



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**CARCINOMA EPIDERMÓIDE DEL ESÓFAGO:  
REPORTE DE CASO**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE MÉDICO**

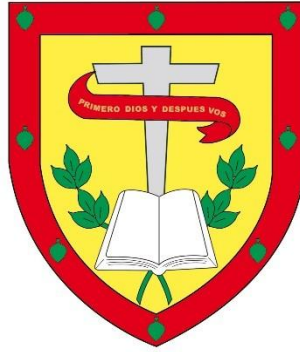
**AUTOR: PEDRO JOSÉ ORDÓÑEZ PALACIOS**

**DIRECTOR: JUAN GUILLERMO LÓPEZ TINITANA**

**CUENCA - ECUADOR**

**2025**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**CARCINOMA EPIDERMOIDE DEL ESÓFAGO:  
REPORTE DE CASO**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: PEDRO JOSÉ ORDÓÑEZ PALACIOS**

**DIRECTOR: DR. JUAN GUILLERMO LÓPEZ TINITANA**

**CUENCA - ECUADOR**

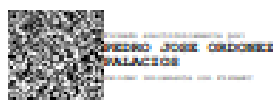
**2025**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

## DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

**Pedro José Ordóñez Palacios** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107411290**. Declaro ser el autor de la obra: **"Carcinoma epidermoide del esófago: reporte de caso."**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 11 Agosto de 2025

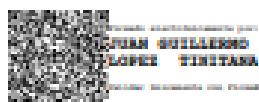


F: .....  
**Pedro José Ordóñez Palacios**  
C.I. **0107411290**

## CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado **“Carcinoma epidermoide del esófago: reporte de caso.”**, realizado por **ORDÓÑEZ PALACIOS PEDRO JOSÉ** con documento de identidad No. **0107411290**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 11 de Agosto de 2025



**Dr. Juan Guillermo López  
Tinitana  
DIRECTOR / TUTOR**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo se lo dedico a las personas que son parte de mi vida, lo mejor que he podido tener a lo largo de mi crecimiento como persona y como futuro profesional.

Este trabajo es un gran paso a una profesionalización como médico y agradezco a cada persona que estuvo día a día apoyándome, a mi padre Pedro y mi madre María quienes son mi mayor fortuna y sostén en la vida.

A mis hermanas Emilia, Inés y Amelia. Siempre brindándome fuerzas para seguir adelante y llenando mi corazón con la mejor medicina que existe, el amor.

A mis abuelos Edgar y Paquita que siempre están cuidándome y de los que aprendí el cariño incondicional y la unión familiar.

A mi abuela Gladys, mujer que me enseñó el poder de salir adelante por sí mismo y nunca darse por vencido.

A mi familia Ordóñez Anzoátegui y familia Palacios Vásquez, quienes son pilar fundamental para ser la persona de hoy.

A mis amigos Gabriel, Luis, Mateo, Martín y Sebastián, por siempre apoyarme y permanecer en las buenas y en las malas.

A mis amigas Ana y María José por ser la mejor compañía siempre y acompañarme en los momentos de quiebre que llegué a tener.

## **AGRADECIMIENTO**

“Es absurdo condenar la ignorancia del pasado desde la sabiduría del presente”

Una de las frases más bonitas que escuché, permitió darme cuenta de lo que amo, la medicina, por esto quiero agradecer a quien formó parte de mi proceso:

Gracias a Ángela, Adriana y Giuliana, por ser incondicionales y permitirme los mejores años de la carrera.

A mi director de tesis Dr. Juan Guillermo López, quien estuvo desde el inicio de mi carrera universitaria y me apoyo en la elaboración de este trabajo y me guió de la mejor manera posible.

Gracias a Dios por mantenerme fuerte en cada momento de mi vida y por permitir seguir en pie disfrutando cada día con salud y con mi familia.

Gracias a mis dos ángeles que guían mis pasos y me hicieron comprender que la vida es el mejor regalo que puedo tener.

Un enorme abrazo a todos y millón gracias.

## 1. RESUMEN

El carcinoma epidermoide del esófago es el noveno tumor maligno en el mundo. Conformar la sexta causa más común de mortalidad en relación al cáncer del tubo digestivo. El cáncer de esófago se divide en dos tipos histológicos, con características propias, la displasia o carcinoma, siendo el carcinoma epidermoide la patología predominante. Su diagnóstico se realiza a través de exámenes de histopatología y tomografía con contraste que permite diferenciar características importantes como el tamaño de la masa y en algunos casos fistulación.

Se presenta el caso de una paciente femenina de 45 años, con discapacidad intelectual de 82%. Además, exéresis de masa inguinal hace 1 año y 6 meses y gastrostomía hace 2 meses para alimentación. Antecedentes familiares, padre con cáncer de vejiga y madre con cáncer de estómago. Paciente acude a consulta por presencia de masa en el cuello. Estudio de extensión por tomografía contrastada de cuello y tórax evidencia neoplasia sólida ligeramente vascularizada probablemente dependiente de esófago, además, mediante fistulografía se identifica fístula cutánea. Actualmente se encuentra en tratamiento con quimioterapia con buena tolerancia.

