

11215



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

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

9
2 es.

**CARCINOMA ESOFAGICO, EXPERIENCIA CLINICA
EN EL HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO
DE 1979 AL PRIMER SEMESTRE DE 1996.**

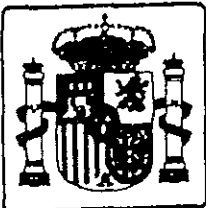
TESIS DE POSGRADO

QUE PRESENTA:

DR. JAIME ALBERTO GONZALEZ ANGULO ROCHA

PARA LA OBTENCION DEL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN
GASTROENTEROLOGIA

DR. ALBERTO GARCIA MENENDEZ
ASESOR DE TESIS



2674782

HOSPITAL ESPAÑOL MEXICO, D.F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 esta 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.

HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO

DR. JOSE NAVES GONZALEZ

DIRECTOR MEDICO.



DR. ALFREDO SIERRA UNZUETA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

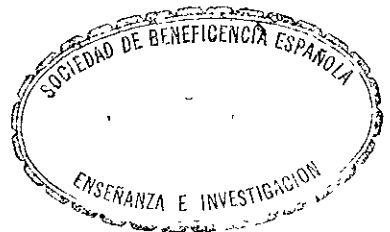
DR. JORGE PEREZ MANAUTA.

JEFE DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA.

JEFE DEL CURSO DE GASTROENTEROLOGIA.

DR. ALBERTO GARCIA MENENDEZ.

TESISTA



INDICE

INTRODUCCION	4
GENERALIDADES Y ANTECEDENTES	6
OBJETIVOS	16
MATERIAL Y METODO	17
RESULTADOS	18
DISCUSION	23
CONCLUSIONES	30
GRAFICAS Y TABLA	31-A
BIBLIOGRAFIA	32

INTRODUCCION

El cáncer esofágico ha evolucionado de manera especial durante las últimas dos décadas. Aunque ya desde hace mucho tiempo se han establecido causas predisponentes, epidemiológicas y, formas de presentación, hoy en día está cambiando, tanto en nuestra población como en otras regiones del mundo.

La etiología como en la mayoría de las neoplasias, es actualmente desconocida, sin embargo, se reconocen factores ambientales, nutricionales, influencia con respecto a la edad y sexo así como antecedentes de inflamación crónica local, agentes infecciosos y cirugía gástrica previa.

El diagnóstico que por muchos años dependió de las manifestaciones clínicas y los estudios radiológicos contrastados, ha evolucionado debido a la práctica de endoscopia ligada a toma de biopsias para confirmación diagnóstica o su diferenciación con entidades inflamatorias específicas. El empleo de tomografía axial computarizada y en especial de la variedad helicoidal y en tercera dimensión así como el empleo de ultrasonido transendoscópico, no solo

contribuyen al diagnóstico sino son métodos precisos para una adecuada estadificación tumoral.

Una vez obtenido el diagnóstico conjuntamente con una valoración integral del enfermo, se tomará la decisión terapéutica apropiada que por lo general debe ser adecuada a cada paciente en particular.

El tratamiento quirúrgico curativo o paliativo, el empleo de técnicas trasendoscopias como es la dilatación, colocación de prótesis, aplicación de sustancias que producen necrosis química, fototerapia, laser "NdYAG", electrocoagulación bipolar y otras, se emplean para lograr el primer objetivo en la terapéutica paliativa del carcinoma esofágico, esto es "mejorar la Disfagia".

Desafortunadamente cuando se diagnostica la enfermedad, esta se encuentra en estadios avanzados, haciendo que el pronóstico sea malo en la mayoría de los casos; es por esto que se debe de recurrir a medidas paliativas más que a conductas "Curativas", respetando de esta manera la integridad y calidad de vida del enfermo.

GENERALIDADES Y ANTECEDENTES

La definición clásica en la cual el esófago se presenta como un conducto para el transporte del bolo alimenticio proveniente de la cavidad oral hacia el estomago, se ha modificado, ya que a esta función, se debe de adicionar su alta capacidad de motilidad así como también todo el mecanismo de defensa funcional en contra del reflujo gastroesofágico.

Desde el punto de vista histológico, el esófago posee cuatro capas, una mucosa compuesta por epitelio escamoso estratificado, una submucosa, muscular propia y tunica adventencia; a diferencia del resto del tubo digestivo, no posee serosa. De especial atención es la unión gastroesofágica, la cual esta compuesta por una estrecha faja de mucosa dispuesta circularmente dando transición entre el esófago y la región fundica "Línea Z", lugar donde se asienta el adenocarcinoma.

De los tumores malignos del esófago, el 95% corresponden al carcinoma epidermoide.¹ Aunque el carcinoma epidermoide se consideró tradicionalmente

sinónimo de cáncer esofágico, el adenocarcinoma ha incrementado su incidencia en las últimas dos décadas en los Estados Unidos de Norte América.

A pesar de sus diferencias epidemiológicas los rangos de sobrevida en carcinoma esofágico, son similares o equivalentes al estadio de la enfermedad.

