

24/23
11209

Universidad Nacional Autónoma de México



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO "LA RAZA"

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CANCER DE ESOFAGO

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Título en las

ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL

P r e s e n t a:

DR. JAIME GARCIA SANDOVAL

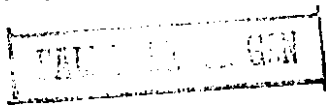
Asesor de Tesis:

DR. JOSE FENING RODRIGUEZ



México, D. F.

1989





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.

I N D I C E

	HOJA
INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	13
RESULTADOS	15
DISCUSION	19
CONCLUSIONES	24
LAMINAS	26
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	31

INTRODUCCION

ANATOMIA DEL ESOFAGO

El esófago es un conducto musculomembranoso de dirección longitudinal, destinado a conducir los alimentos desde la faringe, de la que es continuación, hasta el estómago que los subsigue. (3,4)

Sus límites: por su parte superior comienza a nivel de un plano horizontal razante al borde inferior del cartilago cricoides a nivel de la sexta vertebra cervical. Por abajo, el conducto esofágico está limitado por el orificio circular llamado "cardias" con el que se comunica el estómago. En su trayecto entre ambos puntos, ocupa en el cuello una situación en la línea media inmediatamente por detrás de la tráquea, después desciende en el tórax hundido en el mediastino posterior, a través del hiato esofágico formado por el pilar derecho diafragmático principalmente, entra en la cavidad abdominal a nivel de la décima o undécima vertebra dorsal.

Desde el punto de vista topográfico se distinguen cuatro porciones esofágicas:

- Porción superior o cervical, que se extiende desde el cartilago cricoideo hasta un plano horizontal formado por la horquilla esternal.

- Una porción media o torácica, que desde éste mismo plano se prolonga hasta el diafragma.
- Una porción diafragmática, que corresponde al anillo esofágico del diafragma y,
- Una porción intrabdominal, comprendida entre el diafragma y el estómago. (3,4,5)

Sus medios de fijación es por fascículos de tejido conjuntivo que lo une a todos los órganos vecinos. La membrana o ligamento freno-esofágico constituye otra importante estructura compuesta de fibras de colágena maduras, ésta estructura es una continuación de la fascia transversalis de la pared abdominal la cual se inserta dos a tres cm por arriba de la unión esófago-gástrica. (2,3)

Los estrechamientos que a continuación se describen son los mas evidentes en la trayectoria longitudinal del esófago:

- Estrechamiento cricoideo: el cual se localiza a nivel del origen esofágico (12-15 mm de longitud).
- Estrechamiento aórtico-bronquial: se localiza en el punto de contacto de la aorta y el bronquio izquierdo con el lado izquierdo del esófago (4-5 cm de longitud).

- Estrechamiento diafragmático: se localiza en el punto de paso del esófago a través del tabique diafragmático.

La pared esofágica se compone de tres capas concéntricas:

- a.- **Túnica muscular:** Compuestas por fibras externas longitudinales y fibras circulares internas.
- b.- **Submucosa:** Que contiene glándulas mucosas, vasos sanguíneos, el plexo nervioso de Meissner y vasos linfáticos.
- c.- **Túnica mucosa:** Compuesta por epitelio escamoso en todo su trayecto y en los últimos 2-3 cm epitelio columnar.

La irrigación arterial del esófago procede de diferentes orígenes: La porción cervical está irrigada por arterias esofágicas superiores proporcionadas de las tiroideas inferiores. La porción torácica está irrigada por arterias de origen directo de la aorta, por arterias bronquiales y por arterias intercostales. Mientras que la porción intrabdominal está irrigada por la arteria esofágica inferior rama de la aorta abdominal y por la coronaria estomáquica.

Su retorno venoso de la porción cervical drena a la tiroidea inferior, el retorno venoso de la porción torácica drenan en las venas diafragmáticas superiores,

bronquiales, pericárdica ácigos, las cuales desembocan en la vena cava superior, mientras que las de la porción intrabdominal drenan en la coronaria estomáquica tributaria de la vena porta. (3)

Los vasos linfáticos corren longitudinalmente en la pared del esófago hasta alcanza los ganglios linfáticos-regionales. Por lo tanto, las lesiones malignas de la porción media o superior del esófago pueden dar metástasis hacia los ganglios cervicales, mientras que las lesiones de la porción inferior pueden dar sus metástasis hacia los ganglios gástricos y celiacos. Todo lo anterior sin olvidar los relevos linfáticos traqueales, traqueobronquiales, mediastinales posteriores o diafragmáticos. (4)