El diagnóstico principal del carcinoma epidermoide de esófago se realiza mediante histopatología, sin embargo, la tomografía por contraste es una técnica de gran importancia ya que es una herramienta que nos permite diferenciar las características de amplitud, tamaño y posible diseminación de la neoplasia.

**Palabras clave:** Carcinoma de Células Escamosas de Esófago, fístula, diagnóstico, tratamiento.

## 2. ABSTRACT

Esophageal squamous cell carcinoma is the ninth most common malignant tumor worldwide and the sixth most common cause of mortality related to gastrointestinal cancer. Esophageal cancer is divided into two histological types, dysplasia or carcinoma, with squamous cell carcinoma being the predominant pathology. Diagnosis is made through histopathology and contrast-enhanced tomography, which allows differentiation of important characteristics such as tumor size and, in some cases, fistula formation.

This study presents a case of a 45-year-old female patient with an 82% intellectual disability. Her medical history includes excision of an inguinal mass 1 year and 6 months ago and a gastrostomy performed 2 months ago for feeding. Family history includes a father with bladder cancer and a mother with stomach cancer. The patient presented to consultation due to the presence of a mass in the neck. A contrast-enhanced tomography extension study of the neck and thorax evidenced a slightly vascularized solid neoplasm, likely dependent on the esophagus. Additionally, a fistulography identified a cutaneous fistula. The patient is currently undergoing chemotherapy treatment with good tolerance.

The main diagnosis of esophageal squamous cell carcinoma is made by histopathology; however, contrast-enhanced tomography is a highly important technique as a tool that allows the differentiation of the characteristics of the neoplasm's extent, size, and potential dissemination.

**Keywords:** *Esophageal Squamous Cell Carcinoma, fistula, diagnosis, treatment.*

## ÍNDICE

RESUMEN.....	7
ABSTRACT .....	8
INTRODUCCIÓN .....	10
REPORTE DEL CASO .....	12
INFORMACIÓN DEL PACIENTE .....	12
HALLAZGOS CLÍNICOS .....	12
LÍNEA DE TIEMPO .....	12
EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA .....	13
INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA .....	14
SEGUIMIENTO Y RESULTADOS.....	15
DISCUSIÓN .....	16
PERSPECTIVA DEL PACIENTE.....	20
CONCLUSIONES.....	21
BIBLIOGRAFÍA .....	22
GLOSARIO .....	25
ANEXOS.....	27

## INTRODUCCIÓN

El carcinoma epidermoide de esófago es un tipo de cáncer frecuente siendo el noveno tumor maligno en el mundo (1). Dentro de la clasificación de cáncer de esófago pertenecen dos tipos que histológicamente poseen características diferentes, el primero es el cáncer de células escamosas del esófago con más frecuencia en la parte superior y media, esta es una fase de displasia-carcinoma que corresponde a la transición del epitelio esofágico normal a un tejido afectado y para este tipo los estadios son: estadio 0 (displasia de alto grado), carcinoma de células escamosas de esófago en estadio I, II, III, y VI. En segundo lugar, el adenocarcinoma que tiene lugar en la parte distal y unión gastroesofágica y de igual manera sus estadios son: estadio 0 (displasia de alto grado), adenocarcinoma en estadio I, II, III, y VI (2,3). Esta neoplasia se sitúa como la sexta causa más común de mortalidad en relación al cáncer con un total de 436.000 muertes. Los tipos de cáncer de esófago tienen diferentes posiciones en lo que se refiere a prevalencia y esta se da según la zona geográfica (3).

El adenocarcinoma del esófago, prevalece más en América del Norte y Europa occidental a diferencia del carcinoma de células escamosas del esófago el cual prevalece en Europa del este y Asia (3). Independientemente de la geografía, la tasa de mortalidad del carcinoma de esófago es alta, siendo una patología de mal pronóstico en quienes la padecen, de igual manera su tratamiento se basará según sean las características histológicas y el avance de enfermedad (4). Un estudio realizado por Morgan et al (5). establecen que la supervivencia del cáncer de esófago es baja, integrando a esta patología según los resultados en un rango de 10 al 30 % a 5 años después de su diagnóstico en la mayoría de países.

El tratamiento del carcinoma de esófago varía según las características presentes en el cuadro clínico y cuanto ha avanzado la enfermedad del paciente, al ser un cáncer que se origina en el revestimiento del esófago, la evolución de esta neoplasia depende de un diagnóstico temprano, de manera que el manejo terapéutico permita tener un pronóstico favorable (6). Wong et al (7). mencionan que los factores de riesgo para desarrollar un cáncer de esófago incluyen tabaquismo, consumo de bebidas alcohólicas y consumo de alimentos nitrogenados tienen alta tendencia a desarrollar dicha patología. En etapas tempranas, cuando la localización del cáncer se ubica en el esófago y no exista diseminación a otras zonas adyacentes a este, el manejo terapéutico, dependiendo de

cuanto ha progresado la enfermedad, suele incluir cirugía oncológica, radioterapia y quimioterapia (8).

