

# Acalasia y carcinoma de células escamosas esofágico

## Achalasia and esophageal squamous cell carcinoma

Pablo VÁZQUEZ BELTRÁN\* , Cristina ALEGRE TORRADO\* , Javier MARTÍNEZ CABALLERO\* ,  
Eduardo FERRERO HERRERO\* , Elías RODRÍGUEZ CUÉLLAR\* 

\* Servicio de Cirugía General,  
Aparato Digestivo y Trasplante  
de Órganos Abdominales.  
Hospital Universitario 12 de Octubre.  
Madrid, España.

**Autor de correspondencia:**  
Pablo Vázquez Beltrán  
ORCID n° 0009-0008-9394-0689  
Servicio de Cirugía General,  
Aparato Digestivo y Trasplante de  
Órganos Abdominales  
Hospital Universitario 12 de Octubre,  
Madrid, España  
Email: pablovazquezbeltran@gmail.com

Recibido: 26-09-2025  
Revisado: 28-09-2025  
Aceptado: 29-09-2025  
Published: 28-11-2025

### Descargo de responsabilidad/

#### Nota del editor:

Las declaraciones, opiniones y datos contenidos en todas las publicaciones pertenecen exclusivamente a los autores y colaboradores individuales y no a Dykinson S.L. ni a los editores. Dykinson S.L. y/o el(los) editor(es) declinan toda responsabilidad por cualquier daño a personas o propiedad que resulte de cualquier idea, método, instrucción o producto mencionado en el contenido.

Este artículo, se distribuye bajo licencia Creative Commons Interacional 4.0 No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND 4.0)

© 2025. Los autores. Publicado por Archivos de Cirugía

## Resumen

**Introducción:** La aparición de carcinoma de células escamosas esofágico sobre acalasia es una entidad a considerar, dado que su prevalencia fluctúa entre 0,4% y el 9,2% de los pacientes con acalasia [1]. Siendo el riesgo de desarrollar un carcinoma epidermoide hasta 50 veces superior al de la población general [2]. Es importante establecer un consenso de seguimiento tras el diagnóstico y un tratamiento precoz para evitar el desarrollo de dicha entidad a medio-largo plazo.

**Caso clínico:** varón de 63 años que debuta con disfagia de un año de evolución, tanto para sólidos como para líquidos. Asocia pérdida de 8 kg de peso, así como accesos de tos con posterior reflejo emético. Se realiza manometría de alta resolución, en la que se evidencia trastorno motor esofágico con acalasia tipo I. La acalasia fue tratada endoscópicamente con una técnica POEM. Se identifica en el seguimiento, mediante endoscopia, una úlcera de 12mm con borde irregular y fondo cubierto parcialmente con fibrina a 36 cm de arcada dentaria. Se obtienen biopsias, cuyo resultado anatomopatológico es compatible con carcinoma de células escamosas. Tras discutir el caso en comité multidisciplinar, se decide abordaje quirúrgico mediante esofagectomía tipo McKeown. La evolución postoperatoria fue favorable, con adecuada tolerancia oral y sin complicaciones en el seguimiento hospitalario y ambulatorio.

**Conclusión:** Clásicamente, los carcinomas esofágicos asociados a acalasia se diagnostican en estadios avanzados por el crecimiento de dichos tumores en esófagos muy dilatados, con medias de supervivencia del 5% a los 5 años del diagnóstico [4], lo que justifica la escasez de literatura sobre el abordaje quirúrgico de esta entidad. A día de hoy, existe controversia sobre la recomendación de tratamiento endoscópico o quirúrgico al diagnóstico dados los pobres resultados, pero sí hay consenso sobre asociar funduplicatura a la miotomía en el tratamiento de la acalasia, para evitar el reflujo post-tratamiento, con el consecuente riesgo de desarrollo de carcinoma [2].

