



11215
2
20

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO

CANCER DE ESOFAGO Y CARDIAS

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 16 CASOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL ESPAÑOL DE LA CIUDAD DE MEXICO
ENTRE ENERO DE 1982 Y ENERO DE 1992.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA
P R E S E N T A
JOSE LUIS CABRERA BRAVO

MEXICO, D. F.

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	PAGINA
I	INTRODUCCION 1
II	GENERALIDADES
	Histopatología 2
	Topografía 4
	Etiología 5
	Cuadro Clínico 6
	Diagnóstico 8
	Radiología 9
	Endoscopia 10
	Citología Exfoliativa 10
	Determinación del Estadio 11
	Clasificación TNM 12
	Tratamiento 14
III	OBJETIVO 17
IV	MATERIAL Y METODO 17
V	RESULTADOS
	Distribución por sexo Gráfica 1 18
	Distribución por edad Gráfica 2 19
	Distribución por topografía y variedad histológica Gráfica 3 20
	Manifestaciones clínicas Cuadro 2 21
	Hábitos asociados Cuadro 3 22
	Tratamiento quirúrgico Cuadro 4 23
	Evolución postquirúrgica Cuadro 5 24
	Tratamiento paliativo Cuadro 6 25
VI	DISCUSION 26
VII	BIBLIOGRAFIA 33

I N T R O D U C C I O N

En México el Cáncer del Esófago se observa con baja frecuencia (20), en comparación con otras regiones del mundo como son: El Norte de China, Japón, Irán en la región del mar Caspio, Sud Africa y Chile, entre otros, en donde tiene alta frecuencia y es considerado un problema de Salud Pública.

Sí bien, en general no ofrece mayores dificultades para su diagnóstico, sigue siendo un reto para el médico, la atención de los pacientes afectados por esta entidad clínica, requiriendo de un equipo multidisciplinario para su manejo.

Un mejor conocimiento de la enfermedad y de su estadio al momento del diagnóstico, así como, de los recursos para su tratamiento nos permitirá brindar a nuestros pacientes la opción terapéutica que ofrezca una sobrevida mayor y de mejor calidad.

GENERALIDADES

HISTOPATOLOGIA

El esófago, como es bien conocido, está recubierto por epitelio escamoso poliestratificado no queratinizado, encontrándose también glándulas productoras de moco a lo largo del órgano, especialmente en sus extremos proximal y distal. En la unión esofagogástrica se presenta el epitelio transicional. En un cierto número de casos la Esofagitis por reflujo se asocia al llamado epitelio de Barrett, que representa la sustitución del epitelio escamoso por un epitelio de tipo columnar, en el esófago distal, requiriendo que su localización se encuentre por lo menos a 3 cm. por arriba de la unión esofagogástrica. Se ha observado su transformación a displasia de grado variable hasta el cáncer.

En el esófago pueden asentar dos variedades histopatológicas de neoplasias malignas primarias:

- Carcinoma Escamoso ó Carcinoma Epidermoide
- Adenocarcinoma

En el epitelio de Barrett, se pueden originar ambas variedades (5), (8).

El Cáncer del Esófago en su aspecto macroscópico tiene principalmente tres variedades:

- Polipoide
- Ulcerado
- Infiltrante

Estos aspectos pueden estar superpuestos.

De manera característica el cáncer del esófago se extiende microscópicamente en la submucosa , tanto proximal como distal a la lesión macroscópica y tiene la particularidad de poder ser multifocal.

T O P O G R A F I A

De acuerdo a su topografía el cáncer del esófago se divide en tercios, existiendo criterios anatómico y endoscópico. Sus límites convencionales se señalan a continuación:

ANATOMICO

- TERCIO SUPERIOR Del esfínter cricofaríngeo a la entrada del esófago al tórax.
- TERCIO MEDIO De la entrada del esófago al tórax al borde inferior de T8.
- TERCIO INFERIOR Del borde inferior de T8 a la unión esófago gástrica.

ENDOSCOPICO

- TERCIO SUPERIOR Hasta los 18 cm. a partir de la A.D. *
- TERCIO MEDIO Entre los 18 - 31 cm. a partir de la A.D. *
- TERCIO INFERIOR Entre los 31 - 40 cm. a partir de la A.D. *

* Arcada Dentaria

ETIOLOGIA

No se conoce. Se considera que es compleja y multifactorial, siendo la resultante de la interacción de factores tanto del huésped como del medio ambiente.

Entre los factores del huésped ciertos estados permiten definir la población de alto riesgo:

- Esofagitis crónica con displasia severa
- Epitelio de Barrett
- Acalasia
- Síndrome de Plummer Vinson
- Tilosis
- Lesión por cáusticos
- Lesión por radiación
- Cáncer en cabeza y cuello

Entre los factores ambientales :

- El consumo excesivo de tabaco y/o alcohol
- Desnutrición asociada a carencia de vitaminas A, C, riboflavina (en zonas endémicas)
- Ingesta de bebidas muy calientes

C U A D R O C L I N I C O

El Cáncer del Esófago en sus estadios iniciales no tiene traducción clínica , por lo tanto , para la identificación temprana además del reconocimiento de los pacientes del alto riesgo se recomienda investigar los cambios en los síntomas esofágicos crónicos y cualquier episodio de disfagia inexplicable.