La razón de este cambio histológico tal vez esté relacionado al incremento en la incidencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en el mundo occidental y el subsecuente desarrollo de metaplasia de Barrett.²

El carcinoma epidermoide se ha estudiado mejor en el mundo oriental, en especial en China, donde se presenta el 50% aproximadamente de todos los casos de carcinomas esofágicos en el mundo.³

En los Estados Unidos de Norte América, el carcinoma epidermoide acontece en 1.5 a 2% de todos los cánceres y en aproximadamente del 5 a 7% de todas las enfermedades malignas gastrointestinales.⁴ La incidencia anual es de 3 a 4 casos por cada 100,000 personas. Afecta más al sexo masculino en la

sexta y séptima década de la vida. La raza negra se ve afectada hasta tres veces más que la caucásica.⁵

El adenocarcinoma ocupa el 8% de todos los tumores de esófago, ésta cifra se vio incrementada a 33% en la década de los 80'S. Reportes recientes informan una incidencia del 50% de todos los cánceres esofágicos de reciente diagnóstico para el adenocarcinoma.⁶ Esta incidencia se ha incrementado en la última década tanto en blancos americanos como en europeos. Se presenta en 5.1 personas por cada 100.000 y en la sexta década de la vida.

Aunque los síntomas de reflujo gastroesofágico preceden al desarrollo de adenocarcinoma en muchos pacientes, cerca de 50% de los pacientes con carcinoma esofágico, tienen evidencia patológica de esofagítis o metaplasia de Barrett como antecedente.⁷

Aproximadamente el 95% de los pacientes son caucásicos, con una relación hombre mujer de 5:1 y cerca del 80% de los tumores se presentan en el tercio inferior esofágico.

Estos cambios ocurren preferentemente en las glándulas del cardias, en islotes de mucosa ectópica o en tejido afectado por metaplasia de Barrett; esto viene a dificultar el diagnóstico diferencial entre cáncer de la unión gastroesofágica y cáncer del tercio distal del esófago propiamente dicho.

Algunos opinan que la mayoría , pero no todos los tumores del cardias, surgen de mucosa de Barrett de segmento corto. ⁷

El riesgo más importante para el desarrollo de adenocarcinoma esofágico, es la metaplasia de Barrett; la prevalencia para su desarrollo va desde 0 a 45%, con una media de 13.6%.

Los oncogenes y los genes supresores del tumor como el p53, han sido implicados en el desarrollo del carcinoma esofágico. Una mutación del gen supresor de tumor, se encuentra presente en el epitelio de Barrett, lo cual se considera una lesión premaligna. Los cambios genéticos tempranos pueden predecir el desarrollo de carcinoma invasor. Datos recientes acerca de la *regresión en las anormalidades de un gen simple, concluyen que con esta regresión se puede reducir el potencial de cáncer celular.* ⁸

En México, de acuerdo al Registro Nacional de Neoplasias, no existen más de 50 nuevos casos al año, siendo el 95 % carcinoma epidermoide y adenocarcinoma y 5% para otro tipo de cáncer.⁹

Se han relacionado factores de riesgo y condiciones pre-existentes asociados al carcinoma epidermoide.

La dieta y nutrición deficiente en vitaminas y minerales, el tipo de alimentación y su almacenaje, el gran contenido de nitrosaminas, alimentos ahumados y bebidas líquidas demasiado calientes, han tenido una relación relativa.¹⁰

El alcohol y tabaco se encuentran ligados al carcinoma epidermoide en el mundo occidental de manera parecida.¹¹ Existe mayor relación en el consumo de destilados que con el consumo de cerveza.¹² El consumo de alcohol conjuntamente con el consumo de tabaco, incrementa el riesgo de manera directamente proporcional al desarrollo de carcinoma esofágico.¹³

Otras asociaciones del carcinoma esofágico se han hecho con distintas entidades como en el caso de Acalasia esofágica, estenosis benignas crónicas relacionadas a esofagitis crónica, estenosis, infección viral relacionada al papiloma humano y a procesos post-quirúrgicos a gastrectomía parcial.

Anatomopatológicamente el carcinoma epidermoide es más frecuente en el tercio medio esofágico. Los estadios histológicos tempranos son: 1.- Intraepitelial o carcinoma "IN SITU", 2.- Intramucoso y 3.- Submucoso. Sólo el 8 a 12 % se diagnostica en estadio temprano.

La presentación macroscópica en estadio avanzado puede ser en forma Exofítica, Ulcerada, Estenosante y Polipoide.

El carcinoma puede producir diseminación intraesofágica, extensión directa y metastásis vía linfática o hematógena en un rango que va del 42 al 67%. Las metastasis a pulmón, hueso y particularmente a hígado, se encuentran en un 25 a 30% al momento del diagnóstico y en un 50% en material de autopsia.¹⁴

La presentación clínica, se caracteriza por disfagia progresiva de sólidos a líquidos; aunque este síntoma en la mayoría de los casos puede ser de presentación relativamente tardía sobre todo en los casos en los que la tumoración no abarca toda la circunferencia esofágica. Esto es lo que da tiempo a que el tumor se extienda y de metástasis.

La pirosis con regurgitación, el dolor retroesternal, disfonía, hematemesis y/o melena, síndrome anémico, hiporexia-anorexia, se pueden presentar, tanto acompañando a la disfagia o de manera aislada, así como la pérdida de peso.

