



REPORTE DE CASO

Metástasis ganglionar cervical como presentación inicial de carcinoma esofágico pobremente diferenciado que simula origen mamario: un desafío diagnóstico

Cervical lymph node metastasis as the initial presentation of poorly differentiated esophageal carcinoma mimicking breast origin: a diagnostic challenge

Melissa Joyseleni Ayala Antonio^{1,2,a}, Nicole Kate Velita Miranda^{2,3,b},
Xiomara Lorena Huiza Centeno^{2,3,b}, Carlos Torres-Salinas^{4,2,c}

¹ Instituto Regional de Enfermedad Neoplásicas, Concepción, Perú.

² Universidad Continental, Escuela de Medicina Humana, Huancayo, Perú.

³ Sociedad Científica Médica Estudiantil Continental (SOCIMEC), Universidad Continental, Huancayo, Perú.

⁴ Hospital Nacional Ramiro Prialé, EsSalud, Huancayo, Perú.

^a Médico Gastroenterólogo

^b Estudiante de Medicina Humana

^c Médico Cirujano – Maestro en Medicina

Recibido: 18/04/2026

Arbitrado por pares

Aprobado: 30/07/2026

En línea: 12/09/2026

Contribución de los autores

MJAA, NKVM, XLHC, CTS: conceptualización, investigación, redacción, revisión, visualización, y aprobación final del manuscrito.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiamiento

Autofinanciado.

Citar como

Ayala Antonio MJ, Velita Miranda NK, Huiza Centeno XL, Torres-Salinas C. Metástasis ganglionar cervical como presentación inicial de carcinoma esofágico pobremente diferenciado que simula origen mamario: un desafío diagnóstico. Rev Gastroenterol Peru. 2026;46(3). doi: 10.47892/rgp.2026.463.2254.

RESUMEN

El cáncer de esófago es una neoplasia maligna de alta mortalidad, frecuentemente diagnosticada en estadios avanzados debido a su presentación clínica inespecífica. La disfagia progresiva constituye el síntoma cardinal; sin embargo, en ocasiones puede manifestarse inicialmente mediante metástasis ganglionares, lo que dificulta la identificación del tumor primario. Se presenta el caso de una mujer de 49 años con tumoración cervical derecha de crecimiento progresivo asociada a disfagia de tres meses. La tomografía evidenció un nódulo en el espacio carotídeo derecho. La biopsia ganglionar reveló metástasis de carcinoma pobremente diferenciado. La inmunohistoquímica mostró positividad para CK7, GATA3 focal débil y receptores hormonales, sugiriendo inicialmente origen mamario; no obstante, los estudios mamarios fueron negativos. Posteriormente, la tomografía torácica identificó engrosamiento mural esofágico, confirmado mediante endoscopia y biopsia como carcinoma esofágico pobremente diferenciado con estenosis significativa. Se realizó gastrostomía para soporte nutricional y se planificó tratamiento con quimiorradioterapia. La presentación inicial del cáncer de esófago como adenopatía cervical metastásica es infrecuente y puede generar confusión diagnóstica, especialmente cuando el perfil inmunohistoquímico sugiere otro origen tumoral. Reconocer estas formas atípicas es fundamental para orientar la búsqueda del tumor primario y establecer un tratamiento oportuno.

Palabras clave: Neoplasias Esofágicas; Metástasis de la Neoplasia; Estenosis Esofágica; Gastrostomía (fuente: DeCS Bireme).

