TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DEL CÁNCER DE ESÓFAGO Y CARDIAS

TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS

Lidia Argüello

Hospital La Fe. Valencia

Introducción

- El cáncer de esófago es uno de los tumores más agresivos.
  - Supervivencia < 20% a 5 años.
  - En el momento del diagnóstico más de la mitad de los pacientes presentan tumor no resecable o metástasis.

- Fundamental un diagnóstico precoz y un estudio de extensión lo más preciso posible.

Introducción

- La incidencia ha aumentado
  - El carcinoma escamoso es el más frecuente (2/3).
  - El adenocarcinoma ha aumentado.

- Factores de riesgo

Introducción

- La incidencia ha aumentado
  - El carcinoma escamoso es el más frecuente (2/3).
  - El adenocarcinoma ha aumentado

- Factores de riesgo

Tabaco, alcohol y déficit nutricional

Introducción

- La incidencia ha aumentado
  - El carcinoma escamoso es el más frecuente (2/3).
  - El adenocarcinoma ha aumentado.

- Factores de riesgo

Esófago de Barrett

Esófago de Barrett

- El epitelio escamoso esofágico es sustituido por mucosa de aspecto gástrico (epitelio columnar) y en la histología revela epitelio intestinal especializado: Metaplasia intestinal

- Complicación de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (RGE).

Esófago de Barrett

Manejo del paciente con esófago de Barrett:

- Tratamiento del REG: IBP/ cirugía antirreflujo.
- Vigilancia por endoscopia para detectar displasia.
- Tratamiento de la displasia.

Esófago de Barrett

Vigilancia por endoscopia

- Biopsias seriadas.

- Frecuencia:
  - Si no hay displasia: cada 2-3 años.

  - Si displasia
    - Bajo grado:
      Control a los 6 -12 meses.
      Si dudas diagnóstico diferencial con inflamación:
      aumentar dosis de IBP y endoscopia en 2 meses
    - Alto grado : confirmarlo (AP al menos por un experto).

Hirota et al. ASGE guideline. Gastrointest Endosc 2006
Boyer et al. Guideline of the french SDE. Endoscopy 2000

Esófago de Barrett

Vigilancia por endoscopia

- No hay consenso del valor del seguimiento endoscópico del Barrett
  - No coste-efectiva ? por la baja incidencia (0,5%/año)
  - No influye en la mortalidad global?

- Discrepancia en los resultados de los estudios realizados

- En el adenocarcinoma existe una mayor supervivencia en los pacientes diagnosticados que han sido vigilados que en los que no lo han sido.

Inndomi Ann Intern Med 2003
Sharma et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2006

Esófago de Barrett

Vigilancia por endoscopia

- Nuevas técnicas endoscópicas:
  - Microscopia endoscópica confocal
  - Cromoendoscopia
  - Endoscopia de magnificación
- Marcadores moleculares: p53, cyclin D1….

Reid et al Gastrointest Endosc Clin N Am 2003.

Ninguna ha demostrado superar a la endoscopia convencional

Esófago de Barrett

Tratamiento endoscópico

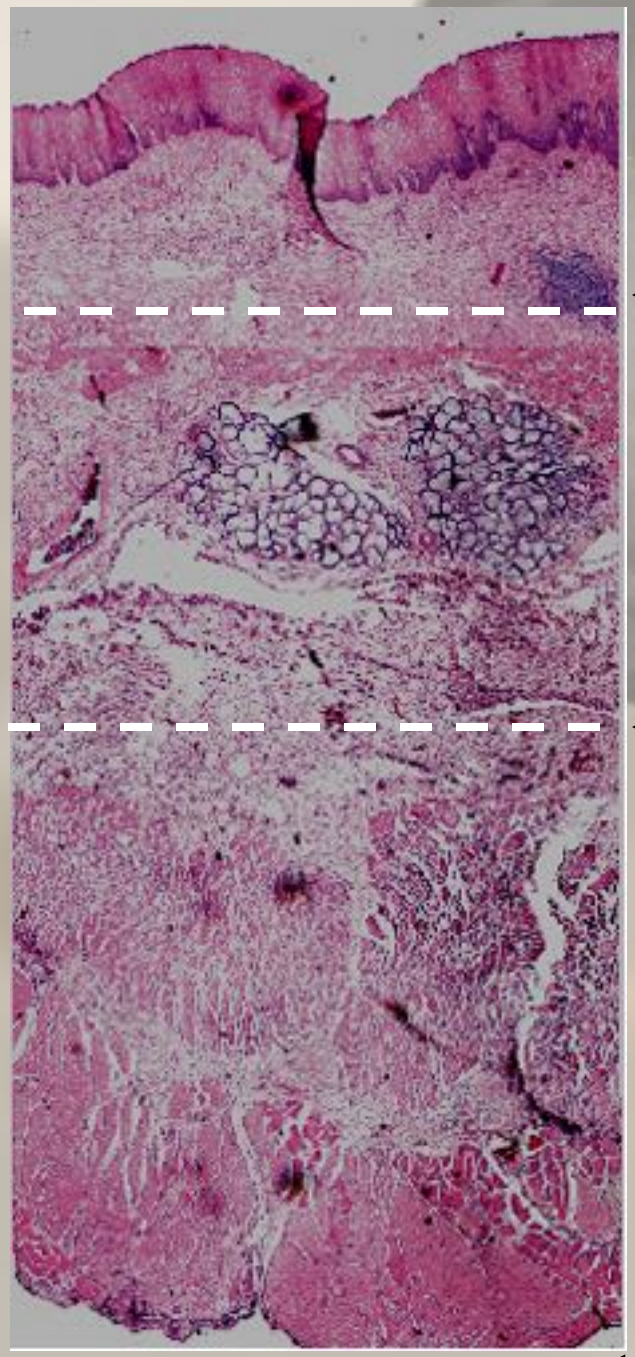
- Terapia ablativa: argon, electrocoagulación, radiofrecuencia.
- Terapia fotodinámica
- Resección mucosa.

