



Adenocarcinoma de la unión gastro esofágica

Gastroesophageal junction adenocarcinoma

Adenocarcinoma da junção gastro-esofágica

Jhoanna Cristina Almeida-Alvarado ^I
jhoanna.almeida@esPOCH.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-4042-4639>

Kathy del Rocío Colorado-Benavides ^{II}
kathy.colorado@esPOCH.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0008-5759-1346>

Héctor David Pulgar-Haro ^{III}
hpulgar@esPOCH.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-4073-0716>

Dayanara Verónica Heredia-Quisiguiña ^{IV}
dayanara.heredia@esPOCH.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0000-3275-0488>

Correspondencia: hpulgar@esPOCH.edu.ec

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

* **Recibido:** 03 de diciembre de 2024 * **Aceptado:** 25 de enero de 2025 * **Publicado:** 07 de febrero de 2025

- I. Médica Especialista en Medicina Interna, Docente Investigadora, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo (ESPOCH), Facultad de Salud Pública, Carrera de Medicina, Grupo de Investigación MEDINT; Riobamba, Ecuador.
- II. Médica Especialista en Medicina Interna, Docente Investigadora, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo (ESPOCH), Facultad de Salud Pública, Carrera de Medicina, Riobamba, Ecuador.
- III. Máster Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria, Médico, Docente Investigador, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo (ESPOCH), Facultad de Salud Pública, Carrera de Medicina, Grupo de Investigación en Alimentación y Nutrición Humana "GIANH", Riobamba, Ecuador.
- IV. Médica General Escuela Superior Politécnica de Chimborazo (ESPOCH), Ecuador.

Resumen

El cáncer de esófago (EC) es el octavo cáncer más común y la sexta causa de muerte en todo el mundo, representa aproximadamente 1 de cada 20 muertes por cáncer. Cada año se notifican más de 500.000 casos nuevos, y está asociado con una alta mortalidad.

Entre los principales factores de riesgo están acalasia, estado nutricional, consumo de tabaco o alcohol y antecedentes de cáncer. La localización más frecuente es el tercio inferior con un 55%, el tercio medio 35% y el menos frecuente se localiza en el tercio superior o esófago cervical 10%. Es más frecuente entre los adultos mayores con una mediana de edad de 67 años. La tasa de supervivencia a 5 años con adenocarcinoma esofágico es inferior al 20 %, tiene un mal pronóstico a pesar del tratamiento agresivo.

La identificación de los factores de riesgo potenciales es fundamental para la detección temprana y el tratamiento de esta enfermedad.

Presentamos un caso de un masculino de 57 años con antecedentes Extrasístoles Ventriculares Esporádicos, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus Tipo 2, de Alcoholismo: Ocasional, Tabaquismo: Negativo, con cuadro clínico de dos meses con disfagia progresiva a disfagia para sólidos por lo cual fue sometido a Endoscopia Digestiva Alta, evidenciando esófago: a 37 cm estenosis esofágica que impide el paso del endoscopio, con resultado de Biopsia de la Unión Gastro Esofágica: Adenocarcinoma Moderadamente Diferenciado.

El adenocarcinoma de la unión gastroesofágica está aumentando en incidencia y se asocia con un mal pronóstico, creando la necesidad de estrategias terapéuticas efectivas.

Palabras clave: Adenocarcinoma de la Unión Gastro Esofágica; Cirugía; Estenosis Esofágica; Quimioterapia.

Abstract

Esophageal cancer (EC) is the eighth most common cancer and the sixth leading cause of death worldwide, accounting for approximately 1 in 20 cancer deaths. More than 500,000 new cases are reported each year, and it is associated with high mortality.

Major risk factors include achalasia, nutritional status, tobacco or alcohol use, and history of cancer. The most common location is the lower third with 55%, the middle third 35%, and the least common is the upper third or cervical esophagus 10%. It is most common among older adults with

a median age of 67 years. The 5-year survival rate with esophageal adenocarcinoma is less than 20%, and has a poor prognosis despite aggressive treatment.

Identifying potential risk factors is critical for early detection and treatment of this disease.