El diagnóstico se realiza de forma integral. La sospecha clínica se debe corroborar de un inicio con esofagograma baritado el cual puede revelar alto grado de estenosis, obstrucción completa o fístula, lo cual caracteriza a la lesión maligna avanzada.

La radiografía de tórax puede mostrar evidencia de metástasis pulmonares, neumonía por aspiración, fístulas, abscesos y perforaciones hasta en un 47% de los pacientes. ¹⁵

En poblaciones abiertas como el caso de los grupos bajo estudio en China, se emplea el "Balón de Citología" el cual tiene un porcentaje diagnóstico del 90% ¹⁶

La endoscopia digestiva es el método más preciso para establecer el diagnóstico, sobre todo en aquellos pacientes con un estadio inicial, en los cuales el esofagograma baritado falla en su detección hasta en un 73%. ¹⁷

La endoscopia con toma de biopsias y cepillado citológico, ofrecen una sensibilidad y especificidad diagnóstica de 90 a 100% ¹⁸

Los exámenes de laboratorio pueden mostrar en la Biometría Hemática datos de anemia microcítica secundaria a sangrado, albúmina sérica baja; la elevación de fosfatasa alcalina y elevación moderada de bilirrubinas pueden indicar probables metástasis hepáticas. La hipercalcemia aparece hasta en un 16 a 28% de los enfermos cuando existen metástasis óseas. ¹⁹ El marcador tumoral CA-19-9, es un indicador de respuesta a tratamiento y recurrencia tumoral; es sensible para el diagnóstico sólo en un 34% y se puede encontrar elevado en otras neoplasias gastrointestinales.

Para la estadificación del carcinoma esofágico, el sistema "TMN" (Tumor-Nodulos-Metastasis) es empleado universalmente; aunque existen variantes de este sistema, la mayoría de éstas se enfocan en clasificar la extensión de la invasión tumoral (T), a la presencia de metástasis en nódulos linfoides (N) y en órganos sólidos (M).²⁰

El empleo de tomografía axial computarizada, resonancia magnética y ultrasonido transendoscópico, no sólo contribuyen a la confirmación diagnóstica, sino también se deben de emplear para poder establecer la estadificación tumoral.²¹

La cirugía en combinación con quimioterapia o radioterapia ha sido empleada en el tratamiento de carcinoma epidermoide con resultados *controvertidos*.

El manejo con endoscopia abarca distintos métodos paliativos como la mucosectomía en estadios iniciales, laser "NdYAG", terapia fotodinámica y electrocoagulación bipolar.

Las dilataciones esofágicas, prótesis plásticas o metálicas y esclerosis con alcohol se han empleado también como paliación; las indicaciones para cada uno de estos métodos así como el resultado, dependen de las condiciones generales de cada enfermo, de una buena valoración inicial y de la estadificación tumoral.

OBJETIVO

VALORAR EN FORMA RETROSPECTIVA, LA EXPERIENCIA CLINICA DEL CARCINOMA DE ESOFAGO, FRECUENCIA, FACTORES ETIOLOGICOS, ANALISIS ANATOMOPATOLOGICO Y TRATAMIENTO EMPLEADO EN EL HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO, DE 1979 AL PRIMER SEMESTRE DE 1996.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes clínicos en el Hospital Español de México de Enero de 1979 a Junio de 1996, encontrando 54 casos de carcinoma esofágico, Se excluyeron 3 casos por no contar con todas las variables en estudios. Se registro frecuencia por año, edad, sexo, antecedente de alcoholismo y tabaquismo, patología gastrointestinal previa, sintomatología inicial predominante, resultado de estudio anatomopatológico, sitio de metastasis predominante al momento del diagnóstico, metastasis al momento del diagnóstico y tratamiento empleado.

RESULTADOS

Del año de 1979 a 1992, esto es en los primeros 14 años en estudio, se presentaron 34 casos de carcinoma esofágico (66.7%), mientras que de 1993 al primer semestre de 1996, los tres años últimos en estudio, se presentaron 17 casos (33.3%). Tab. 1.

Con respecto a sexo , se presento en 42 hombres (82.3%) y en solo 9 mujeres (17.7%). La media de edad fue de 71 años con un rango de 28 a 102. Gráfica I.

Antecedente de alcoholismo se presentó en 34 pacientes (66.7%). Este grupo se clasificó en base a la intensidad en el consumo de alcohol de tipo destilado: Grado "I" con menos de 3 copas a la semana 10 pacientes (19.6%); Grado "II" hasta 10 copas a la semana 14 pacientes (27.5%); Grado "III" más de 10 copas a la semana 10 pacientes (19.6%); Sin antecedente de consumo de alcohol 17 pacientes (33.3%).