Ablation Target

Muscularis mucosae (Ablation Target Depth)

Submucosa with esophageal glands

Muscularis propria



Controlling ablation depth avoids stricture

EMR Depth

Surgical Depth

HALO Electrode Technology

Esófago de Barrett

Tratamiento endoscópico

- Terapia ablativa: argon, electrocoagulación, radiofrecuencia.
- Terapia fotodinámica
- Resección mucosa

PROBLEMA del tratamiento del Barrett

Riesgo de que permanezca metaplasia por debajo del nuevo epitelio escamoso
Persistiendo el riesgo de adenocarcinoma.

Van Laethem et al. Gut 2000

Esófago de Barrett

Tratamiento endoscópico

- Terapia ablativa: argon, electrocoagulación, radiofrecuencia.
- Terapia fotodinámica
- Resección mucosa

Es una alternativa en el tratamiento del adenocarcinoma intramucoso

Diagnóstico y estadificación

DIAGNÓSTICO

- Gastroscopia

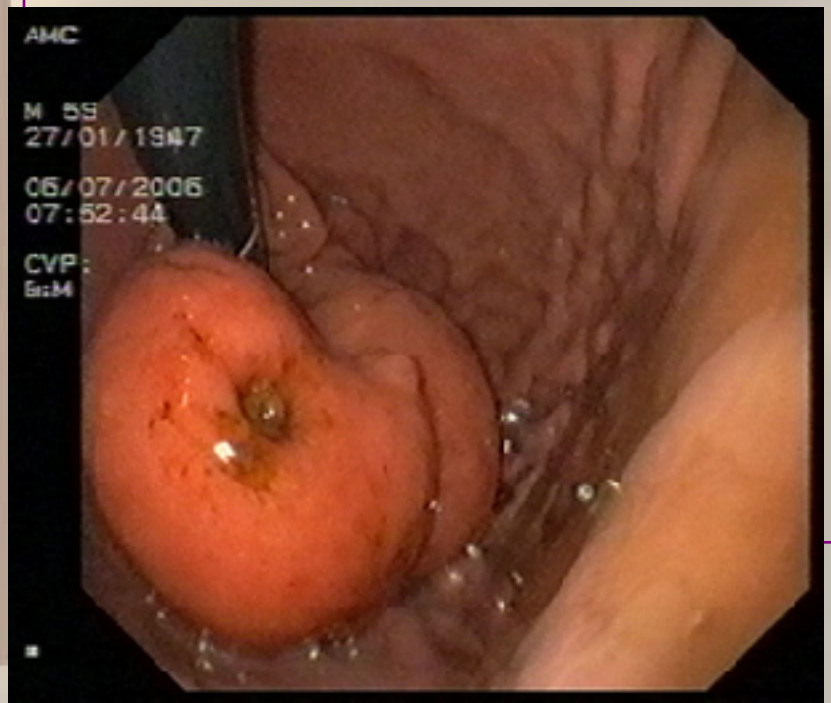
  - Biopsias (7 muestras sensibilidad 98%)
  - En estenosis permite realizar dilatación.