We present the case of a 57-year-old male with a history of sporadic ventricular extrasystoles, arterial hypertension, type 2 diabetes mellitus, occasional alcoholism, and negative smoking, with a clinical picture of two months with progressive dysphagia to dysphagia for solids, for which he underwent upper digestive endoscopy, showing esophageal stenosis at 37 cm that impedes the passage of the endoscope, with the result of a biopsy of the gastroesophageal junction: moderately differentiated adenocarcinoma.

Gastroesophageal junction adenocarcinoma is increasing in incidence and is associated with a poor prognosis, creating the need for effective therapeutic strategies.

Keywords: Gastroesophageal junction adenocarcinoma; Surgery; Esophageal stenosis; Chemotherapy.

Resumo

O cancro do esófago (CE) é o oitavo cancro mais comum e a sexta principal causa de morte no mundo, sendo responsável por aproximadamente 1 em cada 20 mortes por cancro. Mais de 500.000 novos casos são notificados a cada ano, e a doença está associada a elevada mortalidade.

Os principais factores de risco incluem a acalásia, o estado nutricional, o consumo de tabaco ou álcool e o historial de cancro. A localização mais frequente é o terço inferior com 55%, o terço médio 35% e a menos frequente localiza-se no terço superior ou esófago cervical 10%. É mais comum entre os adultos mais velhos, com uma idade média de 67 anos. A taxa de sobrevivência a 5 anos para o adenocarcinoma do esófago é inferior a 20% e tem um mau prognóstico, apesar do tratamento agressivo.

A identificação de potenciais factores de risco é essencial para a detecção e tratamento precoces desta doença.

Apresentamos o caso de um homem de 57 anos com antecedentes de extrassístoles ventriculares esporádicas, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, alcoolismo ocasional e tabagismo negativo, com quadro clínico de dois meses com disfagia progressiva para sólidos, para o qual foi submetido a endoscopia digestiva alta, que evidenciou estenose esofágica a 37 cm que impede a

passagem do endoscópio, com resultado de biópsia da junção gastroesofágica: adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

O adenocarcinoma da junção gastroesofágica está a aumentar de incidência e está associado a um mau prognóstico, criando a necessidade de estratégias terapêuticas eficazes.

Palavras-chave: Adenocarcinoma da junção gastro-esofágica; Cirurgia; Estenose Esofágica; Quimioterapia.

Introducción

El cáncer de esófago, es una de las neoplasias malignas más comunes en todo el mundo y se divide principalmente en dos subtipos: carcinoma de células escamosas y adenocarcinoma. ⁽¹⁾

Es una neoplasia maligna altamente mortal, el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma representan más del 95% de los tumores malignos de esófago, la alta mortalidad se atribuye a la invasión local y la diseminación a distancia de malignidad; la metástasis del cáncer de esófago generalmente ocurre en los ganglios linfáticos regionales, los pulmones, el hígado, el cerebro, los huesos y el peritoneo.

El tabaquismo y el alcohol son los principales factores de riesgo del carcinoma de células escamosas; el esófago de Barrett (EB) con metaplasia intestinal, la obesidad y el tabaquismo son los principales factores de riesgo del adenocarcinoma. ^(2, 3, 4)

La disfagia es el síntoma de presentación más común que indica una enfermedad localmente avanzada y una invasión tumoral a la musculatura esofágica.

El diagnóstico requiere un examen histológico del tejido tumoral, si hay metástasis, biopsia guiada por imágenes. ^(5, 6, 7)

El pronóstico está asociado con el estadio de la enfermedad, la estadificación clínica, la extensión del tumor local, presencia o ausencia de metástasis a distancia. ^(8, 9)

El tratamiento incluye una evaluación de la enfermedad locorregional como metástasis a distancia, para cada paciente es único, entre las opciones de tratamiento incluyen: Cirugía, Radioterapia, Quimioterapia, Terapia dirigida. ^(10, 11, 12)

En última instancia, el enfoque correcto debe incluir la evaluación de un equipo multidisciplinario y la consideración de los factores del paciente que pueden influir en la elección de la terapia. ^(13, 14)

Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente masculino de 57 años de edad con antecedentes patológicos personales de Hernia Discal Lumbar L4 - L5 por RMN, Dislipidemia Mixta, Arritmia Cardíaca: Extrasístoles Ventriculares Esporádicos, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus Tipo 2, Hábitos tóxicos: Alcoholismo: Ocasional, Tabaquismo: Negativo.