ABSTRACT

Esophageal cancer is a highly lethal malignancy that is often diagnosed at advanced stages due to its nonspecific clinical presentation. Progressive dysphagia is the cardinal symptom; however, in some cases the disease may initially manifest through lymph node metastasis, making identification of the primary tumor challenging. We report the case of a 49-year-old woman who presented with a progressively enlarging right cervical mass associated with three months of dysphagia. Computed tomography revealed a nodule in the right carotid space. Lymph node biopsy demonstrated metastasis from a poorly differentiated carcinoma. Immunohistochemistry showed positivity for CK7, focal weak GATA3, and hormone receptors, initially suggesting a breast primary; however, breast imaging studies were negative. Subsequent chest computed tomography identified asymmetric esophageal wall thickening, which was confirmed by upper endoscopy and biopsy as poorly differentiated esophageal carcinoma with significant luminal stenosis. A gastrostomy was performed to provide nutritional support, and combined chemoradiotherapy was planned. Initial presentation of esophageal cancer as metastatic cervical lymphadenopathy is uncommon and may lead to diagnostic confusion, particularly when the immunohistochemical profile suggests an alternative primary tumor. Recognition of these atypical presentations is essential to guide the search for the primary malignancy and enable timely management.

Keywords: Esophageal Neoplasms; Neoplasm Metastasis; Esophageal Stenosis; Gastrostomy (source: MeSH NLM).

Correspondencia:

Carlos Torres-Salinas

E-mail: cctorress@continental.edu.pe



INTRODUCCIÓN

El cáncer de esófago constituye una neoplasia maligna de considerable impacto en la salud pública mundial. A nivel global ocupa el undécimo lugar en incidencia y el séptimo como causa de mortalidad por cáncer. Se estima que cada año se presentan aproximadamente 470,000 nuevos casos; en 2022 se notificaron cerca de 511,054 diagnósticos y 445,391 muertes atribuidas a esta enfermedad. La mayor carga epidemiológica se concentra en China, seguida por diversas regiones de África, América Central y Sudamérica^(1,2).

Desde el punto de vista histopatológico, el cáncer esofágico se clasifica principalmente en carcinoma de células escamosas y adenocarcinoma. El carcinoma escamoso representa aproximadamente el 90% de los casos a nivel mundial; sin embargo, en Europa y Norteamérica se ha observado un incremento sostenido del adenocarcinoma, que actualmente constituye el subtipo predominante en estas regiones⁽²⁾.

El carcinoma de células escamosas se origina en el epitelio plano de la mucosa esofágica y se localiza con mayor frecuencia en los dos tercios superiores del órgano. Su desarrollo se asocia a exposiciones carcinogénicas crónicas, particularmente al consumo de tabaco y alcohol, que inducen alteraciones moleculares, entre las que destaca la mutación del gen supresor tumoral TP53⁽³⁾. En contraste, el adenocarcinoma se origina a partir de células glandulares del esófago distal, generalmente en el contexto de cambios metaplásicos asociados al esófago de Barrett secundario al reflujo gastroesofágico, condición que puede progresar hacia displasia y posterior transformación maligna^(3,4).

Desde el punto de vista clínico, la disfagia progresiva, inicialmente para sólidos y posteriormente para líquidos, constituye el síntoma cardinal y suele indicar enfermedad avanzada. Otras manifestaciones frecuentes incluyen odinofagia, pirosis y pérdida de peso no intencional, generalmente secundaria a la obstrucción progresiva de la luz esofágica^(4,5).

Debido a que la mayoría de los casos se diagnostican en estadios avanzados, las tasas de curación continúan siendo limitadas. La esofagectomía representa el tratamiento de elección; no obstante, se asocia a una morbilidad considerable que puede afectar de manera significativa la calidad de vida. En este contexto, las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, como la toracoscopia y la laparoscopia, han surgido como alternativas prometedoras, particularmente en pacientes diagnosticados en etapas tempranas de la enfermedad⁽⁶⁾.

Presentamos el caso clínico de un paciente con carcinoma esofágico cuya manifestación inicial fue una metástasis cervical, una localización poco frecuente para este tipo de neoplasia. Esta forma atípica de presentación representó un desafío diagnóstico inicial y retrasó la sospecha del tumor primario.

REPORTE DE CASO

Paciente mujer de 49 años con antecedente personal de tuberculosis renal detectado a los 15 años. Niega hábitos tóxicos y enfermedades crónicas. Acude por presencia de tumoración en la región cervical anterior derecha de crecimiento lento acompañado con disfagia progresiva de 3 meses de evolución.