El esófago recibe inervación tanto vagal como simpática (neumogástrico y gran simpático), su porción superior está inervada por los nervios recurrentes y por ramas de los nervios IX y X y de la raíz craneal del XI. Los troncos vagales envían ramas al resto de los músculos voluntarios y las fibras preganglionares parasimpáticas a los músculos lisos. Los nervios vagos se sitúan a cada lado del esófago formando un plexo, hasta el nivel del hiato esofágico emergen dos troncos principales, uno izquierdo o anterior y otro derecho o posterior. (4)

FISIOLOGIA DEL ESOFAGO

El esófago es un conducto a través del cual el material ingerido es conducido desde la faringe hasta el estómago. A cada extremo del tubo hay mecanismos reguladores que ayudan a su función. En el extremo superior hay una zona de aproximadamente tres cm de largo de elevada presión y que se relaja rápidamente con la deglución siendo seguida por una contracción al momento del paso de la onda de alta presión, dando lugar a la onda peristáltica primaria del esófago. Existe también una zona de alta presión en el extremo inferior del esófago, un poco mas grande que la del extremo superior (3-5 cm de largo), localizada en el hiato esofágico (esfínter esofágico inferior) con funcionamiento especial tanto hormonal como nervioso. (4,5)

CARCINOMA DE ESOFAGO

Epidemiológicamente la frecuencia varía con amplitud en todo el mundo, en algunas áreas del mundo bien circunscritas (por ejemplo litoral del Caspio, en Irán, Africa del Sur y el Norte de China, Puerto Rico, Chile), el número de pacientes excede a mas de 100 pacientes por cada 100 000 habitantes. Por otro lado la población negra se encuentra mas afectada que la blanca sin identificar motivos. En general el tumor esofágico maligno es de predominio en varones en comparación con las mujeres hasta en una relación de 9:1, siendo la edad de predominio entre la sexta y la séptima década de la vida. (5,6,10)

Los factores etiológicos que pueden estar involucrados en la producción de cáncer de esófago son:

- Síndrome de Plumer-Vinson: Complejo que se caracteriza por deficiencia de vitamina lactoflabina y nicotinamina así como por deficiencia de hierro.
- Estenosis cicatriciales posterior a quemaduras con ácidos o legias con un período de latencia hasta de 30 a 45 años.
- Acalasia: Patología que se asocia hasta en un 7% de los pacientes que sufren esta enfermedad.

- Daño térmico: El exceso de ingesta de alimentos calientes ha demostrado aumento en la incidencia de esta patología.
- Abuso de alcohol y tabaco aumenta hasta en un 25 % más de probabilidades de adquirir cancer de esófago que con el resto de la población.
- Diverticulo de Zenker se ha demostrado asociación hasta en un 0.3% con cancer de esófago.
- Compuestos nitrozaminados contenidos en alimentos y agua y en compuestos industriales se ha evidenciado aumento importante en contacto con estas sustancias.
- Irritación crónica del epitelio por ectopia de mucosa gástrica; zona de alta incidencia de neoplasias malignas.
- Irritación crónica del epitelio por esofagitis: se ha demostrado hasta un 10% en los pacientes con reflujo-gastroesofágico que se asocia a esta patología.
- Síndrome de Barrett: Hasta en 8.5% de los pacientes que lo presentan se asocia con Ca de esófago.
- Esclerodermia: Rara vez se ha presentado esta asociación pero se ha descrito en asociación cuando se presenta esta enfermedad.

- Tilosis palmar y plantar de 48 miembros de una familia con tilosis 18 desarrollaron Ca de esófago.
- Factores hereditarios relacionados con el HLA A2 y B40.
- Desnutrición se ha asociado con aumento de la frecuencia de esta patología esofágica en estos pacientes. (4,10,14)

ANATOMIA PATOLOGICA

Aunque la mayoría de los tumores malignos que se originan en cuerpo del esófago son carcinomas de células escamosas hasta en un 50%, el tercio distal aporta un 30% de adenocarcinomas y un 20% solo a la porción cervical. (1,10)

Las características macroscópicas de esta neoplasia maligna son de tres tipos: proliferativa o fungoide, ulcerativa y estenosante o infiltrativa.

