



11209
60
20

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

CANCER ESOFAGICO REVISION DE 10
AÑOS EN EL HOSPITAL ESPAÑOL
DE MEXICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

DR. JOSE MANUEL LORENZO SILVA

COORDINADOR DE TESIS

DR. ARMANDO BAQUEIRO CENDON

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

" EL CONOCIMIENTO LLEGA
PERO LA SABIDURIA TARDA "

TENNISON

DR. JOSE MANUEL LORENZO SILVA
AUTOR

DR. ARMANDO BAQUEIRO CENDON
TUTOR Y COORDINADOR DE TESIS
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGIA
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
★ MAR. 1 1990 ★
SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
BIP

DR. ALBERTO VILLAZON SAHAGUN
JEFE DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO

DR. ALFREDO SIERRA UNZUETA
JEFE DEL DEPTO. DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO

SOCIEDAD DE INVESTIGACION ESPANOLA
1 FEB. 20 1996
ENSEÑANZA E INVESTIGACION

A G R A D E C I M I E N T O S

A mis Padres, a mi Esposa y a mi hermano, por haber creído en mí y por su apoyo incondicional, para llegar a este momento. Los quiero.

Al Hospital Español de México, por recibirme y haberme permitido - obtener, gracias a sus pacientes, mis conocimientos.

A todos mis Maestros, especialmente al Dr. Armando Baqueiro Cendon al Dr. José Manuel Portos Silva, al Dr. Rogelio Revuelta Gutierrez y - al Dr. Jorge Fernandez Alvarez, por haber sido mis tutores directos y no concretarse únicamente a los aspectos médicos, sino también por haber compartido todas sus experiencias y transmitirme aquellos aspectos humanitarios en el trato a los pacientes. Muchas Gracias.

A todos mis compañeros y amigos en el Hospital Español, de manera especial a los Dres. Antonio Castillo Magaña y Ricardo Bustos Gibert - por haber hecho de la Residencia una gran experiencia.

G R A C I A S

- INDICE -

I. <u>INTRODUCCION</u> -----	1
1. Epidemiologia -----	2
2. Etiologia -----	2
3. Patologia -----	3
4. Manifestaciones Clínicas -----	6
5. Diagnostico -----	7
6. Estadificación -----	11
7. Evaluación Clínica -----	14
8. Tratamiento -----	16
9. Sobrevida -----	21
II. <u>JUSTIFICACION</u> -----	23
III. <u>OBJETIVO</u> -----	24
IV. <u>PACIENTES Y METODOS</u> -----	25
V. <u>RESULTADOS</u> -----	26
1. Gráficas -----	29
2. Tablas -----	47
VI. <u>CONCLUSIONES</u> -----	59
VII. <u>BIBLIOGRAFIA</u> -----	61

INTRODUCCION

EPIDEMIOLOGIA

En el carcinoma esofágico, existe una distribución geográfica y racial interesante. Es así como en los Estados Unidos y en Sudafrica -- los negros presentan una incidencia mucho mayor que blancos de la misma zona. En la región noreste de Iran la incidencia de carcinoma esofágico es mayor que en el resto del país, situación similar en la región noreste de China. [1,2,3,4,8]

En la mayoría de las áreas antes mencionadas y en donde el carcinoma esofágico es común, la población es pobre y sufre deficiencias dietéticas.

ETIOLOGIA

De acuerdo a varios estudios realizados por Thurman en 1982 y por Van Rensburg, se observó que en zonas de alto riesgo para esta patología, la alimentación juega un papel importante, es así como la deficiencia en el consumo de riboflavina, vitamina A, zinc, magnesio, ácido nicotínico, es una característica de las poblaciones en China y Sudafrica, en donde el carcinoma esofágico tiene una incidencia alta dentro de la población. [2,5,6,8]

En los países Occidentales, el carcinoma esofágico se ha asociado de manera importante al consumo de tabaco y alcohol, observando un riesgo sumamente alto (44 veces), para el desarrollo de carcinoma escamoso en comparación con personas no fumadoras ó que no ingieren alcohol. [6,8,12]

Se han asociado otros factores en la etiología del cáncer esofágico aunque no existe un estudio claro aun; dentro de estos se encuentran la ingesta de alimentos a altas temperaturas, especias picantes, fibra e infecciones por hongos.

Existen lesiones que se han considerado como precursoras ó premalignas, asociadas con esta patología, como lo son el síndrome de Plummer-Vinson, estenosis caustica, tilosis, esofago de Barrett, la acalasia (7%), en raras ocasiones los divertículos esofágicos. [1,9,10,12]

En estudios realizados en Iran y China en 1982 por Muñoz y colabora-

dores, se sugirió que dentro de la historia natural del carcinoma de esófago, este inicia con esofagitis, la cual puede progresar a atrofia, displasia y finalmente cáncer. [1,4]

PATOLOGIA

La localización anatómica más frecuente dentro del carcinoma escamoso del esófago es el 1/3 medio (50 %), en 2do. lugar el 1/3 inferior (30 %), y por último el 1/3 superior (20 %). En los últimos 20 años la Sociedad Japonesa de Enfermedades Esofágicas, recomendó que se realizara una localización anatómica más precisa para las lesiones malignas de esófago, dividiendo a este último en 5 segmentos (cervical, torácico superior, torácico medio, torácico inferior y abdominal). [11,13,15]

- * Cervical: A partir del esfínter cricofaríngeo a la entrada al torax (18cm. a partir del incisivo superior).
- * Torácico superior y medio: Entrada al torax hasta en punto que se encuentra a 10 cm. por arriba de la unión gastroesofágica. (18 + 31cm. del incisivo superior).
- * Torácico inferior: 10cm. por arriba de la unión esofagogástrica a la entrada al abdomen. (40cm. del incisivo superior).
- * Abdominal: De la entrada al abdomen a la unión esofagogástrica. (44cm. del incisivo superior).

LOCALIZACION	INCIDENCIA (%)
Cervical	8 %
Torácico superior	3 %
Torácico medio	32 %
Torácico inferior	25 %
Abdominal	32 %

Tabla 1. Incidencia en relación a la localización anatómica del cáncer esofágico.

1. CARACTERISTICAS MACROSCOPICAS

* Carcinoma avanzado: Una vez que la lesión es macroscópica ó radiológicamente visible, se considera cáncer avanzado. los 3 tipos son -- proliferativo (fungoide), ulcerativo, o infiltrativo. (Fig. 1). [15]

El tipo infiltrativo, en particular, resulta en estenosis.

* Microcarcinoma (cáncer mínimo invasivo): Monnier en 1982 empleo azul de toluidina para definir el cáncer temprano, su extensión mucosa precisa y la presencia de focos satélite. El examen citológico sistemático solo es de utilidad práctica en aquellas zonas de alto riesgo. En zonas de bajo riesgo las técnicas endoscópicas son de mayor utilidad en la detección de lesiones tempranas en comparación con las técnicas radiológicas. [15,16]

El carcinoma temprano se puede manifestar con cambios de coloración (blanco, rojo y mixto), aunque la presencia de irregularidades en la superficie como placas, depresiones, lesiones papilares y erosiones son evidentes en la mayoría de las ocasiones. En el 90% de las ocasiones las lesiones son multicéntricas; en un estudio realizado por Fu-Shing el diámetro de estas fue menor de un centímetro en el 18,7 %, menor de dos centímetros en el 40,7 % y mayor de cuatro centímetros en el 17,3 %. Pudiendo encontrarse estas lesiones, intraepiteliales, intramucosa ó submucosas. [11,15,16]

2. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

En su gran mayoría los carcinomas de esófago son del tipo escamoso, en mucho menor porcentaje se encuentran el adenoacantoma, carcinosarcomas, quiste adenoide (cilindroma), o tumores mucopidermoides; cabe ha mención especial en relación al adenocarcinoma esofágico, el cual en la década de los 70's tenía una incidencia de presentación no mayor al 5 % del total de los tumores malignos del esófago; sin embargo en las últimas 2 décadas la incidencia del adenocarcinoma esofágico ha aumentado de manera dramática, principalmente en países Occidentales, ocupando hoy en día mas del 40 % del total de los tumores malignos del esófago; el factor etiológico más importante en relación a la presencia de adenocarcinoma es la metaplasia columnar ó esofago de Barrett, el cual ocurre como una complicación en pacientes con reflujo gastroesofágico en un 10 % de los casos; macroscopicamente presenta las mismas características del carcinoma escamoso, en tanto microscopicamente es similar al carcinoma gástrico. [8,10,15,17,18,19,20,21]

3. DISEMINACION DEL CARCINOMA ESOFAGICO

* Continuidad: En aproximadamente 10 % de los casos, se ha diseminado a mas de 9 cm. de la lesi3n visible; y en mas de dos tercios de los casos se encuentra a mas de 3 cm. de las misma. Por lo tanto la excisi3n quirurgica radical (esofagectomia total), es necesaria para evitar la recurrencia local del mismo. En caso de realizar resecciones parciales, es necesario el estudio histopatologico transoperatorio, para confirmar la ausencia en los bordes quirurgicos. [23]

* Contiguidad: Invade traquea, bronquios, pleura, pulmon, conducto toracico, aorta, nervio larineo recurrente, diafragma y vasos cervicales. Mas del 75% de los carcinomas macroscopicos han invadido estas estructuras cuando el paciente es visto por primera vez; y uno de cada 10 pacientes se presentan, con fistula traqueoesofagica (Fig. 2). [23]

Fig. 1. Carcinoma avanzado.



Fig. 2. Carcinoma del tercio medio, con fistula traqueoesofagica.



* Linfática: Esta puede ocurrir en puntos próximos ó distantes al sitio anatómico del tumor; es así como Akiyama en 1981 demostró, que existía compromiso linfático de ganglios mediastinales superiores en 30 % de lesiones en esófago inferior y compromiso de ganglios gástricos superiores en 31 % de lesiones en esófago superior; así como también demostró que la supervivencia era mayor en pacientes con ganglios linfáticos negativos (53.8 %), en comparación con pacientes con ganglios linfáticos positivos (15.3 %). (Fig. 3). [22,25]

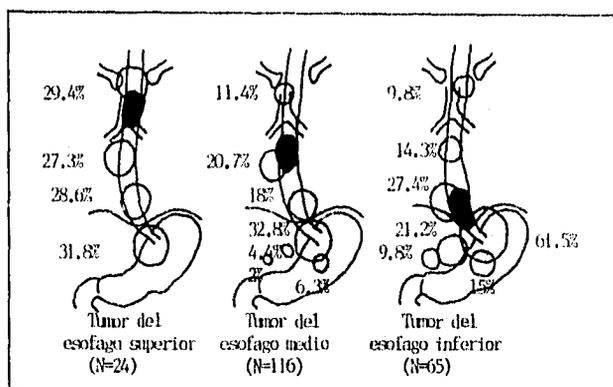


Fig. 3. Porcentaje de ganglios linfáticos positivos por núm. de casos reseccionados. Akiyama H, Tsurumaru N, et al, 1981.

MANIFESTACIONES CLINICAS

El carcinoma esofágico es una enfermedad que afecta a pacientes de edad avanzada, siendo la pérdida de peso y la disfagia los síntomas más comunes al momento de realizar el diagnóstico. En algunos pacientes no se presenta disfagia y los síntomas ocurren por invasión del tumor primario a estructuras adyacentes o por metástasis. La extensión del tumor al árbol traqueobronquial puede ocasionar estridor y en ca-

so de desarrollarse fistula traqueo-esofágica pueden presentarse tos, ronquera ó neumonía por aspiración. La hemoptisis severa se observa en forma inusual y en etapas tardías de la enfermedad, pudiendo ser causa de ulceración del tumor a la pared esofágica ó por erosión del mismo a vasos pulmonares y/o aorta. Se puede presentar parálisis de cuerdas vocales si el tumor invade al nervio laríngeo recurrente. En caso de metástasis estas se manifiestan primordialmente por la presencia de ictericia y dolor óseo. [8,15,19]

En países en los cuales, el carcinoma esofágico es frecuente y se realizan estudios paraclínicos de manera rutinaria, el síntoma cardinal lo constituye el dolor retroesternal al paso de alimentos.

