



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

**“CANCER DE ESOFAGO  
4 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL  
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO“**

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:  
**CIRUGIA GENERAL**

PRESENTA:  
**DR. FERNANDO AMADOR SOLORZANO TRELLES**

ASESOR DE TESIS:  
**DR. JAVIER GARCIA ALVAREZ**



MÉXICO, D.F.

2013



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## **HOJA DE AUTORIZACION**

**DR. CARLOS VIVEROS CONTRERAS**

TITULAR DE LA UNIDAD DE ENSEÑANZA

**DR. JAVIER GARCIA ALVAREZ**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL

ASESOR DE TESIS

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres y a todas las personas,  
que no han dejado de creer en mi,  
desde que inicié esta jornada.

## INDICE

1.- INTRODUCCION .....	1
2.- HISTOPATOLOGIA .....	5
3.- DIAGNOSTICO Y ESTADIFICACION .....	5
4.- TRATAMIENTO Y PRONOSTICO .....	9
5.- MATERIAL Y METODOS .....	12
6.- CRITERIOS DE INCLUSION .....	12
7.- CRITERIOS DE EXCLUSION .....	12
8.- VARIABLES .....	13
9.- RESULTADOS .....	14
10.- CONCLUSIONES .....	22
11.- BIBLIOGRAFIA .....	24

## **INTRODUCCION**

**ANATOMIA:** El esófago es un órgano característico ya que pasa a través de tres partes del cuerpo, que son: Cuello, Tórax y Abdomen, situación que lo hace especial en el manejo de su patología, sobre todo cuando se trata de procesos malignos <sup>(1)(2)(3)</sup>. Comienza en el límite inferior a la faringe y finaliza en su unión al estómago <sup>(3)</sup>, se encuentra posterior a la traquea y anterior a la fascia prevertebral. Su longitud es aproximadamente de 25 cm. Presenta 3 constricciones; la primera a nivel del músculo cricofaríngeo <sup>(3)</sup>, que corresponde al esfínter esofágico superior, la segunda cuando se cruza con el bronquio izquierdo y llamado de la aorta <sup>(3)</sup>, y la tercera cuando cruza el hiato esofágico diafragmático. La relación en cuanto a línea media es izquierdo en el segmento cervical <sup>(3)</sup>, ligeramente desviado a la derecha en el tórax, razón por la que se prefiere el abordaje derecho cuando se trata de esófago torácico proximal y medio <sup>(3)</sup>, y vuelve hacia la derecha en el esófago torácico distal <sup>(3)</sup>. El esófago se desarrolla a partir de las capas de endodermo y mesodermo <sup>(3)</sup>, de él surgen las estructuras que posteriormente se transformarán en traquea y pulmones. No cuenta con una serosa verdadera <sup>(3)</sup>, situación de gran importancia en cuando se considera la diseminación del tumor a los tejidos adyacentes <sup>(2)</sup>. Cuenta con dos tipos de músculo, que surgen de orígenes embriológicos diferentes, los 6 a 10 cm. proximales, contienen músculo estriado <sup>(3)</sup>, se continúa con un segmento de transición para terminar con músculo liso <sup>(3)</sup>, dando esto origen a dos capas, una longitudinal externa y una circular interna. La orientación de las fibras musculares longitudinales hacen un giro gradual de 90°, la capa muscular circular es más helicoidal que

horizontal, esta es mas gruesa que la capa externa longitudinal. La submucosa esofágica, contiene una rica red de arterias, venas, linfáticos, nervios y células ganglionares parasimpáticas. También contiene glándulas secretoras de moco, las cuales están más densamente concentradas en los extremos proximal y distal del esófago. La muscularis mucosae es una delgada capa de fibras de músculo liso submucoso y longitudinal<sup>(3)</sup>. La mucosa esta compuesta de por endotelio escamoso excepto donde termina en forma brusca en los 1 a 2 cm. distales, en donde se encuentra la línea Z<sup>(3)</sup>. La irrigación esofágica tiene la peculiaridad de contar con extensas colaterales intramurales, situación que facilita la irrigación posterior a anastomosis. El esófago cervical esta perfundido principalmente por las arterias tiroideas inferiores <sup>(3)</sup> y de pequeñas ramas originadas en las arterias carótidas comunes y subclavias. Las arterias bronquiales que se originan en la parte distal de cayado aórtico irrigan el esófago intratorácico en su porción proximal. El esófago intratorácico mas distal y la porción intraabdominal están irrigados por las ramas ascendentes de las arterias gástrica izquierda y frénica inferior. Existe una extensa red de linfáticos en la pared del esófago, las conexiones entre las redes mucosa y submucosa crean una gran red de drenaje que culmina con los distintos niveles de relevo, como son en orden de drenaje <sup>(3)</sup>:

➤ Ganglios Linfáticos Mediastínicos Superiores

- Supraclaviculares
- Paratraqueales superiores
- Mediastínicos posteriores
- Paratraqueales inferiores

- Ganglios Linfáticos Mediastínicos Medios
  - Subcarinales
  - Paraesofágicos
  - Hiliares
- Ganglios Linfáticos Mediastínicos Inferiores
  - Del ligamento triangular del pulmón
  - Diafragmáticos
- Ganglios Linfáticos Gástricos superiores
  - Paracardiacos
  - Gástricos izquierdos.

**EPIDEMIOLOGIA:** El cáncer esofágico es una patología con mal pronóstico<sup>(2)</sup>, solo 5% de los pacientes vivirá mas de 5 años, la causa es el avanzado estadio en el momento del diagnóstico, en México el 95% se diagnostica en estadios avanzados<sup>(2)(5)</sup> y el 75% no son resecables cuando se diagnostican.<sup>(2)</sup> La frecuencia esta altamente relacionada con la localización geográfica<sup>(4)</sup>. El Cáncer de Esófago se encuentra entre los primeros 5 lugares de frecuencia de tumores del tubo digestivo en nuestra nación<sup>(2)</sup>, sin embargo, en países como China<sup>(4)</sup>, en donde el problema es endémico, el 74% de los casos se detectan en estadios iniciales<sup>(2)</sup> mientras que en otros países como EUA solo el 28%<sup>(2)</sup> se detecta en estadios tempranos. Otros países en los que es un problema muy común son: Irán<sup>(2)(4)</sup>, Rusia<sup>(4) (14)</sup>, Kazakstán<sup>(1)</sup> y Sudáfrica<sup>(2)</sup> en donde la incidencia llega a ser hasta de 100 casos por 100,000