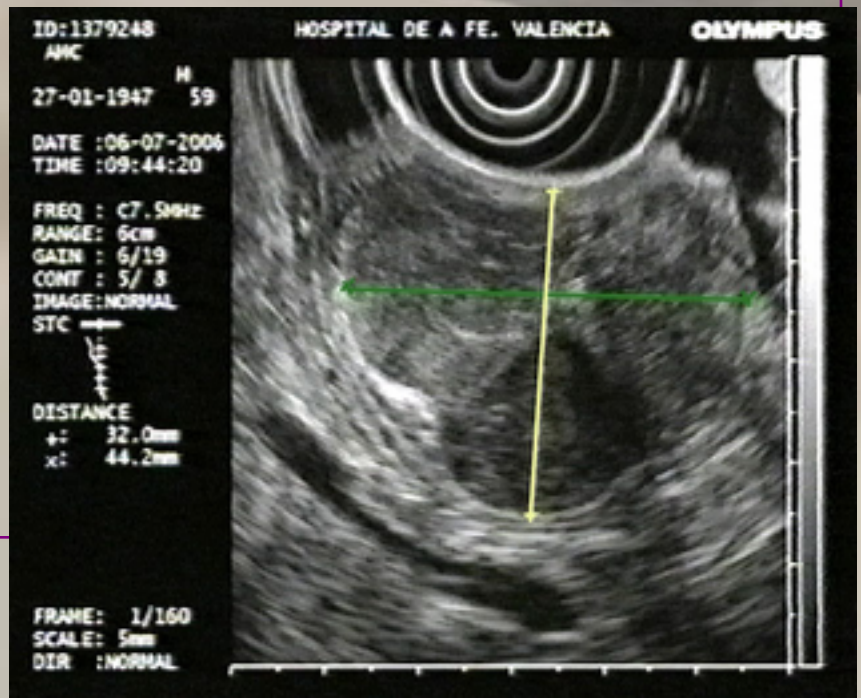
Diagnóstico de extensión (TNM)

- TC: detección de metástasis a distancia.
- Ecoendoscopia: es la técnica más precisa en el diagnóstico de extensión locorregional.

Diagnóstico de extensión (TNM)

- TC: detección de metástasis a distancia.
- Ecoendoscopia: es la técnica más precisa en el diagnóstico de extensión locorregional.





Precisión de la ecoendoscopia en el diagnóstico de extensión de las neoplasias digestivas

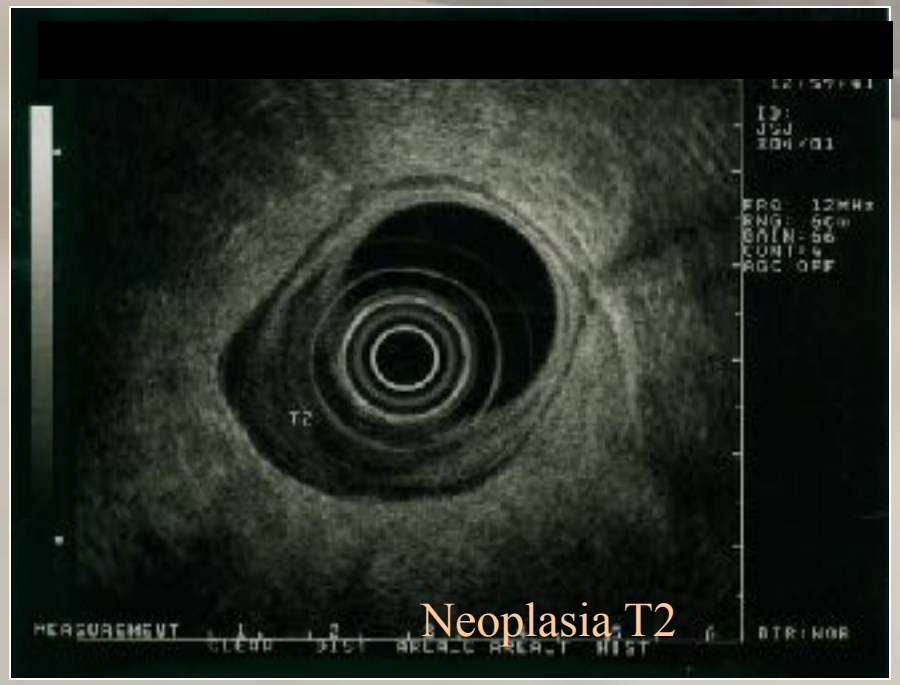
	Estadio T	Estadio N
Esófago	**85%**	**83%**
Estómago	86%	79%
Recto	88%	83%
Páncreas	89%	74%
Papila de Vater	86%	72%
Vía biliar	83%	68%

Importancia del diagnóstico de extensión TN

- ✓**Manejo terapéutico:** tratamiento neoadyuvante (n.esófago, recto)
- ✓Pronóstico