Como se mencionó anteriormente la disfagia es el síntoma principal dentro de la historia natural, sin embargo esta generalmente se manifiesta en etapas tardías de la enfermedad, debido en gran parte, a la ausencia de serosa esofágica, lo que permite, al músculo liso dilatarse de manera "sencilla" y permitir el paso de alimento. Como resultado, cuando el paciente acude al especialista por disfagia, el tumor a infiltrado más del 60% de la circunferencia esofágica, haciendo a su vez muy probable la presencia de metástasis a distancia, la cual se observa hasta en un 40% de los pacientes al realizar el diagnóstico.

Cuando la lesión se localiza en la unión esófago-gástrica, la pérdida de peso y la anorexia, por lo regular preceden a la disfagia en la presentación clínica. [8,15,20,21]

DIAGNOSTICO

1. ESTUDIOS BASICOS

Es importante analizar y establecer el estado nutricional, el balance hidro-electrolítico y la función respiratoria del paciente. El peso del paciente, albúmina sérica, frotis sanguíneo y velocidad de sedimentación, así como la fosfatasa alcalina son requisitos básicos. [26,28]

La tele radiografía de tórax nos puede mostrar evidencia de neumonitis por aspiración, enfermedad obstructiva de vías aéreas, y en caso -

de masa esofágica puede revelar la presencia de dilatación esofágica - y/o presencia de niveles hidroaereos dentro del mismo. [26,27,28,29]

2. ESTUDIOS BARITADOS

La presencia de estenosis, con defectos de llenado de tipo fungoide y/o lesiones ulcerativas, son imagenes observadas en casos avanzados - (Fig. 1). En casos tempranos, los estudios con doble contraste son in dispensables para detectar las lesiones y valorar su extensión. La -- presencia de pequeñas irregularidades, así como rigidez de la pared -- esofagica, se pueden considerar diagnosticas en casos de sospecha (Fig 4). En casos de carcinoma escamoso secundario a acalasia generalmente se manifiesta como defecto de llenado en la porción media del esófago, así como aumento de diametro del mismo (dilatación). [29]

3. ENDOSCOPIA

Es un estudio indispensable para localizar, biopsiar y realizar cepillado de la lesión para así realizar una confirmación citologica e - histologica. Hoy en día es el estudio de primera elección en paciente con síntomas gastro intestinales del tracto superior, siendo mas sensible y específico que los estudios baritados. (Fig. 5). [7,29,30]

En caso de sospecha en lesiones tempranas es útil la tinción con -- azul de toluidina. [11]

En un segundo término y despues de realizar endoscopia gastro intes tinal, muchos especialistas recomiendan la realización de broncoscopia para excluir infiltración / desviación de traquea y bronquios principa les.

En países como China en donde el carcinoma esofágico tiene una inci dencia elevada, el uso de citologia abrasiva con balones inflables a - demostrado el poder dectectar displasia premalignas así como cáncer -- temprano en mas del 10% de pacientes asintomaticos que se someten a es tudios rutinarios. [32]

4. ULTRASONIDO

La detección por ultrasonido de metástasis a ganglios linfáticos -- presenta una sensibilidad del 74% y una especificidad del 96%; al mis- mo tiempo el ultrasonido transluminal nos puede diagnosticar la inva-- sión del tumor a la pared en un 75%; estudios realizados por Yoshinaka

resultados, en países en donde el cáncer de esófago no es una patología frecuente y el ultrasonografista no cuenta con experiencia en la realización del mismo, son bajos con un gran número de falsos positivos y falsos negativos.[31,34]

5. TOMOGRAFIA COMPUTADA

La "TAC", ha demostrado ser el estudio con mas alto índice de sensibilidad y especificidad para observar el tamaño de la lesión y valorar la invasión de esta al árbol traqueo-bronquial, hígado, glandula suprarrenal, así como ganglios linfáticos involucrados (Fig. 6); aunque ciertos estudios han mostrndo que en 1-2% de las tomografías realizadas no existe una correlación adecuada entre los hallazgos quirúrgicos y esta. [33]

Fig. 4. Carcinoma temprano del esófago medio.



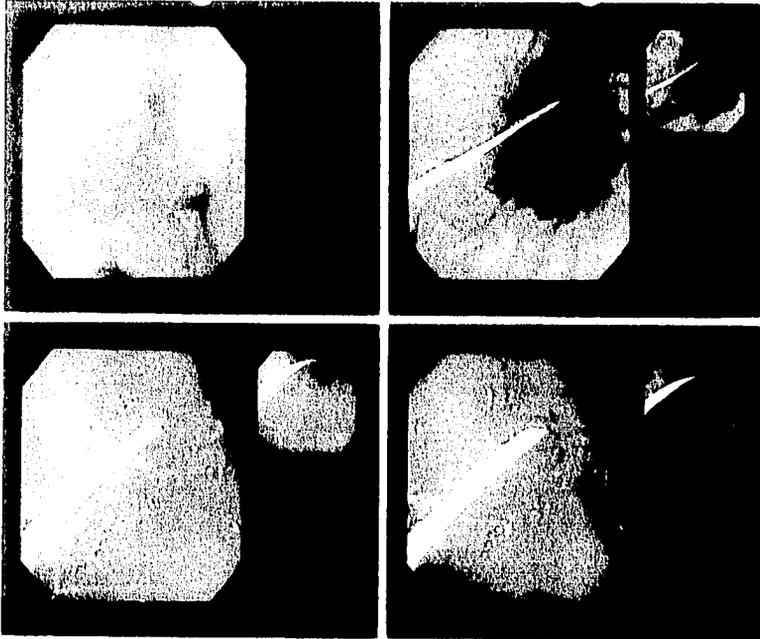
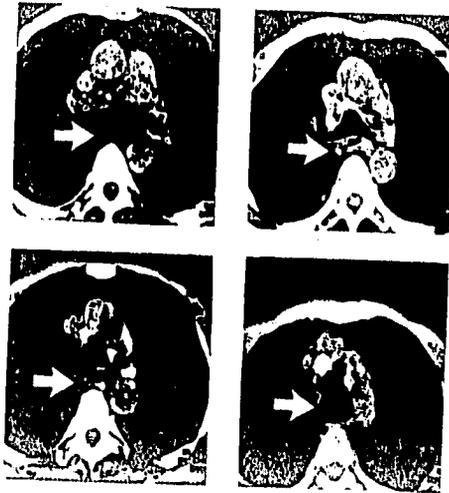


Fig. 5. Endoscopia

Fig. 6. Esofago dilatado (abajo, derecha), proximal a una lesion estenosante (arriba, izquierda).



ESTADIFICACION

El carcinoma esofágico, al igual, que otros tumores se estadifica de acuerdo al grado de invasión (penetración) del tumor primario y a la presencia ó ausencia de invasión a ganglios linfáticos u órganos dis-
tantes (Fig. 7). La clasificación de los factores antes mencionados -
no es posible realizarla clinicamente en tumores del esófago toracico,
por lo que esta basada en técnicas de imagen (Tabla 2 y 3). Sin embar-
go la tomografía computada no ha mostrado ser de utilidad en la estadi-
ficación de tumores tempranos en el esófago toracico y en el cardias;
de la misma manera la resonancia magnetica tampoco ha mostrado ser su-
perior a la tomografía. [31,35,36,37]

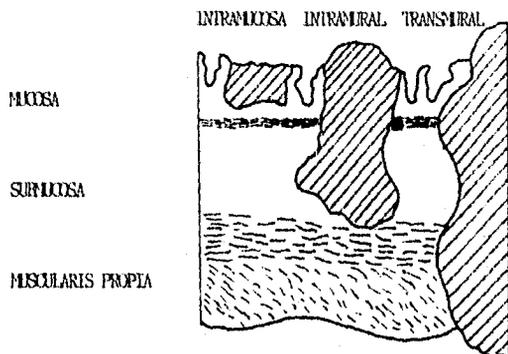


Fig. 7. Estadificación de acuerdo al grado de invasión del tumor primario.

TABLA 2.
TNM Criterios de estadiificación para el cáncer esofágico

Clinico		Resección postquirúrgica
	TUMOR PRIMARIO (T)	
Tumor <5cm, sin obstrucción, no circunferencial, sin invasión extraesofágica.	T 1	Tumor limitado a mucosa y submucosa.
Tumor que no se extiende más allá de la muscularis propia pero es >5cm, circunferencial u obstructivo.	T 2	Tumor invasivo de la muscularis propia, sin revasarla.
Cualquier tumor con evidencia de invasión extraesofágica.	T 3	Tumor invasivo que revasa la muscularis propia.
	INVASION A GANGLIOS (N)	
Ganglios regionales no involucrados.	N 0	Ganglios regionales no involucrados.
Ganglios regionales no accesibles para evaluación clínica	N X	-----
Ganglios palpables, móviles y unilaterales.	N 1	Ganglios reg. involucrados (para tumores cervicales, únicamente evidencia unilateral).
Ganglios palpables, móviles y bilaterales.	N 2	-----
Ganglios fijos.	N 3	Ganglios reg. involucrados de manera importante (tumores cervicales)
	METASTASIS DISTANTES (M)	
Sin metástasis	M 0	Sin metástasis.
Metástasis a distancia	M 1	Evidencia de metástasis a distancia.

TABLA 3.
Sistema de estadiificación Japones y de la UICC*

TUMOR PRIMARIO (T)	
T 1	Tumor invade a la submucosa sin revasarla.
T 2	Tumor invade la muscularis propia sin revasarla.
T 3	Tumor invade la adventicia.
T 4	Tumor invade estructura adyacentes.
GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES (N)	
N 0	Sin invasión a ganglios linfáticos regionales.
N 1	Ganglios linfáticos mediastinales y perigástricos.
METASTASIS (M)	
M 0	Sin evidencia de metástasis
M 1	Metástasis a otras vísceras ó ganglios linfáticos no regionales.

* Unión Internacional Contra el Cáncer

En un análisis realizado en pacientes que se encontraban en fases tempranas de la enfermedad, los cuales se sometieron a resección "en bloque" potencialmente curativa, se observó que las metástasis a ganglios linfáticos así como la invasión del tumor primario a la pared esofágica presenta un factor independiente en el pronóstico de esta patología. (Tabla 4.). Es más se observó que en aquellos pacientes que presentaban menos de 4 a 6 ganglios peritumorales infiltrados, tenían el mismo pronóstico que en aquellos a los cuales no se encontraban ganglios linfáticos infiltrados. [23,37,38,39]

Otros factores como el tamaño del tumor, el tipo celular, el grado de diferenciación y la localización de este no tuvieron ninguna diferencia pronóstica en la supervivencia de estos pacientes en etapas tempranas. [40]

TABLA 4.

Criterio de estadificación postquirúrgica, basado en factores pronósticos específicos.

Invasión a la pared esofágica (W)	
W 0	Carcinoma in situ.
W 1	Carcinoma que invade la muscularis propia.
W 2	Extensión transmural del tumor primario a través de la m. propia.
Ganglios linfáticos regionales involucrados (N)	
N 0	Sin ganglios linfáticos involucrados.
N 1	1 a 5 ganglios linfáticos involucrados.
N 2	Más de 5 ganglios linfáticos involucrados.
Metástasis (M)	
M 0	Sin metástasis.
M 1	Metástasis a vísceras o ganglios linfáticos distantes.

De acuerdo a las tablas de estadificación antes mencionadas, se ha dividido al cáncer esofágico en etapas clínicas (Tabla 5). [39]

ETAPA 0	Tis; NO; NO
ETAPA 1	T1; NO; NO
ETAPA 2	T1; N1-2; NO T2; NO-2; NO
ETAPA 3	T3; NO-3; NO
ETAPA 4	T0-3; NO-3; M1

Tabla 5. Etapas clínicas del cáncer esofágico.

EVALUACION CLINICA (RESECABILIDAD)

La selección del tratamiento del cáncer esofágico, ya sea curativo ó paliativo se basa en varios factores (Tabla 6): [24,41,42,43]

1. LOCALIZACION:

Particularmente importante en los tumores de la porción cervical ya que se han considerado como una entidad patológica diferente por diversos motivos como lo son el drenaje linfático que presenta, la invasión temprana a grandes vasos, entre otros, haciendo que el tratamiento de estos tumores sea en su mayoría paliativo y no quirúrgico.