Al examen físico se encontró un tumor de aproximadamente 3 x 4 cm a nivel paratraqueal en el lado derecho del cuello. La tomografía evidenció la presencia de un nódulo ubicado en el espacio carotídeo adyacente a la vena yugular y arteria carótida común derecha de aproximadamente 24,6 x 20,5 x 35,8 mm (Figura 1).

La biopsia amplia del ganglio cervical evidenció macrometástasis de carcinoma pobremente diferenciado. La inmunohistoquímica mostró positividad para CK7, Gata 3 focal débil, Receptor de Estrógeno y Receptor de Progesterona, hallazgos que sugieren tumor primario de origen mamario, sin embargo, tanto la mamografía como la ecografía de mama fueron negativos para neoplasia.

En los estudios de imágenes, la tomografía de tórax con contraste mostró un engrosamiento mural asimétrico de aspecto neoformativo a nivel del esófago, de 28 mm de diámetro con una extensión de 4,2 cm de longitud, localizado a 4,6 cm del esfínter esofágico inferior (Figura 2) sin más hallazgos de relevancia.

Se realizó endoscopia digestiva alta para confirmar la sospecha diagnóstica, evidenciándose lesión proliferativa ulcerada, de bordes ligeramente elevados, que compromete aproximadamente el 60% de la circunferencia esofágica, friable al roce (Figura 3) que se extiende hasta los 28 cm de la arcada dentaria superior (ADS), con una longitud de 5 cm, generando una estenosis de aproximadamente el 80% de la luz esofágica en su tercio distal. El estudio histopatológico dio como resultado carcinoma pobremente diferenciado (Figura 4).

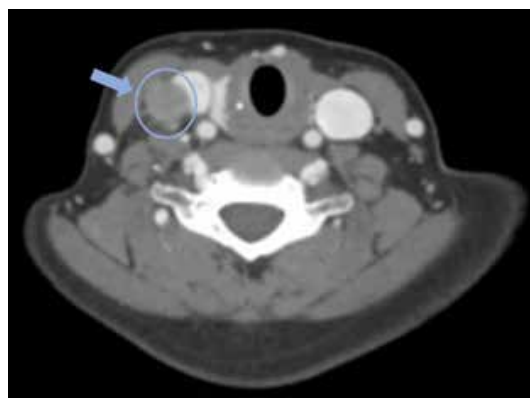


Figura 1. Tomografía cervical en corte axial, donde se observa nódulo cervical anterior derecho (flecha).

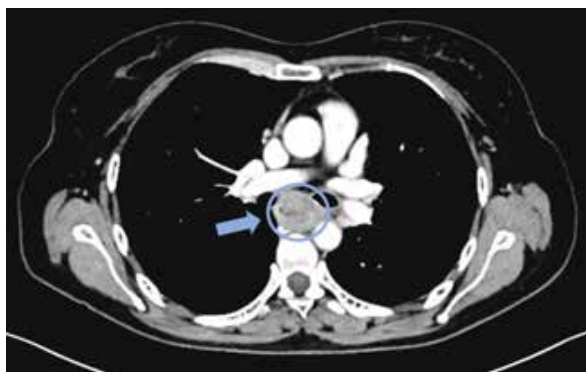


Figura 2. Tomografía de tórax con contraste, en corte axial, donde se observa engrosamiento mural de esófago (flecha), compatible con lesión neoplásica del tercio medio del esófago.

Debido al compromiso esofágico, se decidió realizar una laparotomía exploratoria más gastrostomía a lo Witzel para soporte nutricional. Posterior al procedimiento quirúrgico, la paciente fue derivada para evaluación y programación de tratamiento combinado con radioterapia y quimioterapia. Se programa radioterapia externa a dosis de 54 Gy en 27 sesiones en campo a tumor de esófago y áreas ganglionares correspondientes.