**Palabras clave:** Tumor de células escamosas – Acalasia – Esofagectomía – Seguimiento - Disfagia.

## Lista de Abreviaturas

Kg:.....	kilogramos
Cm:.....	centímetros
EES:.....	esfínter esofágico superior
UGE:.....	union gastroesofágica
TAC:.....	tomografía axial computerizada
POEM:.....	per-oral Endoscopic Myotomy
EEA:.....	end to end anastomosis
AJCC:.....	American Joint Committee on Cancer



**Introduction:** The occurrence of esophageal squamous cell carcinoma in patients with achalasia is a clinically relevant entity, with reported prevalence ranging from 0.4% to 9.2% of achalasia cases [1]. The risk of developing squamous cell carcinoma has been estimated to be up to 50 times higher than that of the general population [2]. Therefore, establishing consensus surveillance protocols following diagnosis, along with early treatment strategies, is of paramount importance to prevent the development of malignancy in the medium to long term.

**Case report:** We present the case of a 63-year-old male with a one-year history of progressive dysphagia to both solids and liquids, associated with an 8-kg weight loss and episodes of cough followed by emesis. High-resolution manometry demonstrated esophageal motility disorder consistent with type I achalasia. Upper endoscopy revealed, at 36 cm from the dental arch, a 12-mm ulcer with irregular borders and a fibrin-covered base, exhibiting disrupted mucosal and vascular patterns. Biopsies were obtained, and histopathological examination confirmed squamous cell carcinoma. After discussion in a multidisciplinary tumor board, surgical management was indicated, and the patient underwent a McKeown esophagectomy. The postoperative course was uneventful, with adequate oral tolerance and no complications during both inpatient and outpatient follow-up.

**Conclusion:** Esophageal carcinomas associated with achalasia are classically diagnosed at advanced stages due to tumor growth in markedly dilated esophagi, with reported 5-year survival rates of only 5% [4]. This explains the limited literature on the surgical management of this entity. Currently, controversy remains regarding the indication of endoscopic versus surgical treatment at diagnosis, given the poor overall outcomes. However, there is consensus on performing fundoplication in conjunction with myotomy for achalasia management, in order to reduce postoperative reflux and consequently lower the risk of carcinoma development [2].

**Palabras clave:** Tumor de células escamosas – Acalasia – Esofagectomía – Seguimiento - Disfagia.

## List of Abbreviations

Kg:.....	kilogramos
Cm:.....	centímetros
EES:.....	esfínter esofágico superior
UGE:.....	union gastroesofágica
TAC:.....	tomografía axial computerizada
POEM:.....	per-oral Endoscopic Myotomy
EEA:.....	end to end anastomosis
AJCC:.....	American Joint Committee on Cancer

## Introducción

La aparición de carcinoma de células escamosas esofágico sobre acalasia fue descrita en el año 1872. La etiopatogenia del carcinoma esofágico asociado a la acalasia es controvertida. Existen múltiples factores asociados al desarrollo de cáncer esofágico en pacientes con acalasia. El principal factor parece estar en relación a la esofagitis causada por irritación crónica por alimentos retenidos en esófagos con acalasia. Factores como la dieta rica en nitrosaminas, alcohol o tabaco aumentan el riesgo de desarrollo de carcinoma esofágico<sup>3</sup>.

Otro factor estudiado en el desarrollo de cáncer de células escamosas ha sido un conjunto de mutaciones genéticas, entre ellas la aneuploidía del cromosoma 7, 11 y 17<sup>5</sup>.