En tumores localizados en el esófago torácico y en el cardias, la resección en bloque es el tratamiento de elección ya sea curativo o paliativo y solo cuando se demuestre una lesión irresecable deberá utilizarse alguna otra terapia.

2. EDAD:

La resección en bloque "curativa" en pacientes mayores de 80 años no se realiza, debido al gran riesgo quirúrgico que esta presenta en relación a una expectativa de vida corta. Sin embargo y en caso de poderse realizar una resección paliativa es la mejor norma a seguir, ya que alivia los síntomas y otorga una mejor calidad de vida.

3. ESTADO FISIOLÓGICO:

Pacientes los cuales serán sometidos a cirugía esofágica, deben tener una reserva cardiopulmonar suficiente para tolerar el procedimiento. Por lo que en caso de sospecha de enfermedad pulmonar y/o cardiovascular deberán de realizarse estudios específicos para evaluar la re

4. ETAPA CLINICA:

Existen diversos factores clínicos que indican estadios avanzados de la enfermedad y que excluyen la posibilidad de tratamiento quirúrgico curativo (Tabla 6). [41,43]

5. ESTADIO QUIRURGICO:

Pacientes a los cuales durante el procedimiento quirúrgico se encuentra como hallazgo, metástasis a distancia, invasión mediastinal, cavitación tumoral, convierten a la cirugía en un procedimiento paliativo y no curativo. (Tabla 6). [42]

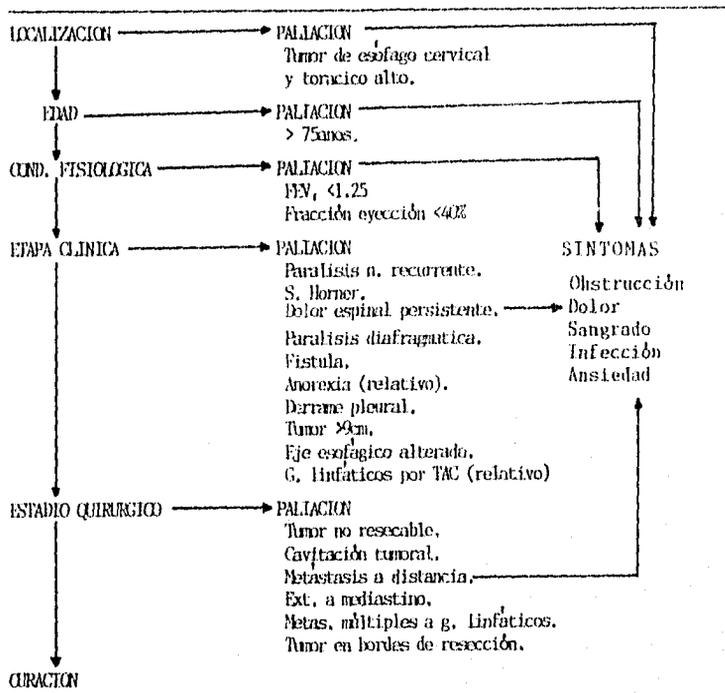


Tabla 6. Evaluación clínica para determinar tratamiento curativo ó paliativo.

TRATAMIENTO

1. QUIRURGICO

La cirugía es el único tratamiento que se considera curativo en el cáncer esofágico y a su vez es el mejor procedimiento paliativo para los pacientes con esta patología. [8,22,52,53]

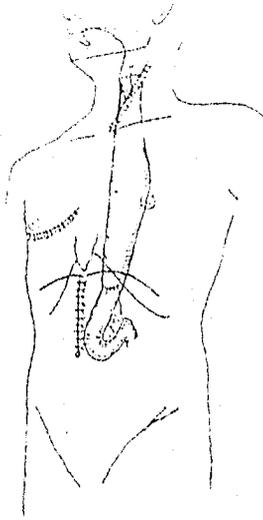
Varias técnicas quirúrgicas se han descrito para el tratamiento del carcinoma esofágico, de las cuales, destacan las descritas por Ivor Lewis en 1946 (incisión torácica y abdominal, con resección en bloque y anastomosis torácica); la descrita por McKeown's en 1969 (incisión cervical, torácica y abdominal con disección en bloque y anastomosis cervical), ambas consideradas como los procedimientos clásicos en cirugía "curativa" de esófago, a pesar de lo cual la técnica de Ivor-Lewis se encuentra en desuso por dificultad en el manejo de complicaciones postquirúrgicas con anastomosis torácicas; y finalmente la técnica descrita por Dent en 1913 y popularizada por Orriner en 1968 (incisión cervical y abdominal con anastomosis cervical). (Fig. 8) [51,52,55,56]

Los puntos básicos de estas técnicas son la disección en bloque del segmento a reseñar; disección linfática extensa; margen macroscópico libre de tumor de 10 cm, en sentido proximal y distal; re-establecer la continuidad del tracto gastrointestinal, en forma ideal con anastomosis esófago-gástrica y en caso de no poder emplear el estómago a través de segmento de yeyuno-íleon ó por transposición de cualquiera de los segmentos del colon. (Fig. 9) [40,46,53]

En casos de carcinoma de la porción cervical del esófago estas técnicas difieren de las utilizadas en carcinomas de la porción torácica y abdominal ya que la exploración del cuello debe de ser la primera fase en estos tumores para evaluar la posibilidad de resección y anastomosis satisfactoria, en caso de que las estructuras adyacentes al tumor no se encuentran invadidas por el mismo. [47,48,49]

Aunque a mediados de los años 70's, la técnica descrita por Dent se consideraba como tratamiento quirúrgico paliativo, debido a la imposibilidad de realizar una disección linfática en forma visual a nivel torácico, hoy en día se considera como una buena alternativa en pacientes con tumores del esófago abdominal y sin evidencia clínica o tomográfica de invasión a ganglios linfáticos. (Fig. 10). [22,35,44,45]

Fig. 8. Incisiones y abordajes en cirugía esofágica por cáncer.



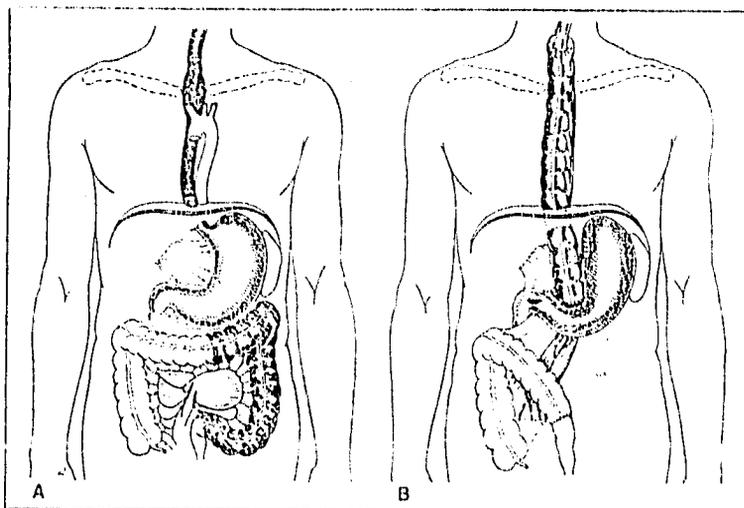


Fig. 9. Transposición de colon, en cirugía para carcinoma esófagico.

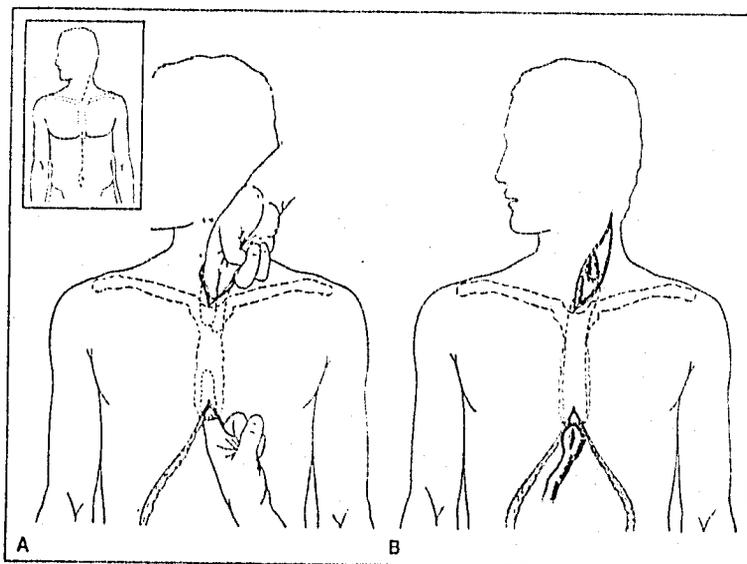
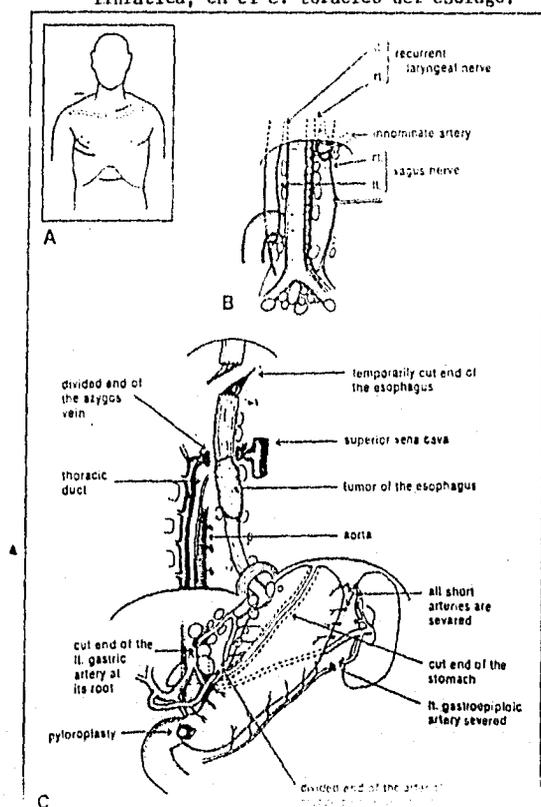


Fig. 10. Técnica descrita por Dent, para cáncer esófagico.

En las series reportadas por Akiyama en 1981, se mostró que el drenaje del esófago es muy amplio (Fig. 11), por lo que recomienda el realizar una disección linfática completa del mediastino posterior, de la porción gástrica superior y de la región celiaca, así como el realizar esofagectomía total para incrementar las posibilidades de curación; sin embargo Skinner en su serie reportó una mortalidad similar a la de Akiyama, con procedimientos quirúrgicos menos extensos y con probabilidades de curación. [22,24,38,44,53]

Fig. 11 Abordaje quirúrgico, principios de la disección linfática, en el c. torácico del esófago.



