

34 11209  
2 ej.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO DE SONORA  
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO  
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

**CÁNCER DE ESÓFAGO EN EL  
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO**

# TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALIDAD EN

**CIRUGÍA GENERAL**

PRESENTA

**DR. JOSÉ LUIS GARCÍA CÓRDOVA**



Hermosillo, Sonora, México

Febrero de [REDACTED]

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

264172

1998



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.

HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO  
HERMOSILLO SONORA MEXICO  
Departamento de enseñanza e investigación



*Fernandez*  
Dr: Fernando Herrera Fernández  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL ESTADO DE SONORA.

DIR. GRAL. DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACION  
HERMOSILLO, SONORA  
DEL ESTADO DE SONORA.

*Samano*  
Dr: Gustavo Samano Tirado  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION HOSPITAL GENERAL DEL  
ESTADO DE SONORA.



*Atoledo*  
Dr Alejandro García Atoledo  
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL, HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO

*Gracia*  
Dr César Francisco Gracia Gómez  
TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL

*Serrato*  
Dr: Marcos José Serrato Félix  
ASESOR.

*Sánchez*  
Dr: Joaquin Sánchez González  
ASESOR

*García*  
Dr. José Luis García Córdova  
RESIDENTE DE CUARTO AÑO EN CIRUGIA GENERAL.

## ÍNDICE

	<i>PAGINAS</i>
TITULO-----	1
PROBLEMA ---	1
HIPOTESIS-----	1
ANTECEDENTES-----	2-6
OBJETIVOS-----	7
JUSTIFICACION-----	7
DISEÑO-----	7
CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS-----	8
MATERIALES Y METODOS-----	9
RESULTADOS-----	9
CONCLUSIONES-----	10
DISCUSION-----	10
GRAFICAS-----	11-12
BIBLIOGRAFIA-----	13

## AGRADECIMIENTOS

*Quiero dedicar este trabajo a mi familia. Y agradecer a Dios la infinita oportunidad que me brinda de poder hacerlo, terminando con ello una etapa más en mi formación humana.*

*No puedo dejar de nombrar a tan importantes personas en mi vida y que a lo largo de mi carera continúan aun conmigo :mi esposa Antonia Muñoz Berrelleza a mis hijos Jose Luis y Jose Antonio, éste último aún en las entrañas della.*

*Asi también a mis padres Irma Córdova García y Luis García Regalado quienes con su fé y esfuerzo han logrado lo que hasta este momento soy.*

*Bernardo, Ramiro, Salvador, Javier y la mas pequeña de todos Irma Janeth, mis hermanos; impresindibles siempre, cuanto les agradezco.*

*A todos ellos gracias y gracias a los que de una forma u otra participaron en mi formación también académica, mis maestros.*

HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO

Departamento de enseñanza e investigación.  
HERMOSILLO, SONORA MEXICO.

***PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.***

**TITULO:** Cáncer esofágico en el Hospital General del Estado de Sonora.

**PROBLEMA:** Se desconoce la morbilidad y sobrevida del paciente con patología esofágica por cáncer en este hospital y no se tiene un seguimiento de los pacientes operados por esta causa.

- ¿Cuál es la incidencia real de esta patología en relación a otras neoplasias?
- ¿Qué tan benéfico resulta el tratamiento quirúrgico del paciente con cáncer de esófago?
- ¿Por qué se realizan mas procedimientos paliativos?
- ¿Qué papel juega la quimioterapia y radioterapia en esta patología?

**HIPOTESIS:** El cáncer esofágico es una patología frecuente en el Hospital General del Estado, siendo la resección esofágica un procedimiento quirúrgico poco utilizado a pesar de que reduce la morbimortalidad en estos pacientes.

HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO

Departamento de enseñanza e investigación.  
HERMOSILLO, SONORA MEXICO.

***PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.***

**TITULO:** Cáncer esofágico en el Hospital General del Estado de Sonora.

**PROBLEMA:** Se desconoce la morbilidad y sobrevida del paciente con patología esofágica por cáncer en este hospital y no se tiene un seguimiento de los pacientes operados por esta causa.

- ¿Cuál es la incidencia real de esta patología en relación a otras neoplasias?
- ¿Qué tan benéfico resulta el tratamiento quirúrgico del paciente con cáncer de esófago?
- ¿Por qué se realizan mas procedimientos paliativos?
- ¿Qué papel juega la quimioterapia y radioterapia en esta patología?

**HIPOTESIS:** El cáncer esofágico es una patología frecuente en el Hospital General del Estado, siendo la resección esofágica un procedimiento quirúrgico poco utilizado a pesar de que reduce la morbimortalidad en estos pacientes.

HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO

Departamento de enseñanza e investigación.  
HERMOSILLO, SONORA MEXICO.

***PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.***

**TITULO:** Cáncer esofágico en el Hospital General del Estado de Sonora.

**PROBLEMA:** Se desconoce la morbilidad y sobrevida del paciente con patología esofágica por cáncer en este hospital y no se tiene un seguimiento de los pacientes operados por esta causa.

- ¿Cuál es la incidencia real de esta patología en relación a otras neoplasias?
- ¿Qué tan benéfico resulta el tratamiento quirúrgico del paciente con cáncer de esófago?
- ¿Por qué se realizan mas procedimientos paliativos?
- ¿Qué papel juega la quimioterapia y radioterapia en esta patología?

**HIPOTESIS:** El cáncer esofágico es una patología frecuente en el Hospital General del Estado, siendo la resección esofágica un procedimiento quirúrgico poco utilizado a pesar de que reduce la morbimortalidad en estos pacientes.



HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO

Departamento de enseñanza e investigación.  
HERMOSILLO, SONORA MEXICO.

***PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.***

**TITULO:** Cáncer esofágico en el Hospital General del Estado de Sonora.

**PROBLEMA:** Se desconoce la morbilidad y sobrevida del paciente con patología esofágica por cáncer en este hospital y no se tiene un seguimiento de los pacientes operados por esta causa.

- ¿Cuál es la incidencia real de esta patología en relación a otras neoplasias?
- ¿Qué tan benéfico resulta el tratamiento quirúrgico del paciente con cáncer de esófago?
- ¿Por qué se realizan mas procedimientos paliativos?
- ¿Qué papel juega la quimioterapia y radioterapia en esta patología?

**HIPOTESIS:** El cáncer esofágico es una patología frecuente en el Hospital General del Estado, siendo la resección esofágica un procedimiento quirúrgico poco utilizado a pesar de que reduce la morbimortalidad en estos pacientes.

## ANTECEDENTES

El carcinoma esofágico, es una enfermedad debilitante, cuyo diagnóstico y tratamiento es controvertido. En los Estados Unidos se reportaron 11,000 casos en el año de 1994 (1). En otras partes del mundo su prevalencia ha alcanzado proporciones casi endémicas, como en China, Japón e Irán.(9) El pronóstico de los pacientes con cáncer no tratados es malo y solo alcanza una sobrevivencia de cuatro meses aproximadamente a partir de la fecha de su diagnóstico. (4) sin embargo está mejorando con los nuevos métodos diagnósticos y de tratamiento que actualmente se utilizan.

Esto da como resultado que los pacientes son diagnosticados en estadios más tempranos de su enfermedad, siendo más oportuno y agresivo el manejo quirúrgico del área afectada lo que reduce la mortalidad hospitalaria, traduciéndose en un mejor pronóstico para estos pacientes en forma global.

La extirpación es el mejor método paliativo para la disfagia y además es el que consigue mayor sobrevivencia, influyendo significativamente junto con los tratamientos coadyuvantes. El diagnóstico precoz podría ser el factor más importante para conseguir índices de supervivencia satisfactorios a largo plazo y parece razonable insistir sobre la estrecha vigilancia a la que deben llevarse los pacientes con factores de riesgo de sufrir degeneración maligna.