El esófago está dividido en tercios desde el punto de vista oncológico y el tratamiento quirúrgico consiste en la extirpación del segmento afectado según sea la localización, el tipo histológico, la etapa y el margen para elegir la cirugía, es por ello que, en algunos casos se requiere la reconstrucción del mismo de manera que se mantenga la funcionalidad de este órgano (8). En etapas más avanzadas, donde el cáncer se ha diseminado a otros órganos, el enfoque principal se centra en la quimioterapia y la radioterapia como un tratamiento combinado con la finalidad de aliviar los síntomas que se presente en cada individuo afectado y controlar el crecimiento del tumor evitando de esta manera la metástasis. (9)

El manejo del carcinoma de esófago es un proceso multidisciplinario en el que médicos generales, oncólogos, cirujanos y radioterapeutas trabajan en conjunto para diseñar un plan de tratamiento individualizado para cada paciente. El pronóstico del carcinoma de esófago varía según la etapa del cáncer, es decir, desde el diagnóstico y la adherencia al tratamiento. (10)

A continuación, se presenta un caso clínico que resalta las pautas de diagnóstico oportuno empleadas de manera particular en un paciente con carcinoma epidermoide del esófago en etapa III y su influencia en el tratamiento precoz

## REPORTE DEL CASO

### Información del paciente

Paciente mujer de 45 años de edad, con antecedente de discapacidad intelectual del 82% (severa) desde la niñez según reporte de familiar. Es referida a consulta oncológica por presentar molestia en la zona del cuello y tórax. En exámenes de imagen complementarios a través de tomografía axial computarizada (imagen 1), se evidenció la presencia de una masa en esófago.

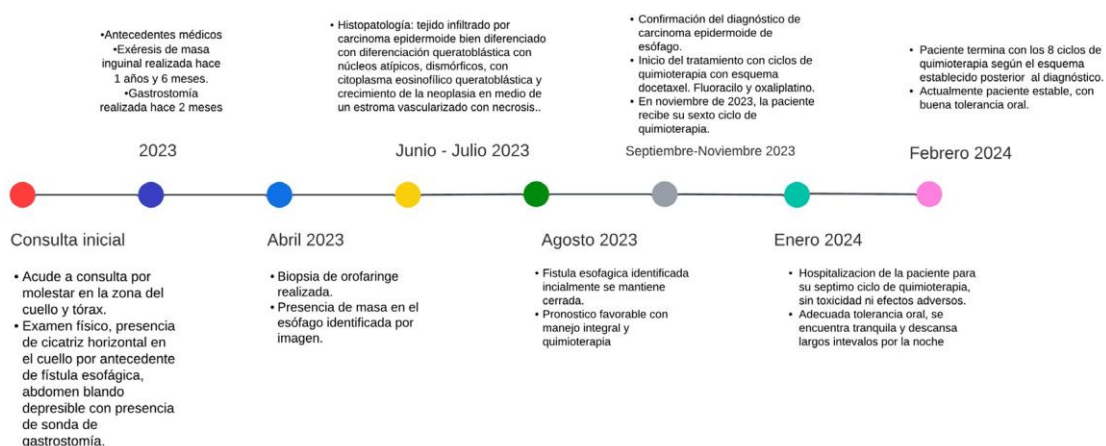
Como antecedente quirúrgico, la paciente presentó exéresis de masa inguinal 18 meses previo a la consulta, además de una gastrostomía realizada dos meses previos al inicio de la consulta debido a oclusión de la luz esofágica cercana al 100% por actividad tumoral de la neoplasia primaria. En cuanto a los antecedentes heredofamiliares el padre fue diagnosticado con cáncer de vejiga y la madre con cáncer de estómago.

### HALLAZGOS CLÍNICOS

Al examen físico no se hallaron datos relevantes sugestivos de patologías. En región cervical se evidenció la presencia de una cicatriz horizontal debido a fistula esofágica previa (imagen 1, 2), en región abdominal se observó la presencia de sonda de gastrostomía funcional. En examen neurológico elemental la paciente se mantenía vigil, con las limitaciones propias de comunicación derivadas de su discapacidad intelectual, la marcha no pudo ser valorada.

### LÍNEA DE TIEMPO

**Figura 1:** línea de tiempo correspondiente al caso.



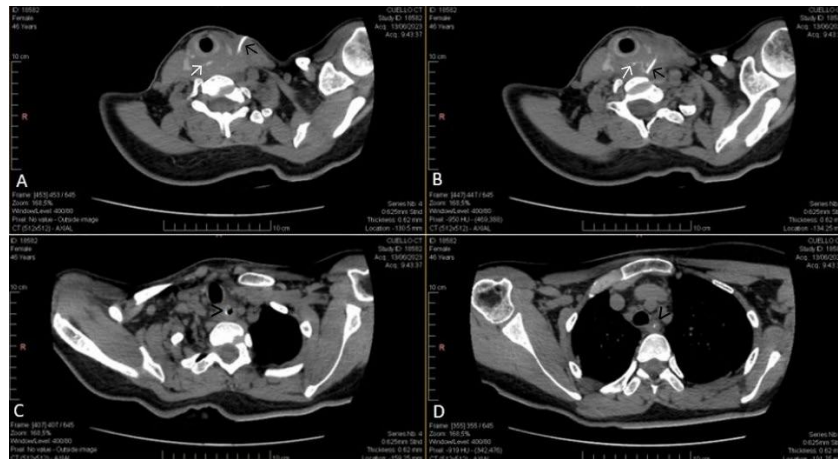
**Fuente:** expediente clínico de la paciente del Hospital Santa Inés.