Estadificación T

Neoplasia T3



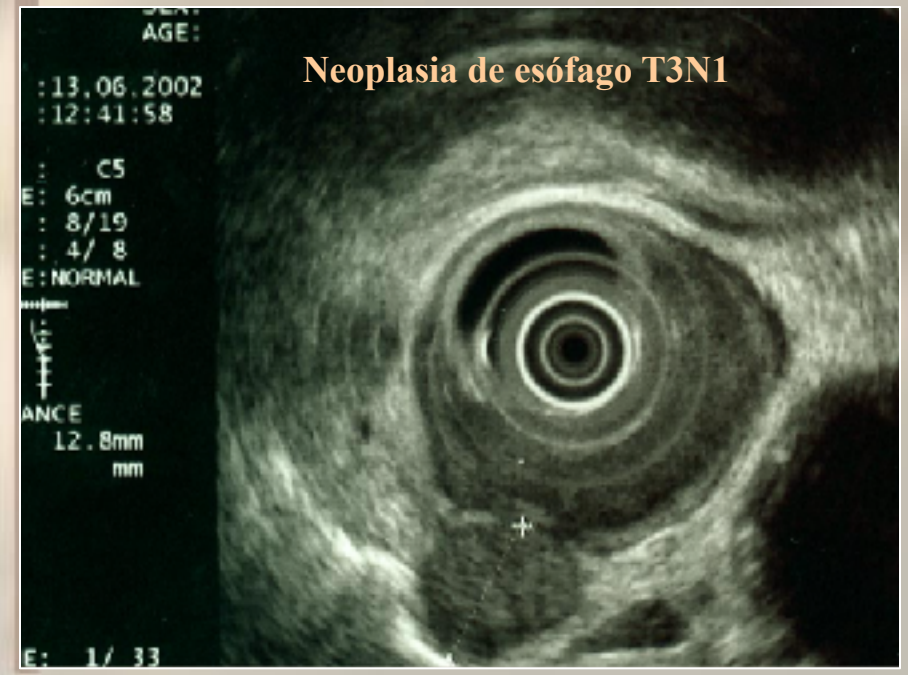
Neoplasia T2

Estadificación N

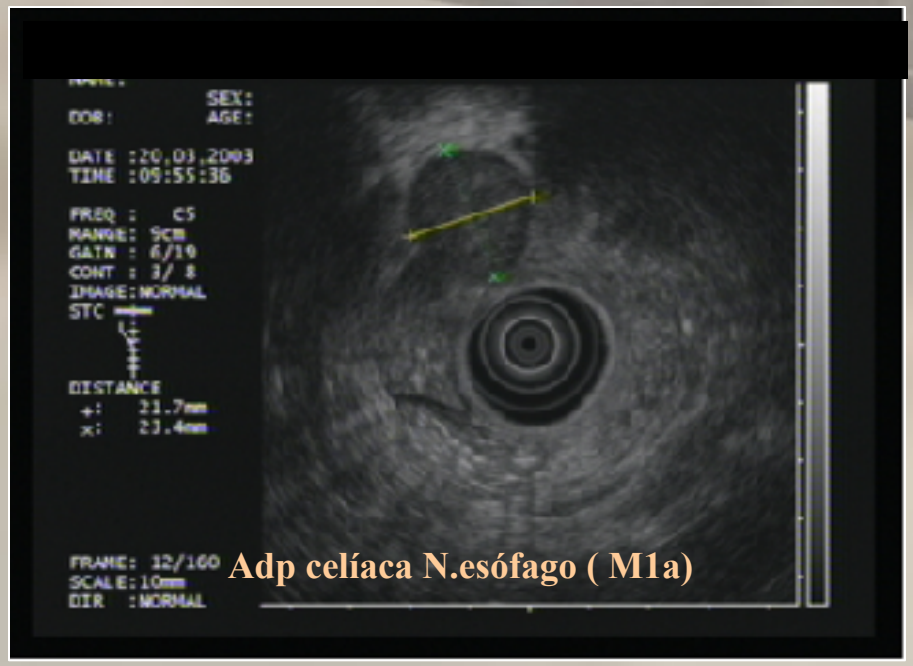
Criterios "clásicos" de malignidad

- Redondas
- Hipoecoicas o de la misma ecogenicidad que el tumor
- Bien delimitadas
- Tamaño > 1 cm

