

11227
62
2Ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL
GENERAL DE DIVISION "MANUEL AVILA CAMACHO"

FRECUENCIA DEL CANCER DE ESOFAGO
EN EL HOSP. DE ESPEC.
EN 5 AÑOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA INTERNA

PRESENTA

Autor: DRA. MA. DE LOURDES OROZCO VILLEDA



PUEBLA. PUE

1994

IAASS
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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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



Dr. Arturo García Villaseñor

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
C.M.E. "M. V. G. G. G."



JEFATURA DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL "M. A. C. "
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

"Frecuencia del Cáncer de Esófago en el
Hosp. de Espec. en 5 años".

Autor: Dra. Ma. de Lourdes Orozco Villeda.
Residente de 3er. año de Medicina Interna.

Asesor: Dr. Miguel I. Gutierrez Gutierrez.
Médico adscrito al servicio de Endoscopia.

Lugar: Servicio de Endoscopia, del Hosp. de Especialidades
CMN "M.A.C.", Puebla, Pue.

INDICE

| | |
|-------------------------------------------------|----------|
| Introducción | 1 - 5. |
| Justificación, Planteamiento del Problema | 6. |
| Objetivos | 7. |
| Hipótesis | 8. |
| Programa de Trabajo | 9 - 10. |
| Resultados | 11 - 13. |
| Gráficas | 14 - 17. |
| Tablas | 18 - 20. |
| Conclusiones | 21. |
| Bibliografía | 22 - 23. |

INTRODUCCION

Por reportes en la literatura mundial se ha visto que la frecuencia del Cáncer Esófagico ha aumentado significativamente en las últimas décadas con una incidencia del 8% en 1971 y del 31% en 1986; así mismo se ha determinado que la mayor incidencia de Cáncer Esófagico es en mayores de 60 años y en el sexo masculino (1).

Esto es secundario a la utilización de un mayor número de auxiliares de diagnóstico para la detección temprana de esta patología (2), así como a la correlación entre signos y síntomas que se han relacionado con el Cáncer Esófagico (3,4).

Fagge en 1872, fue el primero en relacionar a la Acalasia con el Cáncer de Esófago, esta misma relación ha sido reportada por otros autores con una incidencia que varía de 1.7 a 20%. La causa por la cual la Acalasia es un factor de riesgo para el Cáncer de Esófago es de que esta presumiblemente produce estasis con la consecuente irritación crónica que predispone a la mucosa esofágica normal a transformación neoplásica y degeneración maligna (3,4).

Se han relacionado varias situaciones como factores de riesgo para el Cáncer de Esófago, estas son: tabaquismo, etilismo, desnutrición y lesiones por químicos (5).

Con respecto al tabaquismo se ve mayor incidencia de Ca. en los fumadores de pipa y que tienen evolución prolongada (más de 20 años); el etilismo tiene una gran importancia en la patogenia del Ca. de Esófago por la gran incidencia de etilismo que existe en nuestro medio, aunque se ha visto que el vino ejerce un mayor efecto que la cerveza y el licor.

La desnutrición en relación a la deficiencia de Vit. A, E, C, Rivo flavina y Niacina. Las lesiones causadas por químicos principalmente cáusticos se ha relacionado en forma estrecha con el Cáncer de Esófago (6).

Existen 3 tipos diferentes de Cáncer Esófagico:

- 1.- El Carcinoma que afecta principalmente la porción superior del Esófago, se relaciona con la deficiencia de Hierro y se ve predominantemente en mujeres con Sx. de Plummer-Vinson; este tipo ha disminuido considerablemente en los últimos tiempos.
- 2.- El Adenocarcinoma localizado principalmente en el tercio inferior del Esófago, se ve asociado con el Esófago de Barrett
- 3.- El Carcinoma de células escamosas, situado en el tercio medio e inferior, siendo catalogado como el tipo más frecuente (6).