**Autor:** Pedro Ordóñez

## EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

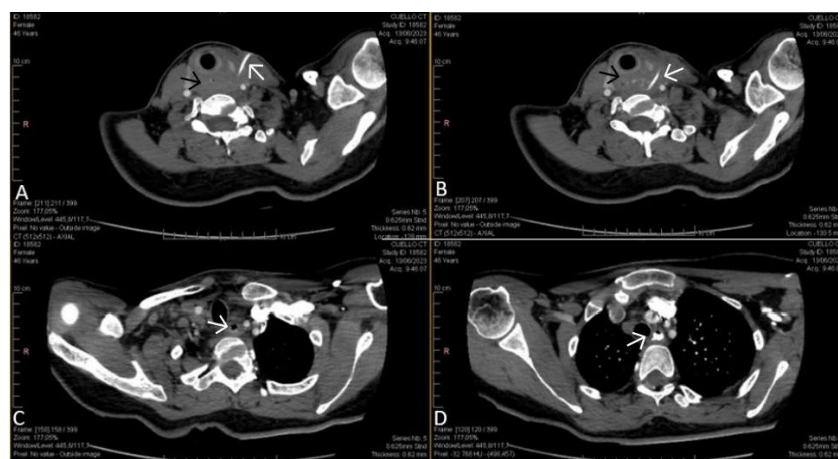
Tomografía computada con contraste

**Imagen 1:** Masa cervical del espacio prevertebral (flechas blancas), con formación de fistula cutánea (flechas negras) que se comunica con el esófago (punta de flecha). (a y b) Fístula demostrada a través de colocación de sonda tubular. (c y d) Comunicación de la fístula con el esófago.



Fuente: Base de datos de Departamento de Imagenología de la Clínica Santa Inés.

**Imagen 2:** Tomografía computada de cuello con contraste en donde se observa reforzamiento heterogéneo de la masa cervical (flechas negras) (a y b). Comunicación de la fístula con el esófago (flechas blancas) (c y d).



Fuente: Base de datos de Departamento de Imagenología de la Clínica Santa Inés

### ***Estudio histopatológico:***

Mediante estudio de endoscopia digestiva alta se observa infiltración tumoral que alcanza la unión faringoesofágica por lo cual se toman biopsias, con reporte de tejido infiltrado por carcinoma epidermoide bien diferenciado etapa III, se reconoce neoplasia con diferenciación queratoblástica, conformada por nidos y cordones de células eosinofílicas, con núcleos atípicos, dismórficos, con citoplasma eosinofílico queratoblástica y un crecimiento de la neoplasia en medio de un estroma vascularizado con necrosis.

Uno de los desafíos más importantes de este caso es la discapacidad intelectual de 82% de la paciente. Al tener una dependencia casi total por parte de sus familiares, existía un alto grado de dificultad para realizar el diagnóstico temprano y preciso, sin embargo, el abordaje clínico fue oportuno lo que permitió realizar un esquema de tratamiento objetivo y dirigido a la patología.

### **INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA**

Posterior a la evaluación diagnóstica de la paciente con carcinoma epidermoide del esófago, durante su control oncológico se procede a tomar medidas terapéuticas mediante ocho ciclos de quimioterapia que incluyó un esquema de triple droga (Tabla 1).

**Tabla 1:** Esquema de quimioterapia

<b>Medicamento</b>	<b>Dosis</b>
Docetaxel	70 mg
Fluoracilo	1500 mg
Oxaliplatino	120 mg

**Fuente:** expediente clínico de la paciente

El esquema utilizado para la quimioterapia fue elegido en base al diagnóstico del paciente reportado por histopatología. Estos son agentes antineoplásicos que intervienen en el proceso de división y crecimiento de las células cancerosas. En sí, estos tres medicamentos en combinación se utilizan para tratar ciertos tipos de cáncer buscando potenciar los efectos antitumorales y mejorar la eficacia del tratamiento.

## **SEGUIMIENTO Y RESULTADOS**

La evolución de la paciente ha sido favorable, en febrero de 2024 recibió su octavo ciclo de quimioterapia, completando con el esquema elegido para el manejo del carcinoma, además, la fistula esofágica evidenciada durante su primera hospitalización se mantiene cerrada, refiere buena tolerancia oral sin necesidad de uso de sonda gastrostomía. Junto a esto las indicaciones del especialista fue únicamente el manejo integral junto con los ciclos de quimioterapia siendo de un pronóstico favorable sin complicaciones.

Posterior a su último control oncológico el 8 de febrero de 2024, debido a la etapa III, la actividad tumoral que presentaba el carcinoma y la clínica, se decide complementar el tratamiento de la paciente con radioterapia para eliminar o destruir las células cancerosas.

## DISCUSIÓN

El siguiente trabajo recoge una variada lista de revistas bibliográficas relacionadas con el carcinoma epidermoide de esófago, patología que afecta el revestimiento de esta porción y constituye el noveno tumor maligno a nivel mundial (1).

