

# Tras la máscara de la neumonía: reporte de caso de carcinoma epidermoide de esófago

Jesús Antonio Mendoza-Concepción,<sup>1</sup> Carlos Eduardo Santamaría-Díaz,<sup>2</sup> Eduardo Rafael Perez-Beauregard<sup>3</sup>

## RESUMEN

El carcinoma epidermoide de esófago, una forma de cáncer que se caracteriza por la proliferación de células malignas, exhibe una incidencia mayor en hombres que en mujeres. En los Estados Unidos, se estima que el riesgo a lo largo de la vida es de aproximadamente 1 de cada 125 hombres y 1 de cada 417 mujeres<sup>1</sup>. Los principales síntomas incluyen pérdida de peso y disfagia.

Presentamos el caso de un hombre de 68 años, agricultor, con tratamiento previo por hipotiroidismo y diagnóstico reciente de EPOC. Con un historial de tabaquismo desde los 8 años y antecedentes de alcoholismo, quien ingresó al hospital con tos persistente y expectoración durante los últimos 3 meses a pesar de tratamientos antibiótico. En la exploración física, se observaron hallazgos como ingurgitación yugular, crepitaciones y estertores pulmonares.

Por su parte, la neumonía nosocomial ocurre en pacientes que han estado hospitalizados al menos 48 horas y puede cursar con tos, fiebre, crepitaciones, estertores, entre otras características clínicas encontradas en el paciente.

**Palabras Clave:** *Carcinoma epidermoide, tumoración esofágica, derrame pleural, neumonía recurrente, tumor mediastinal, neumonía nosocomial.*

## SUMMARY

Esophageal squamous cell carcinoma, a type of cancer characterized by the proliferation of malignant cells, has a higher incidence in men than in women. In the United States, the lifetime risk is estimated to be approximately 1 in 125 men and 1 in 417 women. The main symptoms include weight loss and dysphagia.

We present the case of a 68-year-old man, a farmer with a

history of hypothyroidism and a recent diagnosis of COPD. He has a long history of smoking since the age of 8 and a background of alcoholism. He was admitted to the hospital with persistent cough and sputum production for the last 3 months despite antibiotic treatment. Physical examination revealed findings such as jugular vein distention, crepitations, and pulmonary rales.

Nosocomial pneumonia occurs in patients who have been hospitalized for at least 48 hours and may present with symptoms such as cough, fever, crepitations, and rales, among other clinical signs found in the patient.

**Keywords:** *Squamous cell carcinoma, esophageal mass, pleural effusion, recurrent pneumonia, mediastinal tumor, nosocomial pneumonia.*

## INTRODUCCIÓN

El carcinoma epidermoide de esófago es un cáncer que se origina en las células escamosas que revisten el esófago<sup>2</sup>, muestra una mayor prevalencia en regiones específicas como el este de Asia y África (más de 100 casos por 100.000 habitantes/año), asociado frecuentemente al tabaquismo y al consumo de alcohol<sup>3</sup>. En 2020, ocupó el sexto lugar con 604,000 nuevos casos y fue la sexta causa de muerte asociada al cáncer, el cáncer de esófago es más común en hombres que en mujeres<sup>4</sup>. Las personas entre 45 y 70 años tienen mayor riesgo de desarrollarlo. En México, durante el 2020 se reportaron 1,290 casos nuevos de cáncer de esófago y 1,238 fallecimientos por esta causa<sup>5</sup>.

A veces, este cáncer se manifiesta en múltiples áreas del esófago, lo cual está relacionado con cambios genéticos, como la inestabilidad del gen p53, y factores ambientales y de estilo de vida<sup>6</sup>.

La mayoría de los tumores se encuentran en el tercio medio

<sup>(1)</sup> Médico Interno de pregrado, Universidad Olmeca, Tabasco.

<sup>(2)</sup> Residente de segundo año de medicina interna, Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casanus, Tabasco.