DISCUSIÓN

A pesar de que el cáncer de esófago no se encuentra entre las neoplasias más prevalentes, representa un importante problema de salud pública debido a su elevada letalidad. A nivel global se estiman más de 400 000 nuevos casos cada año. La presentación clínica se caracteriza por disfagia progresiva; no obstante, en situaciones poco frecuentes la enfermedad puede manifestarse inicialmente mediante adenopatías cervicales metastásicas, lo que constituye una forma de presentación atípica que puede retrasar el diagnóstico ⁽²⁾.

Tras revisar la literatura disponible en bases de datos científicas, no se identificaron reportes previos en Perú ni en Latinoamérica que describan una presentación clínica similar a la observada. En consecuencia, la documentación de presentaciones inusuales como la descrita es relevante para la práctica clínica regional, ya que puede ayudar a la detección temprana y reducir retrasos diagnósticos.

En regiones del continente asiático; sin embargo, ya se han reportado casos de presentación similar. Zhang *et al.* (Tabla 1) reportaron un caso de metástasis de carcinoma esofágico de células escamosas a la tiroides, se encontraron nódulos tiroideos en el chequeo de rutina además de ganglios linfáticos cervicales en ambos lados sospechosos de malignidad ⁽⁷⁾. Moulick *et al.* reportaron también un carcinoma de células escamosas de esófago con metástasis en tiroides y esternón, al momento del examen físico el paciente presentaba ganglios supraclaviculares bilaterales firmes e indoloros, además de una masa dura sobre el manubrio del esternón ⁽⁸⁾.

En el presente caso, la paciente consultó inicialmente por una tumoración cervical de crecimiento progresivo, hallazgo que orientó el estudio hacia patologías ganglionares primarias o metástasis de tumores más frecuentes en la región cervical como linfoma no hodgkin. Esto acompañado de disfagia de 3 meses de evolución.

En el caso Nguyen *et al.* El paciente presentó también una masa de crecimiento lento en el cuello asociado a disfagia y pérdida de peso no intencional. Este paciente tenía un historial de consumo de tabaco de 20 paquetes-años además de un alto consumo de alcohol ⁽⁹⁾.

La paciente de nuestro caso negó tener hábitos nocivos además de enfermedades crónicas preexistentes, lo que dificultó aún más el diagnóstico. Nguyen *et al.* relataron la dificultad diagnóstica que tuvo que enfrentar el paciente, ya que inicialmente se sospechó de una enfermedad por reflujo gastroesofágico que no mejoró con la medicación habitual, por lo cual el paciente tuvo que ser referido



Figura 3. Imagen endoscópica de lesión proliferativa en el tercio medio del esófago.