El cáncer esofágico afecta sobre todo a varones ancianos; la relación varón: mujer es 3:1. Es más frecuente en la raza negra y aunque parece desarrollarse en la séptima u octava década de la vida no por ello están exentos de sufrirlo los adultos jóvenes(5)

Los índices de mortalidad en los hombres varían mucho de unas partes del mundo a otras, oscilando entre 5.9 por 100,000 habitantes en los Estados Unidos hasta 161 por 100,000 habitantes en zonas endémicas de China.

Es posible que existan diversos factores etiológicos y no parece que los genéticos desempeñen papel alguno, salvo en los pacientes con una rara enfermedad heredada en forma autosómica dominante como es la queratosis palmar (tilosis). Otras como el síndrome de Plummer Vinson, asociado a lesiones por cáusticos, esófago de Barrett, acalasia y esprue tropical.

Los alimentos, sobre todo de los países orientales predominantemente la región de China con altas concentraciones de nitrosaminas y de sus precursores (nitritos y nitratos). En estas zonas se consumen grandes cantidades de alimentos mohosos y fuertemente fermentados contaminados por hongos lo que estimula la síntesis de nitrosaminas.

La acción de la nicotina y el alcohol es sinérgica a través de un mecanismo desconocido por el que la incidencia de cáncer del esófago es superior a la secundaria a cualquiera de estas sustancias por separado. Una situación económica precaria y una dieta deficiente podrían ser los factores comunes a todas las zonas de incidencia elevada.

Con mucho, la disfagia es la molestia más frecuente de los pacientes con carcinoma de esófago, al principio suele aparecer después de la ingestión de comidas voluminosas, más tarde con alimentos blandos y por último acompaña a la ingestión de líquidos, llevando esto a que se incremente la pérdida de peso, regurgitación y neumonitis por aspiración, en los pacientes sin disfagia los síntomas predominantes son: la odinofagia (dolor al tragar) y el reflujo gastroesofágico, asociados a pérdida de sangre en poca cantidad, la hemorragia masiva es poco frecuente.

Los signos y síntomas tardíos de la enfermedad son: adenopatías cervicales, tos crónica que indica una afección traqueal, disnea después de las comidas debida a pequeñas fístulas abiertas hacia el árbol traqueobronquial, la hemoptisis y hematemesis masivas a causa de la perforación de estructuras vasculares adyacentes y la ronquera por parálisis del nervio laríngeo recurrente. El dolor es poco habitual y sugiere infiltración a órganos adyacentes.

Los métodos de diagnósticos indispensables son: estudio radiológico del esófago sobre todo en el paciente que se queja odinofagia. El hallazgo característico de una mucosa con patrón irregular y desordenado con estenosis de su luz es típico del carcinoma esofágico a diferencia de las lesiones obstructivas benignas, el carcinoma no suele asociarse a dilatación de la zona proximal al órgano.(6)

La cineradioscopia también puede ser útil para el diagnóstico de los casos problemáticos, la Tomografía computarizada (TAC) y la resonancia magnética(RM); ambos son instrumentos valiosos para la identificación de infiltraciones de los tejidos situados fuera de los límites del esófago (6). La TAC puede ser útil para estadificar la lesión, sin embargo no es del todo confiable para indicar imposibilidad de resección, la progresiva experiencia de la ecografía endoscópica del esófago hace pensar que puede convertirse en una técnica de estadificación preoperatoria más útil que los demás métodos además de servir como valioso indicador del pronóstico en cuanto a supervivencia por las características del tumor, sitio y extensión de la enfermedad local aunque para confirmar el diagnóstico se requiere de la esofagoscopia con toma de biopsia para el análisis histológico, en las lesiones cercanas a la carina se deberá realizar una broncoscopia para establecer la presencia o ausencia de afectación de la traquea y árbol bronquial. Las técnicas de tinción supravital con agentes como el yodo (solución de lugol), el azul de toluidina o el índigo carmín pueden ayudar a identificar los sitios de donde se ha de tomar la biopsias durante la esofagoscopia(6).