habitantes al año. Lo mas probable es que estas variaciones geográficas sean debidas a contacto con carcinógenos medioambientales <sup>(4)(16)</sup>. A nivel mundial es la 6ta causa de muertes debida a cáncer <sup>(6)</sup>. La edad en donde es mas frecuente su diagnóstico es entre la quinta y séptima décadas de la vida <sup>(14)</sup>, media de 63 años <sup>(2)</sup>. La incidencia según el sexo es hombre:mujer de 3.25:1<sup>(2)</sup> y el riesgo para contraerlo es de 0.8% en hombres y 0.3% en mujeres<sup>(6)</sup>. Dentro de los tipos histológicos mas frecuentes se encuentran el Carcinoma Epidermoide y el Adenocarcinoma<sup>(4)(3)(6)</sup>, los factores de riesgo son diferentes para cada uno de ellos, identificándose para el Carcinoma Epidermoide el nivel socioeconómico bajo<sup>(4)(6)</sup>, tabaquismo<sup>(2)(4)(6)</sup>, el abuso de bebidas alcohólicas<sup>(2)(4)(6)</sup>, ingesta de N-nitrosaminas<sup>(1)(4)(6)</sup>, acalasia<sup>(4)(6)</sup>, tilosis<sup>(1)(4)(6)</sup>, estenosis esofágica secundaria a lesión cáustica<sup>(1)(2)(4)(6)</sup>, enfermedad celiaca, Síndrome de Plumer-Vinson<sup>(2)(4)(6)</sup>, la edad (entre la 5ta y 7ma décadas) <sup>(2)(6)</sup>. Los factores de riesgo para desarrollar Adenocarcinoma son el reflujo gastroesofágico<sup>(1)(4)(5)(6)(8)</sup>, principalmente cuando este ya ha provocado un Esófago de Barret<sup>(1)(2)(4)(5) (14)</sup>. En este tipo histológico, los pacientes normalmente son jóvenes<sup>(4) (14) (17)</sup>.

### **HISTOPATOLOGIA:**

Como ya se ha mencionado previamente, se identifican dos tipos histológicos principalmente (90% de todos los casos), que son el Carcinoma Epidermoide que es el mas frecuente de todos y el Adenocarcinoma, que se presenta preferentemente en el tercio distal del esófago<sup>(2)(3) (15)</sup> y que se ha observado un aumento en su incidencia en la última década<sup>(6)(7) (18)</sup> Existen otros tipos histológicos como el melanoma, leiomioma y linfomas, siendo estos poco frecuentes.

**DIAGNOSTICO Y ESTADIFICACION:** Los avances en el diagnóstico, estadificación y tratamiento de esta condición neoplásica han mejorado su supervivencia, sin embargo por la rápida diseminación basada en las características anatómicas del esófago, continua siendo determinante el momento del diagnóstico, adquiriendo una importancia mayor, ya que la epidemiología se encuentra en un cambio constante en la última década<sup>(4)</sup> por un aumento en la incidencia del adenocarcinoma<sup>(5)(6)</sup>. La sintomatología de aparición es liderada por la pérdida de peso<sup>(1)(2)(4)(6)</sup> y la disfagia progresiva<sup>(1)(2)(4)(6)</sup>, esta normalmente se presenta cuando existe una estenosis de 13mm o menor<sup>(4)</sup>. La disfagia se ha clasificado de la siguiente manera<sup>(1)</sup>:

<b>GRADO DE DISFAGIA</b>	<b>DEFINICION</b>	<b>% AL DIAGNOSTICO</b>
I	Alimentación Normal	11%
II	Requiere líquidos con las comidas	21%
III	Puede ingerir semisólidos, pero es incapaz de ingerir cualquier alimento sólido	30%
IV	Solo puede ingerir líquidos	40%
V	Incapaz de ingerir líquidos, pero deglute saliva	7%
VI	Incapaz de deglutir saliva	12%

Ambos síntomas están presentes en el 90% de los casos<sup>(4)</sup>, sin embargo pueden estar presentes el dolor epigástrico, la odinofagia<sup>(2)(6)</sup>, hematemesis<sup>(4)</sup>, melena<sup>(4)</sup>, fístulas traqueoesofágicas<sup>(4)(6)</sup>, broncoaspiración con las subsecuentes neumonías<sup>(2)(6)</sup>, hemoptisis<sup>(4)</sup> y cambios en la voz<sup>(4)</sup>. La exploración física simple rara vez arroja datos de trascendencia<sup>(6)</sup>, podemos encontrar halitosis como consecuencia de necrosis tumoral<sup>(2)</sup> y cuando encontramos linfadenopatías, hepatomegalia o derrame pleural, lo mas probable es que sea a causa de metástasis<sup>(6)</sup>, que las presentarán el 40% de los pacientes al diagnóstico<sup>(1)</sup>. Los ganglios linfáticos supraclaviculares o cervicales se pueden biopsiar mediante BAAF<sup>(4)</sup>. En todos los pacientes con disfagia debe de descartarse el Carcinoma de Esófago. El diagnóstico incluye esofagograma<sup>(4)(6)</sup>, en donde se encuentran normalmente disminuciones en la luz, irregularidades en la mucosa o ulceraciones, y definirá algunos aspectos anatómicos que servirán para la selección del tratamiento<sup>(2)</sup>. La endoscopia, que es el estudio inicial,<sup>(1)(2)(3)(4)(6)</sup> permite la observación directa y revelará masas friables o ulceradas<sup>(6)</sup>, deberá de incluir biopsia y cepillado. Los marcadores tumorales como el Antígeno Carcinoembrionario, Ca

19-9, y el Ca 125, no han demostrado ser de utilidad ya que tienen una baja sensibilidad y especificidad en el Cáncer de Esófago<sup>(6)</sup>.

La estadificación se ha tratado de realizar con diferentes sistemas de clasificación, la penetración tumoral en la pared del esófago tiene una influencia importante en el pronóstico, por lo que Skinner desarrolló el sistema de clasificación WNM<sup>(1)</sup>, que solo cambia la "T" de tumor por la "W" de Wall, que significa pared en ingles misma que fue modificada por Ellis en 1997<sup>(1)</sup>, sin embargo en el M.D. Anderson Hospital<sup>(4)</sup>, se lleva a cabo mediante el sistema TNM que a continuación se ilustra, de acuerdo al American Joint Comité, que toma características del tumor primario metástasis ganglionares o distantes<sup>(4)</sup>.