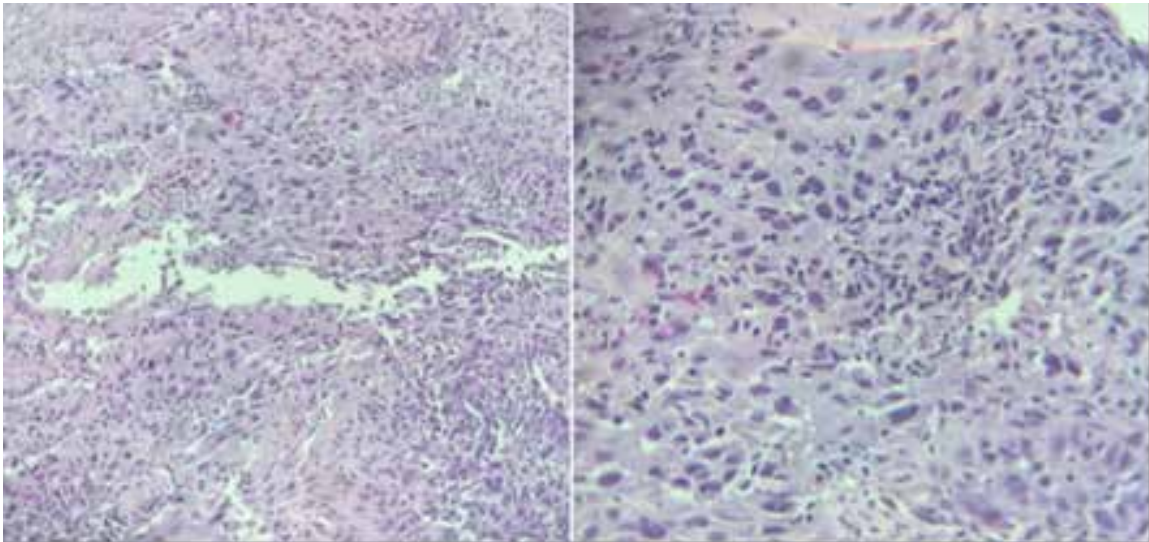


Figura 4. Estudio histopatológico del carcinoma pobremente diferenciado de esófago.

y luego de realizarle diversos estudios la endoscopia reveló una lesión ulcerada en el tercio medio del esófago correspondiente a carcinoma de células escamosas ⁽⁹⁾.

Esta localización coincide con la presentación de nuestro caso, donde la lesión se encontró también en el tercio medio del esófago. Norooz *et al.* ⁽¹⁰⁾ describieron un caso de carcinoma escamoso de esófago cuya manifestación

inicial fue una masa mamaria, acompañada de disfagia progresiva de dos meses de evolución, inicialmente poco relevante para la paciente. Los estudios histopatológicos e inmunohistoquímicos de la lesión mamaria permitieron establecer su naturaleza metastásica y descartar un carcinoma mamario primario, mientras que la evaluación posterior identificó el tumor esofágico. De manera similar, Miyoshi *et al.* ⁽¹¹⁾ reportaron un carcinoma escamoso

Tabla 1. Comparación de casos de carcinoma esofágico con presentación metastásica cervical atípica.

Autor (año)	País	Edad/Sexo	Presentación clínica inicial	Inmunohistoquímica	Hallazgos histopatológicos	Diagnóstico final	Aspecto relevante
Caso actual	Perú	49/F	Masa cervical derecha y disfagia progresiva	CK7+, GATA3 focal+, RE+, RP+	Carcinoma pobremente diferenciado en ganglio cervical; biopsia posterior de esófago compatible con carcinoma esofágico pobremente diferenciado	Carcinoma esofágico metastásico	Simuló inicialmente carcinoma mamario
Nguyen <i>et al.</i> , 2024 ⁽⁹⁾	Vietnam	68/M	Masa supraclavicular y lesión tiroidea	P40+, CK5/6+, TTF-1-, tiroglobulina-	Carcinoma escamoso metastásico en tiroides y ganglio supraclavicular	Carcinoma escamoso de esófago con metástasis tiroidea y ganglionar	Inicialmente confundido con neoplasia tiroidea primaria
Miyoshi <i>et al.</i> , 1999 ⁽¹⁵⁾	Japón	44/M	Tumor mamario asociado a cáncer esofágico avanzado	ER-, PR-, HER2-	Invasión mamaria por carcinoma escamoso metastásico	Carcinoma escamoso de esófago con metástasis mamaria	Destacó la necesidad de diferenciar metástasis de cáncer mamario primario
Zhang <i>et al.</i> , 2020 ⁽⁷⁾	China	69/M	Nódulos tiroideos múltiples y adenopatías cervicales	CK19+, p40+, p63+, tiroglobulina-	Metástasis tiroidea de carcinoma escamoso	Carcinoma escamoso de esófago con afectación tiroidea y ganglionar extensa	Diagnóstico inicial erróneo de cáncer tiroideo bilateral
Moulick <i>et al.</i> , 2012 ⁽⁸⁾	India	55/M	Tumefacción cervical y tiroidea con disfagia	p63+, CK5/6+	Metástasis simultánea a tiroides y esternón	Carcinoma escamoso proximal de esófago metastásico	Sitio metastásico extremadamente infrecuente reportado en la literatura

de esófago con metástasis a la mama y señalaron la importancia de diferenciar una lesión mamaria metastásica de un carcinoma mamario primario, debido a las implicancias terapéuticas de establecer correctamente el sitio de origen tumoral.