Como se menciono anteriormente un punto básico en la cirugía esofágica por cáncer es el re-establecer la continuidad del tracto gastrointestinal, lo cual se realiza en forma ideal con el estomago, el cual al ser un órgano altamente vascularizado con múltiples anastomosis en su sistema permite su movilización de manera relativamente "sencilla" únicamente preservando una de sus arterias (gastroepiploica derecha), sin embargo, cuando este órgano no se puede utilizar, ya sea por cirugía gástrica previa ó por alteraciones en su irrigación, el colon en cualquiera de sus porciones ocupa el segundo órgano en frecuencia para re-establecer la continuidad del tracto gastrointestinal, realizandose 2 anastomosis en este caso, esofagocolonica termino-terminal y gastro-colonica, latero-terminal. (Fig. 9) [45,49,54]

La morbimortalidad de la cirugía en cáncer esofágico es un punto que debe tenerse presente, ya que en cirujanos sin experiencia puede alcanzar porcentajes elevados. En la mayoría de las grandes series se reporta una morbilidad del 15-20%, causada principalmente por problemas respiratorios y cardiovasculares, fistula de la anastomosis (5-8%), necrosis del órgano utilizada para la anastomosis, sangrado quirurgico, lesión del n. laríngeo recurrente, parálisis diafragmatica postquirurgica, neumotorax, quilotorax e infección de la herida quirurgica. [50,51]

La mortalidad de este procedimiento es aproximada al 7-10% teniendo como causas las mismas mencionadas en el párrafo anterior. [50,56]

2. TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Como ya se menciono, la cirugía es el mejor tratamiento paliativo y el único considerado como curativo; sin embargo, los avances logrados en radioterapia, han llegado a aumentar el porcentaje de sobrevida en pacientes a los cuales no se les somete al procedimiento quirurgico, sin alcanzar los logrados por la cirugía, es así como Pearson y Langer han mostrado en pacientes altamente seleccionados y a los cuales únicamente se les sometio a radioterapia, una sobrevida del 30% a 2 años y del 8.8% a 10 años. [24,57,58,59]

Aunque no existen resultados concluyentes aun, se ha reportado en pequeñas series, la mas importante realiza por Sugimachi, que el uso

de radioterapia preoperatoria y cirugía pueden aumentar en forma importante la sobrevida a 5 años.[61]

La quimioterapia ha sido empleada por largo tiempo en el tx. del cáncer esofágico, ya sea en forma única ó en combinación con radioterapia y/o cirugía, sin embargo, los resultados no han sido promisorios, por lo que hoy en día sus indicaciones para el tratamiento de esta patología se encuentran en discusión. [64]

Por último, en aquellos pacientes que no son candidatos a cirugía, ó en los cuales a pesar de la radioterapia persisten con disfagia importante, se encuentran aquellos procedimientos endoscópicos para reestablecer la continuidad del tracto gastro-intestinal; dentro de estos se encuentra en primer término la dilatación endoscópica, la cual debe de realizarse en forma rutinaria, en base a la sintomatología del paciente, no estando exenta de complicaciones y de estas siendo la perforación la más frecuente; el uso de prótesis endoscópicas también a sido de utilidad, sin embargo son mal toleradas y se encuentran contraindicadas en tumores de la región cervical del esófago; por último se encuentra el uso de láser endoscópico, el cual a pesar de ser un método efectivo en la disminución del tamaño tumoral, su costo, el tiempo de hospitalización necesario y la recurrencia temprana del tumor, limitan en gran parte su aplicación. [60,62,63]

SOBREVIDA

A pesar de los esfuerzos realizados por diagnosticar en forma temprana el cáncer esofágico y así aumentar el porcentaje de curación y por lo tanto la sobrevida, esto no ha podido concretarse; es así como Akiyama reporta un porcentaje de sobrevida en pacientes sometidos a cirugía del 29.2% a 5 años en tumores de la unión esófago-gástrica y del 25% en tumores de la porción torácica del esófago; en pacientes con tumores de la región cervical del esófago, reporta una sobrevida del 22.6% a 2 años. [22,38,41,44]

Sin embargo ningún otro autor, ha reproducido estos porcentajes de sobrevida, siendo este en la mayoría de la series europeas y americanas del 20-23% a 5 años en pacientes con tumores de la porción torácica y abdominal del esófago y del 12-15% a 2 años en pacientes con tumor

Cuando se clasifica al cáncer esofágico por estadios, la sobrevida, disminuye de manera importante, conforme avanza el estadio clínico, es así como la asociación japonesa de enfermedades esofágica y la unión - internacional contra el cáncer, reporta los siguientes datos (Tabla 7) [13,37,39]

ESTADIO	SOBREVIDA A 5 AÑOS (%)
I (T1N0M0)	60.8
IIa (T2-3N0M0)	39.7
IIb (T1-2N1M0)	24.8
III (T3N1M0;T4N0-1M0)	15.5
IV (T1-4N0-1M1)	4.9

Tabla 7. Sobrevida a 5 años por estadio en el cáncer esofágico.

En cuanto al porcentaje de sobrevida logrado en pacientes ha los cuales se les ha manejado con radioterapia en forma exclusiva, se comentó en párrafos previos.

JUSTIFICACION

Como se menciona anteriormente, el carcinoma esofágico es una patología, en la cual el diagnóstico temprano es difícil de realizar, debido a que la sintomatología en un gran porcentaje de estos pacientes se presenta en forma tardía, haciendo que el tratamiento sea en su gran mayoría paliativo y no curativo con tasas de sobrevivencia a 5 años baja.

En nuestra Institución no existe ningún trabajo realizado, en el cual se reporten estas tasas de sobrevivencia, así como los métodos de diagnóstico empleados, aun cuando el carcinoma de esófago se encuentra en el décimo lugar de frecuencia en nuestro Hospital.

OBJETIVO

El objetivo primordial de este trabajo es el recabar los porcentajes de supervivencia a 5 años, en comparación con los reportados por la literatura mundial; así como el observar su forma de presentación, el tiempo promedio en que el paciente acude al especialista después de iniciar la sintomatología, los métodos de tratamiento empleados, ya sea en forma curativa y/o paliativa; y como se mencionó en las primeras páginas de este trabajo el observar la frecuencia actual de adenocarcinoma en los tumores esofágicos y su relación con el esófago de Barrett.

PACIENTES Y METODOS

Durante el periodo comprendido entre Enero de 1985 a Diciembre de 1994, 25 pacientes fueron ingresados al Hospital Español de México, con sospecha de presentar patología maligna de esófago.

De los 25 pacientes ingresados, 18 (72%) fueron varones y 7 (28%), mujeres (Gráfica 1 y 2); con un promedio de edad de 64,04 años (rango de 28 a 81 años). (Gráfica 3).

En todos, se reviso en forma detallada su Historia Clínica, para evaluar y realizar una correlación con diversos factores asociados al cáncer esofágico (antecedentes de patología maligna en familiares; así como el consumo de tabaco y alcohol en estos sujetos); también así para reportar la forma de presentación clínica, tiempo de evolución de los síntomas y signos, métodos diagnósticos empleados en esta Institución, localización, métodos terapéuticos empleados y por último el porcentaje de sobrevida a 5 años.

En base a los métodos diagnósticos empleados en el estudio de estos pacientes, se realizó una calificación por estadio, para decidir de esta forma el método terapéutico; considerando como criterios de exclusión para tratamiento quirúrgico, aquellos tumores de la porción cervical del esófago (3 pacientes), lesiones irresecables o con invasión a estructuras adyacentes (1 paciente), metástasis a órganos distantes (4 pacientes). (Tabla 8).

Por lo anteriormente mencionado, de los 25 pacientes, solo 20 de ellos (80%), fueron candidatos a tratamiento quirúrgico, de los cuales solo en 3 pacientes (15%), se le considero como tratamiento curativo, siendo en los restantes 17 pacientes (85%), considerado como paliativo.

A los pacientes que no se les considero como candidatos a tratamiento quirúrgico, 5 pacientes (20%), se les manejo con radioterapia y dilatación endoscópica. (Tabla 9). (Gráfica 4 y 5).

RESULTADOS

Durante el presente estudio, se observó una asociación importante entre el carcinoma esofágico y el consumo de tabaco y/o alcohol (Gráfica 6); encontrando que de los 25 pacientes, 21 de ellos (84%) eran fumadores y 15 (60%) consumían alcohol, siendo que solo en 3 de los pacientes (12%) no se encontró relación (Tabla 10). A su vez, observamos que en 15 de los 25 pacientes (60%), existían antecedentes familiares de patología maligna (Tabla 11), siendo los tumores gástricos los relacionados con mayor frecuencia (Gráfica 7).

En relación a los antecedentes personales patológicos de los pacientes estudiados, se encontró que en 14 de los 25 (56%), existía patología del tracto gastrointestinal superior, siendo la enfermedad ácido-péptica la más frecuente (7 pacientes); de estos 7 pacientes, 4 de ellos presentaban al momento del diagnóstico antecedentes de esófago de Barrett, siendo la estirpe histológica de los tumores en estos pacientes adenocarcinomas. (Gráfica 8, Tabla 12).

Dentro de la presentación clínica de esta patología se encontró que la disfagia, la odinofagia y la pérdida de peso, fueron los síntomas más frecuentes, aunque no los únicos. (Gráfica 9). A su vez se revisó el tiempo en que el paciente acudía por primera vez con el especialista después de la aparición de la sintomatología, encontrando un promedio de 5.24 meses (rango de 1-9 meses). (Gráfica 10). (Tabla 13).

De los métodos diagnósticos utilizados, la endoscopia ocupó el primer lugar, realizándose al 100% de los pacientes, en segundo término se encontró a la tomografía axial computada y por último a los estudios baritados. (Tabla 14, Gráfica 11)

En el presente estudio se clasificó a los tumores esofágicos en 3 divisiones según su localización anatómica, siendo los del tercio medio (región torácica), los más frecuentes. (Gráfica 12 y 13).

Como se subrayó en párrafos anteriores, a todos los pacientes se les dividió por estadio clínico, basándose en la clasificación descrita por la Asociación Japonesa y la UICC. (Tabla 15).

A todos los pacientes incluidos en el presente estudio, se les realizó análisis histopatológico, en forma rutinaria, al momento de realizar la endoscopia, encontrando al adenocarcinoma, como el tumor más frecuente en nuestro hospital en los últimos 10 años, quedando en segundo término el carcinoma escamoso (Gráfica 14 y 15). Sin predisposición para su localización anatómica en cualquiera de los 2 tipos.

Durante este trabajo solo en 4 de los 25 pacientes (16%), se demostraron metástasis a distancia, durante el estudio clínico de los mismos, siendo el hígado y los pulmones, los órganos más frecuentemente involucrados. (Tabla 16). Excluyéndolos a su vez de tratamiento quirúrgico.

En relación a la técnica quirúrgica empleada en los 20 pacientes candidatos a cirugía, las descritas por Dent y McKeown's fueron las más frecuentes; aunque en 3 de los pacientes se realizaron anastomosis torácicas con esofagectomía parcial (2 en tumores del tercio inferior y 1 en tumor del tercio medio).

La técnica quirúrgica empleada, se realizó primordialmente en base a la localización anatómica del tumor, siendo la técnica descrita por Dent empleada para tumores del tercio inferior y la descrita por McKeown's para tumores del tercio medio del esófago. (Gráfica 16, Tabla 17).

A todos los pacientes en quienes se les realizó resección quirúrgica se envió la pieza para estudio histopatológico, encontrando una correlación del 100% con la realizada en forma preoperatoria; determinando al mismo tiempo el número de ganglios positivos, dividiendo a estos en 3 grupos. (Tabla 18).

La morbilidad quirúrgica, fue del 35% siendo la fistula en la anastomosis la causa más frecuente (Gráfica 17, Tabla 19); manejándose a todos en forma médica.

La mortalidad quirúrgica encontrada en este estudio fue del 5%, presentándose exclusivamente en 1 paciente, siendo la causa, necrosis gástrica, secundaria a malrotación durante el ascenso en la cavidad torácica.

En 4 (20%) de los pacientes con tratamiento quirúrgico por cáncer esofágico, se presentaron complicaciones tardías, siendo la estenosis en la anastomosis la causa más frecuente; ninguno de estos pacientes fue reintervenido quirúrgicamente, ya que, respondieron en forma adecuada a la dilatación endoscópica. En 1 paciente se presentó fistula tardía a nivel de la anastomosis en torax, la cual tuvo que ser manejada quirúrgicamente, realizándose parche de pericardio, respondiendo satisfactoriamente. (Gráfica 18, Tabla 20).

A 9 de los 20 pacientes (45%), se les aplicó radioterapia postoperatoria, sin embargo, no se demostró aumento importante en la sobrevida en relación con aquellos no sometidos a la radioterapia postoperatoria.

Como se mencionó anteriormente a los 5 pacientes que no fueron candidatos para cirugía, se les manejó con radioterapia y dilatación endoscópica.