Los carcinomas epidermoides constituyen alrededor de las 2/3 partes de los tumores que nacen en el epitelio de superficie del esófago tanto cervical como intratorácico (cuadro 1) los adenocarcinomas por orden de frecuencia ocupan el segundo lugar entre las neoplasias malignas del esófago torácico y son más frecuentes en la actualidad que en el pasado, suelen originarse en zonas de metaplasia de la mucosa de Barrett y representan la mayoría de los cánceres extirpables del esófago torácico. El resto de los tumores de estirpe glandular poseen un aspecto similar al de las glándulas salivales. En ocasiones aparecen tumores como el adenocarcinoma con clara diferenciación escamosa, éstos reciben el nombre de carcinomas adenoescamosos, el resto son menos frecuentes pero son más voluminoso, presentándose como crecimientos polipoides intraluminales de crecimiento lento en donde se justifica el tratamiento agresivo. Los sarcomas representan menos del 1%, los carcinomas de células pequeñas son verdaderos apudomas derivados de células argentafines o de Kulchitsky del epitelio superficial, muy voluminosos y de alta malignidad.

La estadificación del cáncer de esófago se basa en los criterios de TNM revisados por el Comité Conjunto Estadounidense Sobre el Cáncer y publicados en 1988 ( Cuadro 2) y la posibilidad de que estos principios aporten una estadificación pronóstica significativa en términos de supervivencia a largo plazo ( Cuadro 3)

---

## CUADRO 1

### Clasificación histológica del cáncer de esófago

Carcinoma epidermoide

Adenocarcinoma

Carcinoma adenoide quístico

Carcinoma mucoepidermoide

Carcinoma adenoescamoso

Carcinosarcoma y pseudosarcoma

Otros:

Sarcoma

Melanoma

Plasmocitoma

Carcinoma verrucoide

Carcinoma de células avienoides

---

---

## CUADRO 2

### Estadios TNM del cáncer de esófago

#### Tumor Primario

Tx	El tumor no puede valorarse.
To	Sin signos de tumor primario.
Tis	Carcinoma in situ.
T1	Tumor infiltra la lamina propia o la mucosa.
T2	Tumor infiltra la muscularis propia.
T3	El tumor infiltra la adventicia.
T4	El tumor infiltra estructuras adyacentes.

#### Ganglios linfáticos

Nx	Los ganglios linfáticos no pueden valorarse.
No	Sin metástasis ganglionares regionales.
Ni	Metástasis ganglionares regionales.

#### Metástasis a distancia

Mx	No puede valorarse metástasis a distancia.
M0	Sin metástasis a distancia.
M1	Metástasis a distancia.

---

---

### CUADRO 3

Agrupamiento por estadios

ESTADIO

0	Tis	No	Mo
I	T1	No	Mo
IIA	T2	No	Mo
	T3	No	Mo
IIB	T1	N1	Mo
	T2	N1	Mo
III	T3	N1	Mo
	T4	Cualquier N	Mo
IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

---

En cuanto al tratamiento a base de radioterapia como método único y definitivo en cáncer esofágico se ha considerado con poco éxito a pesar de los esfuerzos que se han hecho para aumentar la dosis total administrada, reduciendo al mismo tiempo la cantidad recibida por los tejidos normales. La supervivencia de los pacientes tratados con radioterapia es del alrededor de 12 meses y los supervivientes a largo plazo son escasos (7). Los mejores resultados obtenidos después de radioterapia son los expuestos por Pearson, quien consigue sobrevida a los 5 años de 17% utilizando en fracciones de 2.5Gy (8)

El lugar que ocupa la quimioterapia esta en continua evolución, existen tres situaciones que requieren de quimioterapia:

- 1) Como tratamiento único paliativo del carcinoma avanzado.
- 2) En el preoperatorio como tratamiento único o en combinación con radioterapia para reducción de tamaño del tumor primario, mejorando los índices de extirpabilidad y con la esperanza de eliminar la enfermedad microscópica o metastásica.
- 3) Junto con radioterapia como tratamiento de cancer primario del esófago con o sin cirugía.
- 4) Como tratamiento primario del cáncer de esófago

Son varios los fármacos utilizados entre los que destacan la Bleomicina, 5FU Mitomicina Doxorubicina, Metotrexato. La mediana en pacientes con enfermedad diseminada oscila entre los 4-8 meses. Estos se limitan a carcinoma epidermoide, sin embargo se ha tenido respuesta favorable en algunos adenocarcinomas, de hecho así parece ocurrir cuando se utiliza en casos de enfermedad local.

#### Tratamiento quirúrgico.

La resección satisfactoria en un tiempo de una lesión maligna de esófago, de preferencia de la unión esofagogástrica fue precedida por buen numero de fracasos que se remonta al primer informe de Mikulicz en 1898. En 1930 Ohsawa se refirió en su primer informe a la ejecución con buen éxito de gastrectomía total y esofagoyeyunostomía por cancer del estomago mediante incisión abdominotorácica, en 1933 aludió a este autor en una publicación a su experiencia en 5 pacientes con carcinoma de la porción distal del esófago y cardias que habían sido tratados con esofagogastrectomía transpleural con esofagogastrostomía y anastomosis termino lateral, uno solo un sobreviviente.

Aunque se atribuye a Adams y Phemister el crédito de haber practicado con éxito la primera esofagogastrectomía por carcinoma en los estados Unidos de Norteamérica; semejante crédito corresponde en verdad a Marshall de la clínica Lahey quien ejecuto una esofagogastrectomía

satisfactoria por cáncer esofágico del cardias en 1937 un año antes de la operación llevada a cabo por Adams y Plemister.

Desgraciadamente en más del 75% de los pacientes que tienen cáncer de esófago la invasión local del tumor o las metástasis a distancia, hacen imposible la resección curativa. Por tanto, el tratamiento para la mayoría de estos enfermos es paliativo. El tratamiento paliativo se define como aquel que sin curar disminuye la gravedad de los síntomas.

¿Cuales son los procedimientos que constituyen un verdadero tratamiento paliativo, para el paciente con cancer esofágico, una enfermedad generalmente incurable, cuyo tratamiento implica una mortalidad muy alta? Algunos argumentan que como el carcinoma de esófago es una enfermedad virtualmente incurable y debido a que la mortalidad de la resección esofágica puede alcanzar cifras de entre 25-30%. El mejor tratamiento para estos pacientes consiste en no realizar ningún tratamiento, excepto sintomático. Por el contrario otros aseguran que existen pocas formas de muerte tan miserables y humillantes como la que provoca la obstrucción esofágica, y que la resección y reconstrucción del esófago, no importa cual sea su precio son las únicas alternativas humanas...(1). La variedad de tubos esofágicos para la intubación de carcinomas proporciona otro método de aliviar la obstrucción del esófago. pueden usarse tubos que requieren de laparotomía y gastrostomía de manera que pueden ser traccionados hasta atravesar el tumor ( Mousseau Barbin, Celestin o Fell.) o aquellos que se colocan en posición con auxilio del endoscopio ( Souttar o Mackler) . Aproximadamente en un 10% de los pacientes se produce disfagia y migración de tubo aun cuando en exámenes baritados se observa adecuado pase del medio de contraste.

La mortalidad hospitalaria general asociada con la colocación de tubos es del 10% al 15%, lo que pone en evidencia que esta solución relativamente simple a la obstrucción esofagica por carcinoma esta lejos de ser satisfactoria y solo debe realizarse ésta cuando en raras circunstancias la resección o derivación del esófago no es posible, el promedio de vida después de la intubación en carcinoma esofágico irresecable es de solo 2.5 a 4.5 meses.