D I S F A G I A

La Disfagia tiene la característica de ser persistente y progresiva, inicialmente para sólidos y posteriormente para líquidos . Se encuentra como dato clínico, alrededor del cual gira la sospecha diagnóstica, por ser con gran frecuencia el primer síntoma de la enfermedad. Este síntoma se presenta cuando la luz esofágica se ha reducido en forma importante, hasta un noventa por ciento (18), siendo éste ya una manifestación tardía de la enfermedad.

O D I N O F A G I A

La Odinofagia es otra manifestación , el dolor puede ser referido a la región retroesternal o del epigastrio.

OTRAS MANIFESTACIONES

Con menor frecuencia pueden presentarse:

- pérdida de peso
- Hematemesis
- vómito.

MANIFESTACIONES EXTRA ESOFAGICAS

Entre las manifestaciones extra esofágicas que pueden orientar hacia la presencia del Cáncer del Esófago se encuentran:

Tos crónica, disfonía por parálisis del nervio laríngeo recurrente, Neumonía por broncoaspiración, Mediastinitis secundaria a la perforación del esófago.

EXPLORACION FISICA

La exploración física pocas veces revelará alteraciones.

Entre los signos que pueden encontrarse también en estadio avanzado y de mal pronóstico son:

- Adelgazamiento
- Adenomegalias supraclaviculares
- Hepatomegalia

DIAGNOSTICO

El diagnóstico se orienta en base a:

- DATOS CLINICOS
- METODOS AUXILIARES

Los datos que nos orientan para la sospecha clínica ya fueron mencionados con anterioridad.

Los métodos auxiliares para el diagnóstico son:

- RADIOLOGIA
- ENDOSCOPIA
- ULTRASONOGRAFIA ENDOSCOPICA
- CITOLOGIA EXFOLIATIVA
- HISTOPATOLOGIA

R A D I O L O G I A

El esofagograma con bario es el examen inicial . La comunicación con el radiólogo es recomendable para aumentar la utilidad de este estudio, ya que un estudio practicado de manera rutinaria puede pasar por alto alteraciones menores.

Las imágenes más frecuentemente encontradas son:

- Estrechamiento irregular de la luz, aunque también puede presentarse como un estrechamiento regular y su diferenciación con una estenosis benigna puede ser muy difícil desde el punto de vista radiológico.
- Engrosamiento parietal localizado o difuso
- Tumor fungoide

Como medida que aumenta la sensibilidad del estudio se puede emplear la ingesta de un fragmento de pan, carne molida o malvavisco impregnados con bario demostrando en ocasiones su detenimiento ante una lesión.

Otras maniobras radiológicas útiles son: el estudio con doble contraste (aire, aceite mineral) y la cineradiografía para demostrar áreas con alteración persistente en la progresión de la onda peristáltica.

E N D O S C O P I A

El endoscopio flexible ha permitido que este procedimiento se emplee cada vez con mayor frecuencia, en ocasiones como estudio inicial en la valoración de los pacientes afectados por esta enfermedad.

Permite no solo la visión de la lesión , sino el cepillado y la toma de biopsias, en ocasiones orientadas por el empleo del Lugol como colorante que tiene la particularidad de no ser captado por la metaplasia gástrica y las lesiones cancerosas.

Tiene limitaciones al enfrentarse a lesiones estenosantes que no permiten el paso del endoscopio y con ello no poder valorar la lesión en toda su extensión.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA

Además de la toma directa por cepillado, se puede emplear ante la ausencia de lesiones visibles a la radiología y la endoscopia, introduciendo una sonda nasogástrica, aspirando el contenido del estómago en ayunas y después de perfundir el esófago con agua. Para que este estudio sea confiable, se requiere de una técnica minuciosamente practicada y el análisis de la muestra por un experto citopatólogo.

DETERMINACION DEL ESTADIO DE LA ENFERMEDAD

Una vez establecido el diagnóstico de certeza y prácticamente de manera simultanea se deberán orientar los estudios para conocer la fase o estadio en que se encuentra la enfermedad. Para ello se investigará :

INVASION LOCAL

Endoscopia para valorar faringe, laringe, tráquea, bronquios, Tomografía axial computarizada de tórax con atención especial en mediastino y Ultrasonografía endoscópica.

INVASION A DISTANCIA

Investigación de metástasis hepáticas, óseas y pulmonares. Teleradiografía de tórax, Ultrasonografía, Gamagrafía ósea y Tomografía axial computarizada.

CONDICION GENERAL

Se practicará valoración del estado nutricional y se descartará la concurrencia de otras entidades como la Cirrosis hepática, Enfisema pulmonar y Enfermedad cardiaca.

CLASIFICACION TNM

Como resultado de la valoración integral se podrá llegar a ubicar a los pacientes dentro de esta clasificación de manera precisa .

Esta clasificación nos permite tener una mejor orientación terapéutica y pronóstica.

La letra T se refiere al tumor primario

La letra N se refiere a la afectación de los ganglios linfáticos

La letra M se refiere a las metástasis

Tis: Carcinoma in situ

T1 : Tumor que afecta < 5 cm. que no produce obstrucción, no tiene afectación circunferencial ni diseminación fuera del esófago

T2 : Tumor que afecta > 5 cm. sin diseminación fuera del esófago o tumor de cualquier tamaño que produce obstrucción o que afecta la circunferencia total, pero sin diseminación fuera del esófago.

T3 : Tumor con evidencia de diseminación fuera del esófago.

N0 : Ganglios no palpables ni evidencia radiológica de crecimiento de los mismos.