Antecedente positivo de tabaquismo, se encontró en un total de 39 pacientes, clasificándose según su intensidad en Grado "I" menos de 10 cigarrillos al día en los últimos 10 a 15 años 4 pacientes (7.8%); Grado "II" de 10 a 20 cigarrillos al día 10 pacientes (19.7%); Grado "III" más de 20 cigarrillos al día 25 pacientes (49.5%); Sin antecedente 12 pacientes (23,5%)

La mayoría de los pacientes no contaban con antecedente de enfermedad gastrointestinal previa registrada 35 pacientes (68.6%), sólo se encontró antecedente de enfermedad ácido-péptica en 7 (13.7%), sangrado de tubo digestivo proximal en 5 (9.8%) y esófago de Barrett en 4(7.8%)Tab. 2.

La sintomatología inicial predominante por lo cual se inició estudio diagnóstico fue principalmente Disfagia en 30 pacientes (58.9%), Epigastralgia en 7 (13.8%), Sangrado de tubo digestivo alto en 4 (7.9%), Pérdida de peso 3 (5.9%), Odinofagia 3 (5.9%), Síndrome anémico en 1 (1.9%), Disfonia 1 (1.9%), Hipo 1 (1.9%) y como hallazgo un paciente asintomático el cual se diagnosticó durante un chequeo general (1.9%). Tab. 3.

Se encontró en los pacientes menores de 45 años de edad que la disfagia no fue el síntoma inicial que motivará estudio diagnóstico; de un total de 5 pacientes menores de 45 años de edad con carcinoma esofágico 3 presentaron sólo epigastralgia, sangrado de tubo digestivo alto en 1 y disfonía en 1. Tab. 4

Adenocarcinoma se encontró en 40 casos (78%), con predominio de afectación en el tercio inferior esofágico en 36 casos (90%), para el tercio medio sólo 4 casos (10%) y ninguno situado hacia el tercio superior. Tab. 5

Carcinoma epidermoide se encontró en 10 pacientes (19.6%), tercio superior 4 casos (40%) y tercio medio 4 casos (40%), sólo se presentaron 2 casos en tercio inferior (20%). Se registro sólo un caso de carcinoma Quístico esofágico (1.9%) . Tab. 6.

Se dignosticaron metástasis en el momento de estudio en 29 pacientes (57%) y sin metástasis 22 pacientes (43%). Tab. 7.

Las estructuras anatómicas más afectadas con metástasis al momento del diagnóstico fueron: Hígado en 9 pacientes, Ganglios regionales en 9, Pulmón en

7, Carcinomatosis peritoneal en 5, Mediastino en 2, Estomago en 1, Bronquios en 1, Pleura en 1, Páncreas en 1 y Tiroides en 1. Tab. 8.

El tratamiento empleado se dividió en: A) Opciones quirúrgicas, B) Opciones endoscópicas (Paliativo), C) Radioterapia y/o Quimioterapia y d) Sin tratamiento específico. .

Dentro de las opciones quirúrgicas se realizó esofagectomía más ascenso gástrico en 13 pacientes, esofagogastrectomía en 6, esofagogastroduodenoectomía en 1, gastrostomía QX. en 3, prótesis QX en 2, transposición colónica en 1, toracotomía diagnóstica en 1. Tab. 9.

A 17 pacientes se les realizó algún método endoscópico paliativo: 6 pacientes colocación de prótesis esofágica plástica, 4 sometidos a sesiones de dilatación esofágica, 1 electrocoagulación y 6 gastrostomía transendoscópica. Tab. 10.

Sólo en 6 pacientes se registró tratamiento con radioterapia y/o quimioterapia. Tab. 11.

No se empleo tratamiento específico en 10 pacientes.

DISCUSION

Así como en muchas otras partes de mundo, el carcinoma esofágico está cambiando, en nuestro grupo de estudio encontramos datos comparables con algunos reportes mundiales.²²

En los Estados Unidos de Norte América la incidencia de adenocarcinoma esofágico y adenocarcinoma de la unión gastroesofágica se ha incrementado rápidamente a diferencia de otras neoplasias malignas en los últimos años, representando el adenocarcinoma la estirpe anatomopatológica más común de carcinoma esofágico en la mayoría de los centros de estudio.²³ Estas aseveraciones concuerdan con los datos obtenidos en nuestro grupo estudiado, ya que a diferencia de reportes anteriores en los que el carcinoma epidermoide era el más frecuente, se encontró un total de 40 pacientes con adenocarcinoma (78%) de predominio en tercio inferior en 36 pacientes (90%), contra sólo 10 pacientes con estirpe epidermoide (19.6%). Una de las explicaciones para éste fenómeno se debe a la participación de los tumores de la unión esofagogástrica, participación de metaplasia de Barrett y participación de procesos crónicos de predominio en tercio inferior esofágico.

La incidencia de adenocarcinoma esofágico en los Estados Unidos de Norte América mantiene un rango epidemiológico elevado; aunque la causa de este rápido incremento aún no está clara, esta bien establecido que en casos de adenocarcinoma esofágico se encuentra una lesión premaligna de la cual surge el tumor, como el esófago de Barrett.²⁴ En nuestro estudio sólo se pudo catalogar antecedente de metaplasia de Barrett en 4 pacientes (7.8%), los cuales habían abandonado el seguimiento endoscópico por mejoría.