Según Liang et al (11). mencionan que el carcinoma epidermoide del esófago es una enfermedad que tiene un rápido aumento de aparición a partir de los 40 años alcanzando su punto máximo en la séptima década de vida. Por lo que puede catalogarse como una de las neoplasias con más incidencia en el mundo.

El esófago es un órgano tubular muscular que mide aproximadamente entre 25 y 30 centímetros de longitud y forma parte del sistema digestivo en los seres humanos. Según su anatomía este localiza desde la porción posterior de la boca hasta el estómago y cumple con una función importante en la deglución. La anatomía del esófago es esencial para facilitar la función de transporte de alimentos desde la boca al estómago, a través de un proceso coordinado de contracción muscular y relajación. Esta estructura tubular, está conformada por varios tejidos divididos en capas, incluyendo la mucosa, la submucosa, la capa muscular y la adventicia. La primera es la capa interna o mucosa, compuesta principalmente por epitelio estratificado plano no queratinizado cuya función es permitir el paso de los alimentos. La capa de tejido conectivo o submucosa, contiene vasos sanguíneos y glándulas mucosas que secretan moco con el fin de lubricar el esófago. La capa muscular es responsable de la contracción peristáltica, compuesta por músculos lisos que empujan el alimento hacia el estómago. Por último, la adventicia es la capa externa del esófago la cual proporciona soporte y permite la conexión con las estructuras circundantes (12).

El carcinoma epidermoide de células escamosas, es una neoplasia que tiene origen en las células epiteliales escamosas, mismas que son células planas y delgadas que recubren la piel y las membranas mucosas, como las de la boca, garganta, esófago, pulmones y otros órganos internos. Este tipo de cáncer se produce cuando las células epiteliales escamosas experimentan un crecimiento anormal y descontrolado en cualquier parte del cuerpo y su agresividad varía según sea su ubicación y estadio en el que se detecte (12)

Según Reichenbach et al (12). relacionan el carcinoma de esófago con una fuerte influencia geográfica por la exposición a factores ambientales y hábitos dietéticos en la patogénesis de esta neoplasia. Debido a esto existe incidencia que abarca áreas de alto y bajo riesgo y

es por ello que se debe comprender cada uno de los factores que interaccionan y conllevan al desarrollo de esta neoplasia.

El carcinoma de esófago varía en todo el mundo y está influenciado por varias circunstancias que aumentan el riesgo, incluyendo la geografía, la genética, los factores de riesgo y la disponibilidad de atención médica. Dentro de los aspectos clave de la epidemiología de este tipo de cáncer son la incidencia global ya que, al ser un cáncer común a nivel mundial, este puede variar según sea la región geográfica, siendo más común en zonas como Asia, África y Sudamérica en donde la tasa de incidencia es más alta que en otras regiones. La edad y género también son importantes debido que, esta neoplasia del esófago tiende a afectar al género masculino con mayor frecuencia, oscilando una relación entre 3 y 10 hombres por cada mujer según sea el área geográfica. Habitualmente esta patología se presenta entre los 55 y 70 años. Por último, el tipo histológico, ya que el cáncer de esófago comprende dos grupos principales, siendo el carcinoma epidermoide el más común y el otro es el adenocarcinoma. De igual manera la distribución de estos tipos de cáncer puede variar según la zona o los factores que puedan desencadenar cualquier tipo de cáncer de esófago (13).

En un estudio realizado por Vázquez et al (13). demostraron que existe un predominio del sexo masculino, ya sea por la distribución demográfica o por factores culturales que influyen al riesgo de cáncer de esófago. Hernández et al (14). describen en un estudio que no hubo diferencias entre ambos sexos lo que puede relacionarse más a la edad o ciertamente a los factores de riesgo de esta enfermedad. Existe controversia en cuanto al predominio de este tipo de cáncer según el sexo, estos autores realizan estudios que demuestran diferencias en cuanto a este factor, sin embargo, en el presente caso se expone una paciente femenina de 45 años lo cual puede generar conflicto de interés.

Cuando el epitelio escamoso del esófago sufre una exposición crónica a irritantes químicos, físicos o biológicos, la respuesta en el tejido se puede dar de diferentes maneras. Puede dar lugar a una hiperplasia de las células basales, situación en la que existe un incremento en la cantidad de células en la capa basal del epitelio escamoso (15). A partir de ello, autores como De La Iglesia et al (16). mencionan que el diagnóstico de esta neoplasia se define en grado histológico por medio de esofagoscopia y biopsia ya que permite el análisis de esta muestra detallando características únicas de las células.

Anato, R (17). menciona que estudios de imagen como la TAC, es la principal prueba que permite la estatificación clínica de esta enfermedad mediante la administración de contraste oral e intravenoso, lo que posibilita el estudio no invasivo del tumor primario, la metástasis ganglionar y visceral. Es por ello que esta prueba permite un análisis anatómico a detalle, siendo una herramienta de gran importancia al momento de confirmar un diagnóstico como lo fue en el presente caso, al momento de realizar los estudios de imagen se pudo confirmar la presencia de esta masa y daños estructurales del órgano afectado.