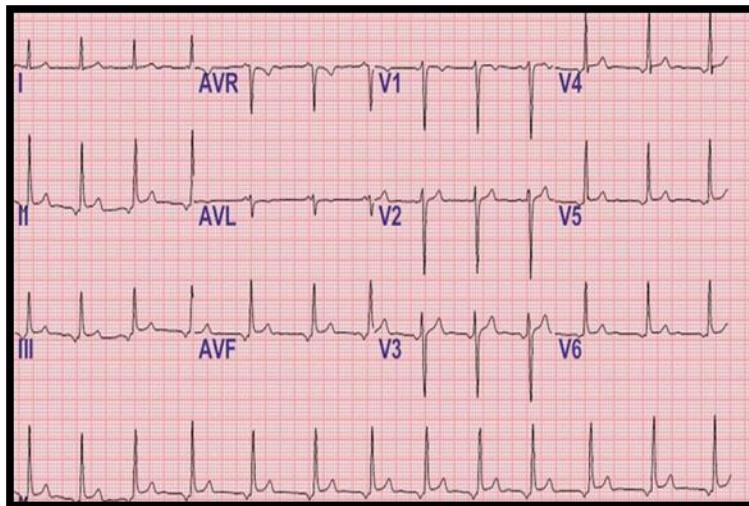
El paciente con cuadro clínico de inicio aproximado del mes de Julio 2022 con disfagia progresiva llegando a fines del mes septiembre de 2022 afagia completa por varios días, pérdida de peso 5 kg. por lo cual fue sometido a Endoscopia Digestiva Alta más estudios de extensión.

El paciente consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, con signos vitales dentro de parámetros normales, palidez generalizada.

Resultados de Análisis Complementarios: biometría hemática: anemia moderada normocítica normocrómica, tiempos de coagulación: dentro de parámetros normales, función renal conservada MDRD: 102 ml/min.

Electrocardiograma

Gráfico 1: Electrocardiograma: Normal.



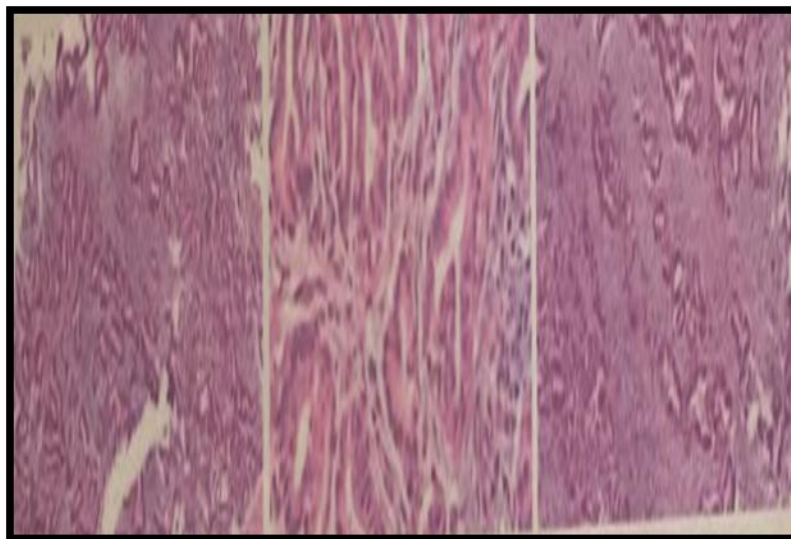
Endoscopia Digestiva Alta

Gráfico 2: ESÓFAGO: A 37 cm: Estenosis Esofágica que impide el paso del Endoscopio.



Biopsia de la Unión Gastro Esofágica Estudio Histopatológico

Gráfico 3: Adenocarcinoma Moderadamente Diferenciado.



TAC simple y contrastada de tórax

En lóbulo inferior izquierdo: dos granulomas calcificados de 6 y 10 mm, y tres de 10 mm en región para hiliar Izquierda.

Mediastino: presencia de ganglios subcentimétricos en región intercavaoártica.

A nivel Esófago: engrosamiento de su reborde posterior, en todo su trayecto torácico de 1,5 cm y diámetro anteroposterior de 5,9 cm e incremento de gas intraluminal.

TAC abdomen simple y contraste de abdomen

Riñón derecho con presencia a nivel de polo inferior de Quiste Simple, (BOSNIAK Tipo 1).