#### TUMOR PRIMARIO

Tx	El tumor primario no puede evaluarse
T0	No hay evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma in Situ
T1	Tumor primario que invade la lámina propia o la submucosa
T2	Tumor primario que invade la muscular propia
T3	Tumor primario que invade la adventicia
T4	Tumor primario que invade estructuras adyacentes

#### GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES

Nx	Los ganglios linfáticos regionales no pueden evaluarse
N0	No hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales
N1	Hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales

#### METASTASIS A DISTANCIA

Mx	La presencia de metástasis a distancia no puede evaluarse
M0	No hay metástasis a distancia

M1 Hay metástasis a distancia

ESTADIOS				
Estadio 0		Tis	N0	M0
Estadio I		T1	N0	M0
Estadio II	A	T2	N0	M0
		T3	N0	M0
	B	T1	N1	M0
		T2	N1	M0
Estadio III		T3	N1	M0
		T4	Cualquier N	M0
Estadio IV		Cualquier T	Cualquier N	M1

Además deberá de realizarse ultrasonografía endoscópica para la estadificación del tumor<sup>(1)(6)</sup>, ya que esta nos indicará una diferenciación mas sutil de la profundidad del compromiso neoplásico del esófago<sup>(4)</sup> además de invasiones ganglionares y de órganos vecinos. La broncoscopia es útil para descartar invasión a la traquea<sup>(2)(4)</sup>. La TAC de pelvis, abdomen<sup>(4)</sup>, tórax<sup>(4)</sup>, y cuello contrastada se deberá de realizar en busca de metástasis<sup>(6)</sup> esta cuenta con una precisión de mas del 88% en metástasis de ganglios linfáticos. El uso de la Tomografía de Emisión de Positrones (PET)<sup>(6)</sup>, se ha utilizado para identificar enfermedad en los ganglios linfáticos regionales o en sitios en donde la TAC o USG endoscópico no lo logra. La toracoscopia ya sea abierta o laparoscópica también es muy acertada (mas del 90%)<sup>(1)(6)</sup>, sin embargo han sido desplazadas en algunas instituciones por la PET<sup>(6)</sup>.

## **TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO**

El tratamiento basado en la resección quirúrgica ofrece la mejor posibilidad de curar la enfermedad<sup>(4)(9)</sup>. El tratamiento de elección dependerá de la localización del tumor<sup>(1)(2)</sup>, la extensión de la enfermedad y el estado general de los pacientes<sup>(1)(2)</sup>. La mortalidad perioperatoria de las esofagectomías es cercana al 5%<sup>(4)</sup>, con morbilidad entre el 10 y 27%<sup>(4)</sup>. Las tasas de supervivencia oscilan del 68% al 85%, en estadio I y II<sup>(4)</sup>, y del 15% al 28% para estadios III<sup>(4)</sup>. Los tumores que se encuentran en esófago cervical o torácico superior, tienen la desventaja de la cercanía con estructuras vitales, con invasión temprana a estas. Debido a la extensión en sentido longitudinal del carcinoma esofágico a través de los ganglios linfáticos de la submucosa, se requiere generalmente esofagectomía total o subtotal para poder extirpar el tumor completo<sup>(2)</sup>. Al momento de realizar la resección, se deberá de tomar un margen de 10 cm arriba del tumor<sup>(1)</sup>. Se valorará a los pacientes que sean candidatos a tratamiento quirúrgico, se excluirá a los que presenten una etapa avanzada del carcinoma<sup>(1)</sup>, entendiendo esta como: Parálisis de nervios recurrentes, Síndrome de Horner, Parálisis del diafragma, fístulas, derrame pleural maligno, tumor mayor de 8 cm, FEV<sub>1</sub> menor a 1.25<sup>(13)</sup> y disfagia grado IV o mayor.

El manejo quirúrgico se puede realizar por medio de incisiones torácicas o abdominales. Todas las operaciones abdominales inician con una exploración exhaustiva, revisando hígado y ganglios linfáticos celiacos, realizando así la clasificación transoperatoria. En este momento

se puede seleccionar a los candidatos favorables para una resección curativa o si se realizará una resección paliativa si presentan<sup>(1)</sup>:

- Tumor primario irresecable,
- Diseminación a cavidad,
- Metástasis a distancia,
- Extensión pleural.

La paliación quirúrgica en este momento solo se realizará si la disfagia significa un problema.

Se moviliza el estómago dividiendo el ligamento gastrocólico y los vasos gástricos cortos, preservando las gastroepiploicas y la gástrica derecha, se identifica y liga la gástrica izquierda, se realiza piloroplastía. La esofagectomía subtotal (Esofagectomía de Ivor Lewis o modificación de Tanner-Lewis)<sup>(4)(6)</sup> se encuentra indicada en los tumores del esófago distal, y requiere toracotomía derecha para completar la movilización del esófago y crear una anastomosis esofagogástrica intratorácica<sup>(4)</sup>. La esofagectomía Total se encuentra indicada en tumores proximales<sup>(4)</sup>. Se utilizan dos métodos diferentes, con toracotomía o sin ella<sup>(4)</sup>, cabe mencionar que la anastomosis cervical esta asociada con una tasa mas elevada de fístulas, pero con menor morbilidad que una anastomosis torácica<sup>(10)(11)(12)</sup>, en caso de presentarse una fístula<sup>(4)</sup>. Tanto el estómago como el colon y el yeyuno<sup>(4)</sup>, han sido utilizados con éxito para reestablecer la continuidad del tubo digestivo después de la esofagectomía, la frecuencia de

su utilización es en el orden citado. Cabe mencionar que el órgano utilizado debe de ser estudiado a fondo antes del procedimiento<sup>(4)</sup>.

La paliación se llevará a cabo con dilataciones<sup>(1)</sup>, stents<sup>(1)(4)</sup>, laserterapia<sup>(1)(4)</sup>, electrocoagulación<sup>(1)(2)(4)</sup> así como la radio y quimioterapia combinadas<sup>(4)</sup>, estas con buenos resultados a corto plazo, sin embargo aun en estudio a largo plazo.