Como consecuencia de la aparición de anestesia endotraqueal que permitió la esofagectomía tratorácica, esta operación se ha trasformado en un tratamiento quirúrgico habitual para el carcinoma de esófago. Aunque la mortalidad operatoria en general ha disminuido por los progresos logrados en los controles y cuidados preoperatorios, trans y postoperatorios, la resección esofágica sigue siendo un tratamiento excesivo para el paciente debilitado portador de un carcinoma de esófago, la necesidad de un procedimiento toracoabdominal combinado en un paciente debilitado y los desastrosos resultados de una anastomosis intratorácica son factores de importancia que contribuyen a la morbilidad y mortalidad de la sustitución esofágica.

La mortalidad operatoria en general para la esofagogastrectomía oscila entre el 4 y 30%. En general se adopta la política de evitar anastomosis intratorácicas siempre que se operan enfermedades malignas o benignas de esófago y se usan anastomosis cervicales con disminución importante de la mortalidad postoperatoria.

## **OBJETIVOS:**

### **Primarios:**

- 1) Determinar la frecuencia de cáncer esofágico en el Hospital General del Estado en relación a otras neoplasias.
- 2) Analizar en forma retrospectiva la morbilidad y sobrevida de los pacientes con cáncer esofágico

### **Secundarios:**

- 1) Determinar la importancia del manejo adyuvante pre y posoperatorio.
- 2) Determinar el por qué de la realización preferente de procedimientos paliativos en nuestro medio.
- 3) Comparar ésta con los resultados de otros centros hospitalarios.

## **JUSTIFICACION:**

El desconocimiento de la morbilidad y sobrevida de los pacientes con cáncer esofágico, en el Hospital General del Estado, así como el número de pacientes quirúrgicos por esta causa nos lleva a determinar el por qué de los pocos procedimientos operatorios así como de terapia adyuvante preoperatoria.

## **DISEÑO:**

Es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y abierto.

## **GRUPO DE ESTUDIO.**

Todos los pacientes que durante el período de Enero de 1993 a Enero de 1998, hallan sido registrados en estadística con el diagnóstico de cáncer esofágico.

## **TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

Se revisan 57 pacientes registrados con diagnóstico de cáncer esofágico, pero solo 28 expedientes fueron encontrados, siendo estos 28 nuestra muestra para el estudio.

## **CRITERIOS DE INCLUSION:**

Todos los pacientes con diagnóstico de cáncer esofágico cuyo expediente fué encontrado y dichos expedientes aportarán los datos para el llenado de la hoja de recolección de datos.

## **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

Expedientes no encontrados.

## **OBJETIVOS:**

### **Primarios:**

- 1) Determinar la frecuencia de cáncer esofágico en el Hospital General del Estado en relación a otras neoplasias.
- 2) Analizar en forma retrospectiva la morbilidad y sobrevida de los pacientes con cáncer esofágico

### **Secundarios:**

- 1) Determinar la importancia del manejo adyuvante pre y posoperatorio.
- 2) Determinar el por qué de la realización preferente de procedimientos paliativos en nuestro medio.
- 3) Comparar ésta con los resultados de otros centros hospitalarios.

## **JUSTIFICACION:**

El desconocimiento de la morbilidad y sobrevida de los pacientes con cáncer esofágico, en el Hospital General del Estado, así como el número de pacientes quirúrgicos por esta causa nos lleva a determinar el por qué de los pocos procedimientos operatorios así como de terapia adyuvante preoperatoria.

## **DISEÑO:**

Es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y abierto.

## **GRUPO DE ESTUDIO.**

Todos los pacientes que durante el período de Enero de 1993 a Enero de 1998, hallan sido registrados en estadística con el diagnóstico de cáncer esofágico.

