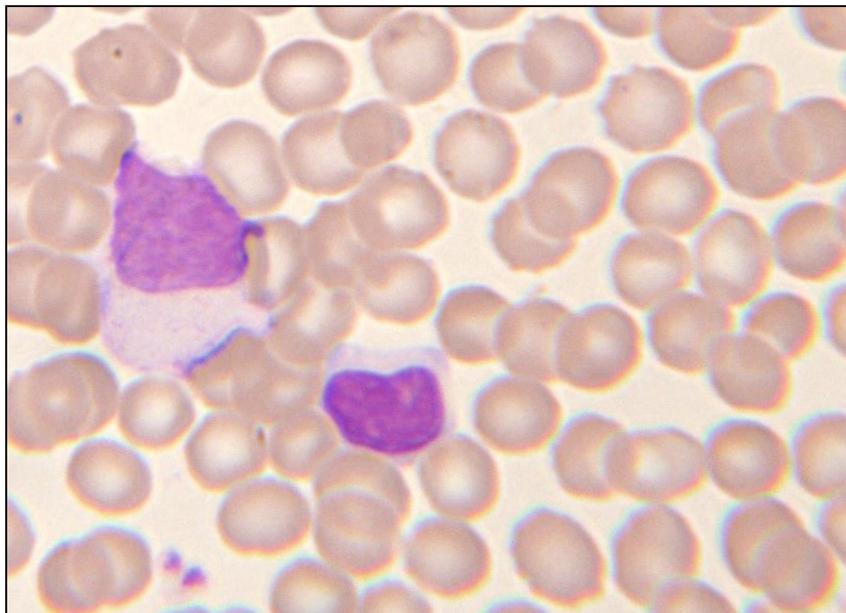
Otro monocito vacuolado en la muestra de epigastrio.

Sr. R.C.M.



Célula sospechosa de tumoral en V Dorsal y dos linfocitos.

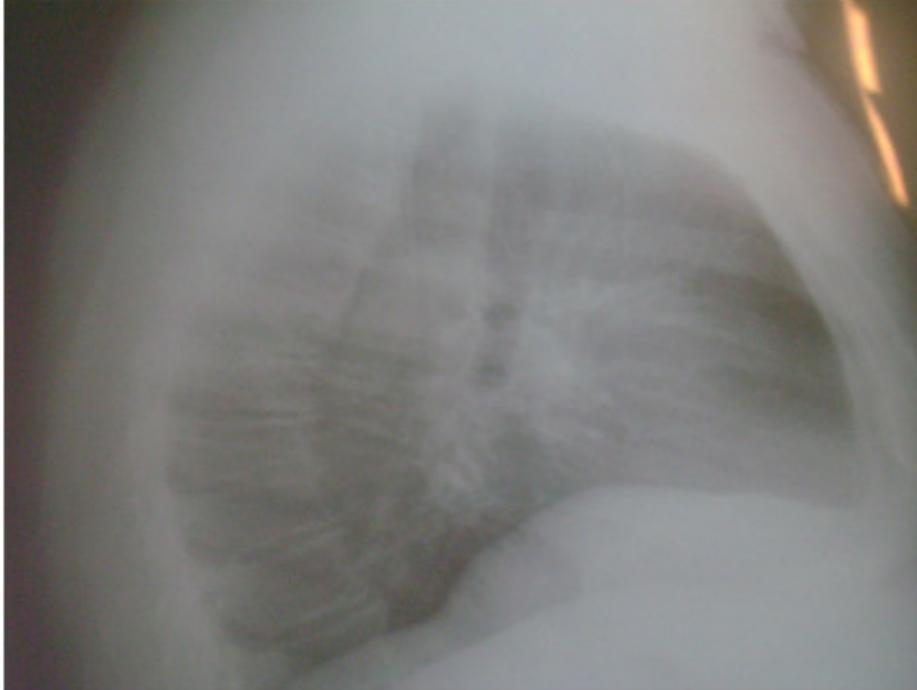
Sr. R.C.M.



Otro campo de la toma de V dorsal con células de aspecto tumoral.

RADIOGRAFÍAS

SR. R.C.M.



SR. R.C.M.



Los hallazgos del estudio de 321 casos de carcinoma del esófago realizado por Chan K.W. y col. revelaron metástasis ganglionares en un 65% y viscerales en 54%. En el estudio de Hoon Huh y Wookse Kim reporta un enfermo de un cáncer de esófago con tumor renal secundario. Cangiarella J.F. y col. señalan que de sospecharse metástasis en la patología ocular repentina, el estudio citológico de la aspiración intraocular da un diagnóstico rápido y confiable. Los tumores primarios del ojo mas frecuente en el adulto son los melanomas, los retinoblastomas en el niño. Aunque generalmente no se reconocen, las metástasis al ojo son hallazgos detectados mas frecuentes que los tumores primarios. Un carcinoma esofágico oculto metastatizó a la retina de una mujer de 51 años. El seguimiento posterior de la paciente detectó un adenocarcinoma del esófago el cual se confirmó por cepillado de la mucosa y biopsia.