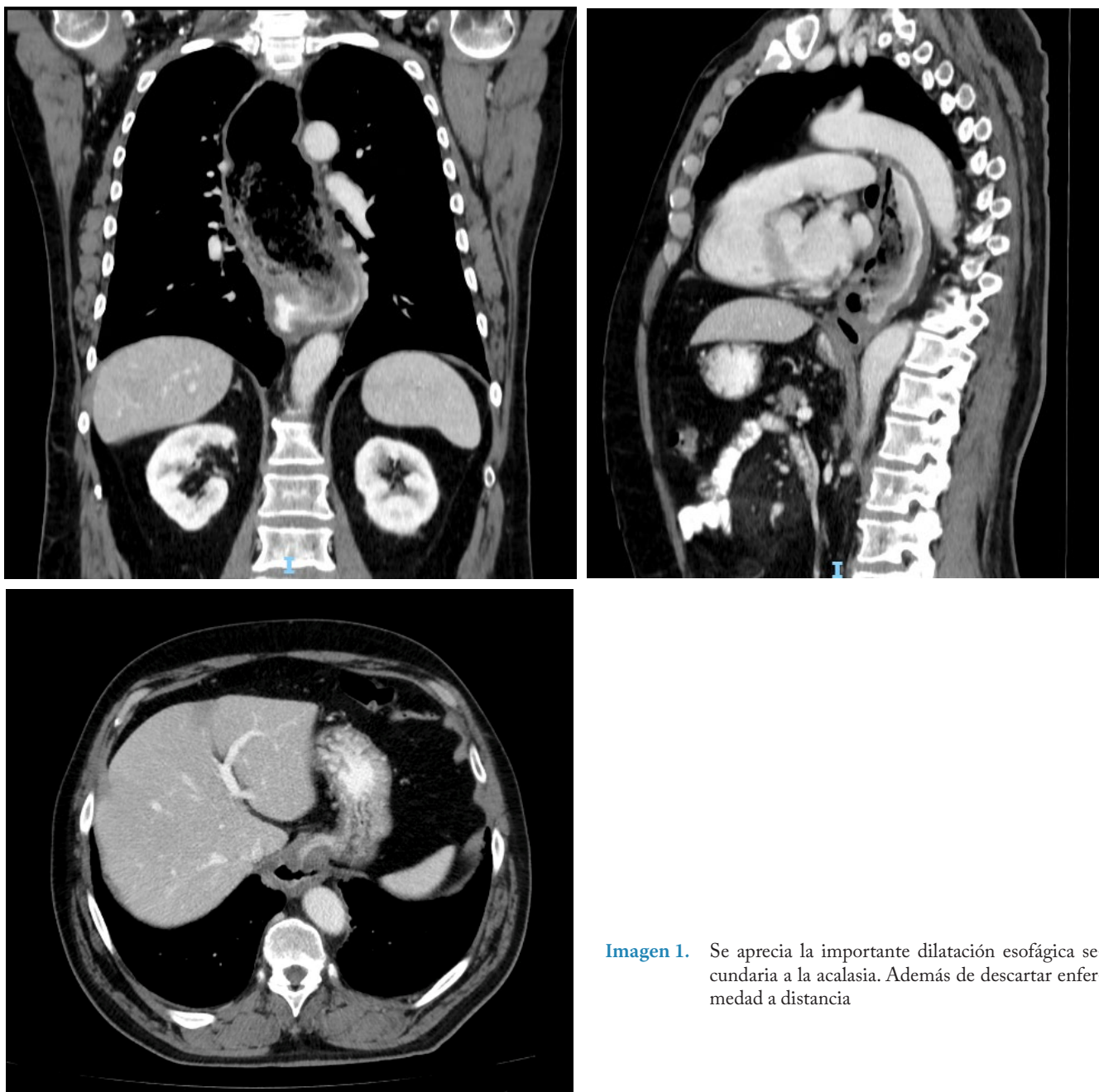
## Caso clínico

Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 63 años, que debuta con disfagia de un año de evolución, tanto para sólidos como para líquidos. Asocia pérdida de 8 kg de peso, así como accesos de tos con posterior reflejo emético.



Se realiza endoscopia digestiva alta, observando dilatación esofágica y cardias puntiforme en probable relación con trastorno motor esofágico. La manometría de alta resolución evidencia hipotonía del EES, con comportamiento dinámico normal, y trastorno motor esofágico con acalasia tipo I y UGE tipo I. Se lleva a cabo además valoración por técnica EndoFlip, observándose una disminución del índice de distensibilidad de la UGE, con ausencia de contractilidad esofágica. Se decide realización de técnica POEM, accediendo a la zona afecta, realizando tunelización submucosa y posterior miotomía de al menos 2cm.