No se observa líquido libre en abdomen.

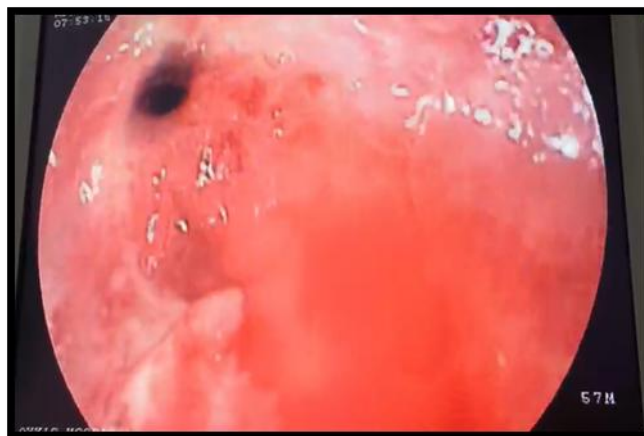
TAC simple y contrastada de pelvis

Estructuras óseas con cambios de Espondilosis Lumbar con registro de pinzamiento posterior de L4 - L5.

En partes blandas se evidencia ganglios subcentimétricos de regiones inguinales, sin cambios de adenopatía.

Endoscopia digestiva alta:

Gráfico 4: Esófago es de calibre y peristalsis normales, la mucosa del tercio distal con úlceras superficiales y estenosis de 4 mm con fibrosis cicatricial.



Discusión

El cáncer de esófago es una enfermedad rara que se presenta con mayor frecuencia en adultos mayores. ⁽¹⁵⁾

Se presenta el caso de un paciente masculino de 57 años de edad, con antecedentes patológicos personales anteriormente mencionados, quien inicialmente presentó disfagia progresiva hasta llegar a afagia, por lo cual, fue sometido a Endoscopia Digestiva alta, la cual mostró a 37 cm Estenosis Esofágica que impide el paso del Endoscopio, con resultado de biopsia Adenocarcinoma Moderadamente Diferenciado más imágenes que no evidenciaron metástasis.

El paciente aparentemente no presentaba factores de riesgo para desarrollar la enfermedad, fue sometido quirúrgicamente el día 13/10/2022 a Laparotomía + Esófago Gastrectomía Radical DII + Reconstrucción en Y de Roux + Colectomía SOLCA Riobamba con el Diagnóstico: Adenocarcinoma de la Unión Gastroesofágica con Histopatológico: 1/11/2022, a la apertura por curvatura mayor se observa lesión tumoral 3.5 x 3 x 1.1 cm, ulcerado (BORMAN III) localizado en el cardias que compromete cara anterior y posterior, al Examen Microscópico Tamaño del tumor: 3,5 x 3 x 1 cm, Tipo Histológico: ADENOCARCINOMA, Grado de Diferenciación: G 2 (Moderadamente diferenciado), nódulos linfáticos regionales con total de ganglios aislados: 27, total ganglios afectados: 6 con estadio: IVA (pPT4 - pN2 - pMx), HERCEPTEST DAKO (INMUNOHISTOQUÍMICA): NEGATIVO. Estudios previos han demostrado la invasión linfática como un factor pronóstico significativo e independiente en Unión Gastro Esofágica, la recurrencia a distancia se asoció con tumores más avanzados, siguiendo los parámetros de la clasificación TNM, la presencia de un ganglio linfático metastásico es un factor de riesgo independiente para la recurrencia a distancia.

Los tratamientos para los adenocarcinomas de la unión esofagogástrica suelen tener diferentes planes como tratamiento quirúrgico, terapia neoadyuvante, terapia dirigida e inmunoterapia según el tipo patológico de los pacientes, el estado de la metástasis y las condiciones de los pacientes.

El tratamiento quirúrgico es el tratamiento más utilizado en la práctica clínica.

La cirugía mínimamente invasiva promete potencial para un mayor desarrollo, la terapia dirigida y la inmunoterapia pueden mejorar la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes. Actualmente, algunos medicamentos, como trastuzumab, ramucirumab, pembrolizumab y nivolumab han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para el tratamiento clínico de los adenocarcinomas de la unión esofagogástrica, sin embargo, la terapia dirigida y la inmunoterapia aún tienen un largo camino por recorrer y necesitan ser exploradas más a fondo.