La frecuencia con la cual el esófago de Barrett puede llegar a desarrollar adenocarcinoma es de 10% aproximadamente, cuando el diagnóstico es hecho por primera vez. La incidencia estimada para el desarrollo de adenocarcinoma puede variar desde uno en 152 a uno en 441 casos al año.²⁵

Las distintas causas de inflamación crónica siempre deben de ser contempladas como posible base de desarrollo de carcinoma esofágico, como la esofagitis crónica por reflujo gastroesofagico, acalasia, infecciones virales y en especial antecedente de quemadura por cáusticos ya que estas ultimas a largo plazo se complican con estenosis y desarrollo de carcinoma esofágico, el cual ocurre generalmente después de 40 años de haberse producido la quemadura.²⁶

Dentro de las manifestaciones clínicas mas frecuentes, sigue siendo la disfagia el síntoma cardinal acompañada o no de odinofagia, hemorragia, síntomas respiratorios, disfonía y ataque al estado general.²⁷

Es importante señalar que en nuestro grupo de estudio 35 pacientes no tenían antecedentes de enfermedad gastrointestinal previa (68%), los 5 pacientes menores de 45 años de edad en los que se diagnosticó carcinoma esofágico, no presentaron disfagia como síntoma cardinal, 3 casos se diagnosticaron por estudio de epigastralgia, 1 por presentar sangrado de tubo digestivo proximal y 1 por disfonía.

Aunque el efecto que produce el alcohol y el tabaco sobre la mucosa esofágica y su participación en el desarrollo de reflujo gastroesofágico patológico no está bien definido, PEHL y Cols. reportan una serie de 280 pacientes a los cuales se les realizó pH-Metría ambulatoria de 24 horas para valorar los efectos del tabaco sobre el reflujo gastroesofágico patológico y su relación con sintomatología, no encontrando una relación significativa del efecto del tabaco en reflujo gastroesofágico patológico de los fumadores contra el grupo de los no fumadores.²⁸

La relación de alcoholismo y consumo de tabaco con el desarrollo de carcinoma esofágico es alta en la mayoría de los reportes desde hace mas de dos décadas.^{29, 30} En nuestro grupo 39 pacientes tenían antecedente de tabaquismo importante (76.5%) y 34 antecedente de alcoholismo (66. 7%).

El esofagograma baritado y la endoscopia son métodos complementarios en la detección temprana de carcinoma esofágico. La tomografía computarizada es exitosa en la detección de metástasis distantes, así como en el diagnóstico de invasión mediastinal y de estructuras como la vía aerea, aorta y pericardio.³¹

MOON y Cols., reportan un grupo de 88 pacientes los cuales fueron valorados para esofagectomía por adenocarcinoma, encontrando que el 39% de estos pacientes estaban en estadio tumoral III y el 45% en estadio tumoral IV.³² En nuestro grupo de estudio 29 pacientes ya tenían metástasis al momento del diagnóstico (57%).

Sin duda alguna, la endoscopia digestiva es el método diagnóstico con mayor sensibilidad y especificidad para el carcinoma esofágico. Las estrategias para la vigilancia de pacientes con esófago de Barrett y la oportuna toma de

biopsias mejoran el acceso diagnóstico de manera temprana del adenocarcinoma esofágico.³³

El objetivo principal en el tratamiento curativo o paliativo del carcinoma esofágico debe de estar enfocado en primera instancia al mejoramiento de la disfagia, así como tratar de preservar hasta el último momento, una buena calidad de vida del paciente.

La resección quirúrgica y la reconstrucción estructural pueden ser métodos seguros para preservar la continuidad gastrointestinal. Un porcentaje mínimo de los pacientes sometidos a resección quirúrgica obtienen una sobrevida prolongada.³⁴ Ocasionalmente los pacientes con ganglios linfoides positivos o márgenes histológicamente positivos, pueden tener una sobrevida prolongada después de la resección. En una serie de 44 pacientes con ganglios positivos regionales sólo 3 (7%) tuvieron una sobrevida mayor a 5 años después de la resección.³⁵

La radioquimioterapia preoperatoria para el carcinoma epidermoide ha sido una conducta oncológica empleada en algunos centros, con resultados variables.

MALHAIRE y Cols., reportan a 56 pacientes sometidos a radioquimioterapia preoperatoria, se presentó respuesta histológica completa a la cirugía en 21 pacientes (37%). La supervivencia a 3 años fue del 55% del total de los pacientes.³⁶ En este tipo de terapéutica se debe de considerar la toxicidad secundaria.

El método endoscópico más empleado en nuestro grupo de pacientes en estudio fue la colocación de prótesis plásticas en 6 pacientes. La paliación endoscópica del carcinoma esofágico irresecable incluye técnicas de dilatación, intubación esofágica, ablación con rayo laser (NdYAG), electrocoagulación, necrosis química y terapia fotodinámica.

Una porción significativa de pacientes con carcinoma esofágico avanzado, se puede ver beneficiada en la calidad de la deglución de alimentos con el empleo de endoprotesis esofágicas paliativas.^{37, 38, 39}

Nuevas técnicas en materia genética pueden hacer que el carcinoma esofágico se comprenda de mejor manera.⁴⁰ El objetivo primordial se basa en el diagnóstico temprano y preciso de las personas que genéticamente estén

condicionadas al desarrollo tumoral y de esta manera, lograr su prevención y tratamiento oportuno.