Independientemente de su estirpe histológico el cáncer de esófago se disemina por continuidad, hasta en el 10% de los casos se ha extendido tanto proximal como distalmente en el momento del diagnóstico. Diseminación por vía hemática siendo este un fenómeno tardío con diseminación principalmente hacia pulmón, hígado, huesos y suprarrenales. La diseminación linfática se ha

demostrado con presencia de ganglios positivos en las cadenas regionales hasta en un 60% al momento del diagnóstico. (6)

CUADRO CLINICO

Los síntomas del cáncer de esófago pueden ser tan triviales al momento de su inicio e inespecíficos que no alarmen al paciente o al médico. En el momento en que la mayoría de los pacientes llegan a la consulta - clínica, la lesión se encuentra generalmente en etapa avanzada. A medida que la enfermedad progresa aparece disfagia, que llega a ser dominante a lo largo de su historia natural, iniciando a sólidos hasta ser imposible la ingesta a líquidos, pérdida de peso, dolor retroesternal disfonía, hemoptisis ó hematemesis. (5,6,7)

DIAGNOSTICO

Todo enfermo que tenga una disfagia recurrente o progresiva debe someterse a un estudio radiográfico contrastado, así la tele de tórax informa sobre forma del mediastino o alteración a este nivel y neumonias. (7)

El esófagograma es el estudio esencial en el diagnóstico del cancer de esófago, ya que demostrará altura anatómica de la lesión y orientará en la endoscopia, para la toma de biopsia y recolección de material celular

exfoliado que confirmará el diagnóstico preoperatorio del Ca de esófago.

La manometría esofágica si bien es útil para identificar trastornos específicos de la motilidad, son menos valiosos para definir una neoplasia.

La tomografía computada es un método de elevada precisión para predecir el tamaño del tumor y para evaluar invasión a órganos vecinos. (5,6,7)

TRATAMIENTO

Existen tres métodos en el tratamiento del cáncer de esófago, la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia.

Los cánceres del esófago cervical, que constituyen del 5 al 10% de las lesiones del esófago, rara vez pueden extirparse sin que al mismo tiempo deban sacrificarse la laringe, la tiroides y las estructuras asociadas a ambos lados del cuello. Esta circunstancia ha contribuido a la falta de entusiasmo por el tratamiento de las lesiones situadas a este nivel. Se han utilizado diversos métodos de reconstrucción, incluidos los colgajos cutáneos especiales, los trasplantes libres de porciones del tubo digestivo con irrigación proporcionada por anastomosis en esta región, han merecido cierto estancamiento, por su morbilidad y mortalidad. El

fondo gástrico pasó a ser el instrumento a suplir el esófago anastomosándolo con éxito a la faringe, con la construcción de un tubo a expensas de la curvatura mayor, en casos de esofagectomía subtotal el estómago ha resultado el mejor suplente esofágico. Mientras que en la esofagectomía total la utilización de colon ha dado resultados satisfactorios. (21)

La posición del esófago respecto a muchas estructuras vitales vecinas en el mediastino, impide con frecuencia la tradicional resección amplia en bloque de la lesión de los tejidos que lo rodean, sin embargo la porción media que exige una resección en bloque actualmente se lleva a cabo de manera satisfactoria. El cirujano debe estar en condiciones de poder usar cualquier parte del tubo digestivo llamese estómago o colon para poder completar su cirugía al momento de decidirla. En esta área el estómago toma parte importante como material para continuar el tubo digestivo acompañado de piloroplastia.

Otra manera de resolver el problema de cáncer de esófago en su porción media es la utilización de esofagectomía transhiatal con utilización gástrica sin utilizar abordaje transtorácico. (19)

Para las lesiones de la unión esofagogástricas que se extiende a la porción proximal de esófago, la

esofagogastrrectomia puede efectuarse ya sea a través de una incisión toracoabdominal izquierda o de una toracotomía únicamente. Después de una extirpación en bloque, que comprende el bazo, el cuerpo y la cola del páncreas, si es necesario, junto con una porción apropiada de estómago y la totalidad de ganglios linfáticos regionales y de una longitud suficiente del esófago, se efectúa una anastomosis esófagogástrica, ya sea acompañada de plastia antirreflujo y piloromiotomía.

La radioterapia paliativa o intubación esofágica han reportado utilidad satisfactoria para disminuir la disfagia hasta en un 70%. Se recomienda como método más efectivo de medida paliativa la resección tumoral seguida de radioterapia.

Por otro lado la radioterapia es una forma útil de medida paliativa teniendo reportes con dosis curativas de 5000R del 20 % a 5 años comparada con 11 % a cinco años posterior a cirugía (Pearson). Sin embargo actualmente se está asociando radioterapia con cirugía (Nakayama), ya que este autor refiere facilidad de reseccabilidad mayor al 100% cuando se dan dosis preoperatorias.