Suárez et al (18). describen que en el estudio de la histología del cáncer de esófago se distinguen dos tipos de células, puede ser adenocarcinoma o carcinoma de células escamosas, siendo el segundo de peor pronóstico con diferentes grados categorizados como G1 bien diferenciado, G2 moderadamente diferenciado, G3 pobremente diferenciado y G4 indiferenciado. Debido a este tipo de estudio, junto con el examen físico y estudios complementarios de imagen se puede diferenciar la etapa del cáncer de esófago lo que ayuda a definir un correcto manejo terapéutico como se pudo evidenciar en el presente caso, mediante estudio de histopatología se reconoció una neoplasia con diferenciación queratoblástica, conformada por nidos y cordones de células eosinofílicas

En un análisis realizado por Li et al (19). mencionan que en algunos estudios se ha demostrado que las mutaciones NOTCH se observan en el cáncer de células escamosas del esófago, existiendo una alteración en la regulación del desarrollo de estas células, es por ello que se debe indagar en la historia clínica del paciente debido que los factores como alcohol, tabaquismo, inclusive el reflujo gastroesofágico puede causar inhibición de la vía NOTCH lo que conlleva a que no pueda desempeñar su papel como vía supresora de tumores y oncogénica.

En un estudio realizado por Barrios et al (20). describen diferentes variables de riesgo que conllevan al desarrollo de la neoplasia, entre los cuales destaca el consumo de tabaco como uno de los más significativos para el carcinoma epidermoide de esófago debido que, las sustancias químicas que se usa para la elaboración del cigarrillo pueden dañar el revestimiento del esófago y aumentar el riesgo de cáncer. El consumo excesivo de alcohol, especialmente cuando se combina con el tabaco, predispone a la aparición del cáncer de esófago ya que puede dañar el tejido del esófago y facilitar la exposición a otros carcinógenos. Por último, mencionan que la dieta es un factor importante ya que la falta

de consumo de frutas y verduras con alto contenido de antioxidantes y nutrientes protectores pueden generar un alto riesgo de cáncer de esófago. Las dietas bajas en estos alimentos pueden contribuir a daños en el tejido esofágico y el alto consumo de carne roja duplica el riesgo de presentar este cáncer. En relación al caso clínico, la paciente presentaba un factor de riesgo importante al no poder ingerir alimentos correctamente debido a su condición, por otro lado, se menciona como factor de riesgo la edad lo que puede relacionar esta neoplasia con la historia clínica de la paciente.

El tratamiento consiste en una técnica quirúrgica, conocida como esofagectomía, el cual es un procedimiento importante que implica la extirpación del segmento del esófago afectado y la reconexión del tracto gastrointestinal superior. El tipo de cirugía y el enfoque específico pueden variar según la ubicación del tumor, su etapa y las consideraciones individuales del paciente (21).

Una investigación realizada por Jáuregui et al (22). demostraron que la esofagectomía transtorácica es una cirugía bastante utilizada, en la que el cirujano accede al esófago a través de una incisión en el tórax. Puede ser necesario extirpar una parte o la totalidad del esófago, seguida de una reconexión con el estómago o el intestino delgado. Esta reconexión se denomina anastomosis.

La esofagectomía es un procedimiento complejo que integra técnicas que delicadas y desafiantes por lo que es de gran importancia conocer las potenciales complicaciones que se puedan presentar durante y después de esta. La resección esofágica dependerá de la ubicación y del tipo de tumor, así que el tratamiento quirúrgico debe ser determinado según sea la etapa de la enfermedad (22).

Esofagectomía transabdominal: en lugar de una incisión en el tórax, se accede al esófago a través de una incisión en el abdomen, este método se utiliza cuando el tumor se sitúa inferior al esófago o cerca del estómago. La parte afectada del esófago se extirpa y se realiza una anastomosis para conectar el esófago restante con el estómago o el intestino delgado (23).

La radioterapia es un tratamiento que se utiliza comúnmente para el manejo del carcinoma epidermoide de esófago, este puede administrarse previamente o después de la cirugía o en algunos casos como terapia definitiva cuando la cirugía no es una opción. Implica la administración de radiación de una máquina al área afectada destruyendo las células

cancerosas (25). En el caso, debido que la paciente no era candidata a intervención quirúrgica por lo que la administración de radioterapia es necesaria.

Un estudio realizado por Ortiz et al (25). menciona que el cáncer de esófago es la principal causa de fistula traqueoesofágica que por lo general se asocia al tratamiento quimio-radioterapéutico, la presencia de esta complicación puede causar enfermedades secundarias como infecciones respiratorias y por última instancia provocar el fallecimiento del paciente. Debido a una oportuna intervención por parte de un equipo de médicos especializados se logró controlar esta complicación siguiendo con los procedimientos correctos.

La quimioterapia sistémica dentro del tratamiento de cáncer de esófago juega un papel fundamental en casos avanzados cuando el tratamiento quirúrgico y la quimiorradioterapia no están indicados, es por ello que el objetivo esencial es paliar la sintomatología en el paciente y prolongar la supervivencia del mismo. No se ha evidenciado totalmente que este modelo de curación demuestre un beneficio. Sin embargo, en un artículo realizado por Hidekazu et al (6). mencionan una efectividad de la quimioterapia estándar para el cáncer de esófago avanzado. Por lo que en el presente caso se evalúa la quimioterapia como primer manejo terapéutico para posterior a ello complementar con radioterapia de ser necesario.