La terapia neoadyuvante consiste en radioterapia preoperatoria, que no ha demostrado mejorar la resecabilidad<sup>(4)</sup> según el Hospital M.D. Anderson, sin embargo otros autores recomiendan la neoadyuvancia con radioterapia de 3.5 Gy o quimioterapia<sup>(1)</sup>, con la finalidad de disminuir el tamaño del tumor. La radioterapia postoperatoria puede disminuir la tasa de fallo local<sup>(4)</sup>. El Carcinoma epidermoide responde mejor a la quimioterapia que el adenocarcinoma<sup>(4)</sup>. Los agentes en régimen monoquimioterapico son el 5-FU<sup>(4)</sup>, cisplatino<sup>(4)</sup>, mitomicina C<sup>(4)</sup> y metotrexate<sup>(4)</sup>, la combinación mas utilizada es el 5-FU, cisplatino y últimamente el Taxol<sup>(4)</sup>.

El seguimiento será con gastresofagograma realizado un mes después del último tratamiento, y con Rx cada año<sup>(4)</sup>. A la más mínima sospecha o presentación de síntomas se deberá de hacer endoscopia, sin olvidar que la estenosis podrá ser benigna.



## **MATERIAL Y METODOS**

Se revisaron aquellos expedientes de pacientes con diagnóstico de cáncer esofágico en el Hospital Juárez de México en un periodo de 4 años. Enero/07 hasta Diciembre/10.

### **CRITERIOS DE INCLUSION**

Al momento de realizar el estudio, los pacientes debían de cumplir con los siguientes criterios a fin de ser incluidos en el estudio.

- Contar con diagnóstico histopatológico de Cáncer de Esófago
- Contar con expediente completo en base a los datos requeridos en la hoja de recolección de datos

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Encontrarse en el momento del estudio bajo manejo terapéutico para algún tipo de neoplasia distinta al Cáncer de Esófago
- Contar con diagnóstico de neoplasia maligna distinta al Cáncer de Esófago
- Haber recibido cualquier terapia sistémica anticancerosa, inclusive quimioterapia, inmunoterapia antes del diagnóstico de Cáncer de Esófago
- Contar con expediente clínico incompleto según los datos requeridos en la hoja de recolección de datos
- Contar con diagnóstico impreciso

## **VARIABLES**

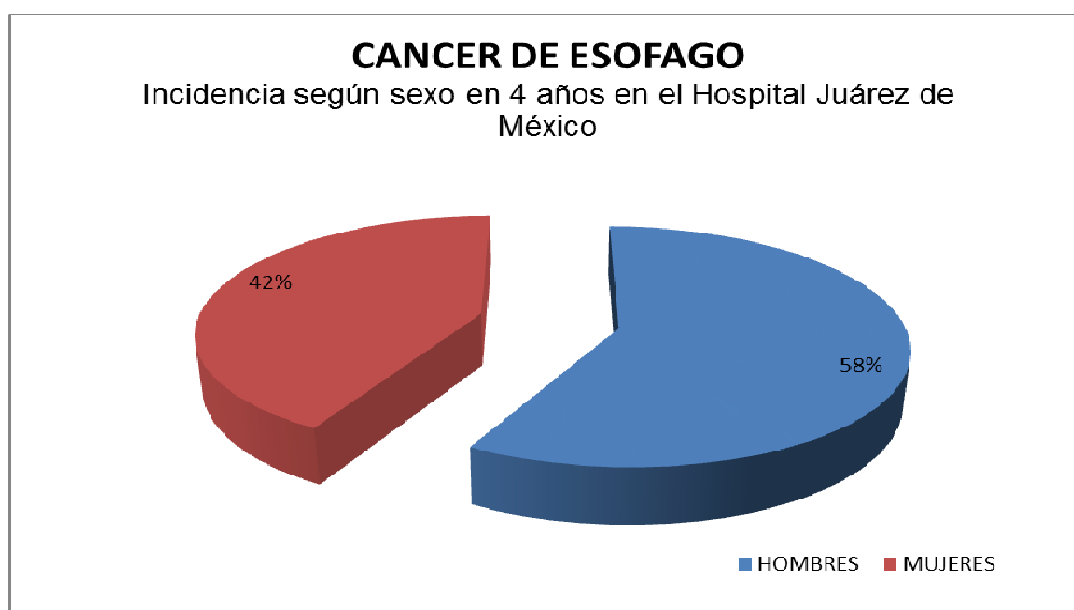
Las variables a determinar serán:

- Numero de pacientes con diagnóstico de Cáncer de Esófago
- Sexo
- Edad
- Antecedentes de Cáncer en familiares hasta de 2ndo grado
- Fecha de primer contacto
- Localización del Tumor
- Causa de primer contacto
- Sintomatología al diagnóstico
- Estudios complementarios hechos
- Numero de endoscopias realizadas
- Manejo
- Fecha de último contacto

## **RESULTADOS**

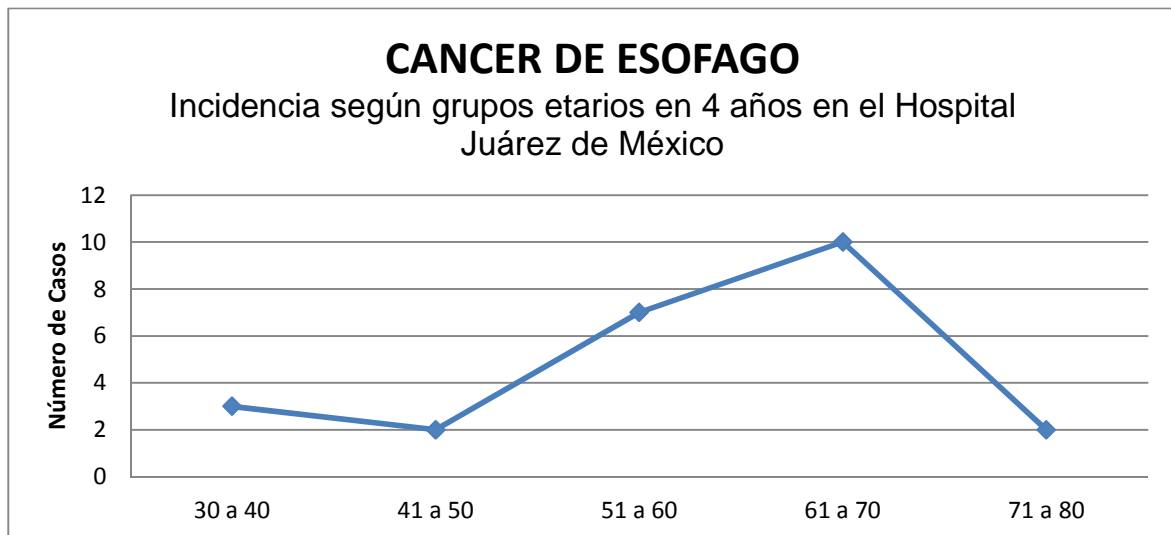
Se analizaron 54,816 reportes histopatológicos de los cuales 580 fueron del tubo digestivo, 48 fueron diagnosticados como tumores del esófago, sin embargo, aplicando los criterios de inclusión y exclusión se contó con 24 casos.