N1 : Ganglios móviles unilaterales, evidencia radiológica de crecimiento ganglionar < de 1 cm.(unilateral/bilateral)

N2 : Ganglios bilaterales móviles, evidencia radiológica de crecimiento ganglionar entre 1-3 cm.unilateral/bilateral

N3 : Ganglios palpables fijos, evidencia radiológica de crecimiento ganglionar > de 3 cm.(unilateral/bilateral)

M0 : Sin evidencia de metástasis

M1 : Metástasis presentes

CLASIFICACION CLINICA DIAGNOSTICA

Estadio 0 : Tis N0 M0

Estadio I : T1, N0 M0

Estadio II: T1, N1, N2; M0
T2, N0- N2; M0

Estadio III: T3 cualquier N; M0
Cualquier T, N3; M0

Estadio IV : Cualquier T, Cualquier N; M1

N0 : Ganglios no palpables ni evidencia radiológica de crecimiento de los mismos.

N1 : Ganglios móviles unilaterales, evidencia radiológica de crecimiento ganglionar < de 1 cm.(unilateral/bilateral)

N2 : Ganglios bilaterales móviles, evidencia radiológica de crecimiento ganglionar entre 1-3 cm.unilateral/bilateral

N3 : Ganglios palpables fijos, evidencia radiológica de crecimiento ganglionar > de 3 cm.(unilateral/bilateral)

M0 : Sin evidencia de metástasis

M1 : Metástasis presentes

CLASIFICACION CLINICA DIAGNOSTICA

Estadio 0 : Tis N0 M0

Estadio I : T1, N0 M0

Estadio II: T1, N1, N2; M0
T2, N0- N2; M0

Estadio III: T3 cualquier N; M0
Cualquier T, N3; M0

Estadio IV : Cualquier T, Cualquier N; M1

T R A T A M I E N T O

El Cáncer de Esófago ha evolucionado en su tratamiento a lo largo de los años. Su abordaje quirúrgico estuvo detenido hasta los principios del siglo XX, cuando gracias al progreso de la fisiología se logró la expansión pulmonar en un tórax abierto.

La primera resección exitosa de un carcinoma del esófago torácico se realizó en 1913, por el Dr. Franz Torek en Nueva York, conectando externamente los estomas esofágico y gástrico con un tubo de hule, el paciente sobrevivió 13 años. (9).

Actualmente para el tratamiento de esta entidad clínica, se cuenta con múltiples recursos como se observa en el cuadro 1. Antes de decidir que recursos se emplearán deben analizarse las tres siguientes preguntas:

- ¿ En qué estadio se encuentra el enfermo ?
- ¿Cuál segmento del esófago es el afectado ?
- ¿Cuál es la condición general del enfermo ?

Si el tumor se localiza en los tercios medio o inferior y el paciente se encuentra en buenas condiciones generales, no presenta evidencia de invasión a estructuras vecinas ni metástasis, se considera al paciente como candidato para resección quirúrgica ya sea con fin " curativo " o paliativo. La resección quirúrgica ofrece como beneficio directo el restablecimiento del tránsito esofágico.

En las lesiones del tercio superior se indica la Radioterapia como tratamiento de primera intención, con fin " curativo " o paliativo. Las dosis varían entre 40 - 65 Gy (10).

En los casos en que el paciente se presenta con la enfermedad en estadio avanzado se indica el tratamiento paliativo. También hay que considerar la condición general del paciente, los recursos con que se cuenta en el sitio de atención y el factor riesgo/beneficio inherente de los métodos paliativos.

Ante el desalentador pronóstico que acompaña al Cáncer del Esófago, en estadios avanzados, se llevan a cabo diversos protocolos de investigación, encaminados a mejorar la supervivencia y la calidad de la misma en estos pacientes. Esto ha dado lugar al empleo del denominado Tratamiento Multimodal.

El tratamiento multimodal consiste en el empleo combinado de por lo menos dos de los siguientes recursos:

- Cirugía
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Inmunoterapia

TRATAMIENTO

Cuadro 1

OPCIONES TERAPEUTICAS

NO QUIRURGICAS

QUIRURGICAS

I RADIOTERAPIA

I RESECCION

II QUIMIOTERAPIA

II PALIACION

III PROTESIS POR PULSION

a) Radioterapia Pre Op

IV MISCELANEAS

b) Quimioterapia Pre Op

1) Dilatación con sonda

c) Radio-quimioterapia Pre Op

2) Laser terapia

III ESOFAGOGASTROSTOMIA

3) Fotoradioterapia

IV PROTESIS POR TRACCION

4) Braquiterapia*

V GASTROSTOMIA

*Radioterapia Intracavitaria

O B J E T I V O

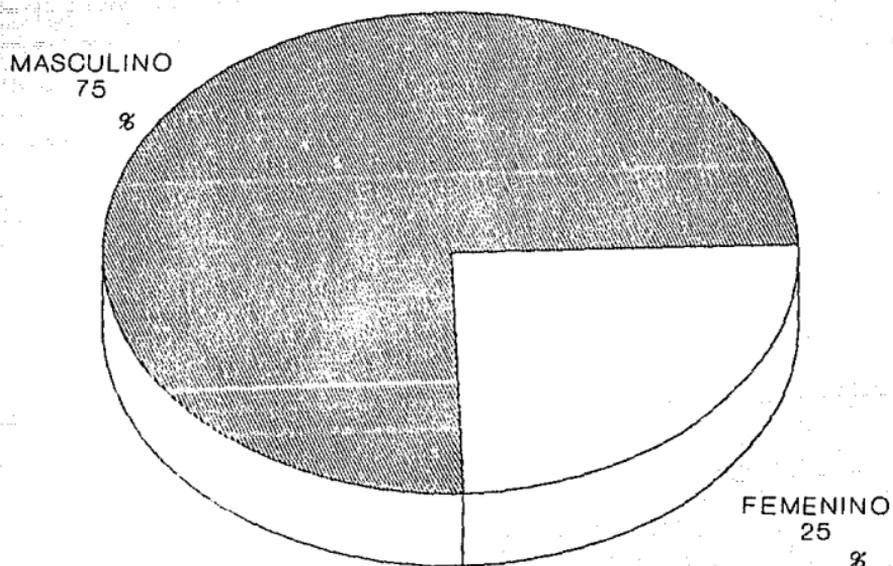
El objetivo de esta revisión es conocer las características de la población afectada, factores de riesgo asociados y las modalidades de terapéutica empleadas, así como, su evolución.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se revisaron los expedientes del archivo del HOSPITAL ESPAÑOL DE LA CIUDAD DE MEXICO con el diagnóstico de CANCER DE ESOFAGO Y CARDIAS en el lapso comprendido entre enero de 1982 y enero de 1992.

De manera ortodoxa para fines de clasificación se separan el Cáncer del tercio inferior del esófago y el Cáncer del Cardias, pero debido a que su abordaje quirúrgico es el mismo(1), se incluyeron ambos en esta revisión.