En 1973 el Instituto del Cáncer en su programa de Supervivencia, Epidemiología y resultados finales dividió el Esófago en tercios para facilitar la localización de la lesión:

- ** Superior: Del cartilago cricofaríngeo (15 cm) hasta la bifurcación de la traquea (23 cm).
- ** Medio: De los 23 cm hasta aprox. T9 (32 cm).
- ** Inferior: De los 32 cm hasta la unión Esófago-gástrica (40 cm).

A su vez los tumores del tercio inferior se subdividen dentro de las siguientes tres regiones:

- ** Inferior verdadero: Localizado en el tercio inferior pero que no involucra ya sea macroscópica o microscópicamente el Estómago.
- ** Unión Esófago-gástrica: Localizado en el tercio inferior con extensión dentro del Estómago proximal pero que menos del 50% del tumor afecta el Estómago.
- ** Gástrico: Más del 50% del volumen del tumor involucra el Estómago (7).

Actualmente contamos con diversos medios para el diagnóstico temprano del Cáncer Esofágico. El estudio clásico es el Esofagograma ya sea simple o de doble contraste, por medio del cual se puede identificar diferentes tipos de lesiones (poli--pos, estenosis, masas, etc.). La TC también se ha utilizado -- como auxiliar diagnóstico, aunque su eficacia esta en duda -- sobretodo para determinar la extensión extraesofágica del tu--mor.

La endoscopia ha determinado ser el auxiliar diagnóstico de mayor utilidad en la detección del Cáncer Esofágico, ya que a través de esta se puede visualizar en forma directa las lesiones o zonas sospechosas de malignidad.

Aunque debemos de recordar que en las etapas iniciales en pac. asintomaticos puede no haber cambios macroscopicos difi--cultando el diagnóstico; por lo que en pac. con factores de riesgo se puede realizar la prueba del Lugol, la cual consiste en la aplicación de solución de Lugol sobre el epitelio Esofágico sospechoso de malignidad y dependiendo de la presencia o no de glucogeno aparecera coloración cafe-verdoso para el epitelio normal o beige para epitelio maligno, determinando la zona para la toma de biopsia.

El estudio histopatológico es finalmente el estudio que nos da el diagnóstico final y de certeza para que en conjunto con el resto de estudios complementarios podamos establecer una conducta terapeutica así como determinar el pronostico de los pac. (8,9,10,11,12,13).

Una vez que se ha establecido el diagnóstico de Cáncer Esofágico es necesario estadificarlo tanto histológicamente como en su extensión, tanto intra como extraesofágica.

La extensión extraesofágica de la tumoración se hace a estructuras vecinas (arbol traqueobronquial, ganglios linfáticos, Estómago, etc.)(1,6,8,9,).

Cuando se sospecha de extensión hacia arbol traqueobronquial se puede realizar una broncoscopia, para la comprobación de esto y determinar la conducta a seguir. (14,15,16).

El diagnóstico de Cáncer Esófagico conlleva un pronóstico extremadamente grave. Los rangos de sobrevivida de 5 años no han mejorado durante las dos últimas décadas y se mantiene en rangos de 5 a 10%.

De 100 nuevos pac. diagnosticados, de 50-60 tiene enf. incurable, ya sea por metastasis a distancia o extensión local excesiva.

El tratamiento del Cáncer Esófagico va a depender de varios factores como son estado general del pac., tipo histológico, extensión intraesofágica y presencia o no de metastasis. (17).

Dependiendo de los factores antes mencionados el manejo inicial puede ser a base de radioterapia preoperatoria o radioterapia postoperatoria cuando el tumor se encuentra limitado al Esófago.

La cirugía puede consistir en Laparatomia más toracotomia derecha con resección del tumor y 5 cm. por arriba y por abajo de la tumoración, la reconstrucción se puede hacer con interposición gástrica, interposición colonica o Esófagoyeyunostomia dependiendo de las posibilidades anatomicas.