La incidencia de acuerdo al sexo fue la siguiente:



La distribución por grupos etarios fue del grupo de 31 a 40 años: 3 casos, lo que significó un 12.5%, en el grupo de 41 a 50 años: 2 casos significando un 8.33%, el grupo de 51 a 60 años se caracterizó como el segundo grupo mas nutrido con 7 casos con el 29.17%, y el primer lugar en incidencia lo ocupó el grupo etario de 61 a 70 años con 10 casos y un porcentaje de

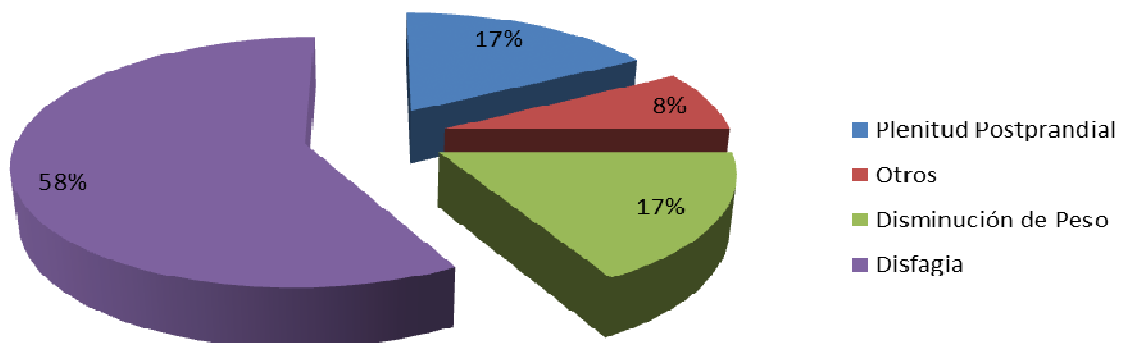
41%, volviendo a encontrar una disminución en el grupo de 71 a 80 años con dos casos y un 8.33%.



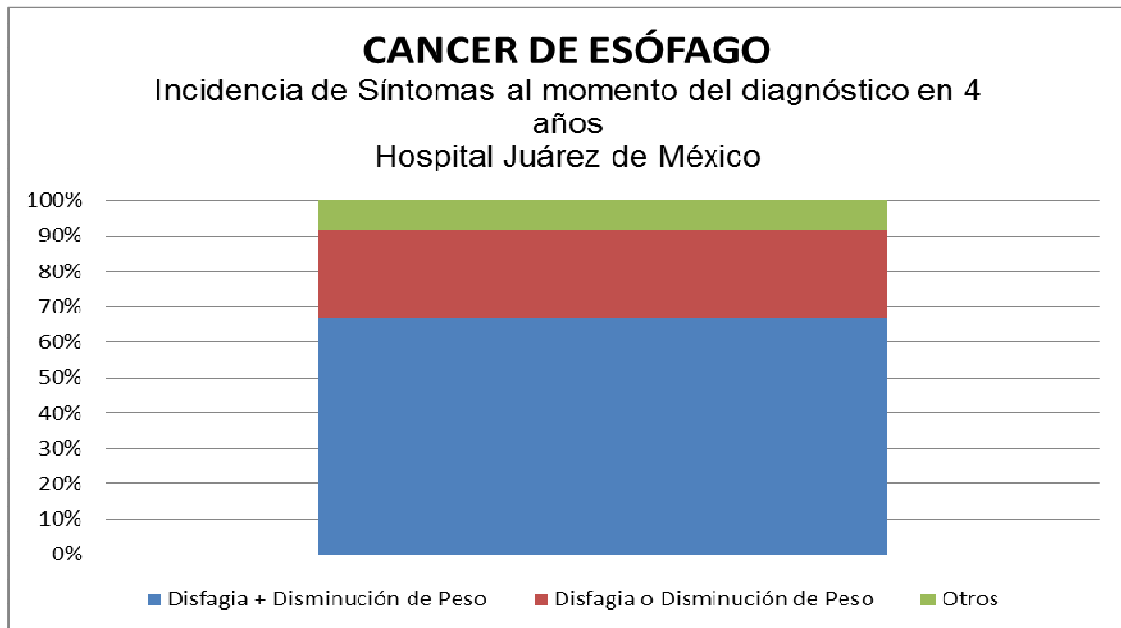
En cuanto a la sintomatología se estudiaron dos aspectos, el primero fue la causa o síntoma pivote por el cual el paciente acude en busca de atención médica, y el segundo aspecto fue que síntomas asociados presentaron los pacientes. En el primer caso la Disfagia fue el síntoma que presentaron más número de pacientes como causa por la que acuden a consulta con un 58% de los casos, seguida de plenitud postprandial y disminución de peso, con 17% cada una de ellas, y como cuarto grupo, con un 8% una serie de síntomas que se agruparon ya que aisladamente obtendrían un porcentaje muy bajo.