<sup>(3)</sup> Médico adscrito al servicio de Medicina Interna, Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casanus, Tabasco.

del esófago, con casi todos los casos en el tercio superior siendo de tipo epidermoide, mientras que el adenocarcinoma generalmente se localiza en el tercio inferior.<sup>7</sup>

La neumonía adquirida en la comunidad es causa de hasta 1.4 millones de ingresos hospitalarios en estados unidos, llegando a tener una incidencia estimada de 63 por cada 10,000 personas por año.<sup>8</sup>

El objetivo de exponer este caso clínico es resaltar la importancia del diagnóstico diferencial y la identificación temprana de patologías oncológicas en pacientes con cuadros respiratorios recurrentes, como neumonía, particularmente en aquellos con factores de riesgo como tabaquismo, alcoholismo y antecedentes ocupacionales. Este caso enfatiza cómo el carcinoma epidermoide de esófago, una neoplasia poco común, puede enmascarse como infecciones respiratorias recurrentes, lo que retrasa su diagnóstico y tratamiento oportuno.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 68 años, Agricultor, del estado Chiapas, México. Antecedente Heredo Familiar de Padre con Carga Genética de DM2. Fumador actual desde los 8 años con un índice tabáquico de 152 paquetes año. Alcoholismo actual con un índice de 80g por ingesta. Niega alergias, hospitalizaciones o fracturas.

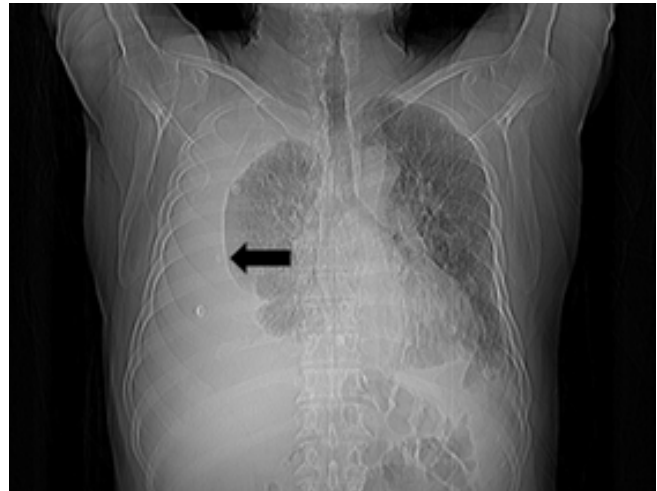
El 24.04.23 tuvo un ingreso previo en hospital de segundo nivel donde fue diagnosticado con Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) y tratado con Levofloxacino durante 10 días de forma ambulatoria, con resolución de los síntomas. Sin embargo, el 05.05.23 experimentó tos productiva, fiebre y disnea leve, tratados sin mejoría con Ceftriaxona y Azitromicina de forma ambulatoria, considerándose como Neumonía Nosocomial

El 26.06.23 acude a este hospital con disnea MMRC3, fiebre sin predominio de horarios, tos productiva descrita como sanguinolenta, así como pérdida de al menos 10 kilogramos en tres meses de forma no intencionada.

Los signos vitales del paciente presentan una TA de 102/55 mmHg, FC de 104 lpm, FR de 26 rpm, temperatura de 38.5°C, SatO2 del 96%, y Glasgow de 15 puntos. A la exploración física se encuentra orientado en tiempo, lugar y persona, con pupilas isocóricas y reflejos conservados. No se observa reflujo hepatoyugular. En la inspección del tórax, se nota un tórax raquíptico y taquipneico, con asimetría en la amplexión y amplexación. Se encuentra submatidez en el hemitórax derecho y estertores generalizados en el hemitórax izquierdo. Además, se identifica ausencia de murmullo vesicular en los 2/3 inferiores del hemitórax derecho, abdomen sin alteraciones. Las extremidades superiores e inferiores muestran hipotrofia muscular, con fuerza normal según la Escala de Daniels 5/5 global.

El electrocardiograma sin alteraciones. Se realiza un topograma torácico en el que se aprecia un derrame pleural.

(DP) unilateral con magnificación de la silueta cardíaca. (Figura 1).