CONCLUSIONES

1. El carcinoma esofágico se ha incrementado de manera rápida e importante en los últimos años.
2. La prevalencia de presentación con respecto a la edad y sexo en el carcinoma esofágico, no ha cambiado en comparación a otras épocas.
3. La mayor parte de los pacientes con carcinoma esofágico, no cuentan con *historia previa de patología gastrointestinal catalogada*, siendo el carcinoma, su primera manifestación.
- 4 El síntoma cardinal que orienta al diagnóstico sigue siendo la *disfagia* en la mayoría de los pacientes, excepto en aquellos menores de 45 años de edad.
- 5 La relación anatomopatológica carcinoma epidermoide-adenocarcinoma, se ha invertido en favor del adenocarcinoma en las últimas dos décadas.
6. La mayor parte de los pacientes se encuentran con metástasis al momento del diagnóstico, *hígado y ganglios regionales*, siguen siendo los *órganos más* frecuentemente afectados.
7. El tratamiento quirúrgico sigue siendo exitoso siempre y cuando la enfermedad se diagnostique y trate en estadios iniciales.

8. La quimioterapia y/o radioterapia combinadas con cirugía, puede tener ventajas en la supervivencia de los pacientes a mediano plazo, siempre y cuando los pacientes sean seleccionados de manera específica.
9. La endoscopia digestiva actualmente es el método diagnóstico con mayor especificidad y sensibilidad para la determinación del carcinoma esofágico.
10. Las distintas opciones endoscópicas paliativas son accesibles a la mayoría de los pacientes, ofreciéndoles una buena calidad de vida aunque esta sea a corto plazo.

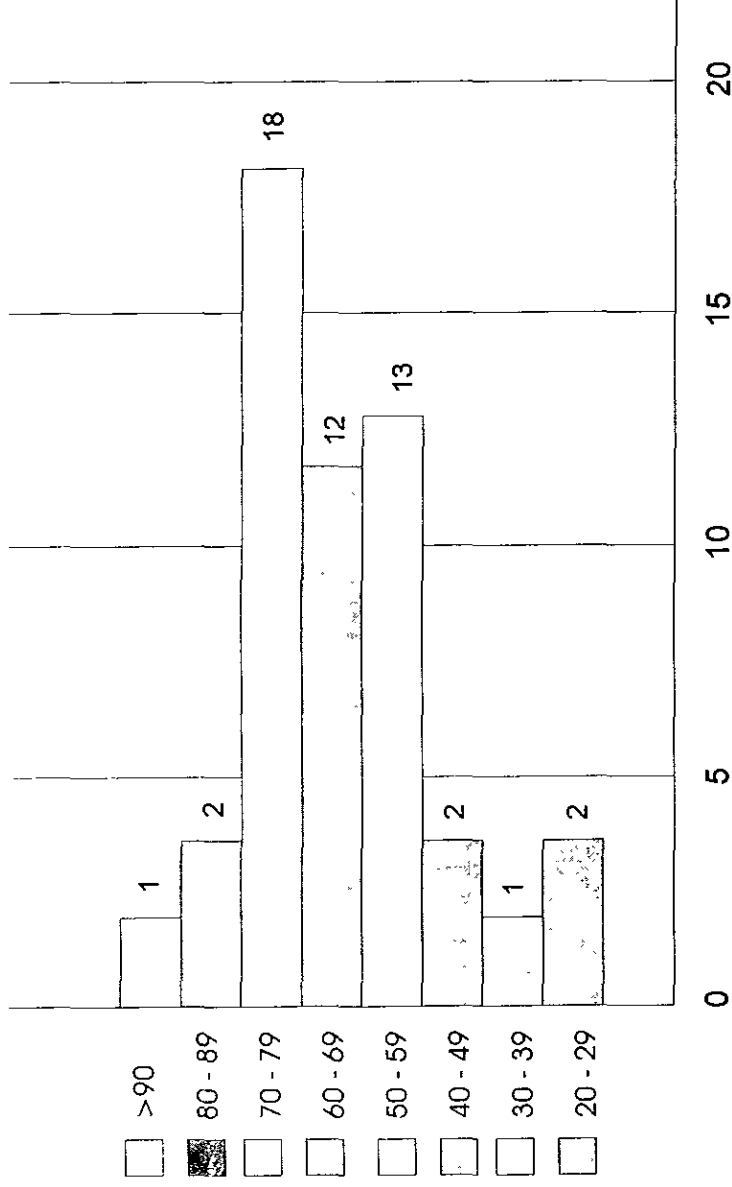
CANCER DE ESOFAGO
FRECUENCIA EN AÑOS

AÑO	Nº DE CASOS	%
1979 - 1992 (14 AÑOS)	34	66.7
1993 - 1996 (3 ½ AÑOS)	17	33.3

TABLA 1

CANCER DE ESÓFAGO

FRECUENCIAS DE EDAD



GRAFICA I

NUMERO DE PACIENTES

CANCER DE ESOFAGO

PATOLOGIA GASTROINTESTINAL PREVIA

ENF. ACIDOPEPTICA	7	(13.7%)
S.T.D.A.	5	(9.8 %)
ESOFAGO DE BARRETT	4	(7.8 %)
SIN ANTECEDENTES	35	(68.6%)