## CANCER DE ESOFAGO

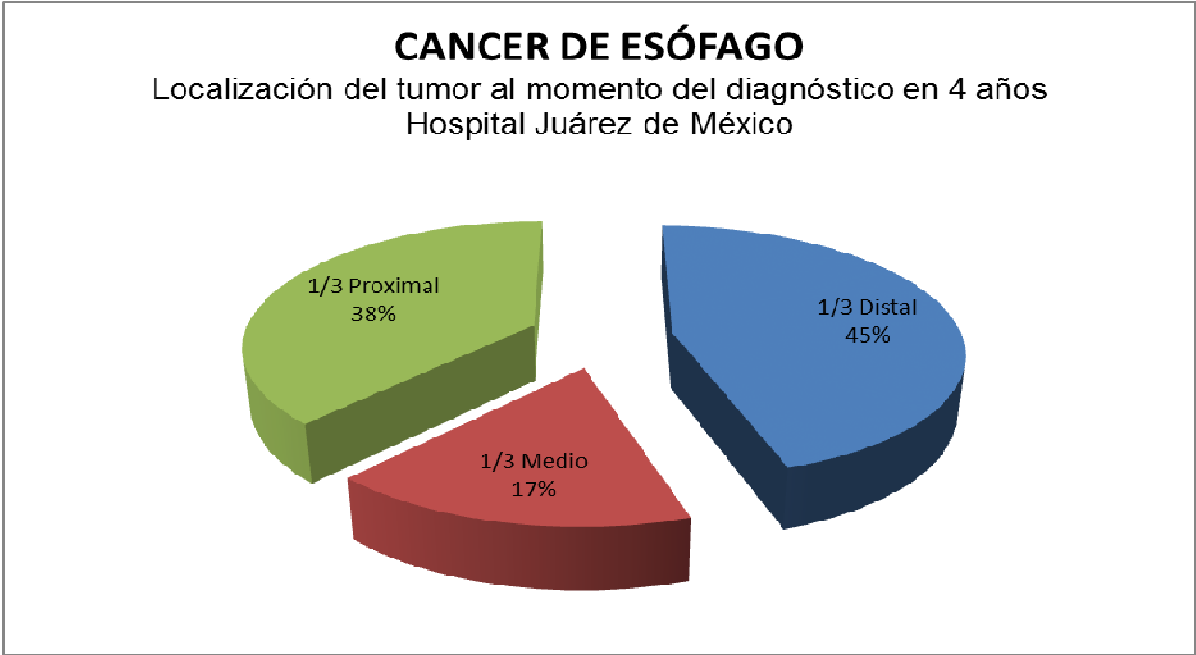
Incidencia de causa de busca de atención médica en 4 años  
Hospital Juárez de México



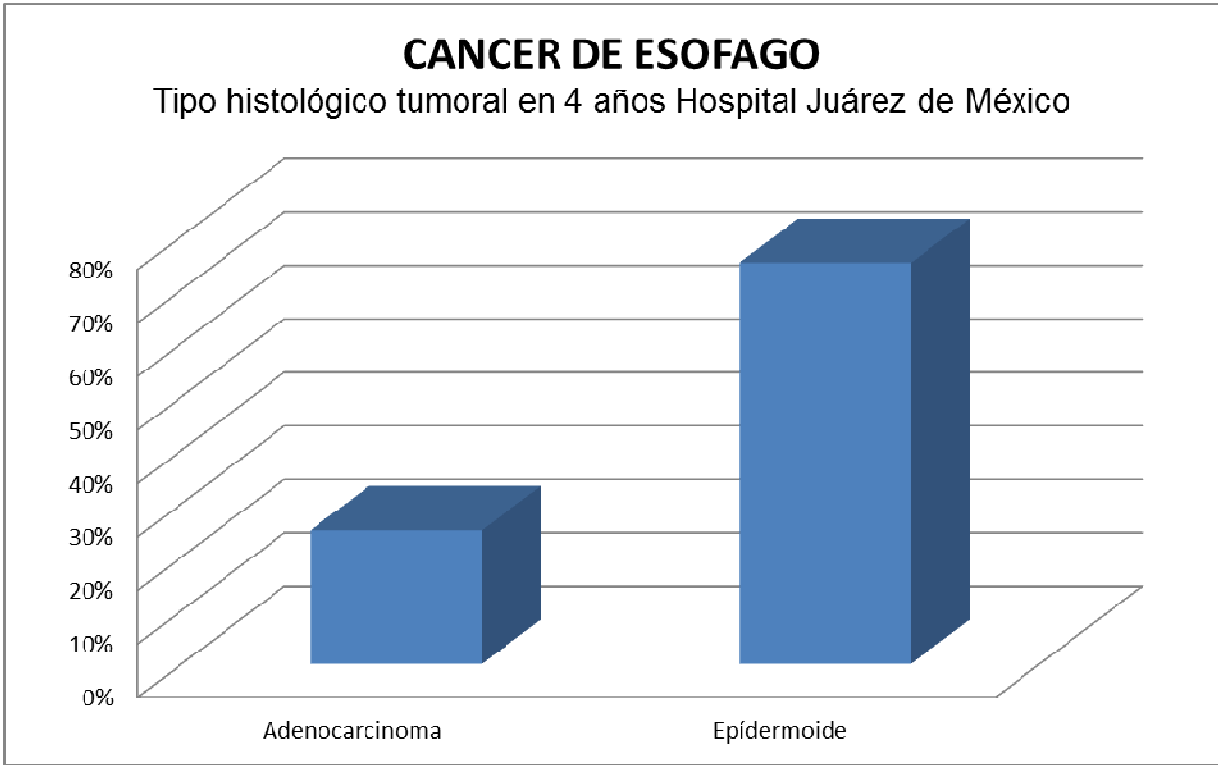
Así mismo se valoraron los síntomas asociados, encontrando que la disfagia sumada a la pérdida de peso ocupa el mayor porcentaje con un 66.6% de los casos, en segundo lugar se encuentra ya sea la disfagia aislada o la pérdida de peso aislada, y en tercer lugar con un 8% el resto de los síntomas.



En cuanto a la localización de los tumores en el esófago, estos se dividieron según los tercios de este, encontrando que se encuentra en primer lugar el tercio distal con un 45% de los casos, de los cuales el 54.55% se trató de adenocarcinoma y el 36.4% fue carcinoma epidermoide y un 9.09% que se trató de otro tipo histológico, en segundo lugar por frecuencia fue el tercio superior con 38%, y el tercero con un 17% en el tercio medio.