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO: Adenocarcinoma tipo Intestinal Hercept-test: Negativo; intercorre con Abdomen Agudo por lo cual el día 21/10/2022 realizan Relaparotomía Exploratoria + Lavado de cavidad peritoneal + Reconfección de anastomosis Esofagoyeyunal por Dehiscencia de sutura permanece hospitalizado en SOLCA – Riobamba hasta el día 10/11/2022.

Valorado por ONCOLOGÍA SOLCA – RIOBAMBA que recomienda Quimioterapia + Radioterapia Concurrente, posterior a 2 meses valorado por ONCOLOGÍA HCAM con KARNOSKI 80% con buena tolerancia oral, que recomienda estudios de extensión.

Presentó como complicaciones colección postquirúrgica en espacio subfrénico Izquierdo con volumen aproximado 225 cc con líquido laminar en corredera parietocólica derecha, más estenosis esofágica con requerimiento de dilatación más colocación de prótesis, más tarde intercorre con hipotensión a pesar de los esfuerzos terapéuticos el desenlace fue fatal.

Conclusión

El manejo de los tumores de la unión (UGE) es desafiante y no existe una estrategia única para todos los pacientes, si se detecta en un estadio avanzado al momento de la presentación, tiene un mal pronóstico. ^(16, 17, 18)

El abordaje quirúrgico para los cánceres avanzados debe regirse de acuerdo con el subtipo histológico, la extensión de la invasión esofágica y/o gástrica, la afectación clínica y radiológica de los ganglios linfáticos, el logro de márgenes de resección negativos con resección R0, así como también el logro de una anastomosis segura para la reconstrucción. ^(19, 20, 21)

La presencia de ganglios linfáticos positivos en una evaluación patológica representa un riesgo de metástasis a distancia, mientras que la invasión linfática se asocia con la recurrencia locorregional. En la actualidad, no existe un consenso mundial sobre el tratamiento multimodal óptimo de los tumores de la UGE, se necesitan más estudios adicionales para obtener estrategias de tratamiento óptimos, incluido enfoque quirúrgico, secuencia y régimen de tratamiento. ^(22, 23) El caso presentado subraya la importancia de la detección temprana, y el desenlace refleja la necesidad de estrategias de prevención y programas de cribado en pacientes con factores de riesgo, como enfermedad por reflujo gastroesofágico crónico, obesidad, tabaquismo entre otros.

Los objetivos del manejo en estadios avanzados, incluyen cuidados paliativos, apoyo nutricional, prevención, manejo de infecciones, reducción de riesgo de tromboembolismo, la identificación de

factores de riesgo que puede contribuir a la detección y tratamiento tempranos de la enfermedad.
(24, 25)

Finalmente, este caso destaca no solo la complejidad del manejo, sino también la necesidad de un enfoque multidisciplinario y la investigación continua para mejorar los resultados clínicos y prolongar la supervivencia, incluso en etapas avanzadas de la enfermedad. (26, 30)

Las limitaciones del estudio están dadas por el carácter retrospectivo, no probabilístico.

Agradecimientos: a la Dra. Silvia Proaño Lucero, Médica Internista, Tratante del Hospital General Riobamba IESS. Servicio de Medicina Interna. Riobamba, Ecuador por las facilidades para la investigación del caso y aportes clínicos.

Conflictos de interés

Los autores no declaran conflictos de interés.

Referencias

1. Kenneth EL M. ¿Qué está causando el aumento de la incidencia de adenocarcinoma esofágico en Occidente? ¿Ocurrirá también en Oriente?. Agosto 2019;54(8):669-673. Disponible en: doi: 10.1007/s00535-019-01593-7
2. Aung Myint O, Saleem Ahmed. Descripción general de los cánceres de la unión gastroesofágica. 2019;3:13.10.20517/2574-1225.2019.02. Disponible en: <https://misjournal.net/article/view/3068>
3. Manabe N, Matsueda K, Haruma K.. Epidemiological Review of Gastroesophageal Junction Adenocarcinoma in Asian Countries. 2022;103(1):29-36. Disponible en: doi: 10.1159/000519602.
4. Sawa, T, Katzka D. Fenotipos y factores de riesgo del adenocarcinoma esofágico. Julio de 2021; 38 (4): 423-427. Disponible en: doi: 10.1097/MOG.0000000000000844.
5. Saltzman J, Gibson M. Manifestaciones clínicas, diagnóstico y estadificación del cáncer de esófago. - UpToDate [Internet]. [citado 15 mayo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-staging-of-esophageal-cancer?search=esophageal%20adenocarcinoma&source=search_result&selectedTitle=1~59&usage_type=default&display_rank=1