Sólo el 25% de las adenopatías malignas Cumplen estos criterios



Neoplasia de esófago T3N1

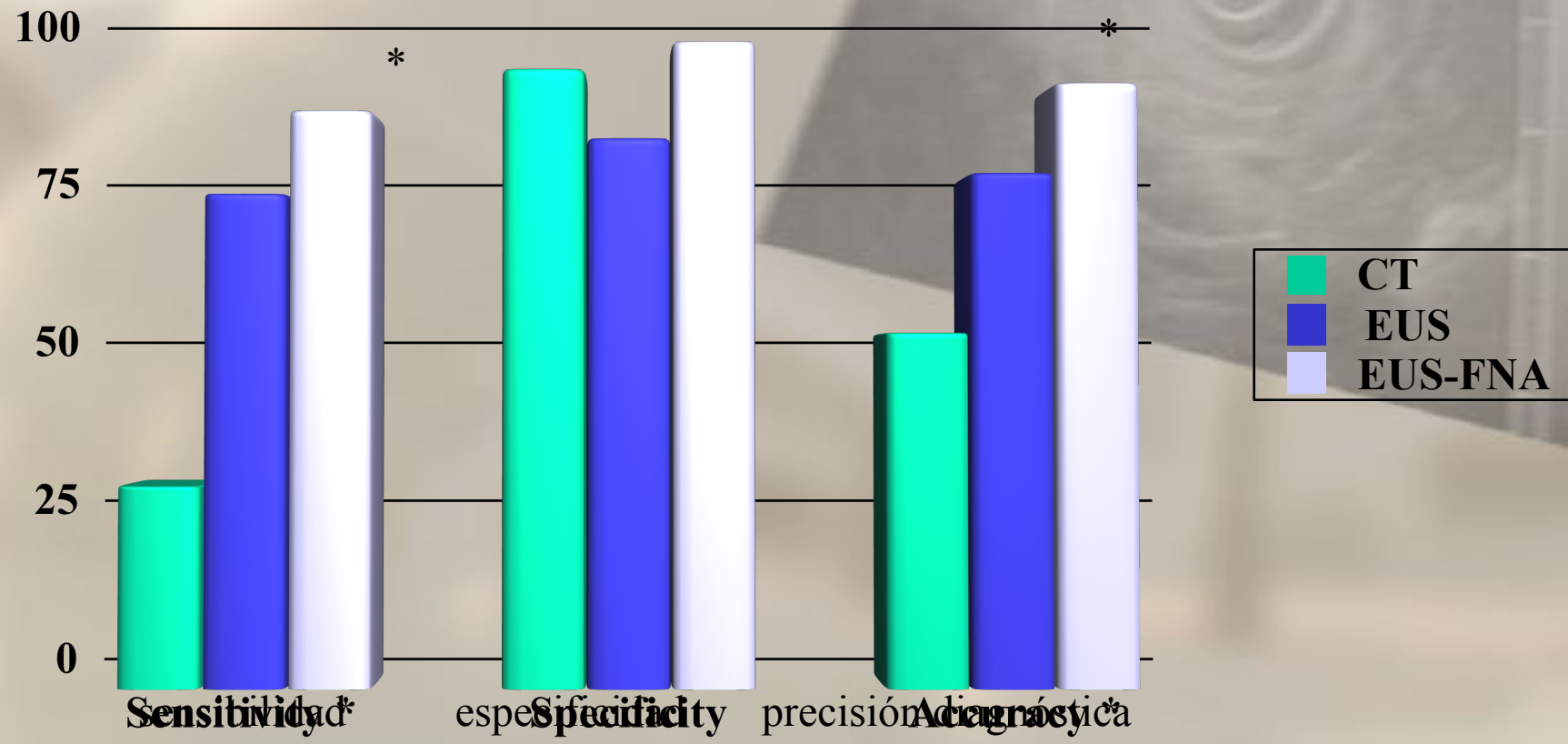


Adp celíaca N.esófago (M1a)

NEOPLASIA DE ESÓFAGO

Resultados: diagnóstico de extensión N

(N=125)



*USE-PAAF más sensible y precisa que TC o USE ($p < 0.01$)

(Vázquez-Sequeiros et al, Gastroenterology 2003)

USE EN LA REESTADIFICACIÓN TRAS RT Y QT

Los cambios inflamatorios y fibróticos producidos por el tto

Imposibilidad de distinguir entre cambios inflamatorios y tumor

Utilidad de la USE es controvertido

USE EN LA REESTADIFICACIÓN TRAS RT Y QT

Los cambios inflamatorios y fibróticos producidos por el tto

Imposibilidad de distinguir entre cambios inflamatorios y tumor

Utilidad de la USE es controvertido

- Indicador predictivo de respuesta:
  Una reducción >50% en el área de sección transversal máxima del tumor .

Chak et al. Cancer 2000

- La precisión de la USE tras el tto es del 27%
  La USE-PAAF podría detectar linfadenopatías residuales malignas.

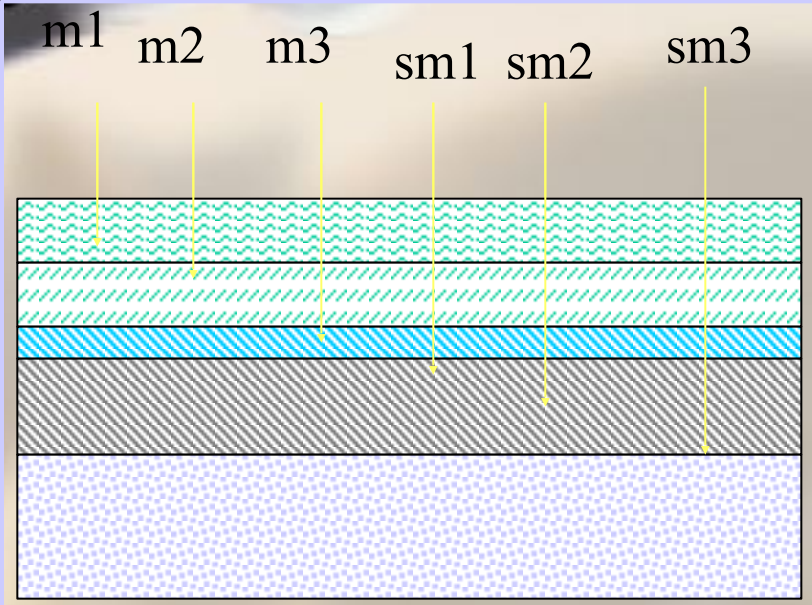
Agarwal AmJGastroenterol 2004

Endoscopia Terapéutica

Endoscopia Terapéutica

- Resección de tumores superficiales: Mucosectomía.
- Tratamiento paliativo: prótesis metálicas.
- Experimental: tratamiento intratumoral.