Mientras que Chen *et al.*, describieron un caso de carcinoma esofágico con cáncer de mama como presentación inicial, en este caso la paciente manifestó presentar disfagia progresiva de 2 meses de evaluación que curiosamente no eran de gran importancia para ella, además de que negó tener hábitos nocivos y no tenía factores de riesgo como obesidad. La inmunohistoquímica de esta paciente mostró un resultado negativo para receptores de estrógeno y progesterona, así como para HER-2, lo cual ayudó a descartar en origen mamario ⁽¹²⁾.

En nuestro caso, por el contrario, el receptor para receptores de estrógeno y progesterona fueron positivos además de CK7 y GATA3, un perfil que inicialmente sugirió origen mamario. GATA3 es un factor de transcripción con alta sensibilidad para carcinomas de mama (>90%) y uroteliales (70%), pero estudios han demostrado que puede expresarse de manera focal o débil en hasta un 20-30% de otros tumores epiteliales, incluyendo carcinomas de esófago, pulmón y endometrio ^(13, 14). Precisamente, la modalidad de expresión focal y débil observada en este caso debería haber sido una señal de alerta para no atribuir el origen mamario de forma definitiva. Wang *et al.* (2018) documentaron este error diagnóstico específico en su serie, alertando sobre el riesgo de interpretar una positividad focal de GATA3 como equivalente a un carcinoma mamario cuando los estudios de imagen no lo confirman ⁽¹²⁾. De manera similar, la coexpresión de receptores hormonales en carcinomas pobremente diferenciados no es exclusiva de la mama. Se ha reportado expresión aberrante de receptores de estrógeno y progesterona en carcinomas de esófago, pulmón de célula pequeña y tumores neuroendocrinos, lo que amplía el diagnóstico diferencial y limita el valor predictivo positivo de estos marcadores cuando se usan de manera aislada ⁽¹⁵⁾. En el presente caso, la ausencia de marcadores de linaje escamoso (p40, p63, CK5/6) en el ganglio cervical que de haberse realizado habrían orientado hacia un carcinoma no mamario representa una lección metodológica importante: en carcinomas pobremente diferenciados de origen incierto, el panel inmunohistoquímico inicial debe incluir tanto marcadores de diferenciación mamaria como marcadores de diferenciación escamosa y glandular de otros órganos, antes de emitir un diagnóstico definitivo.

La tomografía torácica desempeñó un papel decisivo al demostrar un engrosamiento mural esofágico que no había sido sospechado inicialmente. Este hallazgo permitió orientar la investigación hacia el tracto digestivo superior y condujo a la realización de una endoscopia digestiva alta, procedimiento que evidenció una lesión proliferativa ulcerada con marcada estenosis luminal. La confirmación histopatológica posterior del carcinoma esofágico permitió establecer el origen primario de la enfermedad y explicar

la adenopatía cervical metastásica como consecuencia del patrón característico de drenaje linfático esofágico. La secuencia diagnóstica observada en este caso ilustra cómo la integración progresiva de los hallazgos clínicos, radiológicos, endoscópicos e histopatológicos resulta esencial para resolver escenarios diagnósticos complejos.