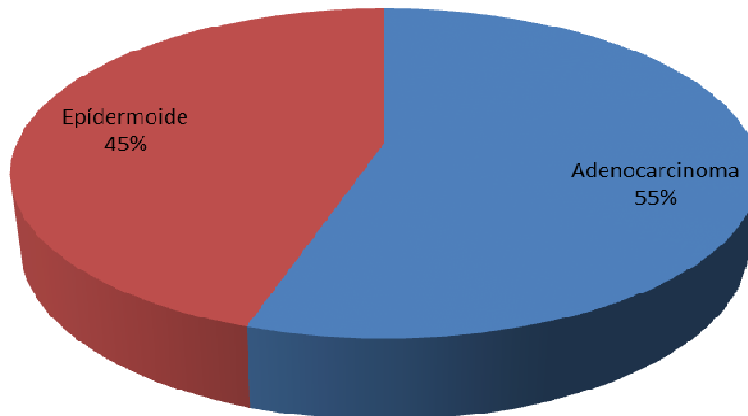


Nos fue posible observar una frecuencia de adenocarcinoma más elevada en el tercio distal, y observando la frecuencia en todo el esófago fue más frecuente en carcinoma epidermoide.



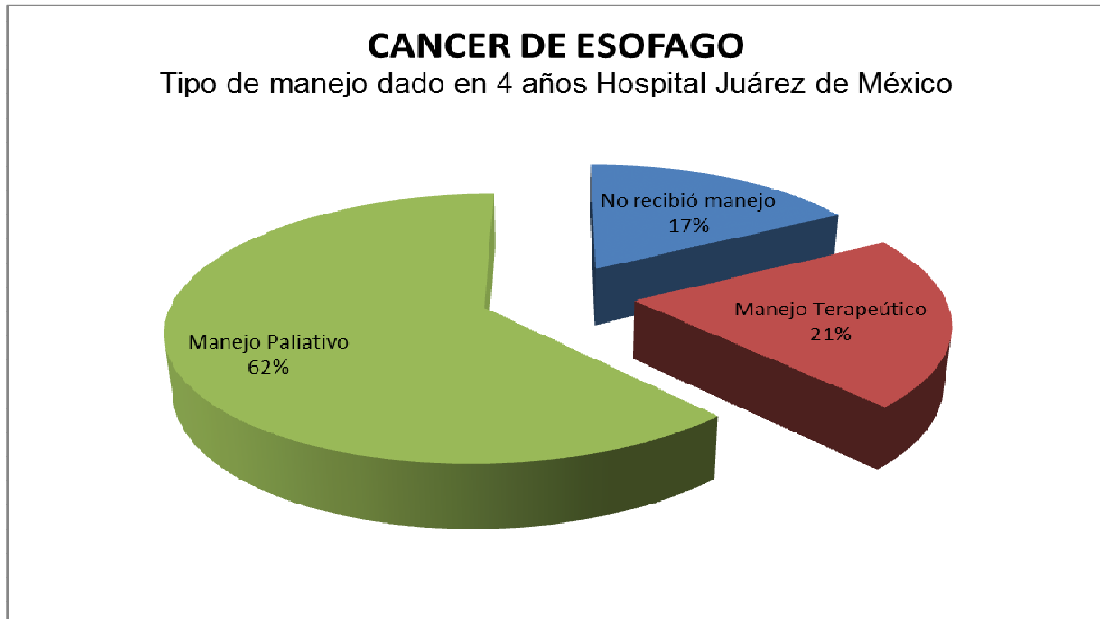
## CANCER DE ESÓFAGO

Tipo histológico tumoral en tercio distal en 4 años Hospital Juárez de México

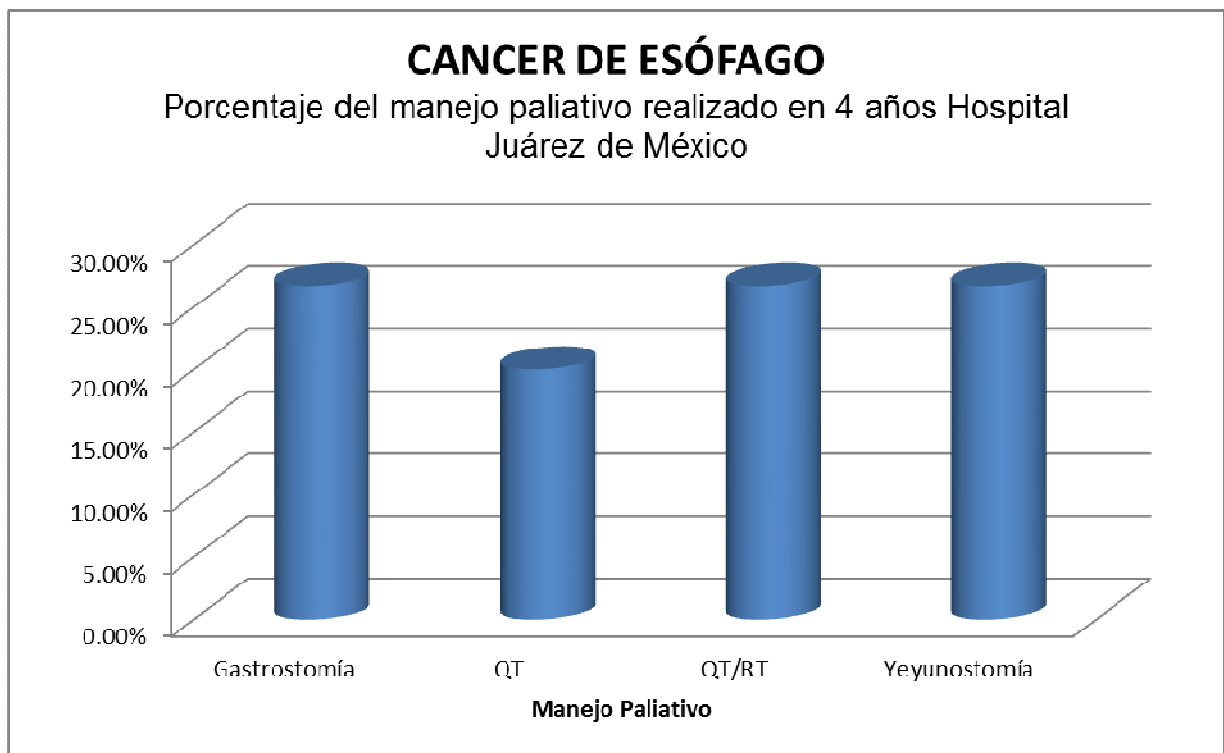


En lo referente al tratamiento, debido al estado de la patología al momento del diagnóstico la mayoría de los pacientes que calificaron para este estudio se les realizó manejo paliativo, en segundo lugar manejo quirúrgico terapéutico y el 17% no recibió manejo, esta última situación, derivada de diferentes causas, que no se toman en cuenta como decisión médica.