Cuando la lesión es irresecable se ha ideado una prótesis que se coloca dentro del Esófago para evitar la progresión de la estenosis y tratar de mejorar la disfagia secundaria. En los últimos años y en vista del gran número de pac. con procesos metastásicos y de la elevada mortalidad postoperatoria (10 a 41%), se han hecho estudios acerca de una terapia combinada radioterapia más quimioterapia con buenos resultados; mejorando los rangos de mortalidad para 5 años. (17, 18, 19, 20, 21).

JUSTIFICACION

Ya que en los últimos años la frecuencia del Cáncer de -- Esófago ha aumentado considerablemente y de que el tabaquismo y principalmente el etilismo son dos de los factores de riesgo para el Ca. de Esófago; y ya que estas toxicomanías son frecuentes en nuestro medio, es importante conocer la incidencia de esta patología en nuestra población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que en las últimas décadas la incidencia de Cáncer Esófagico ha aumentado considerablemente, queremos conocer la frecuencia de está patología en la población a la cual se le realizo endoscopia en el H.E. CMN "M.A.C." de Puebla.

Así mismo conocer la incidencia de está patología con respecto a edad, sexo, localización anatomica y tipo histológico más frecuente.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Analizar la frecuencia de Cáncer Esófagico en la población a la cual se le realizo esdoscopia en el serv. de Endoscopia del H.E. CMN "M.A.C." de Puebla, durante el periodo de Enero de 1988 a Diciembre de 1992.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar la frecuencia del Cáncer Esófagico en los pac. en que se practico endoscopia, en el H.E. CMN "M.A.C." de Puebla.
2. Conocer la incidencia por edad y sexo del Cáncer Esófagico.
3. Determinar la localización anatomica más frecuente del Cáncer Esófagico.
4. Conocer el tipo histologico más frecuente del Cáncer Esófagico.

HIPOTESIS

1. H0. No se puede determinar la frecuencia de Cáncer Esófagico en los pacientes en que se practico endoscopia, en el H.E. CMN "M.A.C." de Puebla.

H1. Si se puede determinar la frecuencia de Cáncer Esófagico en los pacientes en que se practico endoscopia, en el H.E. CMN "M.A.C." de Puebla.

2. H0. No se puede conocer la incidencia de Cáncer Esófagico por edad y sexo.

H1. Si se puede conocer la incidencia de Cáncer Esófagico por edad y sexo.

3. H0. No se puede determinar la localización anatomica más frecuente del Cáncer Esófagico.

H1. Si se puede determinar la localización anatomica más frecuente del Cáncer Esófagico.

4. H0. No se puede conocer la estirpe histologica más frecuente del Cáncer Esófagico.

H1. Si se puede conocer la estirpe histologica más frecuente del Cáncer Esófagico.

PROGRAMA DE TRABAJO

MATERIAL:

Se revisarán todos los expedientes de los pacientes a los cuales se les realizó estudio endoscópico de tubo digestivo alto en el servicio de endoscopia del H.E. CMN "M.A.C." del IMSS de Puebla, entre el período de Enero de 1988 y Diciembre de 1992.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes a los cuales se les realizó endoscopia de tubo digestivo alto, con diagnóstico de presunción de Ca. Esófagico y evidencia endoscópica de este, practicándose biopsia.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pac. sin diagnóstico de presunción de Ca. Esófagico sin toma de biopsia y sin reporte histopatológico.

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

Pacientes con reporte histopatológico dudoso.

METODOS:

Se revisarán y analizarán todos los expedientes de los pacientes a los cuales se les halla realizado endoscopia de tubo digestivo alto entre Enero de 1988 y Diciembre de 1992, en el H.E. CMN "M.A.C." de Puebla.

Se elaborara un cuestionario que incluire los siguientes datos: Ficha de identificación, Fecha de endoscopia, Antecedentes (tabaquismo, etilismo, etc.), Sintomatología (disfagia, pérdida de peso, etc.), Estudios previos, Diagnóstico preendoscópico, diagnóstico endoscópico, localización anatomica de la lesión y reporte histopatológico.