**Figura 1:** Topograma torácico en el que se aprecia un derrame pleural (flecha negra).

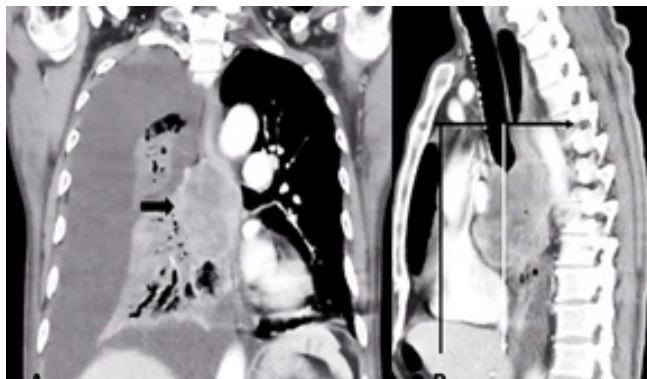
Se realiza toracocentesis con extracción de 120 ml de líquido pleural, clasificando como trasudado. Los resultados de las pruebas en la tinción de Gram, Papanicolaou y ADA son negativos. Se solicita una radiografía de control, sin evidencia de neumotórax, sin embargo, con datos aún de derrame pleural y cisuritis, así como aparente ensanchamiento mediastinal con desplazamiento de la tráquea al lado derecho (Figura 2).



**Figura 2:** Radiografía de tórax AP, flecha roja muestra desplazamiento de la tráquea, flecha negra grande cisuritis residual, flecha negra pequeña derrame pleural escaso

## CASO CLÍNICO

Lo que motivó la realización de una tomografía computarizada simple y contrastada ya que la pérdida de peso y el derrame pleural sin causa aparente pueden estar asociados a neoplasias, apreciamos una tumoración dependiente de mediastino posterior, de bordes irregulares con captación de contraste en la periferia, así como hipodensidad en hemitórax derecho compatible con derrame pleural. (Figura 3).



**Figura 3:** (A) Tomografía contrastada en corte coronal que muestra un tumor de bordes mal definidos con captación de contraste en su periferia (flecha negra). (B) Corte sagital en la que se delimita anatómicamente el mediastino, se aprecia predominio posterior la presencia de la tumoración.

Se solicitó la evaluación por parte de Radiología Intervencionista para llevar a cabo una biopsia, sin embargo, sugieren realizar una endoscopia debido a la consideración de que el tumor podría tener origen en el esófago. Tras los resultados obtenidos, se reintieroga al paciente el cual refiere presentar disfagia a sólidos de manera ocasional, indicativa de una obstrucción esofágica probablemente causada por un tumor.

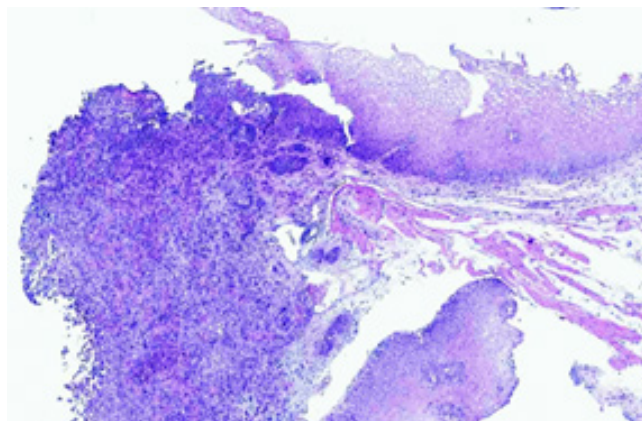
Durante la endoscopia realizada, se observó una lesión en el esófago que se extiende desde los 25 hasta los 31 centímetros de distancia desde los dientes incisivos superiores. Notablemente, se identificó una estrechez de la luz esofágica en aproximadamente un 40%.

Además, se detectó un engrosamiento en el tercio medio del esófago, descrito como una infiltración, por lo que se realiza toma de biopsia.