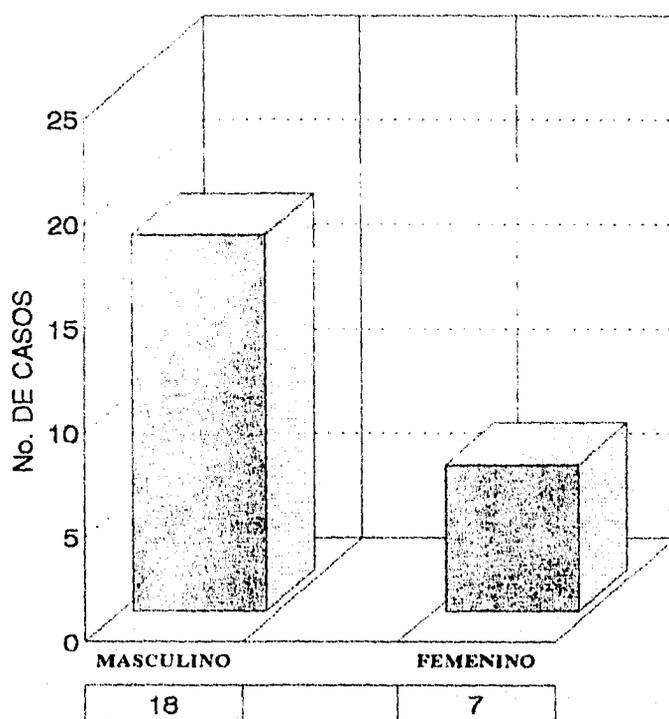
La sobrevida se analizó en base a la localización del tumor (Tabla 21 y 22), al estadio clínico (Tabla 23 y 24), al método terapéutico empleado (Tabla 25 y 26) y en aquellos pacientes sometidos a cirugía en base al número de ganglios positivos (Tabla 27 y 28); observando el porcentaje de sobrevida a 2 y 5 años. Al analizar la sobrevida a 5 años se realizó un corte parcial de la serie, hasta Diciembre de 1990.

Mencionare, que este fue el único punto en todo el estudio realizado en el cual no encontramos una correlación con la publicada por la literatura mundial; muy probablemente secundario a que nuestra serie contiene un número pequeño de casos (especialmente en aquellos que se someten a tratamiento curativo); sin embargo si encontramos que el número de ganglios positivos, así como el estadio clínico, presentan una relación directa con las tasas de sobrevida a 2 y 5 años.

En relación a la sobrevida en base a la localización del tumor, encontramos como punto especial que aquellos pacientes con tumores de la región cervical del esófago presentan una sobrevida menor a 1 año, siendo esta en promedio de 4 meses.

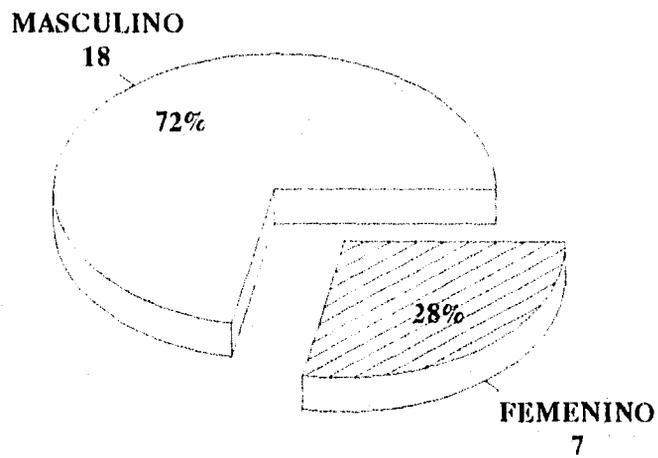
GRAFICAS

CANCER ESOFAGICO INCIDENCIA POR SEXO



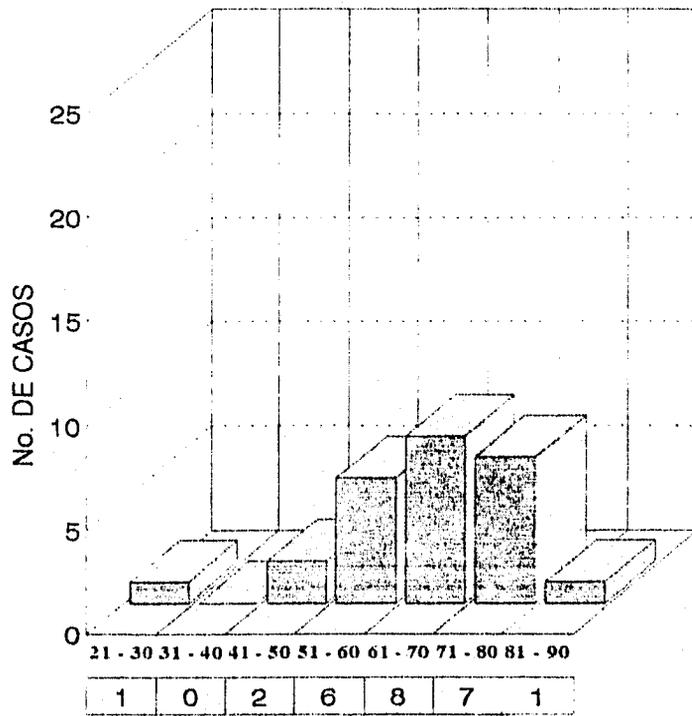
GRAFICA 1

CANCER ESOFAGICO INCIDENCIA POR SEXO



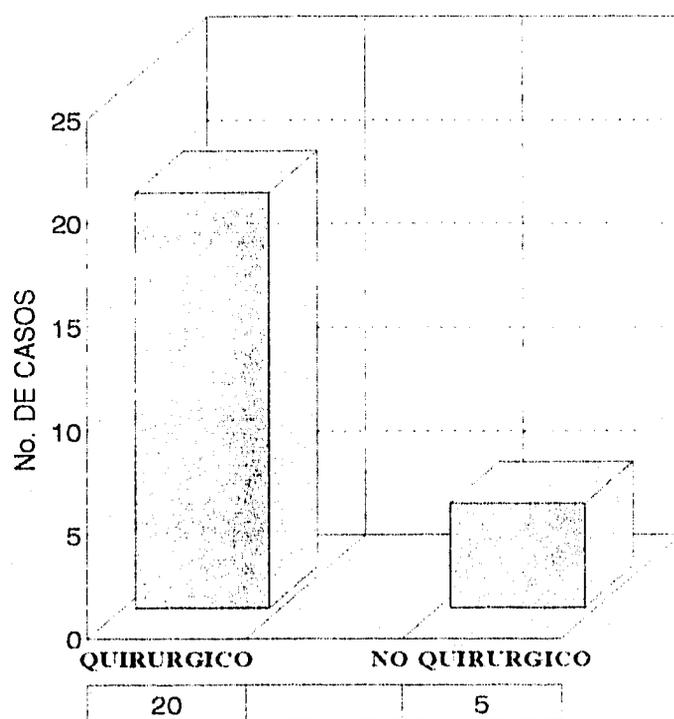
GRAFICA 2

CANCER ESOFAGICO INCIDENCIA POR EDAD



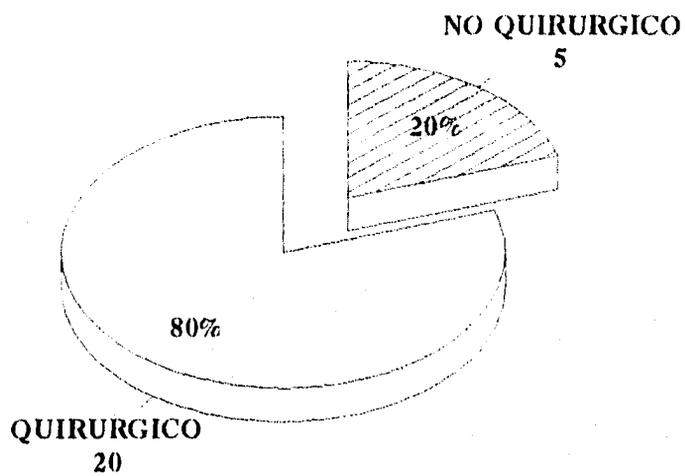
GRAFICA 3

CANCER ESOFAGICO TRATAMIENTO



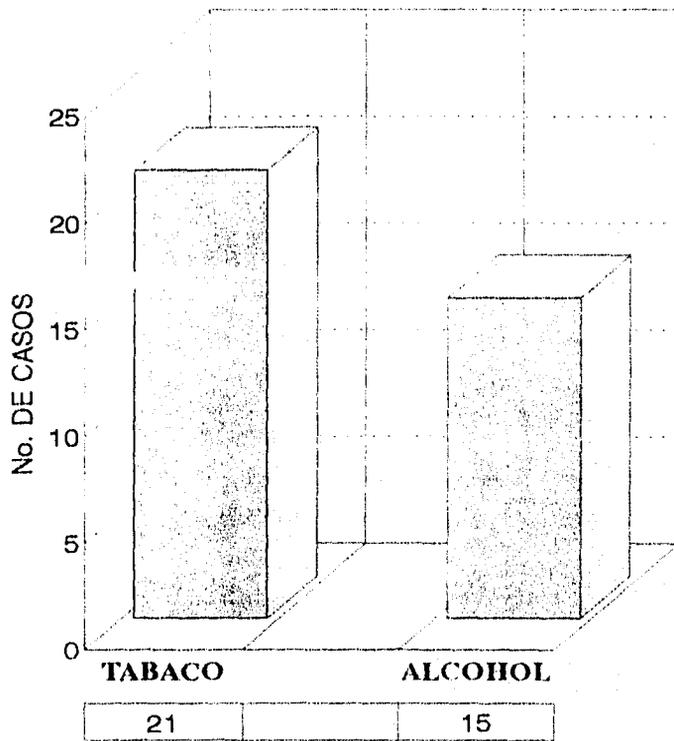
GRAFICA 4

CANCER ESOFAGICO METODO DE TRATAMIENTO (%)