La quimioterapia tiene como principal desventaja su pobre respuesta a este manejo que depende del tipo histológico del cancer con el que se cursa, hacen que su respuesta no sea la esperada. (8,9)

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron retrospectivamente los expedientes clínicos de un total de 30 pacientes de Enero de 1982 a Febrero de 1989, del Hospital de Especialidades del CM la "Raza", en el departamento de Cirugía General. Las edades fluctuaron entre 28 años y 80 años de edad con un promedio de 62 años de edad. De todos los pacientes 25 fueron hombres y 5 fueron mujeres.

Se revisaron las siguientes variables: Sintomatología, tipo histológico, localización anatómica del carcinoma esofágico, se dividieron los casos clínicos según el tercio esofágico afectado, tratamiento, tipo de cirugía realizada, morbilidad y mortalidad.

De los 30 pacientes de este estudio se excluyeron dos pacientes uno por presentar fístula traqueoesofágica lo que obligó a ser trasladado a otra unidad médica, y el segundo paciente presentó oclusión intsetinal lo que obligó a resolver primero su patología de urgencia para postergar el manejo de su patología de fondo, ambos pacientes presentaron adenocarcinoma de la porción de su tercio distal del esófago.

Las tumoraciones del tercio superior del esófago fueron tomadas como aquellas extendidas del origen del esófago a nivel de la carina bronquial aproximadamente

de 19 a 25 cm de los dientes incisivos. Los tumores del tercio medio involucraron todas las lesiones del nivel de la carina a un punto de aproximadamente 5,cm por arriba de la unión esófagogástrica, aproximadamente de los 25 a 35 cm de los incisivos. Las tumoraciones del tercio distal del esófago incluyeron las encontradas dentro de los 35 a 40 cm de los incisivos. Esta distribución se respetó para los 30 casos presentados. Posterior a la evaluación clínica, se le realizó a cada caso SEGD con especial enfoque al esofagograma, así mismo se les sometió a cada uno a endoscopia la que se llevo a cabo con toma de biopsia y determinación histopatológica del diagnóstico. Solo a 6 se les realizó TAC de abdomen y tórax y a cuatro de ellos se les realizó gammagrama hepatoesplénico que demostró metastasis hepáticas. En los casos que se les demostró hipoalbuminemia se les dio apoyo con NPT siendo en un total de seis pacientes, cuatro de estos cursaron con neoplasia del tercio medio y dos con cáncer del tercio distal.

A todos ellos se les realizó valoración preoperatoria de su reserva pulmonar y cardiaca, de tal manera que se consideraron como contraindicaciones absolutas para el manejo quirúrgico a los pacientes con fistulas traqueoesofágicas, disminución de la reserva respiratoria o evidencia de falla cardiaca congestiva.

RESULTADOS

En la porción del tercio superior del esófago se presentó un solo caso con sintomatología de dos meses de evolución caracterizada por disfagia de sólidos hasta líquidos, pérdida de peso de 25Kg e hipostenia, hipodinamia e hiporexia. La estirpe histológica presentada fue de adenocarcinoma, por considerarse fuera de tratamiento quirúrgico se le realizó únicamente gastrostomía, cursando su postoperatorio sin complicaciones y dándose de alta a su domicilio.

De los seis pacientes que se presentaron en la porción media del esófago ocurrió en el 100% disfagia progresiva de sólidos hasta líquidos pérdida de peso, hipostenia, hipodinamia e hiporexia. Uno presentó sintomatología máxima de 18 meses, dos de 12 meses y tres en un tiempo máximo de 6 meses. A cuatro se les diagnóstico tipo histológico de adenocarcinoma y a dos se les etiquetó histológicamente con carcinoma de células escamosas. Así a dos de ellos se les realizó resección esofagogástrica de 56 y 62 años de edad con abordaje abdominal, a otro se le realizó esofagectomía subtotal con ascenso gástrico teniendo 62 años de edad, y a uno solo se le disfuncionó el esófago con transposición de colon transverso y descendente. Los dos restantes uno de 60 años de edad se le consideró fuera de manejo quirúrgico resectivo realizandole gastrostomía y a el último de 70 años de edad y con presencia de

fistula traqueoesofágica se le trasladó a otra unidad médica.