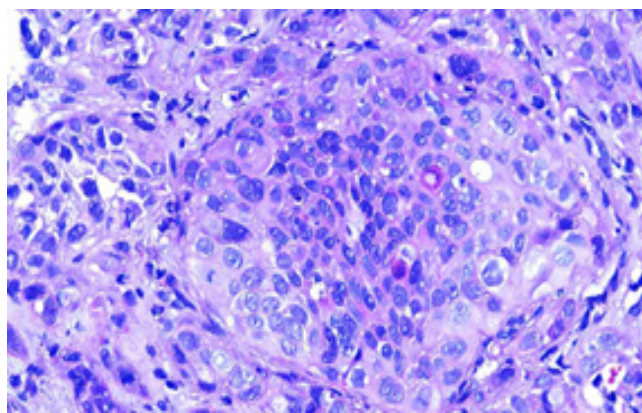
El 10.07.23 el estudio anatomopatológico (Figura 4 y 5) reporta como biopsia del tercio medio de esofago el cual fue recibido en cuatro fragmentos de tejido que miden 0.2 x 0.2cm, cada uno, son irregulares, blandos, café gris. Se incluyen integros. TC: 1 TF: V TS: 0. La muestra se

diagnostica como Carcinoma Epidermoide de Grado II (Moderadamente Diferenciado).

Se solicitó la evaluación por parte de Radiología Intervencionista para llevar a cabo una biopsia, sin embargo, sugieren realizar una endoscopia debido a la consideración de que el tumor podría tener origen en el esófago. Tras los resultados obtenidos, se reintieroga al paciente el cual refiere presentar disfagia a sólidos de manera ocasional, indicativa de una obstrucción esofágica probablemente causada por un tumor.



**Figura 4:** Biopsia de tercio medio de esófago. Se observa transición entre epitelio escamoso estratificado no queratinizado normal y una neoplasia ulcerada (H&E, 10X).



**Figura 5:** Biopsia de tercio medio de esófago. Se observa una Neoplasia escamosa con Células Grandes de Citoplasma Moderado y Núcleos esféricos, moderadamente pleomórficos, con pequeño nucléolo, y focos de queratinización (H&E, 40X).

Durante la endoscopia realizada, se observó una lesión en el esófago que se extiende desde los 25 hasta los 31 centímetros de distancia desde los dientes incisivos superiores. Notablemente, se identificó una estrechez de la luz esofágica

en aproximadamente un 40%.

Además, se detectó un engrosamiento en el tercio medio del esófago, descrito como una infiltración, por lo que se realiza toma de biopsia.

El 10.07.23 el estudio anatomopatológico (Figura 4 y 5) reporta como biopsia del tercio medio de esófago el cual fue recibido en cuatro fragmentos de tejido que miden 0.2 x 0.2cm, cada uno, son irregulares, blandos, café gris. Se incluyen integros. TC: 1 TF: V TS: 0. La muestra se diagnostica como Carcinoma Epidermoide de Grado II (Moderadamente Diferenciado).

Durante su hospitalización, el paciente desarrolló neumonía intrahospitalaria y recibió tratamiento con antibióticos de amplio espectro, pero su respuesta fue insatisfactoria. Se le administró norepinefrina para mantener la TA perfusoria. Sin embargo, su condición empeoró, el 1 de agosto de 2023 sufrió un paro cardiorrespiratorio y, a pesar de las maniobras de reanimación cardiopulmonar, no se obtuvo retorno de la circulación espontánea.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad y el cáncer de esófago, no tienen ninguna relación fisiopatológica, sin embargo, nuestro paciente fue tratado en dos ocasiones por NAC de forma ambulatoria. Consideramos que al presentar derrame pleural, se explicaba la tos, la cual por las crepitaciones propias de dicha entidad fue en dos ocasiones confundida por una NAC.

La presentación con derrame pleural es inusual en el cáncer de esófago, sin embargo, el derrame pleural secundario a patología oncológica, es la segunda causa más común del mismo, con una supervivencia que oscila de 3-12 meses<sup>9</sup>.