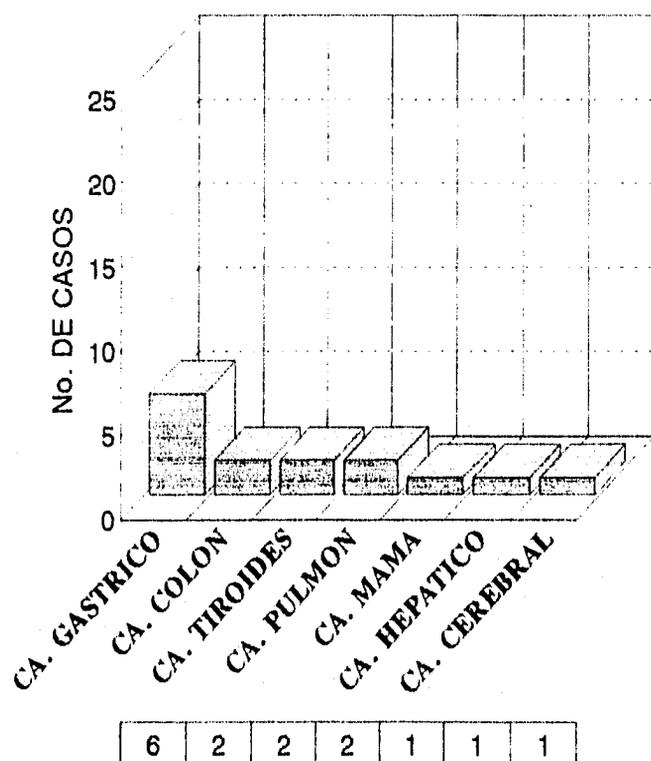
GRAFICA 5

CANCER ESOFAGICO RELACION CON TABACO Y ALCOHOL



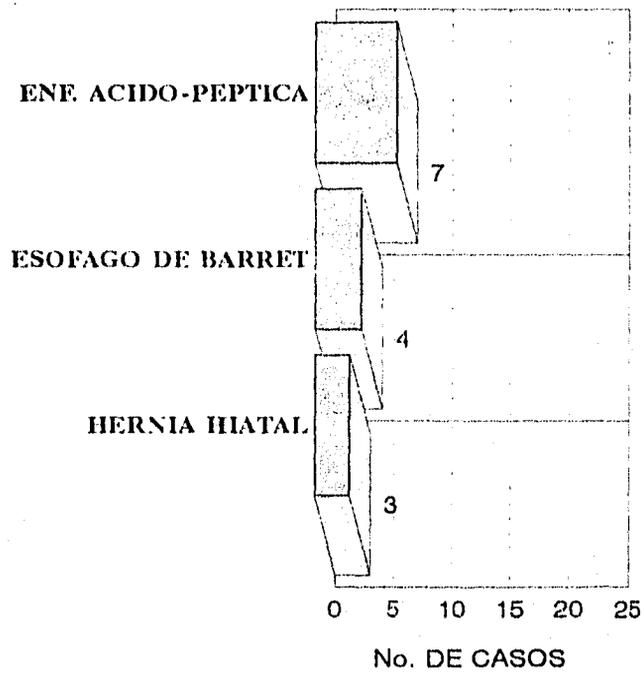
GRAFICA 6

CANCER ESOFAGICO RELACION CON PATOLOGIA MALIGNA FAMILIAR



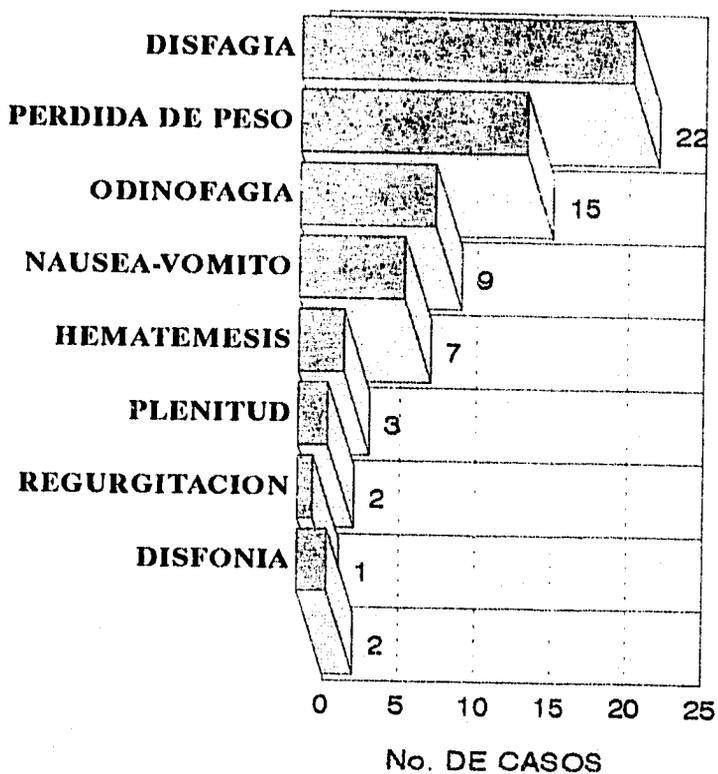
GRAFICA 7

CANCER ESOFAGICO RELACION CON ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS



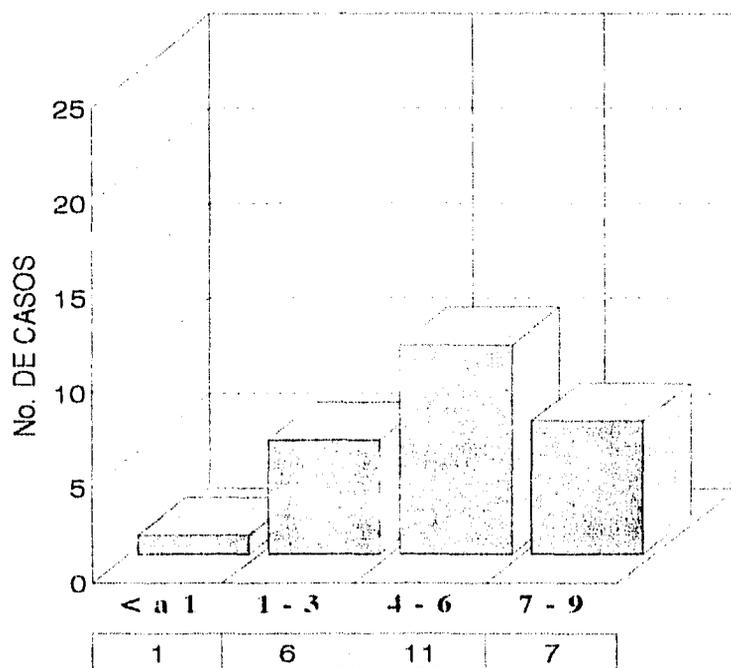
GRAFICA 8

CANCER ESOFAGICO SINTOMATOLOGIA



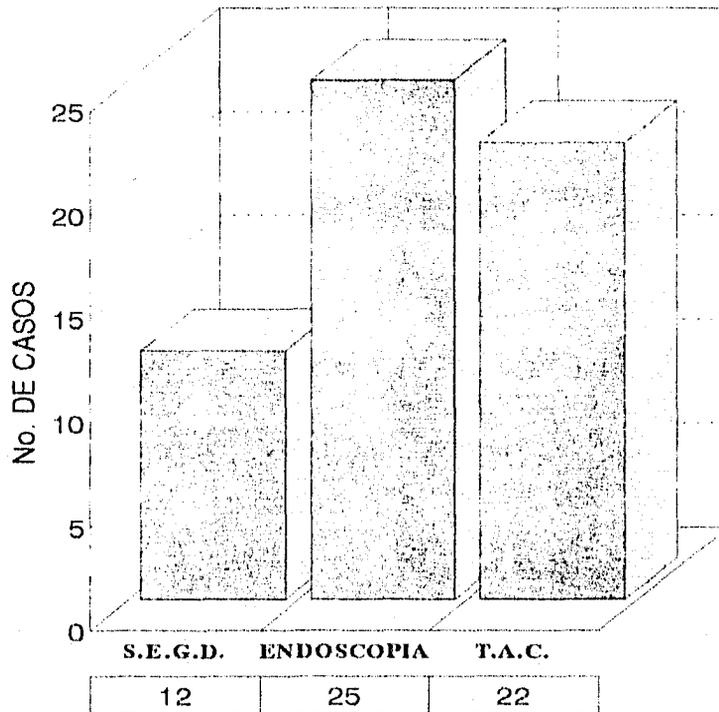
GRAFICA 9

CANCER ESOFAGICO TIEMPO DE PRESENTACION DE SINTOMAS (MESES)



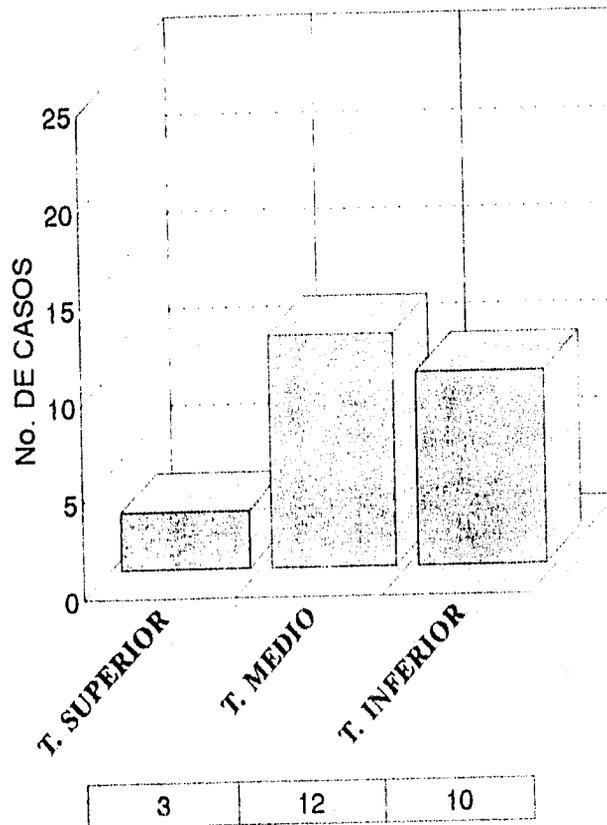
GRAFICA 10

CANCER ESOFAGICO ESTUDIOS DIAGNOSTICOS



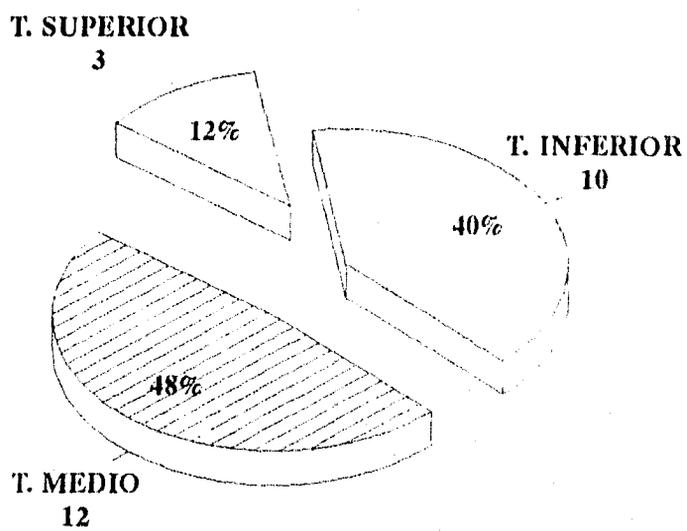
GRAFICA 11

CANCER ESOFAGICO LOCALIZACION ANATOMICA



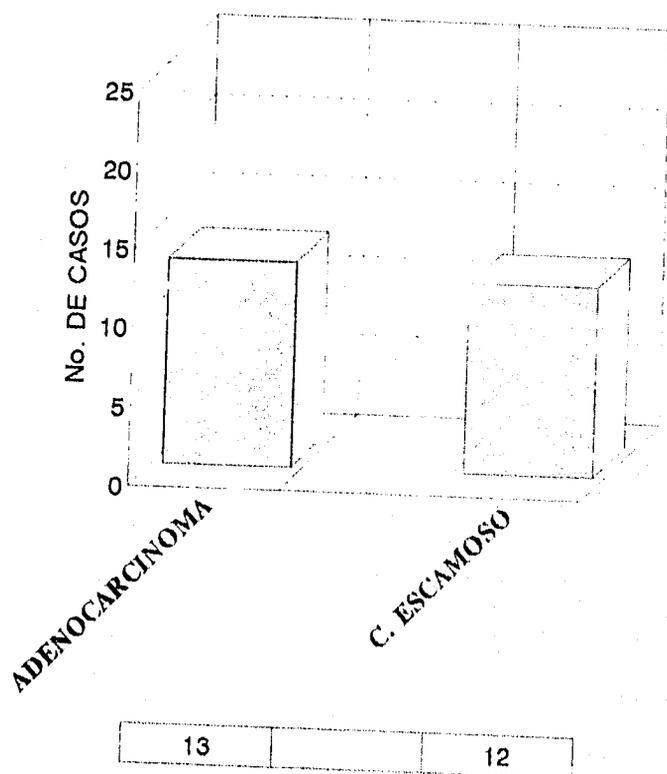
GRAFICA 12

CANCER ESOFAGICO LOCALIZACION ANATOMICA (%)



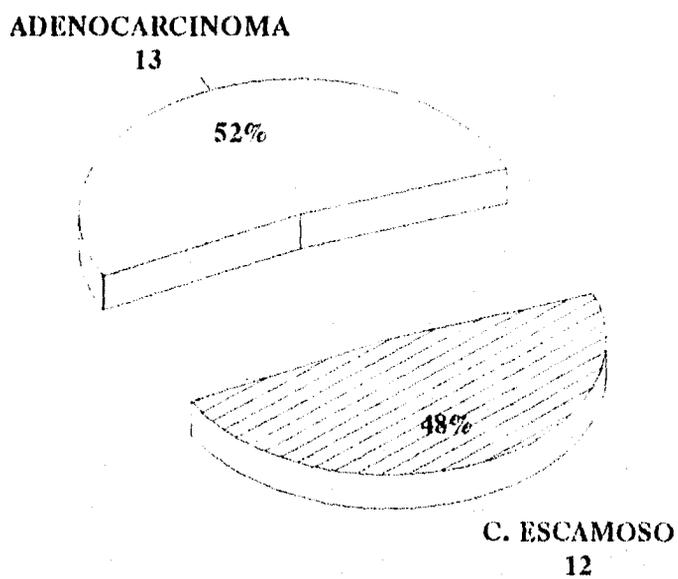
GRAFICA 13

CANCER ESOFAGICO TIPO HISTOLOGICO



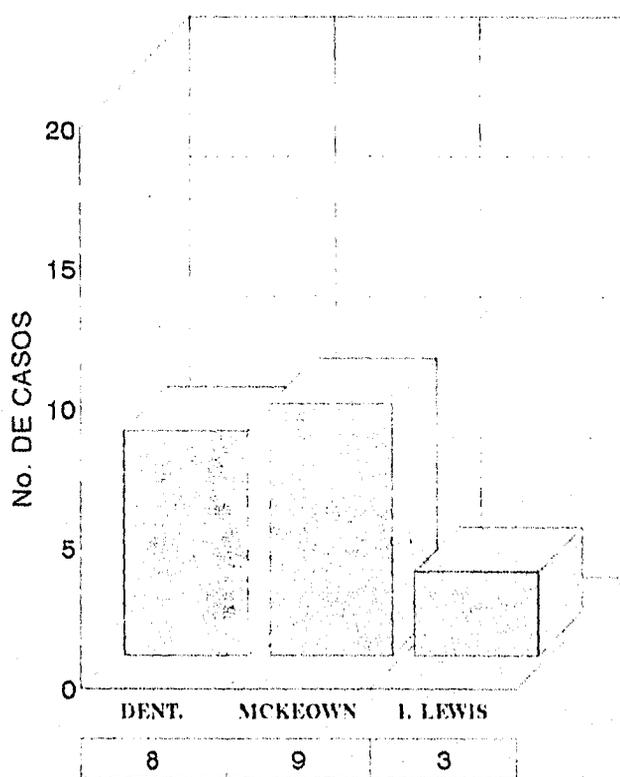
GRAFICA 14

CANCER ESOFAGICO TIPO HISTOLOGICO (%)