### **PERSPECTIVA DEL PACIENTE**

Debido a la limitación de la comunicación con el paciente, su perspectiva no pudo ser evaluada, sin embargo, su hija, que en este caso era la persona que se hacía responsable de esta paciente.

La perspectiva fue enfocada específicamente a la respuesta al tratamiento, desde el primer ciclo de quimioterapia, recibieron información clara sobre cómo iba a ser manejado, por ello es que su actitud fue positiva, si bien existieron momentos de miedo y ansiedad, hubo optimismo y gratitud por el trato hospitalario y por el apoyo de los seres queridos.

## CONCLUSIONES

En conclusión, basado en la información obtenida sobre el tema y la discusión presentada, el carcinoma epidermoide del esófago es una neoplasia compleja que requiere de un manejo temprano, oportuno y exhaustivo debido a su alto índice de complicaciones y de mortalidad. En este caso clínico se presentó una paciente diagnosticada con carcinoma epidermoide de esófago que ha respondido favorablemente a los ocho ciclos de quimioterapia que se planteó en su tratamiento.

A través de un enfoque multidisciplinario que incluyó quimioterapia, se logró controlar la enfermedad y aumentar la calidad de vida del paciente. Además, a pesar de la limitación por la discapacidad intelectual de la paciente, la actitud positiva y la determinación del equipo médico y sus seres queridos, fueron aspectos fundamentales en su proceso de recuperación.

Este caso destaca la importancia de un diagnóstico temprano, un plan de tratamiento integral y un enfoque holístico. Por último, en este caso, se argumentó información relevante y actualizada sobre la neoplasia que se presentó, lo cual permite aportar datos para el ámbito científico sobre el tema, de manera que, con el uso de este trabajo, se puedan desarrollar futuros estudios relacionados a este

## BIBLIOGRAFÍA

1. Codipilly DC, Wang KK. Squamous cell carcinoma of the esophagus. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2022;51(3):457-84.
2. Weidenbaum C, Gibson MK. Approach to localized squamous cell cancer of the esophagus. *Current Treatment Options in Oncology*. 2022;23(10):1370-87.
3. Harada K, Rogers JE, Iwatsuki M, Yamashita K, Baba H, Ajani JA. Recent advances in treating oesophageal cancer. *F1000Research*. 2020;9:1189.
4. Uhlenhopp D, Then EO, Sunkara T, Gaduputi V. Epidemiology of Esophageal Cancer: Update in global trends, etiology and risk factors. *Clinical Journal of Gastroenterology*. 2020;13(6):1010-21.
5. Morgan E, Soerjomataram I, Rungay H, Coleman H, Thrift AP, Vignat J, et al. The global landscape of esophageal squamous cell carcinoma and esophageal adenocarcinoma incidence and mortality in 2020 and projections to 2040: New estimates from GLOBOCAN 2020. *Gastroenterology*. 2022;163(3):649-658.e2.
6. Hirano H, Kato K. Systemic treatment of advanced esophageal squamous cell carcinoma: chemotherapy, molecular-targeting therapy and immunotherapy. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2019;49(5):412-20.
7. Wong MC, Deng Y, Huang J, Bai Y, Wang H, Yuan J, et al. Performance of screening tests for esophageal squamous cell carcinoma: A systematic review and meta-analysis. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2022;96(2):197-207.e34.
8. Waters JK, Reznik SI. Update on management of squamous cell esophageal Cancer. *Current Oncology Reports*. 2022;24(3):375-85.
9. Güler OC, Onal C. Oncological outcomes of squamous cell carcinoma of the cervical esophagus treated with definitive (chemo-)radiotherapy: a systematic review and meta-analysis. in regard to De Virgilio et al. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*. 2022;148(9):2567-8.
10. Yap DWT, Leone AG, Wong NZH, Zhao JJ, Tey J, Sundar R, et al. Effectiveness of immune checkpoint inhibitors in patients with advanced esophageal squamous cell carcinoma. *JAMA Oncology*. 2023;9(2):215.
11. He L, He L, Fan J, Qiao Y, Fan J, Qiao Y. Epidemiology, etiology, and prevention of esophageal squamous cell carcinoma in China. *Cancer Biology & Medicine*.