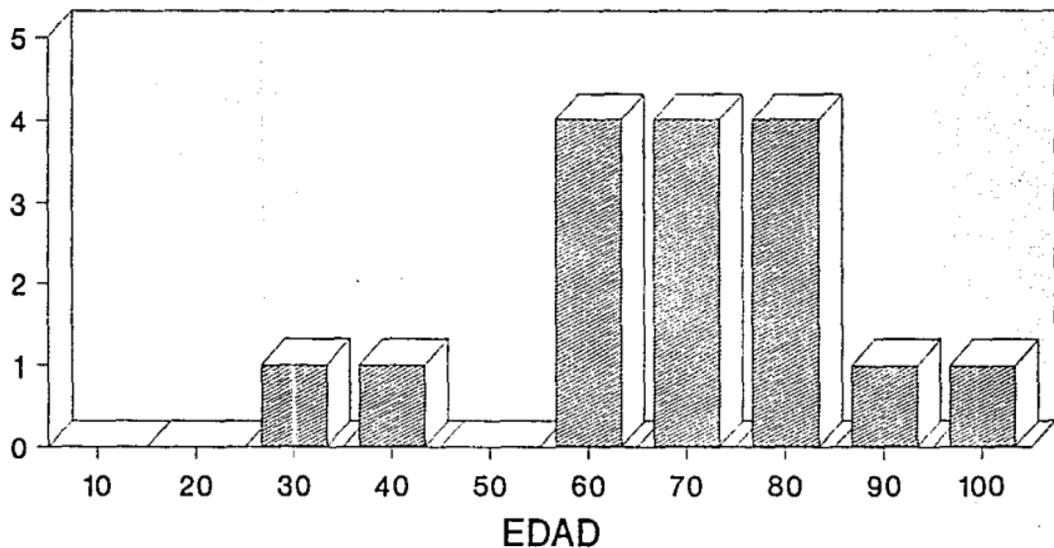
DISTRIBUCION POR SEXO



Gráfica 1

DISTRIBUCION POR EDAD

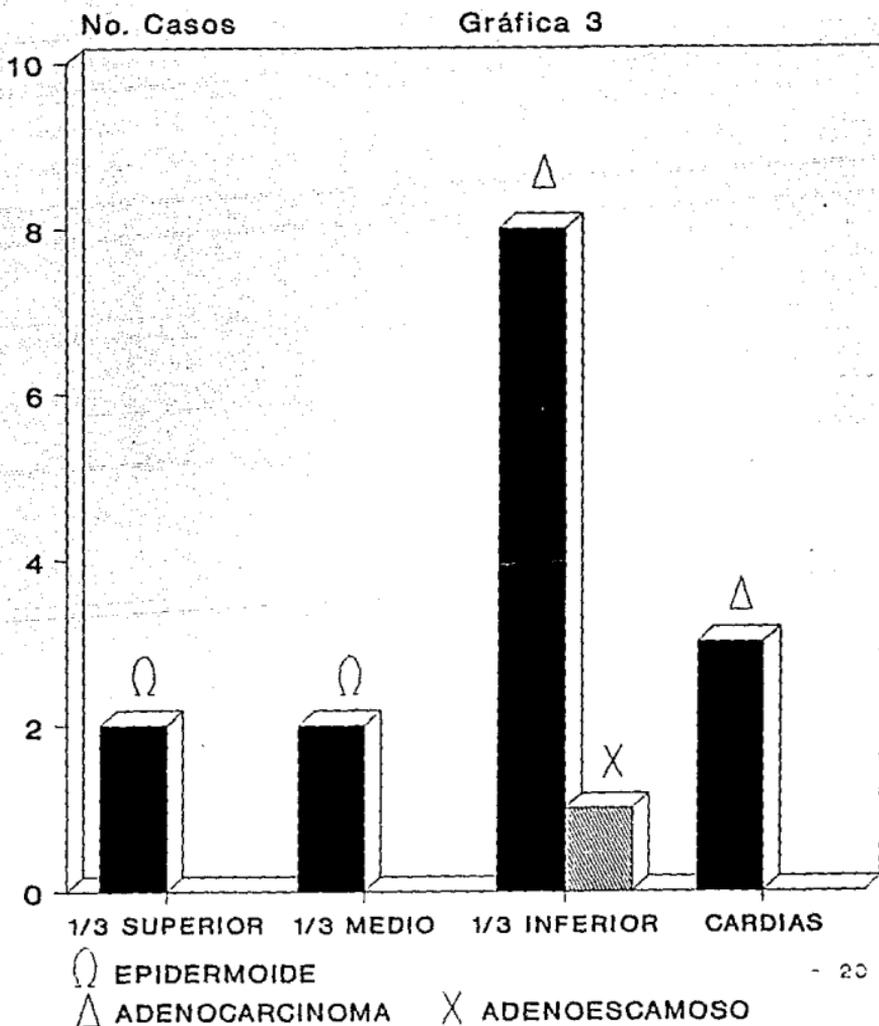
Gráfica 2



 No. CASOS

RANGO 28 - 95 AÑOS

DISTRIBUCION TOPOGRAFIA Y VARIEDAD HISTOLOGICA



CUADRO 2**MANIFESTACIONES CLINICAS PRESENTES
AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO**

MANIFESTACION	No. DE CASOS	PORCENTAJE
DISFAGIA	13	81
DOLOR RETROESTERNAL	6	37
PERDIDA DE PESO	4	25
VOMITO	2	12.5
DISFONIA	1	6

CUADRO 3

HABITOS ASOCIADOS

TABAQUISMO				ALCOHOLISMO	
SEXO	EDAD	CANTIDAD / DIA	TIEMPO	CANTIDAD	TIEMPO
MASC.	59	20 CIGARRILLOS	27 AÑOS	OCASIONAL	INDEFINIDO
MASC.	71	20-40 CIGARRILLOS	53 AÑOS	OCASIONAL	INDEFINIDO
FEM.	76	10 CIGARRILLOS	40 AÑOS	NEGATIVO	-----
MASC.	68	6-10 CIGARRILLOS	9 AÑOS	OCASIONAL	INDEFINIDO
MASC.	60	20-40 CIGARRILLOS	40 AÑOS	OCASIONAL	INDEFINIDO
MASC.	51	20 CIGARRILLOS	17 AÑOS	OCASIONAL	INDEFINIDO
FEM.	95	6 CIGARRILLOS	40 AÑOS	NEGATIVO	-----
MASC.	64	40 CIGARRILLOS	39 AÑOS	OCASIONAL	INDEFINIDO
MASC.	55	40 CIGARRILLOS	35 AÑOS	500 ml. / DIA RON	7 AÑOS
MASC.	64	40 CIGARRILLOS	40 AÑOS	OCASIONAL	INDEFINIDO
MASC.	39	20 CIGARRILLOS	21 AÑOS	OCASIONAL	INDEFINIDO
MASC.	55	20-25 CIGARRILLOS	37 AÑOS	OCASIONAL	INDEFINIDO
MASC.	76	12 CIGARRILLOS	50 AÑOS	INTENSO N.C.*	50 AÑOS
MASC.	73	20 CIGARRILLOS	30 AÑOS	OCASIONAL	INDEFINIDO
FEM.	28	NEGATIVO	-----	NEGATIVO	-----
FEM.	89	NEGATIVO	-----	NEGATIVO	-----

* N.C. No Cuantificado

CUADRO 4

TRATAMIENTO QUIRURGICO

	SEXO	EDAD	HISTOLOGIA	OPERACION	VIA DE ACCESO	ANASTOMOSIS
TERCIO MEDIO	1 MASC.	64 AÑOS	EPIDERMIOIDE	ESOFAGO-GASTRECTOMIA	TORACO-ABDOMINAL	ESOFAGO-GASTRICA
	2 MASC.	55 AÑOS	EPIDERMIOIDE	ESOFAGUECTOMIA + HEMIFUNDUPLICACION	ABDOMINO-CERVICAL	ESOFAGO-GASTRICA
TERCIO INFERIOR	3 MASC.	71 AÑOS	ADENOCARCINOMA	ESOFAGOGASTRECTOMIA + PILOROPLASTIA	ABDOMINAL	ESOFAGO-GASTRICA
	4 FEM.	28 AÑOS	ADENOESCAMOSO	ESOFAGO-GASTRECTOMIA	TORACO-ABDOMINAL	ESOFAGO-GASTRICA
	5 MASC.	60 AÑOS	ADENOCARCINOMA	ESOFAGUECTOMIA + PILOROPLASTIA	ABDOMINO-CERVICAL	ESOFAGO-GASTRICA
	6 MASC.	51 AÑOS	ADENOCARCINOMA	ESOFAGO-GASTRECTOMIA	TORACO-ABDOMINAL	ESOFAGO-GASTRICA
	7 MASC.	68 AÑOS	ADENOCARCINOMA	ESOFAGO-GASTRECTOMIA	ABDOMINAL	ESOFAGO-YEYUNAL
CARDIAS	8 MASC.	64 AÑOS	ADENOCARCINOMA	ESOFAGO-GASTRECTOMIA	TORACO-ABDOMINAL	ESOFAGO-GASTRICA