El análisis de los resultados se hara por medio de tablas y graficas de acuerdo al metodo de estadística descriptiva; elaborandose con los resultados las conclusiones correspondientes.

TIPO DE ESTUDIO:

El tipo de estudio es retrospectivo, descriptivo, observacional y transversal.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos de nuestro estudio son los siguientes:

Entre Enero de 1988 y Diciembre de 1992, se realizaron 5201 endoscopias de tubo digestivo alto en el servicio de endoscopia del H.E. CMN "M.A.C." de Puebla, con un promedio de 1,040 endoscopias por año; de las cuales 55 (1.0%) fueron positivas para Cáncer de Esófago.

En 1988 se realizaron 899 endoscopias, diagnosticándose 16 casos de Ca.; en 1989 se realizaron 945 endoscopias diagnosticándose 14 casos; en 1990 se realizaron 1,000 endoscopias diagnosticándose 7 casos; en 1991 se realizaron 1,044 endoscopias diagnosticándose 10 casos y en 1992 se realizaron 1,313 endoscopias diagnosticándose 8 casos. (grafica 1).

La distribución por sexos fue la siguiente: para el sexo femenino 15 casos (27.3%) y para el sexo masculino 40 casos (72.7%), (grafica 2).

Con respecto a la incidencia en cuanto al tipo histológico: para el Ca. Epidermoide 6 casos para el sexo femenino y 22 casos para el sexo masculino en total 28 casos; en cuanto el Adenocarcinoma 9 casos para el sexo femenino y 18 casos para el sexo masculino en total 27 casos. (tabla 1).

En los 55 casos de Cáncer Esófagico se encontraron 2 tipos histologicos: El Adenocarcinoma con 27 casos (49%) y el Carcinoma Epidermoide o de Cel. Escamosas con 28 casos (51%).

La localización anatomica de la lesión fue: Para el tercio superior 16 casos (29.0%), tercio medio 18 casos (32.8%) y para el tercio inferior 21 casos (38.2%) (grafica 3).

La distribución anatomica en ambos tipos histologicos fue de: Ca. Epidermoide 11 casos (39.2%) en el tercio sup., 13 casos (46.5%) en el tercio medio y 4 casos (14.3%) en el tercio inferior y para el Adenocarcinoma 5 casos (18.5%) en el tercio sup., 5 casos (18.5%) en el tercio medio y 17 casos (63.0%) en el tercio inferior (tabla 2).

La sintomatología más frecuentemente relacionada con Ca. Esófagico fue disfagia en 55 casos (100%), pérdida de peso en 44 (80%), odinofagia en 13 (23.6%), tos y hematemesis en 5 casos cada uno con 9.0% y disfonía en 3 casos (5.4%) (grafica 4).

El tiempo de evolución entre el inicio de la sintomatología y el diagnóstico fue de 2 meses a 2 años.

El rango de edad general fue de 35 a 89 años con una edad promedio de 62 años.

La distribución por edad fue de 35 casos (63.6%) en mayores de 60 años y de 20 casos (36.3%) en menores de 60 años.

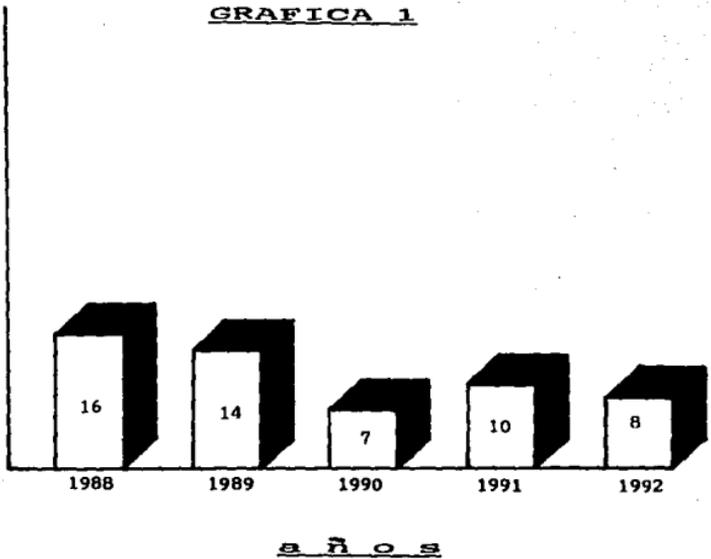
En el Ca. Epidermoide el rango de edad fue de 35 a 89 años con un promedio de 62 años y para el Adenocarcinoma el rango de edad fue de 39 a 88 años con promedio de 63.5 años.