TABLA 2

CANCER DE ESOFAGO

SINTOMATOLOGIA INICIAL PREDOMINANTE

DISFAGIA	30	(58.9 %)
EPIGASTRALGIA	7	(13.8 %)
S.T.D.A.	4	(7.9 %)
PERDIDA DE PESO	3	(5.9 %)
ODINIFAGIA	3	(5.9 %)
SX. ANEMICO	1	(1.9 %)
DISFONIA	1	(1.9 %)
HIPO	1	(1.9 %)
ASINTOMATICO	1	(1.9 %)

TABLA 3

CANCER DE ESOFAGO

SINTOMATOLOGIA INICIAL MENORES DE 45 AÑOS

No. DE PACIENTES: 5

* EPIGASTRALGIA	3
* S.T.D.A.	1
* DISFONIA	1
* TOTAL	5

TABLA 4

CANCER DE ESOFAGO

ANATOMOPATOLOGIA

ADENOCARCINOMA

* TERCIO SUPERIOR	0	(10 %)
* TERCIO MEDIO	4	(90 %)
* TERCIO INFERIOR	36	(78 %)
* TOTAL	40	

TABLA 5

CANCER DE ESOFAGO

ANATOMOPATOLOGIA

EPIDERMOIDE

* TERCIO SUPERIOR	4	(40 %)
* TERCIO MEDIO	4	(40 %)
* TERCIO INFERIOR	2	(20 %)
* TOTAL	10	(19.6 %)

CARCINOMA QUISTICO

* TERCIO SUPERIOR	1	(1.9%)
-------------------	---	----------

TABLA 6

CARCER DE ESOFAGO

**MATASTASIS EN EL MOMENTO
DEL DIAGNOSTICO**

SI	29	(57 %)
NO	22	(43 %)

TABLA 7

CANCER DE ESOFAGO

ESTRUCTURAS ANATOMICAS CON METASTASIS

HIGADO	9
GANGLIOS	9
PULMON	7
CARCINOMATOSIS PERITONEAL	5
MEDIASTINO	2
ESTOMAGO	1
BRONQUIOS	1
PLEURA	1
PANCREAS	1
TIROIDES	1

TABLA 8

CANCER DE ESOFAGO

TRATAMIENTO

* OPCIONES QUIRURGICAS

ESOFAGECTOMIA + ASCENSO GASTRICO	13
ESOFAGOGASTRECTOMIA	6
ESOFAGOGASTRODUODENECTOMIA	1
GASTROSTOMIA QX.	3
PROTESIS QX	2
TRANSPOSICION COLONICA	1
TORACOTOMIA DIAGNOSTICA	1

TABLA 9

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CANCER DE ESOFAGO

TRATAMIENTO

*** OPCIONES ENDOSCOPICAS**

PROTESIS ESOFAGICAS

6

DILATACION ESOFAGICA

4

ELECTROCOAGULACION

1

GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA

6

TABLA 10

CANCER DE ESOFAGO

TRATAMIENTO

* RADIOTERAPIA Y/O
QUIMIOTERAPIA

6

NO. TX ESPECIFICO

10

TABLA 11

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Klimstra, D. S. *Pathological prognostic factors in esophageal carcinoma.* Semin. Oncol. 21:425, 1994
- 2.- DeMeester-TR. *Esophageal carcinoma : current controversies.* Semin. Surg. Oncol. 13 (4): 217 - 33 1997.
- 3 - Parkin D. M. Laara E. Muir C.S. *Estimates of the world-wide Frequency of sixteen major cancer in 1980.* Int. J. Cancer 41: 184, 1988.
- 4 - Wingo P.A. Tong T. Bolden S. *Cancer estatic, 1995.* Cancer. J.Clin. 45:8 1995.
- 5.- Duranceau A. *Epidemeologic trends and etiologic factors of esophageal carcinoma. International Trends in General Thoracic Surgery: Esophageal Cancer.* vol.4, St. Louis C.V.Mosby, p.3. 1988.
- 6.- Blott W J. Devesa S.S. Fraumeni J.F. J.r. *Continuing climb in rates of esophageal adenocarcinoma: An update.* JAMA 270: 1320, 1993.
- 7.- Spechler S.J. Zeroogian J.M. Antonioli D.A. et. al. *Prevalence of metaplasia at the gastroesophageal junction.* Lancet 344: 1533, 1994.

8.- Roth J.A. *The cell and molecular biology of esophageal carcinoma*. Chest. Surg. Clin. N. Am. 2 : 205 - 16, 1994,

9.- Registro histopatologico de neoplasias en Mexico DGE / SSA.

10.- Van Rensburg S.J. Epidemiologic and dietary evidence for a specific nutritional predisposition to esophageal cancer. J.Natl. CANCER INST. 67 : 243, 1981.

11.- Rothman K : J. The proportion of cancer attributable to alcohol consumption. Prevent. Med. 9 : 174, 1980.

12.- Tuyns A.J. Pequignot G. Abbatucci J.S. Oesophageal cancer and alcohol consumption : Importance of Type of beverage. Int. J. Cancer 23 : 443, 1979.