CUADRO 5

EVOLUCION POST-QUIRURGICA

No.	COMPLICACIONES	CAUSA DE MUERTE	SOBREVIDA	OTROS TRATAMIENTOS
1.1	PULMONAR 12° d.p. Op.	METASTASIS PULMONARES NEUMONIA DE FOCOS MULTIPLES	50 MESES	RADIOTERAPIA PRE-OPERATORIA DOSIS NO CONSIGNADA
2.1	-----	VIVO	70 DIAS	-----
3.1	DEHISCENCIA ANASTOMOSIS RECONSTRUIDA	DESNUTRICION	2 MESES	-----
4.1	-----	DESNUTRICION	12 MESES	-----
5.1	ESTENOSIS ESOFAGICA DILATACION	NEUMONIA DE FOCOS MULTIPLES	7 MESES	RADIOTERAPIA POST-OP. DOSIS 50 Gy.
6.1	DEHISCENCIA ANASTOMOSIS	MEDIASTITITIS	11 DIAS	-----
7.1	FISTULA DRENAJE POR SONDA	DESNUTRICION	6 MESES	-----
8.1	INSUFICIENCIA CARDIACA	INSUFICIENCIA CARDIACA	6 DIAS	-----

CUADRO 6

TRATAMIENTO PALIATIVO

	No.	SEXO	EDAD	HISTCLOGIA	TRATAMIENTO	COMPLICACIONES	SOBREVIDA A PARTIR DE DIAGNOSTICO	CAUSA DE MUERTE
TERCIO SUPERIOR	1	FEM.	90 AÑO	EPIDERMOIDE	GASTROSTOMIA	DESNUTRICION	5 MESES	VIVA
	2	MASC.	76 AÑO	EPIDERMOIDE	MEDIDAS GENERALES	DESNUTRICION	3 MESES	DESNUTRICION SEVERA
TERCIO INFERIOR	3	MASC.	73 AÑO	ADENOCARCINOMA	MEDIDAS GENERALES	DESNUTRICION	2 MESES	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
	4	MASC.	39 AÑO	ADENOCARCINOMA	GASTROSTOMIA	DESNUTRICION	6 MESES	HEMATEMESIS
	5	MASC.	55 AÑO	ADENOCARCINOMA	QUIMIOTERAPIA + PROTESIS ESOFAGICA	DESNUTRICION	13 MESES	DESNUTRICION SEVERA
	6	MASC.	59 AÑO	ADENOCARCINOMA	DILATACION CON SONDA	METASTASIS OSEAS	1 MES	DESNUTRICION SEVERA
	7	FEM.	95 AÑO	ADENOCARCINOMA	MEDIDAS GENERALES	-----	1 MES	BRONCOASPIRACION
CARDIAS	8	FEM.	76 AÑO	ADENOCARCINOMA	MEDIDAS GENERALES	-----	NO LOCALIZABLE	-----

D I S C U S I O N

El universo del estudio confirma la baja frecuencia del Cáncer del Esófago en nuestro medio. En la década analizada (82-92), lo fue en nuestra Institución de 1.6 casos al año. Si a ello añadimos que en el Hospital Español el porcentaje de casos de neoplasias esofágicas malignas en relación al total de cánceres del Tubo Digestivo fue en la década (77-87), de solo el 2.6 %, el más bajo en la ciudad de México (20), veremos que este tumor es todavía menos frecuente en nuestra institución.

Si para explicar este fenómeno se suponen tipos de alimentación diferente o instalación de tratamiento anti-reflujo en época más temprana por las características de nuestra población hospitalaria, ello debe aguardar a los estudios apropiados.

Entre los factores con posible potencial etiológico (18), merece mención el tabaquismo presente en 14 de nuestros casos, importante en once de ellos, mayor de 10 cigarrillos al día. Cuadro 3

En cambio el alcoholismo, mencionado repetidamente en la literatura, como posible factor se presentó solo en 2 de nuestros casos. Cuadro 3

Como es un concepto habitualmente aceptado predominó claramente el sexo masculino. Gráfica 1

En general se acepta que la mayoría de los Cánceres del Esófago corresponden a la variedad histológica de tipo Epidermoide. En nuestra estadística el resultado fue totalmente opuesto y así 11 de 16 fueron Adenocarcinomas. Es de mencionarse que recientemente han aparecido publicaciones que señalan la frecuencia cada vez mayor de este tipo histológico. Hesketh y colaboradores (12), reportan en Boston en 1989 un 18 % de este tipo, 3 a 5 veces más frecuente que el encontrado en el pasado y en el mismo año Alpern y colaboradores (22), encuentran la cifra del 7 % de 1956-65, de 25 % de 1966-75 y de 39 % de 1976-87.

Si esto se debe a diferentes criterios sobre la localización de la lesión, o bien, si obedece a mejores técnicas diagnósticas para la separación del Adenocarcinoma de otros tipos histológicos, o sí, ahora el diagnóstico de la localización ha mejorado por el seguimiento endoscópico del esófago de Barrett queda por determinarse.

En nuestros casos pudo hacerse resección solamente en el 50 % es decir, 8 casos de los 16. De estos 8 pacientes solo en 2, que representan el 25 % de los resecables y el 12.5 % del grupo total, puede considerarse que la resección se hizo con intención curativa, pues en los 6 intervenidos restantes

había participación ganglionar conocida por el cirujano. El porcentaje de reseccabilidad podría caer dentro de las cifras de diversos autores reportados por Ellis (1) y que van del 41 al 100 %.