En el seguimiento, se identifica a 36 cm de arcada dentaria, una úlcera de 12mm con borde irregular y fondo cubierto parcialmente con fibrina en la que se aprecia patrón mucoso y vascular desestructurado. Se obtienen biopsias, cuyo resultado anatomopatológico es compatible con carcinoma de células escamosas. Se determina que es al menos in situ, con signos que sugieren infiltración, aunque la muestra obtenida era demasiado superficial para evaluar infiltración de manera certera. Como parte del estudio se complementa con TAC toracoabdominopélvico, descartando enfermedad a distancia (**Imagen 1**).



**Imagen 1.** Se aprecia la importante dilatación esofágica secundaria a la acalasia. Además de descartar enfermedad a distancia

Finalmente, se presenta en comité multidisciplinar, decidiéndose abordaje quirúrgico mediante esofagectomía tipo Mckeown.

El abordaje para esofagectomía se plantea en tres campos, comenzando con el tiempo torácico mediante torascopia. En éste, se realiza apertura de pleura parietal, siguiendo la vena ácigos caudalmente, y seccionándola con endograpadora. Se realiza una disección de esófago hasta estrecho torácico superior, separándolo sin incidencias de tráquea y ambos bronquios.

En el tiempo abdominal, se realizó una sección del epiplón mayor, respetando los vasos gastroepiploicos que nutrirán la plastia gástrica. Se realiza una linfadenectomía D2, y se secciona a nivel de la gástrica izquierda. Tras esto, se extrae a través de mini-laparotomía el estómago, elaborando un tubo de Akiyama de unos 3 cm de diámetro seccionando el estómago mediante una línea de endograpadora.

En el tiempo cervical, se accede mediante cervicotomía lateral izquierda, con sección del músculo omohioideo. Ligadura de vena tiroidea media y movilización anterior del tiroides. Se procede a la disección de esófago cervical, encontrándose éste muy dilatado, y, tras ascender la plastia por mediastino posterior, se finaliza con la anastomosis LT esófago-gástrica a nivel cervical con EEA 25mm. Previo a finalización de cirugía, se coloca yeyunostomía de alimentación a 40 cm del ángulo de Treitz.

En el postoperatorio, el paciente presenta buena evolución clínica, retirada de drenaje cervical al segundo día postoperatorio, con adecuada tolerancia oral de forma progresiva y sientido dado de alta al décimo día postoperatorio.

Finalmente, con respecto a la anatomía patológica remitida, se enviaron adenopatías paratraqueales izquierdas, del ligamento gastrohepático y del tronco celíaco, siendo en total 22 ganglios extraídos y sin evidencia de metástasis en ninguno de ellos. En la pieza quirúrgica se observó un carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado de 2 cm de tamaño. La neoplasia invadía toda la pared esofágica llegando más allá de la capa muscular propia, siendo estadificado como T3N0M0 según la 8ª edición TNM del AJCC. Por último, los bordes quirúrgicos proximal y distal, estaban libres de invasión neoplásica.

## Discusión

A pesar de los métodos de diagnóstico disponibles, los síntomas silentes de un crecimiento tumoral sobre un esófago dilatado en pacientes con acalasia, provocan un diagnóstico tardío en la mayoría de los casos<sup>4</sup>. A día de hoy, parece haber un riesgo aumentado de desarrollo de carcinoma de células escamosas asociado a acalasia frente al adenocarcinoma asociado a acalasia<sup>6</sup>, aceptándose, que la acalasia no aumenta el riesgo de esófago de Barrett, por lo que no debería aumentar la incidencia de adenocarcinoma, salvo en los casos en los que, tras la miotomía, no se asocie una funduplicatura para evitar el reflujo post-tratamiento<sup>7</sup>. En este caso, el esófago de Barrett tendría sustrato etiológico en el propio reflujo.