CARCINOMA SUPERFICIAL



m1: carcinoma in situ o intraepitelial

m2: invasión lámina propia

m3: infiltra hasta muscularis m.

sm1: infiltra hasta 1/3 sup. submucosa

sm2: invasión hasta 1/3 medio submucosa

sm3: infiltra hasta 1/3 inferior submucosa

Gastrointest Endosc 2003; 57:567-579

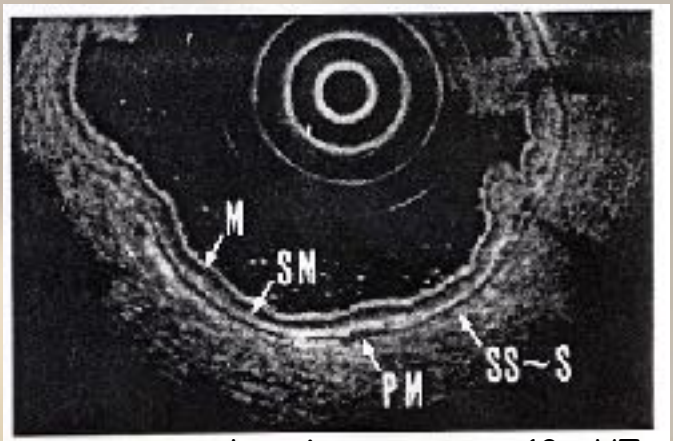
Carcinoma superficial esófago:

Frecuencia de metastásis linfáticas

Carc.intramucoso m1: 0% m2: 3% m3: 12%

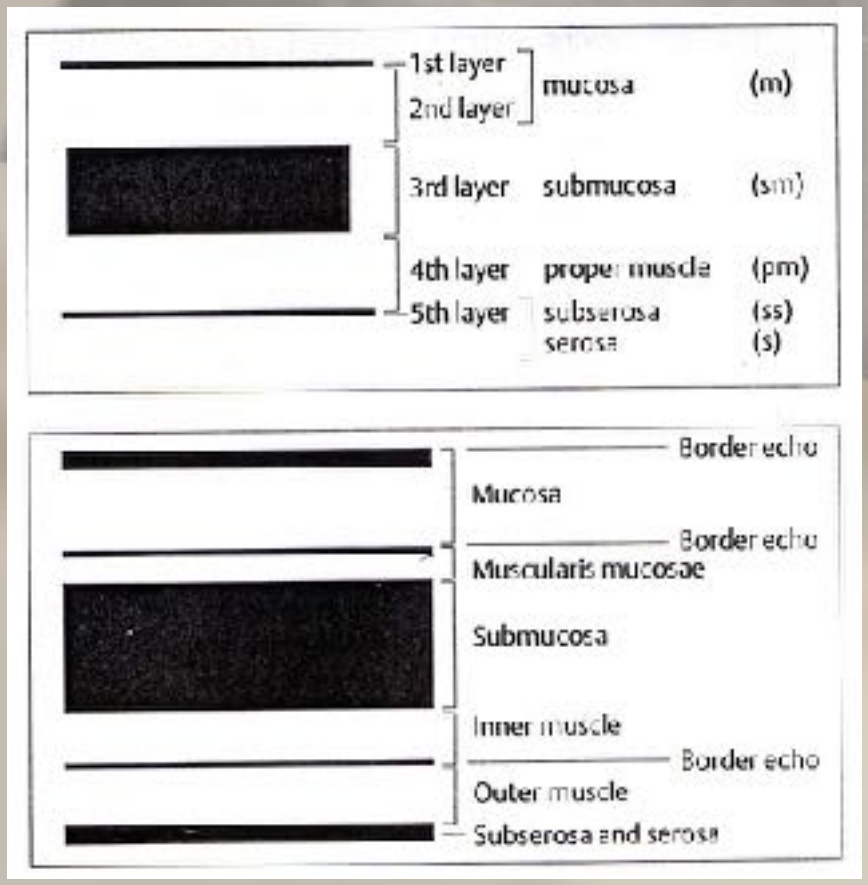
Carc. submucoso **sm1:26%** **sm2-sm3:30-40%**