Fumio Ide. y col. publican un caso de cáncer esofágico con metástasis a la encía y establecen que el carcinoma de células basales tiene un grado pronóstico mas grave que el carcinoma de células escamosas.

Levack B. y col. citan el caso de una metástasis en la parte distal de la faringe que se presentó con los datos clínicos de una posible infección pulpar, sin embargo el tumor primario finalmente encontrado fue un carcinoma del esófago. Sannohe Y. y col. realizaron el curetaje de nódulos linfáticos torácicos en 36 pacientes con cáncer del esófago en las regiones supraclaviculares bilaterales, intra-torácica y abdominal derechas. El radio metastásico resultante fue de 52.8% (19 de 36). Fue particularmente alto (26.7%) en los ganglios supraclaviculares derechos, de 27.8% en los ganglios paracardiales, en los ganglios situados en el arco de la arteria gástrica izquierda fue de 19.4% y de 16.7% en los ganglios del eje celiaco. Las lesiones metastásicas estaban limitadas a los ganglios intratorácicos en 1 de los 19 pacientes con metástasis ganglionares y fueron acompañados por metástasis de los ganglios supraclaviculares o abdominales en otros 18 pacientes.

Podemos apreciar en las proporciones anteriores la distribución metastásica del cáncer esofágico en los pacientes motivo del estudio anterior, así cobra importancia la posibilidad de hacer el diagnóstico del involucramiento ganglionar en un paciente canceroso con el auxilio del Biotopograma, tanto en los tumores primarios de esófago como en muchos otros que citamos en esta obra, destacando el hecho de estar utilizando una prueba no invasiva y con información accesible a nivel de la piel, en este caso, del tórax y abdomen.

En el estudio que presentan Weiss L. y col. se examinó la frecuencia del ataque metastásicos a 8 órganos clave en personas que murieron por carcinomas de la parte superior del esófago, fenómeno que se ve solo en personas con enfermedad avanzada. Los datos sugieren que de acuerdo con la teoría de cascada las células cancerosas primero tiene metástasis en el hígado y luego en los pulmones de donde se difunden a través del sistema arterial. Aproximadamente la mitad de los pacientes diagnosticados con cáncer de esófago localizado mueren de la enfermedad metastásica dentro de los primeros 2 años después de la resección del tumor. Los hallazgos de células tumorales aisladas (diseminadas o circulantes) por inmunocitoquímica y métodos de patología molecular han llevado a varias interpretaciones y diferentes aplicaciones del sistema TNM.

Para investigar la significación pronóstica independiente de las células tumorales aisladas y de una citología por lavado, se recomienda la recolección de datos uniformes de acuerdo al esquema de codificación que Thorban S. y col. han propuesto.

BIBLIOGRAFÍA CANCER DE ESÓFAGO

Cangiarella J.F., Suhrland M.J., y Cajigas A
Esophageal carcinoma metastatic to the retina : Diagnosis of a case by cytologic examination of intraocular vitreous washings
Acta Cytol. vol. 40, 5; 1017-1108. Sep. 1996

Chan K.W., Chan E.Y. y Chan C.W.,
Carcinoma of the esophagus. An autopsy study of 231 cases.
Pathology. Vol. 18, 4; 400-5. Oct -1986

Fumio Ide, Shimoyama T., Haga H. y Horie N.
Basaloid squamous cell carcinoma of the esophagus metastatic to the gingiva: A case report
Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology.
Vol. 83, 5; 584-587.

Huh, Hoon ; Kim, Wook
Esophageal Cancer Metastasis to the Kidney
Journal of Korean surgical society. Vol. 64, 1; 80-83. Jan - 2003.

Khan M.Y., Maltzman B., Jonnard R.,
Carcinoma of esophagus. Autopsy reports.
N Y State J Med. Vol. 80, 4; 575-9. Mar -1980.

Levack B., Scott G., Flanagan JP
Metastatic carcinoma presenting as a pulp space infection.
PubMed 15, 3; 341-2 Oct . 1983.

Sannohe Y., Hiratsuka R., Doki K.
Lymph node metastases in cancer of the thoracic esophagus.
Am J Surg.;141, 2; 216-8. Feb. 1981.

Thorban S., Roder J.D. and Nekarda H.
Immunocytochemical detection of disseminated tumor cells in the bone marrow of patients with esophageal carcinoma
Journal of the National Cancer Institute. Vol. 88, 17; 1222-1227. 1996

Weiss L., Voit A., Lane W.W.
Metastatic patterns in patients with carcinomas of the lower esophagus and upper rectum.
Invasion Metastasis. Vol. 4, 1; 47-60. 1984.