Con respecto al tratamiento de la acalasia, no existen diferencias estadísticamente significativas entre la miotomía de Heller y la dilatación endoscópica del cardias, en cuanto al desarrollo de cáncer a largo plazo postratamiento<sup>8</sup>. Asimismo, existe controversia sobre el seguimiento endoscópico de estos pacientes, siendo algunos grupos defensores de realización de gastroscopia periódica, especialmente durante los 10 primeros años tras los primeros síntomas de acalasia, por el alto riesgo de desarrollo de carcinoma de células escamosas durante este período<sup>9</sup>. Otros grupos lo desaconsejan por su bajo coste-efectividad. A día de hoy sigue en discusión dicho seguimiento, basculando entre los grupos defensores de seguimiento endoscópico periódico y controles radiológicos con tránsitos baritados cada 1-2 años, frente a grupos que desaconsejan seguimiento hasta que no aparezcan síntomas.

## Conclusiones

El carcinoma de células escamosas en acalasia es una entidad infrecuente, y su diagnóstico suele ser tardío. Es necesario un consenso respecto al seguimiento pre y postratamiento en pacientes desde el diagnóstico de acalasia. Con respecto a la experiencia en nuestro equipo, el tratamiento mediante esofagectomía, comprende un abordaje eficaz y definitivo de un carcinoma esofágico sobre acalasia. No exento de complicaciones asociadas al gesto quirúrgico.

1. Lee K, Hong SP, Yoo IK, Yeniova AÖ, Hahn JW, Kim MS, Yoon SY, Rahmati M, Lee JH, Lee M, Cho W, Yon DK. Global trends in incidence and prevalence of achalasia, 1925-2021: A systematic review and meta-analysis. *United European Gastroenterol J*. 2024 May;12(4):504-515. doi: [10.1002/ueg2.12555](https://doi.org/10.1002/ueg2.12555). Epub 2024 Mar 2. PMID: 38430514; PMCID: PMC11328114.
2. Tustumi F, Bernardo WM, da Rocha JRM, Szachnowicz S, Seguro FC, Bianchi ET, Sallum RAA, Ceconello I. Esophageal achalasia: a risk factor for carcinoma. A systematic review and meta-analysis. *Dis Esophagus*. 2017 Oct 1;30(10):1-8. doi: [10.1093/dote/dox072](https://doi.org/10.1093/dote/dox072). PMID: 28859394.
3. Chino O, Kijima H, Shimada H et al. Clinicopathological studies of esophageal carcinoma in achalasia: analyses of carcinogenesis using histological and immunohistochemical procedures. *Anticancer Res* 2000;20:3717-22.
4. Loviscek L F, Cenoz M C, Badaloni A E, Agarinakazato O. Early cancer in achalasia. *Dis Esophagus* 1998;11:239-47.
5. Safatle-Ribeiro AV, Ribeiro U, Jr, Sakai P et al. Integrated p53 histopathologic/genetic analysis of premalignant lesions of the esophagus. *Cancer Detect Prev* 2000;24:13-23.
6. Csendes A, Braghetto I, Burdiles P, Korn O, Csendes P, Henriquez A. Very late results of esophagomyotomy for patients with achalasia: clinical, endoscopic, histologic, manometric, and acid reflux studies in 67 patients for a mean follow-up of 190 months. *Ann Surg* 2006;243:196-203.
7. Zendejdel K, Nyren O, Edberg A, Ye W. Risk of esophageal adenocarcinoma in achalasia patients, a retrospective cohort study in Sweden. *Gastroenterol* 2011;106:57-61.
8. Hankins JR, McLaughlin JS. The association of carcinoma of the esophagus with achalasia. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1975;69:355-60.
9. Just-Viera JO, Morris JD, Haight C. Achalasia and esophageal carcinoma. *Ann Thorac Surg* 1967;3:526-38.