La distribución de los antecedentes en cada uno de los tipos de Ca. Esófagico son: Para el Adenocarcinoma, 3 pac. con tabaquismo (11.1%), 2 pac. con alcoholismo (7.4%), 3 pac. con tabaquismo y alcoholismo (11.1%) y 19 pac. sin antec. (70.4%).

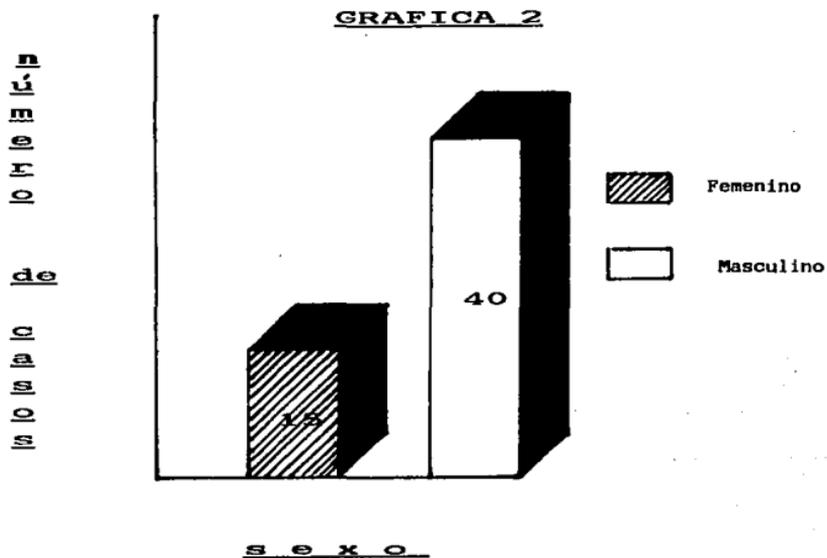
Para el Ca. Epidermoide, 3 pac. con tabaquismo (10.7%), 2 pac. con alcoholismo (7.1%), 10 pac. con tabaquismo y alcoholismo (35.7%) y 13 pac. sin antec. (46.5%). (tabla 3).

GRAFICA 1

de
ca
s
de
Ca.
Es
f
á
g
i
c
o



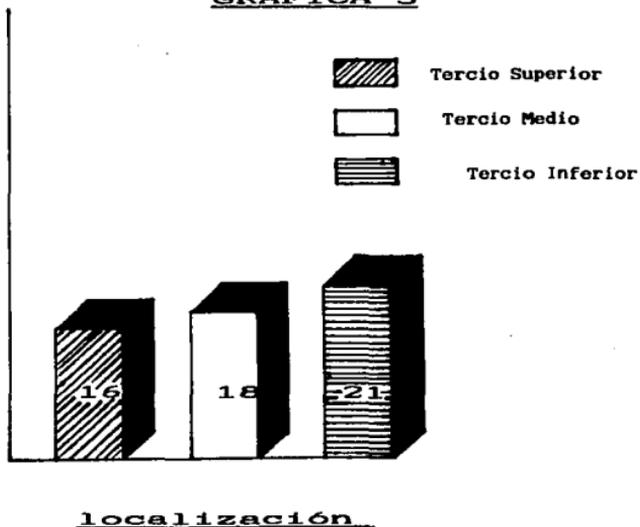
Número de casos de Ca. Esófagico de 1988 a 1992.



Frecuencia de Ca. Esófagico por Sexos.