- 2017;14(1):33-41.
12. Reichenbach ZW, Murray MG, Saxena R, Farkas DT, Karassik EG, Klochkova A, et al. Clinical and translational advances in esophageal squamous cell carcinoma. En: *Advances in Cancer Research*. 2019. p. 95-135.
  13. Vázquez A, Ferriol M, Gutiérrez E, González Y. Caracterización epidemiológica, clínica, histológica y postquirúrgica de pacientes con diagnóstico de cáncer de esófago. *Acta Médica del Centro*. 2023;17(1).
  14. Hernández Cortés Katherine, Medina García Carmen, Hernández Cortés Nelsa. Caracterización clínica, epidemiológica y anatómica del cáncer de esófago. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2020; 36 (4): e1265. Epub 2020.15.
  15. Barranco IB. Carcinoma escamoso de esófago: principales factores de riesgo modificables. *Dialnet*. 2021
  16. De La Iglesia JE, De La Calle MÁC, Pérez G, Pérez RR, Delgado AÁ. Cáncer de esófago: particularidades anatómicas, estadificación y técnicas de imagen. *Radiología*. 2016;58(5):352-65.
  17. Anato R. Pautas a seguir para el diagnóstico y manejo del cáncer de esófago. *Revista GEN*. 2020. 73(4):135-43.
  18. Antonio SRJ, María NDA, Ibrahim RGL, Carlos FVG, Odalys RRG, Antonio SRJ, et al. Algunas consideraciones en torno al cáncer de esófago. *Rev Cub Med Mil*. 2022. Sep; 51 (3): e1751.
  19. Li Y, Li Y, Chen X. NOTCH and esophageal squamous cell carcinoma. En: *Advances in Experimental Medicine and Biology*. 2020. p. 59-68.
  20. Barrios B, Da Fonseca EP, Tocino RV, Cigarral B, Casado D, Escalera E, et al. Cáncer de esófago.
  21. Arantes V, Espinoza-Ríos J. Manejo del carcinoma de células escamosas de esófago precoces a través de la disección endoscópica submucosa. *Revista de Gastroenterología de México*. 2018.
  22. Jáuregui-Francia FT, Jáuregui-Caycho L, Figueroa-Bejarano M del R, Jáuregui-Figueroa M del R, Purilla-Janto JM. Manejo actualizado del tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago: Manejo actualizado en el tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago. *Rev.Fac.Med.Hum*. 2018;18(4):1.
  23. Mesa IO, Martínez MT, Macías OY, et al. Caracterización y oportunidad del tratamiento quirúrgico en pacientes con cáncer de esófago. *Revista Cubana de Cirugía*. 2021;60(3):1-12.

24. Radioterapia para el cáncer de esófago. American Cancer Society. 2022.
25. H OM. Fístula traqueoesofágica en paciente con cáncer epidermoide de esófago: tratamiento endoscópico con implante de stent traqueal. Rev. patol. respir;22(1)| IBECS. 2019.

## GLOSARIO

1. Carcinógeno: Sustancias que aumentan el riesgo de neoplasias en seres humanos y animales.
2. Carcinoma de células escamosas: Neoplasia maligna derivada de células escamosas estratificadas.
3. Células epiteliales: Células que recubren las superficies interna y externa del cuerpo, formando masas o capas celulares.
4. Diseminación: es la propagación de una enfermedad, microorganismo patógeno o células cancerosas desde su sitio de origen a otras partes del cuerpo.
5. Displasia: se refiere a la presencia de células anormales en un tejido o órgano.
6. Docetaxel: es un medicamento perteneciente a una clase de fármacos llamados taxanos. Se utiliza en el tratamiento del cáncer, especialmente en varios tipos de cáncer sólido, como el cáncer de mama, cáncer de pulmón, cáncer de próstata, cáncer de estómago, entre otros.
7. Epitelio: Capas de células epiteliales que cubren las superficies internas y externas de los tejidos cutáneos, mucosos y serosos, así como las glándulas del cuerpo.
8. Esofagectomía: Escisión de parte (parcial) o todo (total) del esófago.
9. Esófago: segmento muscular membranoso entre la faringe y el estómago en el tracto gastrointestinal superior.
10. Exeresis: acto de extirpar total o parcialmente un órgano, tejido, tumor u otra estructura anatómica del cuerpo mediante cirugía u otro procedimiento médico.

11. **Fistula:** Comunicación anormal que se ve con mayor frecuencia entre dos órganos internos, o entre un órgano interno y la superficie del cuerpo.
12. **Fistulografía:** es un procedimiento médico utilizado para diagnosticar y evaluar las fistulas, que son conexiones anormales entre dos órganos internos o entre un órgano interno y la piel.
13. **Fluoracilo:** también conocido como 5-fluorouracilo (5-FU), es un medicamento utilizado en el tratamiento del cáncer.
14. **Gastrostomía:** Creación de un orificio externo artificial en el estómago para soporte nutricional o compresión gastrointestinal.
15. **Metaplasia:** Situación en la cual hay un cambio de un tipo de célula adulta por otro tipo de célula adulta similar.
16. **Neoplasia:** Crecimiento anormal y nuevo de tejido. Las neoplasias malignas muestran un mayor grado de anaplasia y tienen la propiedad de invasión y metástasis, comparados con las neoplasias benignas.
17. **Oxaliplatino:** fármaco utilizado en el tratamiento del cáncer, específicamente en combinación con otros medicamentos en el tratamiento de cánceres colorectal (del colon o del recto) avanzados o metastásicos.
18. **Quimioterapia:** el uso de preparaciones farmacéuticas para tratar una enfermedad o sus síntomas. un ejemplo es el uso de agentes neoplásicos para tratar el cáncer.
19. **Tumor:** Crecimiento anormal y nuevo de tejido. Las neoplasias malignas muestran un mayor grado de anaplasia y tienen la propiedad de invasión y metástasis, comparados con las neoplasias benignas.

## ANEXOS



### AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

**Pedro José Ordóñez Palacios** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107411290**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación "**Carcinoma epidermoide del esófago: reporte de caso.**", de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 11 Agosto de 2025



F: .....

**Pedro José Ordóñez Palacios**  
C.I. **0107411308**

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)