El cáncer esofágico frecuentemente se diagnostica en etapas avanzadas, lo que limita las opciones quirúrgicas y demanda cuidados paliativos, siendo el adenocarcinoma y el epidermoide los subtipos histológicos más comunes, la disfagia y la pérdida de peso no son datos directos, sin embargo, apoyan la sospecha<sup>10</sup>. Este caso de carcinoma epidermoide subraya la necesidad de un enfoque multidisciplinario y proactivo. A pesar de los factores de riesgo como el tabaquismo, el alcoholismo y la exposición a pesticidas, se observaron retrasos en el diagnóstico y un manejo subóptimo de complicaciones como derrame pleural y anemia. Aunque se realizaron intervenciones terapéuticas, el desenlace fatal destaca la importancia crucial del diagnóstico precoz y del manejo efectivo del carcinoma epidermoide de esófago.

## REFERENCIAS

1. Tracy Wyant, DNP, AOCN, GERO-BC, EBP-C, CPPS, Qin Zhang, MD, Rick Alteri, MD, Barbara Lubejko, MS, RN Lois Merrick, DNP, MSN, BMTCN. Estadísticas Importantes Sobre El Cáncer De Esófago [Internet]. www.cancer.org. 2020. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-esofago/acerca/estadisticas-clave.html>
2. Bethesda, MD. Tratamiento Del Cáncer De Esófago (PDQ®)–Versión Para Profesionales De Salud - NCI [Internet]. www.cancer.gov. 2022 [cited 2024 Nov 18]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/esofago/pro/tratamiento-esofago-pdq>
3. J.A. Hermida Pérez, L. Capote León, Hernández ÁB, Vila BJ. Metástasis por contigüidad de carcinoma escamoso esofágico, invasivo. Caso clínico. Medicina de Familia SEMERGEN [Internet]. 2015 Feb 13 [cited 2024 Nov 18];42(2):128–30. Available from: <https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-metastasis-por-contiguidad-carcinoma-escamoso-S1138359315000349>
4. Obermannová R, Alsina M, Cervantes A, Leong T, Lordick F, Nilsson M, et al. Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, Treatment and follow-up. Annals of Oncology [Internet]. 2022 Oct [cited 2024 Nov 18];33(10):992–1004. Available from: [https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(22\)01850-6/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(22)01850-6/fulltext)
5. Redacción. En 2020, Se Registraron 604 Mil 100 Nuevos Casos De Cáncer De Esófago [Internet]. Oncologia.mx. 2021 [cited 2024 Nov 18]. Available from: <https://oncologia.mx/2021/11/13/en-2020-se-registraron-604-mil-100-nuevos-casos-de-cancer-de-esofago>.
6. Silva-Silva RA, Romero-Amaro ZR, Linares-Larrazabal LA, Arismendi-Morillo GJ. Carcinoma epidermoide de esófago múltiple y sincrónico en una mujer joven: ¿un ejemplo de carcinogénesis temprana y rápida? Revista De Gastroenterología De México [Internet]. 2016 Mar 2 [cited 2024 Nov 18];81(3):176–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090616000070?via%3Dihub>
7. Tracy Wyant, DNP, AOCN, GERO-BC, EBP-C, CPPS, Qin Zhang, MD, Rick Alteri, MD, Rick Alteri, MD, Lois Merrick, DNP, MSN, BMTCN. ¿Qué Es El Cáncer De Esófago? [Internet]. www.cancer.org. 2020. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-esofago/acerca/que-es-cancer-de-esofago.html>
8. Vaughn VM, Dickson RP, Horowitz JK, Flanders SA. Community-Acquired Pneumonia: a Review. PubMed [Internet]. 2024 Sep 16;332(15). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39283629/>
9. Ferreiro L, Suárez-Antelo J, Valdés L. Manejo Del Derrame Pleural Maligno. Archivos De Bronconeumología

## CASO CLÍNICO

[Internet]. 2021 Jan [cited 2024 Nov 18];57(1):7–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289620301952?via%3Dihub>

10. Cintra Brooks ST, Amara Cintra Pérez, Servio Cintra Pérez. Cáncer De esófago. Revisión Actualizada. Revista

Información Científica [Internet]. 2016 [cited 2024 Nov 18];95(4):635–46. Available from: [https://www.redalyc.org/journal/5517/551762901014/html/#redalyc\\_551762901014\\_ref7](https://www.redalyc.org/journal/5517/551762901014/html/#redalyc_551762901014_ref7)