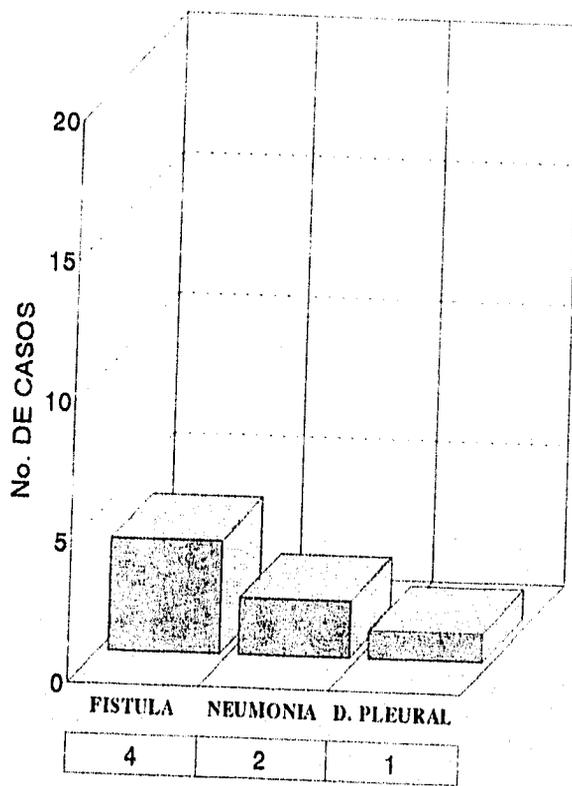
GRAFICA 15

CANCER ESOFAGICO TECNICA QUIRURGICA



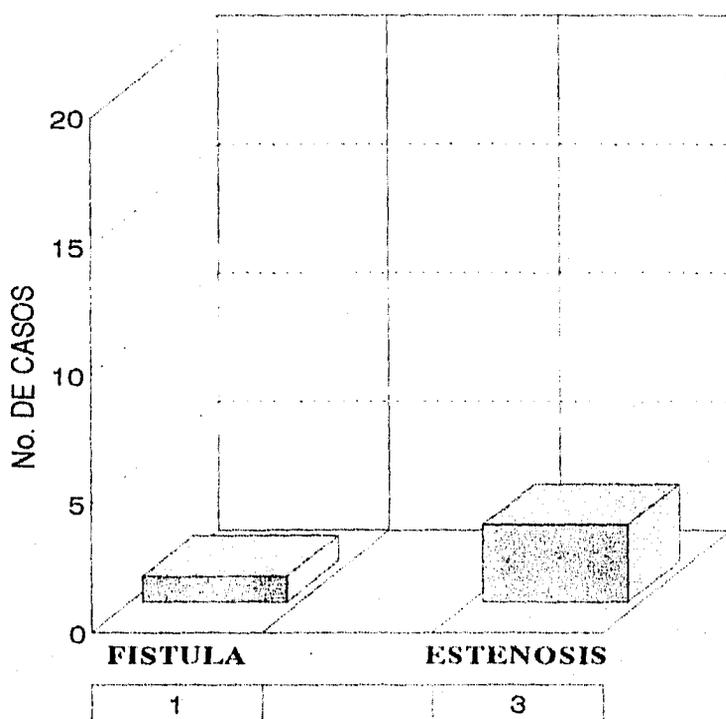
GRAFICA 16

CANCER ESOFAGICO MORBILIDAD QUIRURGICA



GRAFICA 17

CANCER ESOFAGICO COMPLICACIONES TARDIAS



GRAFICA 18

TABLAS

HALLAZGO	No. DE PACIENTES
Tumor de la reg. cervical	3
Lesión irresecable	1
Metástasis a distancia	4

Tabla 8. Criterios de exclusión para tratamiento quirúrgico.

TRATAMIENTO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Quirúrgico	20	80 %
* Paliativo	17	85 %
* Curativo	3	15 %
No Quirúrgico	5	20 %

Tabla 9. Método de tratamiento empleado.

ASOCIACION	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Tabaco	21	84 %
Alcohol	15	60 %
Sin asociación	3	12 %

Tabla 10. Relación entre el carcinoma esofágico y el consumo de tabaco y/o alcohol.

ANTECEDENTE	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Ca. Gástrico	6	24 %
Ca. colon	2	8 %
Ca. Tiroides	2	8 %
Ca. Pulmon	2	8 %
Ca. Mama	1	4 %
Ca. Hepático	1	4 %
Ca. cerebral	1	4 %
TOTAL	15	60 %

Tabla 11. Relación entre el carcinoma esofágico y antecedentes familiares de patología maligna.

ANTECEDENTE	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Enf. Ácido-péptica	7	28 %
* E. DE Barret	4	16 %
Hernia Hiatal	3	12 %
TOTAL	14	44 %

Tabla 12. Relación entre el carcinoma esofágico y antecedentes personales patológicos.

SINTOMA	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Disfagia	22	88 %
Perdida de Peso	15	60 %
Odinofagia	9	36 %
Nausea/Vomito	6	24 %
Hematemesis	4	16 %
Plenitud	2	8 %
Disfonia	2	8 %
Regurgitación	1	4 %

Tabla 13. Incidencia porcentual de la sintomatología en el carcinoma esofágico.

METODO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
S.E.G.D.	12	48 %
Endoscopia	25	100 %
T.A.C.	22	88 %

Tabla 14. Estudios empleados para el diagnostico del carcinoma esofágico en el H.E.M.

ESTADIO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
I	1	4 %
IIa	2	8 %
IIb	9	36 %
III	8	32 %
IV	5	20 %

Tabla 15. Núm. de pacientes por estadio clínico encontrado en el H.E.M. (Clasificación de la Asociación Japonesa de Enf. Esofágicas y de la UICC.

LOCALIZACION	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Higado	2	8 %
Pulmon	2	8 %
TOTAL	4	16 %

Tabla 16. Localización anatomía y frecuencia de metastasis a distancia en el c. esofágico en el H.E.N.

TECNICA	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Dent	8	40 %
Mckeown's	9	45 %
E. parcial	3	15 %

Tabla 17. Técnica quirúrgica empleada en el H.E.N. para el tx. del carcinoma esofágico

No. DE GANGLIOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
0 - 3	3	15 %
4 - 6	7	35 %
7 - <	10	50 %

Tabla 18. Número de ganglios positivos encontrados en cirugía por carcinoma esofágico en el H.E.M.

HALLAZGO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Fistula	4	20 %
Neumonia	2	10 %
Derrame Pleural	1	5 %
TOTAL	7	35 %

Tabla 19. Morbilidad quirúrgica en cirugía por carcinoma esofágico en el H.E.M.

HALLAZGO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Estenosis	3	15 %
Fistula	1	5 %
TOTAL	4	20 %

Tabla 20. Incidencia de complicaciones tardias en pacientes postoperados por cancer esofagico en el H.E.N.

LOCALIZACION	No. DE PACIENTES	SOBREVIDA (2a)	PORCENTAJE
T. SUPERIOR	3	0	0 %
T. MEDIO	12	5	41 %
T. INFERIOR	10	3	30 %

Tabla 21. Sobrevida a 2 años en el H.E.N., en base a la localización anatómica del tumor.

LOCALIZACION	No. DE PACIENTES	SOBREVIDA (5a)	PORCENTAJE
T. SUPERIOR	2	0	0 %
T. MEDIO	7	1	14.2 %
T. INFERIOR	8	2	25 %

Tabla 22. Sobrevida a 5 años en el H.E.N., en base a la localización anatómica del tumor.

LOCALIZACION	No. DE PACIENTES	SOBREVIDA (2a)	PORCENTAJE
T. SUPERIOR	3	0	0 %
T. MEDIO	12	5	41 %
T. INFERIOR	10	3	30 %

Tabla 21. Sobrevida a 2 años en el H.E.M., en base a la localización anatómica del tumor.

LOCALIZACION	No. DE PACIENTES	SOBREVIDA (5a)	PORCENTAJE
T. SUPERIOR	2	0	0 %
T. MEDIO	7	1	14.2 %
T. INFERIOR	8	2	25 %

Tabla 22. Sobrevida a 5 años en el H.E.M., en base a la localización anatómica del tumor.

ESTADIO	No. DE PACIENTES	SOBREVIDA (2a)	PORCENTAJE
I	1	1	100 %
IIa	2	1	50 %
IIb	9	4	44,4 %
III	8	2	25 %
IV	5	0	0 %

Tabla 23. Sobrevida a 2 años en el H.E.M., en base al estadio clínico.

ESTADIO	No. DE PACIENTES	SOBREVIDA (5a)	PORCENTAJE
I	1	1	100 %
IIa	1	1	100 %
IIb	6	1	16,6 %
III	5	0	0 %
IV	4	0	0 %

Tabla 24. Sobrevida a 5 años en el H.E.M. en base al estadio clínico.

TRATAMIENTO	No. DE PACIENTES	SOBREVIDA (2a)	PORCENTAJE
QUIRURGICO			
* Curativo	3	2	66 %
* Paliativo	17	6	35.2 %
NO QUIRURGICO	5	0	0 %

Tabla 25. Sobrevida a 2 años en el H.E.N., en base al metodo de tratamiento empleado.

TRATAMIENTO	No. DE PACIENTES	SOBREVIDA (5a)	PORCENTAJE
QUIRURGICO			
* Curativo	2	2	100 %
* Paliativo	11	1	9.09 %
NO QUIRURGICO	4	0	0 %

Tabla 26. Sobrevida a 5 años en el H.E.N., en base al metodo de tratamiento empleado.

No. DE GANGLIOS	No. DE PACIENTES	SOBREVIDA (2a)	PORCENTAJE
0 - 3	3	3	100 %
4 - 6	7	4	57 %
7 - <	10	1	10 %

Tabla 27. Sobrevida a 2 años en el H.E.M., en base al número de ganglios positivos.

No. DE GANGLIOS	No. DE PACIENTES	SOBREVIDA (5a)	PORCENTAJE
0 - 3	2	2	100 %
4 - 6	4	1	25 %
7 - <	7	0	0 %

Tabla 28. Sobrevida a 5 años en el H.E.M., en base al número de ganglios positivos.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

1. El carcinoma esofágico ocupa el décimo lugar en frecuencia en nuestro hospital.
2. Patología que se presenta en cualquier década de la vida, siendo más frecuente de la sexta a octava décadas.
3. Encontramos que en nuestra serie, el tabaco y el alcohol juegan un papel importante en el desarrollo del carcinoma esofágico.
4. Encontramos que existe asociación con patología maligna familiar en un 60% de la serie, aunque no se encuentran datos reportados en la literatura en relación a este aspecto, debe de tomarse para futuras observaciones.
5. En casos de adenocarcinoma del tercio inferior del esófago, se encontró una asociación importante con la presencia de esófago de Barret (40%).
6. La disfagia es el síntoma más frecuente en nuestra serie, aunque la odinofagia y la pérdida de peso ocupan también un gran porcentaje. Sin embargo los pacientes acuden al especialista meses después de -- iniciar la sintomatología. (4 a 6 meses en promedio).
7. En nuestro Hospital la endoscopia, es el estudio diagnóstico más utilizado, en casos de patología esofágica maligna.
8. En nuestro hospital el adenocarcinoma ocupa el tipo histológico más frecuente, de cáncer esofágico, lo cual se relaciona en forma adecuada con los últimos reportes; presentándose en cualquiera de los segmentos esofágicos.
9. El tercio medio del esófago fue el sitio más frecuentemente involucrado, en nuestra serie.
10. La esofagectomía subtotal con 3 incisiones (T. McKeown), fue la más utilizada en esta serie.