Al que se le realizó la transposición del colon cursó con fistula enterocutanea a nivel de la anastomosis esófago-colónica lo que ameritó disfuncionalización esofágica y estoma cervical del colon. A los que se les realizó ascenso gástrico por esofagectomía, resección gástrica y al de la gastrostomía se dieron de alta sin complicaciones.

A uno de los dos que se le realizó resección esófagogástrica presentó complicaciones pulmonares y cardiacas que lo llevaron a la muerte.

De los 4 sometidos a cirugía resectiva el 25.0% presento morbilidad secundaria a fistula de la anastomosis, mientras que el mismo 25.0% acompañó la mortalidad en estos pacientes y 33.2% fueron patologías no resecables.

De los restantes 23 casos que se presentaron en el tercio distal del esófago 3 presentaron sintomatología menor de 18 meses, 5 la presentaron en un tiempo menor de 12 meses y 15 dentro de los últimos 6 meses antes de su diagnóstico. La disfagia fue progresiva de sólidos a líquidos, pérdida de peso e hipostenia, hipodinamia e hiporexia sucedio en el 100% de los casos, regurgitaciones en siete, dolor retroesternal

en 3, pirosis en dos hematemesis y disfonia en uno solo.

El adenocarcinoma se reportó en un total de 19 pacientes y solo cuatro con carcinoma de celulas escamosas de esta porción del esófago. De estos, a doce se les realizó resección esófagogastrica por via abdominal a otro resección esófagogastrica, con abordaje abdominotóráxico y ascenso gástrico, solo en un caso se le realizó esofagectomia total con transposición de colon transverso y descendente por via abdominocervical. A cuatro mas por considerarseles fuera de manejo quirúrgico resectivo se les realizó gastrostomia, tres fueron sometidos a tratamiento con rayo laser por el servicio de endoscopias, y a otro se le trató con ferulización esofágica con sonda tipo Anderson y gastrostomía y al de 28 años de edad se le realizó toma de biopsia ganglionar por carcinomatosis.

En total 14 fueron los pacientes que se sometieron a cirugía resectiva, dandose de alta por mejoría a 6 de ellos, el resto, tres cursaron con falla renal y cinco presentaron insuficiencia respiratoria con falla cardiaca congestiva que en ambos grupos los condujo a muerte postoperatoria inmediata. A dos de los que se les realizó gastrostomias presentaron complicaciones ajenas al manejo quirúrgico que les causo la muerte hospitalaria. De los tratados con rayo laser un paciente sufrio una perforación esofágica lo que originó su muerte temprana.

De los 23 pacientes que ocuparon el tercio distal del esófago 14 se sometieron a cirugía resectiva, de estos 6 (42.8%) se dieron de alta por mejoría mientras que 8 (57.2%), presentó mortalidad postoperatoria inmediata incluyendo a los dos que se abordaron por vía abdominotorácica.

En total la sintomatología que predominó en el 100% fueron disfagia progresiva de sólidos a líquidos, pérdida de peso, hipostenia, hipodinamia e hiporexia, estando el 70.3% de los casos dentro de los 6 últimos meses antes de su diagnóstico. El tipo histológico de los 28 pacientes fue el adenocarcinoma ocupando un total de (78.3%) y carcinoma de células escamosas el 21.6%. La morbilidad global se presentó solo en el 3.4% de los casos al presentarse fistula enterocutaneo de la unión esofagocolonica. Mientras que la mortalidad global se presentó en el 50% de los casos de 18 pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico resectivo.

DISCUSION

El carcinoma de esófago ocurre como el 1% de todos los tumores y continua siendo uno de los mas letales canceres en terminos de curación porcentual. El reporte absoluto de sobre vida a 5 años es menor del 10%. La terapia óptima del cáncer de esófago continua en controversia y depende de numerosos factores incluyendo histología, localización, extensión del tumor, así como edad y condiciones físicas del paciente. Estudios epidemiológicos han demostrado que el 95% del cáncer de esófago son de células escamosas. Los tumores en el tercio distal son adenocarcinomas en el 10-15%, pero usualmente esos tumores son de origen gástrico.