USE Y TUMORES SUPERFICIALES

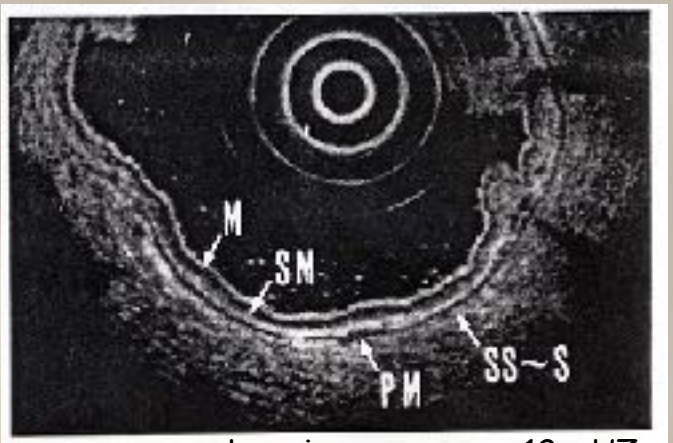


Las cinco capas con 12 mHZ

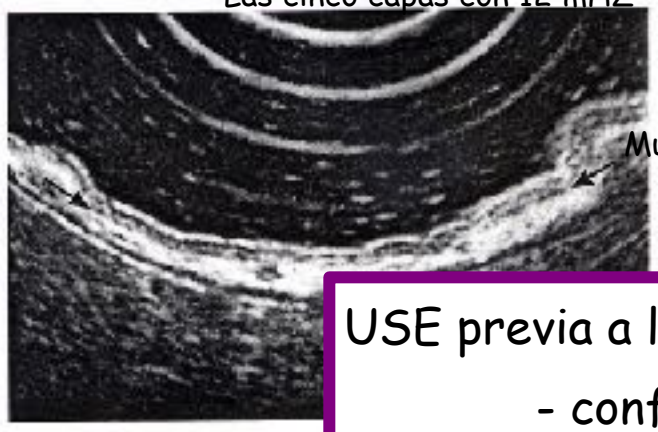
Las nueve capas de la pared con 20 o 30 mHZ



USE Y TUMORES SUPERFICIALES

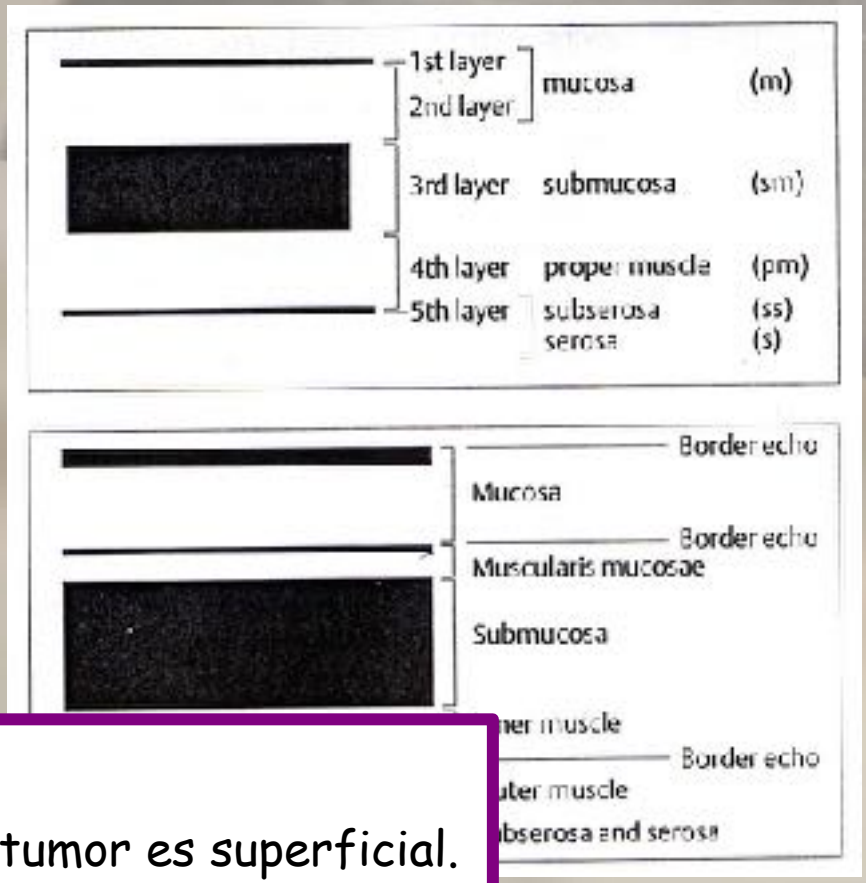


Las cinco capas con 12 mHZ



Muscularis mucosae

Las nueve capas de la



USE previa a la resección

- confirma que el tumor es superficial.
- descarta adenopatías.

ECOENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Tratamiento intratumoral

- Inyección intratumoral guiada por USE

- Radiofrecuencia guiada por USE

- Braquiterapia intratumoral guiada por USE

ECOENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Tratamiento intratumoral

Inyección de sustancias o agentes antitumorales:

- Inmunoterapia: inyección de linfocitos
- Adenovirus atenuados (ONYX- 015)
- Terapia génica: Transferencia de material genético (vía vírica o no vírica)