En conclusión, la revisión de los casos publicados y la experiencia obtenida con nuestra paciente refuerzan la importancia de mantener una alta sospecha clínica ante metástasis de origen incierto. Asimismo, resaltan que los resultados inmunohistoquímicos deben interpretarse siempre en correlación con la historia clínica, los hallazgos radiológicos y los estudios endoscópicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Qi L, Sun M, Liu W, Zhang X, Yu Y, Tian Z, *et al.* Global esophageal cancer epidemiology in 2022 and predictions for 2050: A comprehensive analysis and projections based on GLOBOCAN data. *Chin Med J (Engl)*. 2024;137(24):3108-3116. doi: 10.1097/CM9.0000000000003420.
2. Deboever N, Jones C, Yamashita K, Ajani J, Hofstetter W. Advances in diagnosis and management of cancer of the esophagus. *BMJ*. 2024;385:e074962. doi: 10.1136/bmj-2023-074962.
3. Asriantini I, Yulianti A, Hadinata L, Amalia A, Paerdoe L, Qindi A, *et al.* Kanker Esofagus: A literature review. *J Kedokteran Unram*. 2024;13(4):216-222. doi: 10.29303/jk.v13i4.5392.
4. Wang Y, Mukkamalla SKR, Singh R, Lyons S. Esophageal Cancer [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [cited 10 february 2026]. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459267/>
5. Gabada R, Athawale V. Comprehensive Rehabilitation Strategies in Esophageal Cancer: A Case Report of Enhancing Recovery and Quality of Life. *Cureus*. 2024;16(4):e57893. doi: 10.7759/cureus.57893.
6. Watanabe M, Otake R, Kozuki R, Toihata T, Takahashi K, Okamura A, *et al.* Recent progress in multidisciplinary treatment for patients with esophageal cancer. *Surg Today*. 2020;50(1):12-20. doi: 10.1007/s00595-019-01878-7.
7. Zhang X, Gu X, Li JG, Hu XJ. Metastasis of esophageal squamous cell carcinoma to the thyroid gland with widespread nodal involvement: a case report. *World J Clin Cases*. 2020;8(19):4588-4594. doi: 10.12998/wjcc.v8.i19.4588.
8. Moulick A, Guha P, Das A, Das AK. Squamous cell carcinoma of proximal esophagus with simultaneous metastases to thyroid and sternum: a case report and review of the literature. *Tanaffos*. 2012;11(1):67-70.
9. Nguyen DV, Dao HT, Dinh TH, Vu DQ, Dang CT. Advanced esophageal squamous cell carcinoma with rare metastases to the thyroid gland and supraclavicular lymph node: a case report. *Biomed Res Ther*. 2024;11(12): doi: 10.15419/bmrat.v11i12.943.
10. Norooz M, Montaser-Kouhsari L, Ahmadi H, Zavarei M, Daryaei P. Breast mass as the initial presentation of esophageal carcinoma: a case report. *Cases J*. 2009;2:7049. doi: 10.4076/1757-1626-2-7049.
11. Miyoshi K, Fuchimoto S, Ohsaki T, Sakata T, Takeda I, Takahashi K, *et al.* A case of esophageal squamous cell carcinoma metastatic to the breast. *Breast Cancer*. 1999;6(1):59-61. doi: 10.1007/BF02966908.

12. Chen J, Wu S, Zheng X, Pan J, Zhu K, Chen Y, *et al.* Cervical lymph node metastasis classified as regional nodal staging in thoracic esophageal squamous cell carcinoma after radical esophagectomy and three-field lymph node dissection. *BMC Surg.* 2014;14:110. doi: 10.1186/1471-2482-14-110.
13. Wang H, Nicolas M, Nazarullah A. Metastatic breast carcinoma with CK7, GATA3, and ER expression? A diagnostic pitfall. *Am J Clin Pathol.* 2018;149(Suppl 1):S116. doi: 10.1093/ajcp/aqx123.272.
14. Terzic T, Mills AM, Zadeh S, Atkins KA, Hanley KZ. GATA3 expression in common gynecologic carcinomas: a potential pitfall. *Int J Gynecol Pathol.* 2019;38(5):485-492. doi: 10.1097/PGP.0000000000000541.
15. So JS, Epstein JI. GATA3 expression in paragangliomas: a pitfall potentially leading to misdiagnosis of urothelial carcinoma. *Mod Pathol.* 2013;26(10):1365-1370. doi: 10.1038/modpathol.2013.76.