La mortalidad hospitalaria obtenida fue del 12.5 %, que cae dentro de las cifras reportadas en la literatura, que de acuerdo con la revisión de Ellis (1) osciló entre el 1.4 % y el 33.0 %.

Los índices de supervivencia para el Cáncer del Esófago reportados por Cilley (7) a los 5 años son menores al 5 % y menores al 10 %, en las 4 últimas décadas, reportado por Silverberg(21).

En nuestra revisión la supervivencia más larga fue de 50 meses en un paciente con la variedad Epidermoide quien recibió Radioterapia en el preoperatorio.

La mortalidad global de nuestra serie fue del 75 % en el primer año, cifra acorde con la señalada por Cilley (7), de 70 % para el mismo periodo de tiempo.

Ante el mal pronóstico que representa el diagnóstico del Cáncer del Esófago en etapas avanzadas, esto debido a su capacidad de diseminación temprana, los investigadores del problema han dirigido su interés hacia la denominada terapia

multimodal, que basada en diversos principios como son el Sinergismo y los mecanismos de acción diferentes de los diversos recursos terapéuticos empleados en forma tradicional y que han demostrado su utilidad para el manejo de esta entidad clínica, parece representar un camino promisorio.

Los protocolos varían la combinación de los recursos y su fase de aplicación. Todo ello con el fin de mejorar la respuesta terapéutica y minimizar los efectos tóxicos.

Los resultados de diversos protocolos de investigación muestran datos alentadores (3), (15), (16) y (19), mejorando la respuesta clínica y los aspectos histopatológicos, no sin enfrentar, aunque en grado aceptable las complicaciones inherentes a la toxicidad de los recursos empleados. De igual manera encontramos reportes que no alcanzan los efectos esperados (14) y por lo tanto deben permanecer por el momento dentro de los protocolos de investigación.

Como ejemplo de protocolos de terapia multimodal, por su interés citaremos el reportado por Kelsen y colaboradores (15) en que con el propósito de determinar el índice de respuesta y de toxicidad de la combinación de interferón -2a (IFN) y del Fluoracilo (FU) realizan un estudio en pacientes con Cáncer Esofágico avanzado.

En este estudio prospectivo clínico fase II llevado a cabo en un centro oncológico y un hospital universitario, 40

pacientes con carcinoma Epidermoide o Adenocarcinoma avanzados del esófago con metástasis loco-regionales fueron tratados con FU 750 mg/m² en infusión continua en los días del 1° al 5°, seguido por administración semanal como externos por bolos de FU 750 mg/m² e IFN 9 millones de unidades, 3 veces por semana a partir del primer día. La dosis fue atenuada en casos de fatiga, neurotoxicidad, toxicidad gastrointestinal y mielosupresión.

Los resultados mostraron respuestas completas y parciales en 10 de los 37 pacientes valorados con Cáncer del Esófago (27%; con intervalo de seguridad, de 0.13 a 0.41). Aunque sustancial, la toxicidad fue tolerable y principalmente se manifestó como fatiga y ligera mielosupresión. La duración media de la respuesta fue de 6.4 (rango de 2.8 a 14 meses).

Los autores concluyen que la combinación de IFN y FU es un régimen activo en el tratamiento del Cáncer Esófagico en estadio avanzado, con una respuesta similar a la reportada en las combinaciones en que está incluido el Cisplatino en poblaciones similares de pacientes. Sugieren nuevos estudios basados en esta combinación.

Mención especial requiere el artículo de la Dra. Forastiere (19), que en su protocolo nos presenta 43 pacientes con carcinoma del Esófago Epidermoide o Adenocarcinoma y Cáncer del Cardias que fueron tratados simultáneamente con Cisplatinum, Vinblastina, Fluoracilo (5-FU), y radioterapia a lo largo de un período de 21 días. La Esofaguectomía transhiatal (ETH), se planeó realizarla al 42° día. 79 % tenían estadio clínico T2 y 56 % ganglios linfáticos crecidos en la TAC. 41 pacientes completaron el tratamiento preoperatorio y llegaron a la cirugía (índice de operabilidad del 95 %), y 36 (84 %) fueron totalmente resecaos. 10 de los 41 candidatos quirúrgicos no tuvieron evidencia de tumor en el Esófago resecao ni en los ganglios linfáticos (T0, N0), 24 % de respuesta completa (RC). La mielosupresión fue la principal toxicidad con leucopenia grado 3 o 4 en el 93 % de los pacientes y 2 muertes en la fase de tratamiento preoperatorio. Con un seguimiento medio de 26 meses, el tiempo de sobrevivida media (TMS) de los 43 pacientes registrados en el estudio no ha sido alcanzada. El TMS de los 36 pacientes totalmente resecaos y 10 de los que presentaron respuesta total tampoco fue alcanzada; 70 y 100 % respectivamente, están vivos a los 24 meses. El TMS por variedad histológica fue de 21 meses para los 22 pacientes con la variedad epidermoide y no fue alcanzada por los 21 pacientes con la variedad de Adenocarcinoma. En un análisis de factor pronóstico el estadio clínico N, histología y el porcentaje de Cisplatinum y Vinblastina tolerados fueron

indicadores significativos para la supervivencia. Los resultados de esta supervivencia sugieren una mejoría significativa sobre el TMS de 14 meses observada en un protocolo previo en que solo se usó quimioterapia en una población similar de pacientes y 12 meses de TMS en un grupo de control "histórico" que solo fue sujeto a ETH. Se está realizando una prueba aleatorizada para determinar de manera convincente, si la supervivencia es prolongada por esta terapéutica.