6. Michael K. Gibson. Epidemiología y patobiología del cáncer de esófago [Internet]. [citado 15 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathobiology-of-esophageal-cancer?search=esophageal%20adenocarcinoma&source=search_result&selectedTitle=3~59&usage_type=default&display_rank=3
7. Raja S, Kamath S, Jang S, Allende D, Mcnamara M, Videtic G, Murthy S, Bhatt A, et al. Adenocarcinoma de esófago: una necesidad imperiosa de detección y tratamiento tempranos. Mayo 2022; 2;89(5):269-279. Disponible en: doi: 10.3949/ccjm.89a.21053.
8. Gelrud A. Casos clínico patológicos en gastroenterología: Esófago. . [Internet]. [citado 15 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-pathological-cases-in-gastroenterology-esophagus?search=esophageal%20adenocarcinoma&source=search_result&selectedTitle=31~59&usage_type=default&display_rank=31
9. Harada K, Rogers J, Iwatsuki, Yamashita K, Babá H, Ajani J, et al. Avances recientes en el tratamiento del cáncer de esófago. 1 de octubre de 2020; 9: Facultad F1000 Rev-1189. Disponible en: doi: 10.12688/f1000
10. Genco A, Castagneto G, Lorenzo M. Adenocarcinoma de esófago después de gastrectomía en manga: ¿amenaza real o potencial? Reseña de series y literatura italiana. Mayo 2021; 17 (5): 848-854. . Disponible en: doi: 10.1016/j.soard.2020.11.023.
11. Cary C, Eluri S, Nicolás J. Manejo del esófago de Barrett displásico y del adenocarcinoma de esófago temprano. Septiembre 2022;51(3):485-500. Disponible en doi: 10.1016/j.gtc.2022.06.004
12. Mohamed E, Puccini A, Xiu J. Análisis moleculares comparativos de carcinoma de células escamosas de esófago, adenocarcinoma de esófago y adenocarcinoma gástrico. Noviembre 2018; 23 (11): 1319-1327. Disponible en doi: 10.1634/theoncólogo.2018-0143.
13. Milán R , Bergman J, Roos E . Tratamiento endoscópico del adenocarcinoma de esófago precoz. Agosto 2018;73(4):355-365. Disponible en doi: 10.23736/S0026-4733.18.07764-7.

14. Barbour A, Rizk P, Gonen M, Tang L, et al. Adenocarcinoma de la unión gastroesofágica. Influencia del margen de resección esofágica y el abordaje quirúrgico en el resultado. *Julio de 2007*; 246(1): 1–8. Disponible en: doi: 10.1097/01.sla.0000255563.65157.d2
15. Wang T, Quante M, Bass A. Adenocarcinoma de esófago: ¿es cáncer gástrico?. *June 2023* Vol 72 No 6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2022-327096>
16. Greally MB, Agarwal R, David H. Manejo óptimo del cáncer de la unión gastroesofágica. 11 de abril de 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/cncr.32066>
17. Bell M, Prasad G. Innovations in Screening Tools for Barrett's Esophagus and Esophageal Adenocarcinoma. *2021 Oct 15*;23(12):22. Disponible en: doi: 10.1007/s11894-021-00821-6.
18. Kumamoto T, Kurahashi Y, Niwa Y. True esophagogastric junction adenocarcinoma: background of its definition and current surgical trends. *2020 Aug*;50(8):809-814. Disponible en: doi: 10.1007/s00595-019-01843-4.
19. Harry H. Yoon. Tratamiento sistémico inicial para el cáncer de esófago y gástrico no resecable y metastásico localmente Avanzado. [Internet]. [citado 15 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/initial-systemic-therapy-for-locally-advanced-unresectable-and-metastatic-esophageal-and-gastric-cancer?search=esophageal%20adenocarcinoma&source=search_result&selectedTitle=4~59&usage_type=default&display_rank=4
20. Michael K, Florencia K. Radioterapia, quimiorradioterapia, enfoques neoadyuvantes y terapia adyuvante posoperatoria para cánceres de esófago localizados. [Internet]. [citado 15 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/radiation-therapy-chemoradiotherapy-neoadjuvant-approaches-and-postoperative-adjuvant-therapy-for-localized-cancers-of-the-esophagus?search=esophageal%20adenocarcinoma&source=search_result&selectedTitle=2~59&usage_type=default&display_rank=2
21. Lee Kresak J, Kavesh M, Feely M. Educational Case: Esophageal Carcinoma. *2020 Jan-Dec*; 7: 2374289519897383. Disponible en: doi: 10.1177/2374289519897383
22. Benjamin F. Wilson, Dang J, Masuda D, Cowler T. Adenocarcinoma de esófago en un marinero en servicio activo: reporte de un caso. *enero-febrero de 2023*, Volumen 188, Edición 1-2, , páginas 404–406. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/milmed/usac096>