El resultado de este estudio retrospectivo, con respecto a la variante sintomatología tuvo como principal sintoma a la disfagia la cual se presentó en el 100% de los casos, junto con pérdida de peso e hipostenia, hipodinamia e hiporexia que tambien se presentaron como sintomatología predominante y con una duración, en mas del 50% de los casos, de un tiempo no mayor de 6 meses que comparativamente es igual con la sintomatología reportada a nivel mundial. También se encontraron a un buen número de pacientes con regurgitaciones en el 25% de los casos. Estas regurgitaciones se presentaron en un 17.8% en el paciente CA del tercio distal del esófago. El tiempo de evolución anterior al diagnostico fue de 18 meses como máximo, lo que

orienta a lo difícil del diagnóstico de esta patología. son múltiples los factores que dificultan realizarlo en etapas tempranas. Los nervios sensitivos del esófago tiene una pobre respuesta a la irritación, motivo por el cual el tumor maligno de esófago produce pocas manifestaciones dolorosas. Por otro lado, la disfagia ocurre hasta que la luz del esófago se obstruye en mas del 50%, estando generalmente en una etapa avanzada. El drenaje linfático del esófago, se lleva a cabo en depositos longitudinales del tubo esofágico, demostrando hasta un 40% la presencia de metastasis a tronco celiaco al momento del diagnóstico.

Las medidas diagnósticas: SEGD, endoscopia con toma de biopsia y gammagramahepatoesplénico así como TAC de abdomen y tórax son los estudios paraclínicos aceptados en forma universal. A 19 pacientes se les localizó la tumoración en el tercio medio y a un paciente en el tercio superior cuatro tuvieron carcinoma de células escamosas, dos en el tercio medio y dos el de tercio distal. Esta difiere con la casuística reportada a nivel mundial que indica que los tercios medios se encuentran afectados por patología de células escamosas hasta en el 90% de los casos.

La porción distal del esófago se encuentra afectada por patología maligna de origen gástrico en la mayoría de los casos. En este estudio se encontro el predominio del tercio distal sobre otros tercios de la patología maligna del esófago sin presentar ningún paciente

patología previa que se encuentra asociada como factor de riesgo. (13), llámese acalasia, ó esófago de Barret.

El tratamiento ofrecido a los pacientes con cancer de esófago del tercio medio (dos), y tercio distal (12), fue resección esófagogastrica por via abdominal sin utilizar en ningún caso abordaje torácico, con una mortalidad del 57.2% y un 47.8% de evoluciones satisfactorias. La mortalidad fue principalmente en el postoperatorio inmediato. El abordaje quirúrgico por via abdominal disminuye en mucho las complicaciones neumológicas que se consideran importantes como causa de morbimortalidad. Como se presentó en 5 pacientes de esta serie que causaron la muerte postoperatoria. Sin embargo Finley reporta una mortalidad aceptable con abordaje abdominal en un máximo del 30%.

Las ventajas que ofrece el abordaje toracoabdominal es en mayor evidencia del campo quirúrgico con buena exposición, y con resección libre de patología neoplásica en los extremos a anastomosar. Algunos autores - (20), han demostrado mínima diferencia no significativa - entre los abordados por via abdominal y por via torácica. El clásico tratamiento de la patología del tercio distal, como se considera a la esofagogastrectomía por via toracoabdominal izquierda o toractomía con incisión

del diafragma o bien toracotomía derecha con laparatomía superior, ocasionan complicaciones a nivel del sitio de la anastomosis que se expone a quedar en la porción torácica. La frecuencia asociada en porcentaje es hasta del 40% de reflujo gastroesofágico y recurren-
cia el tumor sobre el sitio de sutura. A dos pacientes de nuestra serie se les realizó esofagectomía total por vía abdominal y a otro por vía torácica con neoplasia del tercio medio, asociando a este grupo otro con lesión maligna del tercio distal que se le realizó esofagectomía total transtorácica con transposición de colon. A los dos pacientes que se les abordó por vía torácica presentaron complicaciones neumónicas llevándolos a la muerte. El paciente que evolucionó sin complicaciones fue el abordado por vía abdominocervical sin torocotomía. La operación ideal para el carcinoma del cardias y la parte inferior del esófago debería de ser la que liberara la disfagia, que cursara con mínimo de sangrado y ausencia del dolor con mínima mortalidad y morbilidad y que sus bordes quirúrgicos se encontraran libres de tumoración.

El abordaje de esofagectomía sin toracotomía y con substitución de esófago por estómago o por colon parece ser el método indicado para resecar tumoraciones del tercio distal. La lesión del recurrente laríngeo es una de sus pocas complicaciones. (3)

Desafortunadamente, en mas del 75% de los casos los pacientes con carcinoma de esófago ya presentan metástasis al momento del diagnostico, lo que los convierte en tratamientos imposibles de resecciones curativas.