13.- Franchschi S Talamini R. Barra S., et. al. Smoking and drinking relation to cancer of the oral cavity, pharynx, larynx and esophagus in northern Italy. Cancer Res 50 : 6502, 1990.

14.- Mandard A.M. Chasle J. Marna B. et. al. Autopsy findings in cases of esophageal cancer Cancer 48:329, 1981.

15.-Schoenberg B.S. Bailar J.C. Fraumeni J.R.Certain mortality patterns of esophageal cancer in the United States. J. Natl. Cancer Inst. 46: 1930, 1971.

16.- Shen Q. Wang G.O. Cytologic screening for carcinoma and dysplasia of the esophagus in the people' s Republic of China. Delarue N, wilkins E. W. Wong J. (eds) , International Trends in general Thoracic Sugery : Esophageal Cancer, vol. 4. St. louis, C.V.Mosby p. 25, 1988.

17.- Mori M. Adachi Y. Matsushima T. et. al. Lugol staining pattern and histology of esophageal lesions. A.m.J. Gastroenterol. 88: 701 1993.

18.- Graham D.Y. Schwartz J.T.Cain G.D.et. al. prospective evaluation of biopsy number in the diagnosis of esophageal and gastric carcinoma. Gastroenterology 82 : 228, 1982.

19.- Kuwano H. Baba H. Matsuda H. et . al. H ypercalcemia related to the poor prognosis of patients with squamous cell carcinoma of the esophagus. J.Surg. Oncol. 42:229, 1989.

20.- American Joint Committee on Canceer. Beahrs O.H. Hensen D.E. Hutter R.V.P. et al. (eds). Manual for Staging of Cancer, 4 th de. Philadelphia J.B. Lippincott p. 57, 1992.

21.- Botet J.F. Lightdale C. J. Zauber A.G.et.al. Preoperative staging of esophageal cancer: Comparison of endoscopic US and dynamic CT. Radiology 181:418,1991.

22.- Kyrby T.W. The epidemiology of esophageal carcinoma. The changing face of a disease. Chest. Surg. Clin. N.Am. 4 : 217-25, 1994.

23.- Altorky N.K. Oliveria S.Schrump D.S. Epidemiology and molecular biology of Barrett's adenocarcinoma. Semin. Surg. Oncol. 13 : 270-80 1997.

24.- Kim R Weissfeld J.L.Reynolds J. C. Kuller L. H. Etiology of the Barrett's metaplasia and esophageal adenocarcinoma . Cancer. Epidemiol. Biomarkes. Prev. 6:369-77, 1997.

25.- Haggitt R.C. Barrett's esophagus, dysplasia and adenocarcinoma. Hum Pathol. 25:982, 1994.

26.- Gumaste V.V. Dave p.b. Ingestion of corrosive substances by adults .Am. J. Gastroenterol 87:1-5 1992.

27 - Cortes R.Villaseñor R. Cancer de Esofago. Articulo de revision. Rev. Gasroenterol Mex. 62:149-159. 1997.

28.- Pehl C.Pfeiffer A. Wendel B. Effect of smoking on the results of esophageal pH measurment in clinical routine.J.Clin. Gastroenterol 25:503-506 1997.

29.- Parrochia E.Varela N. Jiron A. Cancer del esofago . Revision de 196 casos.
Rev. Invest. Clin. Mex. 22:261 , 1970

30 - Villalobos J. J. Ggastroenterologia : Carcinoma del esofago. Segunda ed.
Vol 1. p. 427, 1985.

31 - O' Donovan P. B. The radigraphic evaluation of the patient with esophageal carcinoma. Chest. Surg. Clin. N. Am. 4:241-56 1994.

32.- Moon M. R. Transhiatal and transthoracic esophagectomy for adenocarcinoma of the esophagus. Arch. Surg. 127:951, 1992.

33.- Boyce G. A. Endoscopic evaluation of the patient with esophageal crcinoma.
Chest. Surg. Clin. N. Am. 4:257-68, 1994.

34.- Roth J. A. Putman J. B. Jr. Surgery for cancer of esophagus. Semin.
Oncol. 21:453-461, 1994.

35.- Postlethwait R,W.. Surgery of the esophagus (Ed1), New York NY. Appleton-Century-Crofts 1979.

36 - Malhaire J.P. Labat J. Plozac'h P.Simon H. Volant A. et. al. Preoperative concomitant radiochemotherapy in squamous cell carcinoma of the esophagus: results of a study of 56 patients. *Int.j. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 34:429-37, . 1996

37.- Redd C. E. Endoscopic palliation of esophageal carcinoma *Sur. Clin. N. Am.* 4:155-72 1994

38.- Narayan S. Sivak M.V. JR. Palliation of esophageal carcinoma. Laser and photodynamic therapy. *Chest. Surg. Clin. N. Am.* 4:347-67, 1994.

39.- Mehran R. J. Duranceau A. The use of endoprosthesis in the palliation of esophageal carcinoma. *Chest. Surg. N. Am.* 4:331-46 1994.

40.- Coia L R. Sauter E.R. Esophageal cancer. *Curr. Probl. Cancer.* 18:189-247, 1994.