A continuación, se observan los porcentajes de las diferentes modalidades de los manejos paliativos que se administraron a los pacientes.



## **CONCLUSIONES:**

Las conclusiones de nuestra investigación son que esta patología en relación a la edad cuenta con 2 grupos etarios con mayor frecuencia, el primer grupo en incidencia coincide con los antecedentes epidemiológicos mostrados y este fue el de la séptima década de la vida, mostrando el grupo más nutrido de nuestros casos, el segundo grupo en frecuencia en nuestra investigación, a diferencia de los antecedentes, fue el grupo de la sexta década de la vida. La media de nuestro estudio coincide con el grupo etario reportado en la bibliografía.

En cuanto a la incidencia de acuerdo al sexo concluimos que se respetó el que fuera mayor en el grupo masculino, sin embargo en un menor grado, esto fue por debajo de la mitad de la incidencia reportada en la bibliografía.

Sobre la sintomatología al momento del diagnóstico, indiscutiblemente la disfagia cuenta con el primer lugar seguido de la disminución de peso como síntomas asociados, nuestra investigación coincide con lo reportado en la literatura estudiada, sin embargo con un porcentaje menor (66.6%). Llama la atención que la plenitud postprandial mostró una frecuencia similar a la de la disminución de peso como síntoma aislado.

Lo observado en nuestra investigación coincide con la bibliografía citada en cuanto la frecuencia de localización del tumor en relación a los tercios esofágicos, se respetó la mayor frecuencia del tercio distal ya que casi la mitad de los tumores se encontraron en ese sitio, de igual manera por arriba de la mitad de los mismos fueron de origen glandular, coincidiendo

con la mayor frecuencia de adenocarcinoma en dicho tercio. De igual manera que en los antecedentes, la frecuencia histopatológica cuando se consideran todos los tercios se encuentra al epidermoide como el primer lugar situación que coincide con la bibliografía citada.

Con relación a la posible terapéutica al momento del diagnóstico, en nuestro estudio, la posibilidad de ofrecer algún tratamiento curativo a los pacientes estudiados fue baja, muy similar a lo ya descrito antes para nuestro país, sabemos que para mejorar el pronóstico de nuestros pacientes la clave es mejorar el momento del diagnóstico en relación con la progresión de la enfermedad, como se menciona en los antecedentes solo en los países en donde este tipo de patologías son un problema de salud pública y en donde se han realizado inversiones millonarias solo para su detección, se han logrado instaurar campañas con las que se logra un diagnóstico más temprano con el subsecuente posible tratamiento más allá de lo paliativo. Lejos de lograr generar un programa de detección en nuestro país para esta enfermedad, podemos obtener como información de valor, que los grupos etarios en los que el médico general y especialista debe de estar atento a la sintomatología citada en la bibliografía y en este trabajo serán los de la 4ta a 7ma décadas de la vida y continuar con la ya conocida práctica de ante la presencia de dicha sintomatología, solicitar la realización de endoscopía. Son temas de investigación el resultado de los tratamientos realizados así como la sobrevida a más de 5 años de los pacientes con Cáncer de Esófago en nuestra institución.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Schwartz, Spencer, Shires. Principles of Surgery, 7<sup>th</sup> Edition.- Cancer of the Esophagus.
2. César Gutierrez Samperio, Victor Manuel Arrubarrena. Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo, 2<sup>nda</sup> Edición.- Carcinoma de Esófago. 149-158.
3. Nyhus, Baker Fisher. Mastery of Surgery, 3<sup>rd</sup> Edition.- The Esophagus. 785-890.
4. Barry W. Feig, David H. Berger. M.D. Anderson Oncology, 2<sup>nd</sup> Edition.- Esophagic Carcinoma. 130-138.
5. Stuart Jon Spechler. Barrett's Esophagus. New England Journal Of Medicine, 2002 ;346:836-842.
6. *Peter C. Enzinger, M.D., and Robert J. Mayer, M.D.* Esophageal Cancer. New England Journal Of Medicine, 2003;349:2241-2252
7. Devesa SS, Blot WJ, Fraumeni JF Jr. Changing patterns in the incidence of esophageal and gastric carcinoma in the United States. Cancer 1998;83:2049-2053.
8. Lagergren J, Bergström R, Lindgren A, Nyrén O. Symptomatic gastroesophageal reflux as a risk factor for esophageal adenocarcinoma. N Engl J Med 1999;340:825-831.
9. Müller JM, Erasmi H, Stelzner M, Zieren U, Pichlmaier H. Surgical therapy of oesophageal carcinoma. Br J Surg 1990;77:845-857.
10. Hulscher JBF, Tijssen JGP, Obertop H, van Lanschot JJB. Transthoracic versus transhiatal resection for carcinoma of the esophagus: a meta-analysis. Ann Thorac Surg 2001;72:306-313.
11. Goldminc M, Maddern G, Le Prise E, Meunier B, Champion JP, Launois B. Oesophagectomy by a transhiatal approach or thoracotomy: a prospective randomized trial. Br J Surg 1993;80:367-370.
12. Chu KM, Law SY, Fok M, Wong J. A prospective randomized comparison of transhiatal and transthoracic resection for lower-third esophageal carcinoma. Am J Surg 1997;174:320-324.

13. Jacobi CA, Zieren HU, Müller JM, Pichlmaier H. Surgical therapy of esophageal carcinoma: the influence of surgical approach and esophageal resection on cardiopulmonary function. *Eur J Cardiothorac Surg* 1997;11:32-37.
14. Blot WJ, Devesa SS, Kneller RW, Fraumeni JF Jr. Rising incidence of adenocarcinoma of the esophagus and gastric cardia. *JAMA* 1991;265:1287-1289.
15. Powell J, McConkey CC. The rising trend in oesophageal adenocarcinoma and gastric cardia. *Eur J Cancer Prev* 1992;1:265-269.
16. Hansson LE, Sparén P, Nyrén O. Increasing incidence of both major histological types of esophageal carcinomas among men in Sweden. *Int J Cancer* 1993;54:402-407.
17. Ries LAG, Eisner MP, Kosary C, et al., eds. SEER cancer statistics review, 1973-1999. Bethesda, Md.: National Cancer Institute, 2002.
18. Daly JM, Fry WA, Little AG, et al. Esophageal cancer: results of an American College of Surgeons Patient Care Evaluation Study. *J Am Coll Surg* 2000;190:562-572.