La colocación de sonda de gastrostomia por irresecabilidad de la tumoración ofrece un postoperatorio inadecuado. De los 28 casos presentados en esta serie solo a 6 (17.8%), se les realizó gastrostomia, una por tumoración del tercio superior, otra por tumor del tercio medio y a cuatro del tercio inferior.

Por otro lado los casos que se consideraron fuera de tratamiento quirúrgico, se les trató con rayo lasser, dos pacientes presentaron evolución satisfactoria con disminución de la disfagia, pero uno sufrió perforación esofágica.

Resumiendo los 28 pacientes estudiados se manejaron con multiples tratamientos, todos paliativos, con una mortalidad del 50% en los casos con resección esófago-gástrica.

CONCLUSIONES

1.- Los enfermos que presentan síntomas de disfagia intermitente o continua deben de ser valorados en forma protocolaria y ser colocados en grupos especiales de observaciones, mas aún si pertenecen a las décadas 5a. a 7a. de la vida. Si cuentan con antecedentes de haber radicado en zonas de alta incidencia o presentan patología esofágica que se ha visto se asocian a tumoraciones malignas de esófago como son esófago de Barret, quemaduras con ácidos o causticos o acalasia. El estudio endoscópico forma un parámetro esencial para decidir conducta terapeutica.

2.- El adenocarcinoma predominó tanto en tercio proximal, medio y distal del esófago, no siendo como lo reportan a nivel internacional el tipo escamoso. Se presentaron en total 24 casos con adenocarcinoma y 4 pacientes con carcinoma de células escamosas. Para su diagnóstico se utilizaron principalmente estudio endoscopico con toma de biopsia.

3.- El uso de resecciones quirúrgicas de tumoraciones tanto del tercio medio y distal presentaron una mortalidad similar sin haber diferencia en abordajes torácicos o abdominales. Sin embargo la via torácica usada en dos casos presentó mortalidad por complicaciones -

pulmonares. Las opciones de resecciones esofagogastricas por via abdominal, o bien esofagectomia total sin toracotomia con reposición de esófago de preferencia con estómago o colon son atractivas.

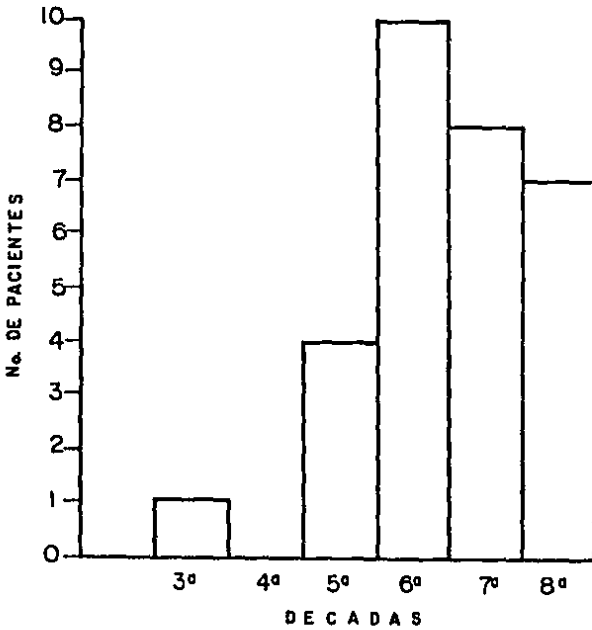
4.- La mortalidad presentada del 50% en los pacientes con resecciones esofagogastricas se encuentra por arriba del porcentaje aceptado de un máximo de 30%. Esto probablemente fue ayudado por el estado nutricional de los casos y por el estadio avanzado de la tumoración maligna. Se ha demostrado que con el uso de radioterapia preoperatoria (Nakayama), se facilita la resección de la tumoración.

5.- La ferulización del esófago y la gastrostomia cumplieron con facilitar una via de alimentación sin disminuir la sintomatología presentada por el paciente. La utilización del rayo laser disminuye la disfagia y permite la utilización de tubo digestivo.

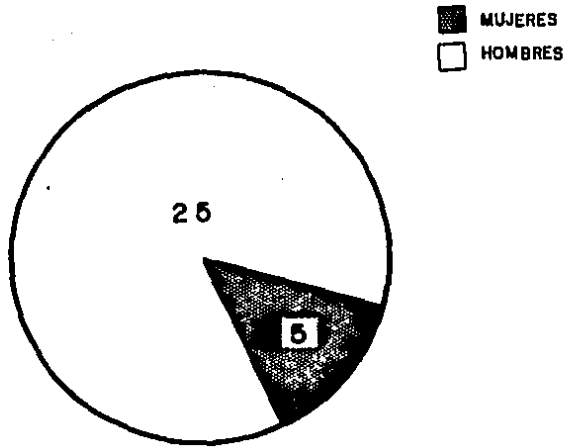
ADENOCARCINOMA - CELULAS ESCAMOSAS			
---	--	--	--

TERCIO SUP.	1	_____	0
TERCIO MEDIO	4	_____	2
TERCIO INF.	19	_____	4

Histopatología reportada en el esófago de 30 pacientes dividida por tercios.