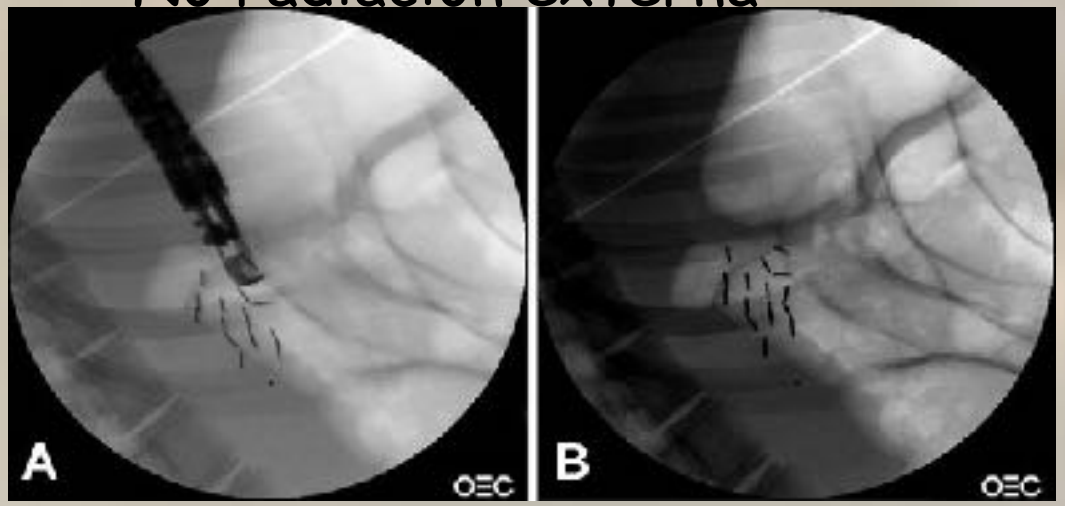
Chang et al. Cancer 2000

ECOENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Tratamiento intratumoral

Braquiterapia

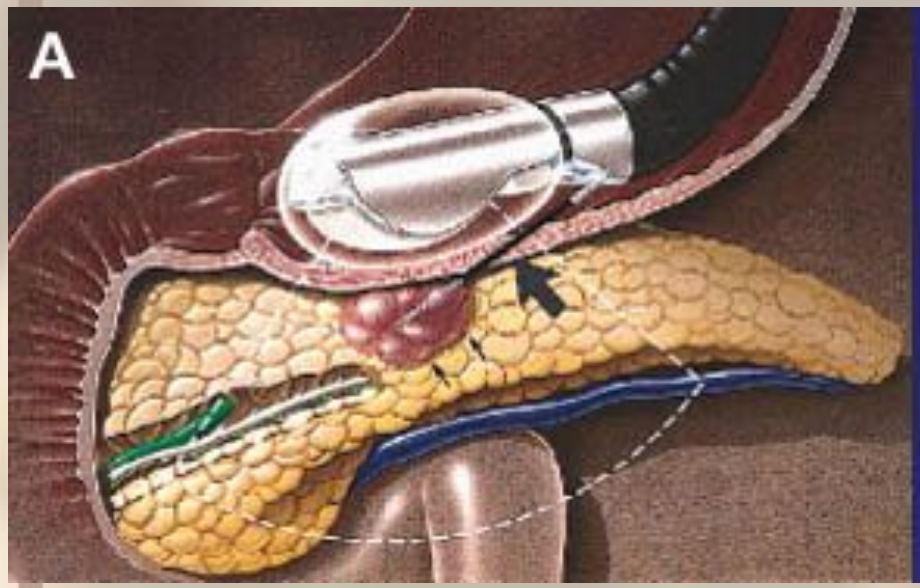
- Colocación de semillas
- No radiación externa

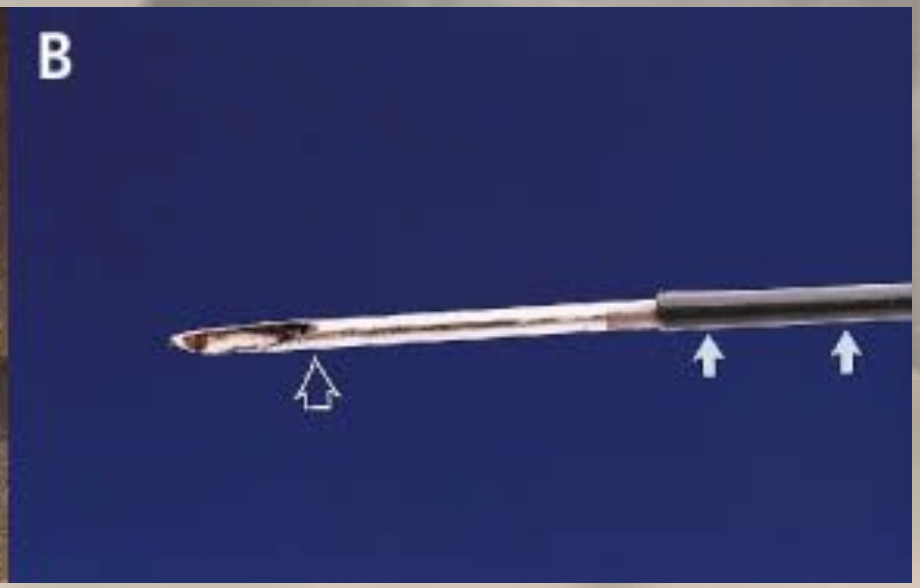


Wallace MB. Gastrointest Endosc 2000

Sun et al. Endoscopy 2006

RADIOFRECUENCIA INTRATUMORAL GUIADA POR USE





Goldberg SN. Gastrointest Endosc 1999