23. Saadaat R , Abdul-Ghafar J , Haidary AM , Atta N , Ali TS, et al. Carcinoma de esófago y factores de riesgo asociados: un estudio de casos y controles en dos hospitales de atención terciaria de Kabul, Afganistán. 2022 Volumen 2022:14 Páginas 2445—2456. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.2147/CMAR.S372883>
24. Scott S. Manejo quirúrgico de los cánceres de esófago y unión esofagogástrica resecables. [Internet]. [citado 15 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/surgical-management-of-resectable-esophageal-and-esophagogastric-junction-cancers?search=esophageal%20adenocarcinoma&source=search_result&selectedTitle=9~59&usage_type=default&display_rank=9
25. Todd H. Baron. Ley de Ryan. Stent endoscópico para la paliación de la obstrucción esofágica maligna. [Internet]. [citado 15 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/endoscopic-stenting-for-palliation-of-malignant-esophageal-obstruction?search=esophageal%20adenocarcinoma&source=search_result&selectedTitle=13~59&usage_type=default&display_rank=13
26. Revista de Oncología Clínica, ISSN 2766-9882, Urrutia MJ, Guatemala, Departamento de Medicina Interna, Universidad de San Carlos de Guatemala, Hospital Regional de Occidente “San Juan de Dios”. Cáncer de la unión esofagogástrica en un paciente joven: Reporte de un caso [Internet]. *Clinicaloncologyjournal.com*. 2023 [citado 2024 Dic 12]. Disponible en: <https://clinicaloncologyjournal.com/article/1000267/esophagogastric-junction-cancer-in-young-patient-a-case-report>
27. Oberoi M, Noor MS, Abdelfatah E. The multidisciplinary approach and surgical management of GE junction adenocarcinoma. *Cancers (Basel)* [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 12];16(2):288. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6694/16/2/288>
28. Huang B, Kechagias A, Tsekrekos A, Lovece A, Hayami M, Rouvelas I. Presentation of gastroesophageal junction adenocarcinoma with synchronous metastases at the small intestine. Could treatment with curative intent be considered? A case report. *Int J Surg Case Rep* [Internet]. 2021;84(106164):106164. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2210261221006660>

29. Taieb J, Bennouna J, Penault-Llorca F, Basile D, Samalin E, Zaanani A. Treatment of gastric adenocarcinoma: A rapidly evolving landscape. *Eur J Cancer* [Internet]. 2023;195(113370):113370. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S095980492300672X>
30. Ajani JA, D'Amico TA, Bentrem DJ, Cooke D, Corvera C, Das P, et al. Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers, version 2.2023, NCCN clinical practice Guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw* [Internet]. 2023 [cited 2024 Dec 12];21(4):393–422. Available from: [https://jncn.org/configurable/content/journals\\$002fjncn\\$002f21\\$002f4\\$002farticle-p393.xml?t%3Aac=journals%24002fjncn%24002f21%24002f4%24002farticle-p393.xml&content=pdf-7340](https://jncn.org/configurable/content/journals$002fjncn$002f21$002f4$002farticle-p393.xml?t%3Aac=journals%24002fjncn%24002f21%24002f4%24002farticle-p393.xml&content=pdf-7340)

© 2025 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).