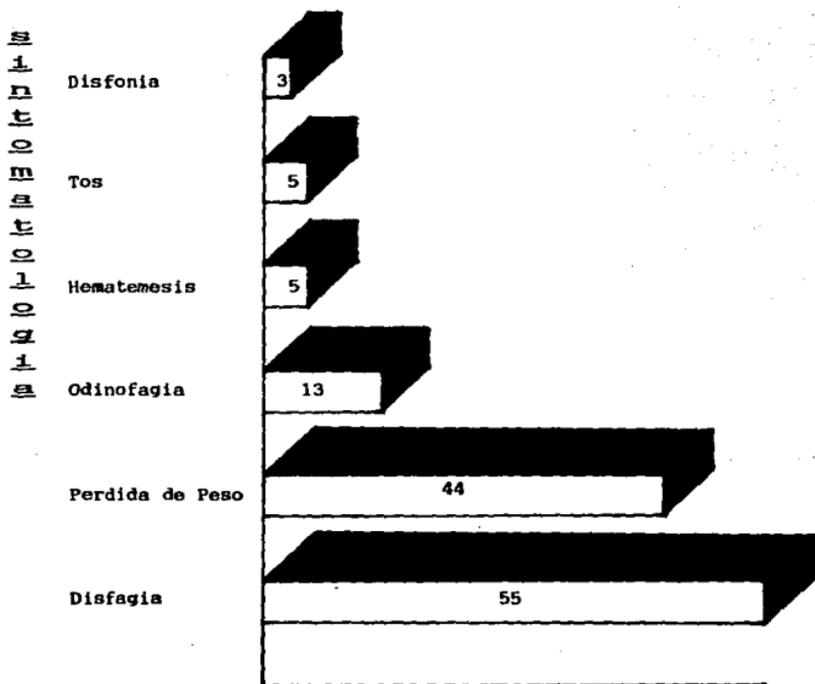
GRAFICA 3

de
localización
numero



Distribución Anatómica de Ca. Esófagico

GRAFICA 4



número de casos

Sintomatología relacionada con Ca. Esófagico.

TABLA 1

| Sexo | Adenocarcinoma | Ca. Epidermoide | Total |
|-------|----------------|-----------------|-------|
| FEM. | 9 | 6 | 15 |
| MASC. | 18 | 22 | 40 |
| Total | 27 | 28 | 55 |

Distribución de sexos, para Adenocarcinoma y Ca. Epidermoide

TABLA 2

| Localización | Adenocarcinoma | Ca. Epidermoide | Total |
|-----------------|----------------|-----------------|-------|
| Tercio Superior | 5 (18.5%) | 11 (39.2%) | 16 |
| Tercio Medio | 5 (18.5%) | 13 (46.5%) | 18 |
| Tercio Inferior | 17 (63.0%) | 4 (14.3%) | 21 |
| Total | 27 | 28 | 55 |

Localización anatomica del Adenocarcinoma y del Ca. Epidermoide de Esófago.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA 3

| Antecedente | Adenocarcinoma | Ca. Epidermoide | Total |
|----------------------------------|----------------|-----------------|-------|
| Tabaquismo | 3 (11.1%) | 3 (10.7%) | 6 |
| Alcoholismo | 2 (7.4%) | 2 (7.1%) | 4 |
| Tabaquismo más Alcoholismo | 3 (11.1%) | 10 (35.7%) | 13 |
| Sin Antecedentes | 19 (70.4%) | 13 (46.5%) | 32 |
| Total | 27 | 28 | 55 |

Antecedentes en Adenocarcinoma y Ca. Epidermoide de Esófago.