11. En el H.E.M., el estomago, fué el órgano utilizado con mayor frecuencia para realizar la anastomosis con el esófago.
12. La morbilidad y mortalidad de la cirugía en nuestro hospital, se encuentra dentro de los rangos reportados por la literatura Mundial, siendo la fistula a nivel de la anastomosis, la principal causa de morbimortalidad en nuestra serie.
13. En el presente trabajo, y debido al número reducido de pacientes estudiados, la sobrevida reportada, no guardo relación con la descrita por la literatura Mundial. Sin embargo, se observó claramente que el número de ganglios linfáticos positivos, así como el estadio clínico, si guardan una relación directa con las tasas de sobrevida.
14. La cirugía, en nuestra serie, fué el método terapéutico utilizado con mayor frecuencia, y a su vez presentando las mayores tasas de sobrevida.
15. En nuestro hospital, el carcinoma esofágico, se diagnostica en etapas avanzadas de la enfermedad, excluyendo a la gran mayoría de los pacientes de tratamiento "curativo".

BIBLIOGRAFIA

1. Muñoz N, Crespi M, et al: Precursor lesions of oesophageal cancer in high-risk population in Iran and China. *Lancet* 17:876, 1982.
2. Ray NE, Muñoz N.: Epidemiology of cancer of the digestive tract. *Lancet* 14:774, 1981
3. Yang CS: Research on esophageal cancer in China: A review. *Cancer Res* 40:2633, 1980
4. Waterhouse JAJ, Muir CS, et al: Cancer Incidence in Five Continents. *Cancer Res* 42: 3521-3523, 1981.
5. Thurnham DI, Rathakette P, et al: Riboflavin, vitamin A and zinc status in Chinese - subjects in a high risk area of oesophageal cancer in China. *Cancer* 36:337, 1982.
6. Van Rensburg SJ: Epidemiologic and dietary evidence for a specific nutritional predisposition for esophageal cancer. *JNCI* 67: 243, 1981.
7. Levine DS, Reid BJ, et al: Endoscopic Diagnostic of esophageal neoplasms. *Gastroin - test Clin NorthAm* 2(3): 395, 1992.
8. Watson WL, Goodner ST: Carcinom of the esophagus. *Am.J.Surg.* 93:259, 1968.
9. Bremner CG: The Columnar-lined (Barrett's) esophagus. *Curr. Probl. Surg.* 19: 401 - 1982.
10. Duhaylongsof FG, Wolfe WG: Barrett's esophagus and the adenocarcinoma of the esophagus and gastroesophageal junction. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 102: 36, 1991.
11. Fu Shing, Ling L, et al: Clinical and Pathological characteristics of early oesophageal cancer. *Cancer* 1: 539, 1982.
12. Postlewait RW: Carcinoma of the esophagus. *Curr. Probl. Cancer*, Vol II, No. 8, 1978
13. Japanese Society of Esophageal diseases: Guidelines of clinical and pathological studies for carcinoma of the esophagus. *Jpn. J. Surg.* 6:64, 1976.
14. Lund O, Hasenkam M, et al: Time related changes in characteristics of prognosis significance of carcinoma of the esophagus and cardia. *Br.J.Surg.* 76: 1301, 1989.
15. Talbott SL, Cantrell SR: Clinical and Pathologic characteristic of carcinoma of the esophagus. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 45:1, 1973.
16. Mounier P, Savary M, et al: Endoscopic morphology of microinvasive squamous cell carcinoma of the esophagus. *Clin.Oncol.* 1:559, 1982.
17. Cameron AS, Ott BS, Payne WS: The incidence of adenocarcinoma in Columnar-lined (Barrett's) esophagus. *N.Eng.J.Med.* 313: 857, 1985.
18. Rosenberg JC, Budev H, et al: Analysis of adenocarcinoma in Barrett's esophagus utilizing a staging system. *Cancer* 55:1353, 1985.
19. Rosenberg JC, Franklin R: Squamous Cell Carcinoma of the Thoracic esophagus: an interdisciplinary approach. *Curr. Probl. Cancer* 5, 1981.
20. Jarr MG, Hamilton SR, et al: Barrett's esophagus: its prevalence and association with adenocarcinoma in patients with symptoms of gastroesophageal reflux. *Am. J. Surg.* 149: 187, 1985.

21. Struitt JM Jr, Ellis HJ Jr, et al: Adenocarcinoma in Barrett's esophagus. *Ann. Surg.* 213(2): 122, 1991.
22. Akiyama H, Tsurumaru M, et al: Principles of surgical treatment for carcinoma of the esophagus. Analysis of lymph node involvement. *Ann. Surg.* 194: 438, 1981.
23. Jacklin JW, Cooper DKC, et al: The Surgical management of the malignant tumors of the esophagus and cardia: A review of the results in 292 patients treated over a 15-years period. *Br.J. Surg.* 66:98, 1979.
24. Skinner DB, Ferguson MK, et al: Selection of operation for esophageal cancer based on staging. *Ann.Surg.* 204: 391, 1986.
25. Soga J, Kobayashi K, et al: The role of lymphadenectomy in curative surgery for gastric cancer. *World J. Surg.* 3:701, 1979.
26. Elwyn DH: Nutritional requirements of adult surgical patients. *Crit. Care Med* 8: 9, 1980.
27. Cavrioli D: Aspects of oesophageal surgery. *Curr. Probl. Surg.* 12(10): 1, 1975.
28. Halferjoe AN, Angorn JB, et al: Diminished cellular immunity due to inquired nutrition in oesophageal carcinoma. *Br. J. Surg.* 65: 450, 1978.
29. Iculet RI, Keller JM, et al: Evaluation of non-invasive test for the pre-operative staging of carcinoma of the esophagus. *Ann. Thorac. Surg.* 40(6): 561, 1985.
30. Reid BJ, Weinstein WM, et al: Endoscopic biopsy can detect high-grade dysplasia or early adenocarcinoma in Barrett's esophagus without grossly recognizable neoplastic lesions. *Gastroenterology* 94: 81, 1988.
31. Rice TW, Boyce GA, et al: Esophageal ultrasound and the preoperative staging of carcinoma of the esophagus. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 101: 536, 1991.
32. Spechler SJ: Endoscopic surveillance for patients with Barrett's esophagus: does the Cancer risk justify the practice? *Ann. Intern. med.* 106: 902, 1987.
33. Picus D, Balfe IM, et al: Computed Tomography in the staging of esophageal carcinoma. *Radiology* 146:43, 1988.
34. Takenoto T, Ito T, et al: Endoscopic ultrasonography in the diagnosis of esophageal carcinoma with particular regard to staging it for operability. *Endoscopy* 3: 22, 1986.
35. Duncester TR, Attwood JEA, et al: Surgical therapy in Barrett's esophagus. *Ann. Surg.* 212: 528, 1990.
36. Ferguson MK, Little AG, Skinner DB: Cancer of the esophagus, in roth. JA, Ruckdschel JC, Westenberger III(ed): *Thoracic Oncology*. Philadelphia, Saunders, 1989, p. 374-5.
37. Clinical Staging System for carcinoma of the esophagus: The American Joint Committee for cancer Staging and end results Reporting, Oct. 1989.
38. Akiyama H: Surgery for carcinoma of the esophagus. *Curr.Probl.Surg.* 27(2): 1990.
39. Beahrs OH, Myers MI (eds): *Manual for Staging Cancer*, 2 ed. American Joint Committee on Cancer. Philadelphia: JB. Lippincott CO, 1983.
40. Farlam R, Cunha-melo JR: Esophagus squamous cell carcinoma. A critical review or surgery. *Br. J. Surg.* 67:31, 1980.

41. Akiyama H, Kogure T, et al: The oesophageal axis and its relationship for the resectability of carcinoma of the esophagus. *Ann. Surg.* 176:30, 1972.
42. Danneberg TR, Stein HJ: Surgical therapy for cancer of the esophagus and cardia. W Castell HO(ed): *The Esophagus*. Boston, Little Brown & Company, 1992, pp 299-341.
43. Muri S, Kusar M, et al: Preoperative assessment of resectability for carcinoma of the thoracic esophagus. *Ann. Surg.* 190:100, 1979.
44. Akiyama H, Hinaya M, Miyazono H: Total esophageal reconstruction after extraction of the esophagus. *Ann. Surg.* 182: 547, 1975.
45. Baker SM, Schechter CC: Management of paraesophageal cancer by blunt resection without thoracotomy and reconstruction with stomach. *Ann. Surg.* 203: 491, 1986.
46. Danneberg TR: The surgical anatomy of the esophagus, in Shields TW (ed), *General Thoracic Surgery*, 4nded. Philadelphia, Lea & Febiger, 1990, pp 82-91.
47. Colin CF, Spiro RM: Carcinoma of the cervical esophagus: Changing therapeutic trends *Am. J. Surg.* 148: 460, 1984.
48. Goodner SI: Treatment and Survival in cancer of the cervical esophagus. *Am. J. Surg.* 20:405, 1975.
49. Kron IL, Job AW, et al: Blunt esophagectomy and gastric interposition for tumor of the cervical esophagus and hypopharynx. *Ann. Surg.* 52: 140, 1986.
50. Law SYK, Fok M, et al: A comparison of outcomes after resection for squamous cell - carcinomas and adenocarcinomas of the esophagus and cardia. *Surg.Gynecol.Gynecol.* 175 107, 1992.
51. Orringer MB: Transhiatal esophagectomy without thoracotomy for carcinoma of the thoracic esophagus. *Ann. Surg.* 200(3): 282, 1984.
52. Lewis I.: The surgical treatment of carcinoma of the esophagus with special reference to a new operation for the growths of the middle third. *Br. J. Surg.* 34: 18, 1946.
53. Skinner DB, Dowlatshahi KD, Danneberg TR: Potentially curable carcinoma of the esophagus. *Cancer* 50: 2571, 1982.
54. Belsey R: Reconstruction of the esophagus with left colon. *J.Thoracic Cardiovasc. Surg.* 49: 33, 1965.
55. Mckeown KC.: Resection of midesophageal carcinoma with esophagogastric anastomosis. *World J. Surg.* 5: 517, 1981.
57. Earlan R: Oesophageal squamous carcinoma. A critical review of deep x-ray therapy. *Br. J. Surg.* 67: 457, 1980.
58. Langer N, Choi NC, et al: Radiation therapy alone or in combination with surgery in the treatment of carcinoma of the esophagus. *Cancer* 58: 1208, 1986.
59. Pearson JC: The value of radiotherapy in the management of squamous oesophageal cancer. *Br. J. Surg.* 58: 794, 1971.
60. Helt H, Johnson CF, et al: Palliative dilatation for dysphagia in esophageal carcinoma. *Ann. Inter. Med.* 89: 629, 1978.

61. Sagimachi K, Matsui H, et al: Preoperative irradiation for carcinoma of the esophagus. *Surg. Gynecol. Obstet.* 162: 174, 1986.
62. Celestin CR, Campbell WB: A new and safe system for oesophageal dilatation. *Lancet* 1: 74, 1981.
63. Lux G, Grott H, Ell C: Tumours stenosis of the upper, gastrointestinal tract therapeutic alternatives to laser therapy. *Endoscopy* 18: 37, 1986.
64. Orringer MB, Forastiere AA, et al: Chemotherapy and radiation therapy before trans-hiatal esophagectomy for esophageal carcinoma. *Ann. Thorac. Surg.* 49: 368, 1990.