Frecuencia de pacientes con Ca de esófago distribuido por décadas .



Sexo de pacientes encontrados en el Ca de esófago

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 29 -

	No. Pacientes	Disfagia	Pérdido de peso	Hiporexia	Regurgitaciones	Pirosis
TERCIO SUP.	1	100 %	100 %	100%	0	0
TERCIO MEDIO	6	100 %	100 %	100%	2	0
TERCIO INF.	23	100%	100 %	100%	5	2

Sintomatología predominante de acuerdo a su localización anatómica del C a de esófago.

	Adenocarcinoma	Celulas Escamosas	Resecables	No Resecables	Mortalidad Post operatoria
TERCIO SUP.	1	0	0	1	0
TÉRCIO MED.	4	2	4	2	25%
TERCIO INF.	19	4	14	9	57.2%

Pacientes con Ca de esófago . Tratamiento quirúrgico y su mortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hans, U.: Etiologic and epidemiologic factors of carcinoma of the esophagus. Surg. Gynec. Obstet. 164:183, 1987
2. Way, L.W.: Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos. Esófago y diafragma. Manual moderno, 376 a 379, 1985
3. Testut, L.: Esófago. Anatomia Humana. Salvat, 150 a 181, 1986
4. Schwartz, S.L.: Carcinoma de esófago. Operaciones abdominales. Panamericana, 599 a 620, 1986
5. Schwartz, S.I.: Esófago y hernias diafragmáticas. Patología quirúrgica. La prensa Médica Mexicana, 1187 a 1232, 1986
6. Gutierrez, S.C.: Carcinoma de esófago. Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo. Manual Moderno, 81 a 86, 1988
7. Bluett, M.: Esophageal carcinoma. Improved quality of survival with resection. Am Surg. 53:126, 1987
8. Nishi, M.: Risk factors in relation to postoperative complications in patients undergoing esophagectomy or gastrectomy for cancer. Ann Surg. 207: 148, 1988
9. Skinner, D.: Selection of operation for esophageal cancer based on staging. Ann. Surg. 204:391. 1987
10. Sons, H,U.: Etiologic and epidemiologic factors of carcinoma of the esophagus. Surg, Gynec. Obstet. 165: 183, 1987
11. Elizabeth, J.: Oesophagogastric tumour in old age: palliative treatment by endoscopic laser photocoagulation. Age and Agein. 16:234. 1987

12. Isolaure, J.: Colon interposition in the treatment of carcinoma of the esophagus and gastric cardia. Ann. Thorac Surg. 43:420, 1987
13. Finley, R.: Esophagogastrectomy without thoracotomy for carcinoma of the cardia and lower part of the esophagus Surg. Gynec. Obstet. 160: 49. 1985
14. Mahoney, J.: Adenocarcinoma of the esophagus. Ann. Surg. 205:557, 1987
15. Chan, K. W.: carcinoma of the esophagus. An autopsy study of 231 cases. Pathology. 18:400. 1986
16. Lu, Y.K.: Cancer of esophagus and esophagogastric junction: Analysis of results of 1025 resections after 5 to 20 years. Ann. Thorac. Surg. 43:176. 1987
17. Akiyama, M.: Principles of surgical treatment for carcinoma of the esophagus: analysis of lymph node involvement. Ann. Surg. 194:438, 1981
18. Angorn, J.: Intubation in the treatment of carcinoma of the esophagus. World. J. Surg. 5:535, 1981
19. Conlan, A.: Retroesternal gastric bypass for inoperable esophageal cancer. Ann. thorac. Surg. 36:396, 1983
20. Shahian, D.M.: Trans thoracic versus extrathoracic esophagectomy: mortality, morbidity, and Long-term-survival. Ann. thorac. Surg. 41:237, 1986
21. Earlam, R.: Oesophageal squamous cell carcinoma. Br. J. Surg 67:381 1980
22. Orringer, M.B.: Substernal gastric bypass of the excluded thoracic esophagus - results of an ill advised operation. Surgery. 96:467 1984