CONCLUSIONES

Con los resultados antes expuestos podemos llegar a las siguientes conclusiones:

- 1.- Que efectivamente el Cáncer de Esófago es más frecuente en el sexo masculino.
- 2.- Que es más frecuente en personas mayores de 60 años.
- 3.- Que apesar de que su incidencia no tuvo un aumento lineal en los últimos 5 años, en promedio el número de casos se mantuvo constante por año.
- 4.- Que tanto el tabaquismo como el alcoholismo son 2 factores importantes en la patogenia del Ca. de Esófago.
- 5.- Que la región anatomica más frecuentemente afectada en el Ca. Esófagico es el tercio inferior.
- 6.- No existio diferencia significativa en cuanto a la estirpe histologica (Adenocarcinoma o Ca. Epidermoide).
- 7.- Que la disfagia es el síntoma más frecuentemente relacionado con Cáncer de Esófago.

BIBLIOGRAFIA

1. Skinner B.D., Potentially Curable Cancer of the Esophagus, Cancer, December 1982;50:2571-2575.
2. Quint E.L., Esophageal Carcinoma: CT Findings, Radiology, April 1985;155:171-175.
3. Chuong J.H.J., Achalasia as a Risk Factor for Esophageal Carcinoma, Digestive Disease and Sciences, December 1984; 29:1105-1108.
4. Meijssen M.A.C., Achalasia complicated by oesophageal squamous cell carcinoma: a prospective study in 195 patients, Gut, February 1992;33:155-158.
5. Franceschi S., Smoking and Drinking in Relation to Cancers of the Oral Cavity, Pharynx, Larynx, and Esophagus in Northern Italy, Cancer Research, October 1990;50:6502-6507.
6. Correa P., Precursors of Gastric and Esophageal Cancer, Cancer, December 1982;50:2554-2565.
7. Hesketh J.P., The Increasing Frequency of Adenocarcinoma of the Esophagus, Cancer, July 1989;64:526-530.
8. Bralow P.S., Diagnosis and Staging of Esophageal and Gastric Cancer, Cancer, December 1982;50:2566-2570.
9. Levine S.M., Early Esophageal Cancer, AJR, March 1986;146: 507-511.
10. Kato H., Superficial Esophageal Carcinoma, Cancer, December 1990;66:2319-2323.
11. Sugimachi K., Lugol-combined Endoscopic Detection of Minute Malignant Lesion of the Thoracic Esophagus, Ann Surg, August 1988;208:179-183.

12. Shiozaki H., Endoscopic Screening of Early Esophageal Cancer With the Lugol Dye Method in Patients With Head and Neck Cancers, *Cancer*, November 1990;66:2068-2071.
13. Overhagen H., Ultrasound and Ultrasound-Guided Fine Needle Aspiration Biopsy of Supraclavicular Lymph Nodes in Patients With Esophageal Carcinoma, *Cancer*, February 1991; 67:585-587.
14. Choi K.T., Bronchoscopy and Carcinoma of the Esophagus I, *Am J Surg*, June 1984;147:757-759.
15. Choi K.T., Bronchoscopy and Carcinoma of the Esophagus II, *Am J Surg*, June 1984;147:760-762.
16. Watanabe A., Bronchoscopic and Cytopathological Findings of Tracheobronchial Involvement in Esophageal Carcinoma, *Endoscopy*, 1990;22:273-275.
17. Kelsen D., Treatment of Advanced Esophageal Cancer, *Cancer*, December 1982;50:2576-2581.
18. Loizou A.L., A Prospective Comparison of Laser Therapy and Intubacion in Endoscopic Palliation for Malignant Dysphagia *Gastroenterology*, May 1991;100:1303-1310.
19. Eeftinck M., Survival after resection for carcinoma of the oesophagus, *Br J Surg*, March 1987;74:165-168.
20. Araujo M.C., A Randomized Trial Comparing Radiation Therapy Versus Concomitant Radiation Therapy and Chemotherapy in Carcinoma of the Thoracic Esophagus, *Cancer*, May 1991;67: 2258-2261.
21. Carey W.R., A Pilot Study of Neoadjuvant Chemotherapy With 5-Fluorouracil and Cisplatin With Surgical Resection and Postoperative Radiation Therapy and/or Chemotherapy in Adenocarcinoma of the Esophagus, *Cancer*, August 1991;68: 489-492.