La revisión de la literatura nos autoriza a decir que:

" El tratamiento definitivo que alcance un consenso y aceptación general está aún por venir."

B I B L I O G R A F I A.

1. Ellis FH, Jr. Treatment of Carcinoma of the Esophagus or Cardia; Mayo Clin Proc. 1989, 64:945-955.
2. Isono K, Kakegawa T, Watanabe H, Parameters Linked to Ten-Year Survival in Japan of Resected Esophageal Carcinoma; Chest 1989, Nov. 96(5):1005-1011.
3. John et al. Radiotherapy Alone and Chemoradiation for Nonmetastatic Esophageal Carcinoma; Cancer 1989, Jun 15; 63(12):2397-403.
4. Likiar HM, Levine JG, Lightdale ChJ, Photodynamic therapy for completely obstructing esophageal carcinoma Gastrointestinal endoscopy 1991, 37(1):75-8.
5. Rubio CA, Aberg B, Barrett's Mucosa in Conjunction With Squamous Carcinoma of the Esophagus, Cancer 1991, Aug 1 68:583-6.
6. Vanaguas A, Jacob P, Olinger E, Radiation-Induced Esophageal Injury: A Spectrum from Esophagitis to Cancer Am. J. Gastroenterol 1990, Jul; 85(7):08-12.

7. Cilley RE, Strodel WE, Peterson RO, Cause of Death in Carcinoma of the Esophagus, Am J.Gastroenterol 1989, Feb;84(2):147-9.
8. Kuster GR, Foroozan P, Early Diagnosis of Adenocarcinoma Developing in Barrett's Esophagus Arch Surg 1989, Aug; 124(8):925-7.
9. Klingman R, De Meester TR, Surgery for Carcinoma of the Thoracic Esophagus: Adams and Pheister in Perspective AnnThorac Surg 1988, Dec;46(6):699-702.
10. Alberston M, Ewers SB, Hambræus R, Lillo-Gil R, Ranstam J, Evaluation of the Palliative effect of Radiotherapy for Esophageal Carcinoma Acta Oncologica 1989, 28(2): 267-70.
11. Tetteroo GWM, Wagenvoort JHT, Castelein A, Tilanus HW, Ince C, Bruining HA, Selective decontamination to reduce gram-negative colonisation and infections after oesophageal resection Lancet 1990, Mar 24;335:704-7.
12. Hesketh PJ, Clapp RW, Doos WG, Specher SJ, The Increasing Frequency of Adenocarcinoma of the Esophagus Cancer 1989, Jul 15;64(2):526-30.

13. Ueo H, Matsuoka H, Sugimachi K, Kuwano H, Mori M, Akiyoshi T, Inhibitory Effects of Estrogen on the Growth of a Human Esophageal Carcinoma Cell Line, Cancer Research 1990, Nov 15;50:7212-15.
14. Alberts A, Schoeman L, Burger W, Greef F, Falkson G, A Phase II Study of 5- Fluorouacial and Leucovirin in Advanced Carcinoma of the Esophagus, Am J Clin Oncol 1992,15(1):35-6.
15. Kelsen D, Lovett D, Wong J, Saltz L, Buckley M, Murray P, Heelan R, Lightdale Ch, Interferon alfa -2a and Fluoruoacil in the Treatment of Patients With Adadvanced Esophageal Cancer, J Clin Oncol 1992,10(2):269-274.
16. Ajani Ja, Roth JA, Ryan B, McMurrey M, Rich TA, Jackson DE, Abbruzzese JL, Levin B, De Caro L, Mountain C, Evaluation of Pre- and Postoperative Chemotherapy for Resectable Adenocarcinoma of the Esophagus or Gastroesophageal Junction,J Clin Oncol 1990, 8(7): 1231-38
17. Overhagen H, Laméris J, Zonderland MZ, Tilanus HW, van Pel R, Schütte HE, Ultrasound and Ultrasound-Guided Fine Needle Aspiration Biopsy of Supraclvicular Lymph Nodes in Patients With Esophageal Carcinoma, Cancer 1991, 67;; 585-7.

18. Bockus HL, Berk JE, : Gastroenteroogy fourth edition Vol. 2: 818-850, Philadelphia W.B. Saunders Company 1985.
19. Forastiere AA, Orringer MB, Pérez-Tamayo C, Urba SG, Husted S, Takasugi BJ, Zahurak M: Concurrent Chemotherapy and Radiation Therapy Followed by Transhiatal Esophagectomy for Local-Regional Cancer of the Esophagus, J Clin Oncology 1990, Jan;8(1):119-127
20. Villalobos JJ, Vargas F, Villareal HA, Olivera MA, Anzures ME, Rodríguez L, Boom R, Olaeta R, Pérez R, Santoyo R, Peláez M, Esquivel F, Contreras R; Estudio prolectivo de 10 años de cáncer del aparato digestivo Rev Gastroenterol Mex 1990, 55(1):17-24
21. Silverberg E, Lubera JA, Cancer statistics; Cancer 1989, 39:3-20
22. Alpern HD, Buell C, Olson J, Increasing percentage of Adenocarcinoma in Primary Carcinoma of the Esophagus (letter) Cancer 84(5):574.