## **TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

Se revisan 57 pacientes registrados con diagnóstico de cáncer esofágico, pero solo 28 expedientes fueron encontrados, siendo estos 28 nuestra muestra para el estudio.

## **CRITERIOS DE INCLUSION:**

Todos los pacientes con diagnóstico de cáncer esofágico cuyo expediente fué encontrado y dichos expedientes aportarán los datos para el llenado de la hoja de recolección de datos.

## **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

Expedientes no encontrados.



## **OBJETIVOS:**

### **Primarios:**

- 1) Determinar la frecuencia de cáncer esofágico en el Hospital General del Estado en relación a otras neoplasias.
- 2) Analizar en forma retrospectiva la morbilidad y sobrevida de los pacientes con cáncer esofágico

### **Secundarios:**

- 1) Determinar la importancia del manejo adyuvante pre y posoperatorio.
- 2) Determinar el por qué de la realización preferente de procedimientos paliativos en nuestro medio.
- 3) Comparar ésta con los resultados de otros centros hospitalarios.

## **JUSTIFICACION:**

El desconocimiento de la morbilidad y sobrevida de los pacientes con cáncer esofágico, en el Hospital General del Estado, así como el mínimo de pacientes quirúrgicos por esta causa nos lleva a determinar el por qué de los pocos procedimientos operatorios así como de terapia adyuvante preoperatoria.

## **DISEÑO:**

Es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y abierto.

## **GRUPO DE ESTUDIO.**

Todos los pacientes que durante el período de Enero de 1993 a Enero de 1998, hallan sido registrados en estadística con el diagnóstico de cáncer esofágico.

## **TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

Se revisan 57 pacientes registrados con diagnóstico de cáncer esofágico, pero solo 28 expedientes fueron encontrados, siendo estos 28 nuestra muestra para el estudio.

## **CRITERIOS DE INCLUSION:**

Todos los pacientes con diagnóstico de cáncer esofágico cuyo expediente fué encontrado y dichos expedientes aportarán los datos para el llenado de la hoja de recolección de datos.

## **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

Expedientes no encontrados.

**CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Edad----- Sexo----- Numero Expediente-----

Sx de Ingreso-----

Dias de estancia Hospitalaria-----

Nutrición Previa Si\_\_ No\_\_ NPT NET. Tiempo de nutrición

Nivel anatómico de la lesión: Superior Medio Inferior

Metástasis : locales----- a distancia-----

Hemotrasfusión----- unidades

Tipo histológico de Cancer resecado. -----

Inicio de VO. Tiempo-----

Acude a sus citas. Si ----- No-----

Endoscopia de control

Normal-----Estenosis-----Presencia de tumor.

Dilataciones Esofágicas . Si\_\_ No\_\_ Cuantas -----

Vive Si\_\_\_ No\_\_\_ condiciones generales: come no come

## MATERIALES Y METODOS:

Fueron revisados en forma retrospectiva los expedientes de los pacientes que acuden a el Hospital General del Estado de Sonora con diagnóstico de cáncer esofágico en el tiempo comprendido entre Enero de 1993 a Enero de 1998.

Las variables que se recopilan son: Edad, sexo, número de expediente, síntomas de ingreso, días de estancia hospitalaria, nutrición empleada en pacientes quirúrgicos, terapia adyuvante al diagnóstico, radioterapia, quimioterapia o ambas, nivel anatómico de la lesión, metástasis, hemotrasfusión, tipo histológico de cancer resecado, inicio de vía oral postratamiento, endoscopia de control y condiciones actuales del paciente.

## RESULTADOS.

Existen 57 pacientes registrados en el departamento de estadística en el periodo comprendido de Enero de 1993 a Enero de 1998 con diagnóstico de cancer esofagico que ingresaron al Hospital General del Estado. Fueron encontrados y revisados 28 expedientes. Las edades fluctuaron de 38-87 años, con una media de 70.2. El sexo se divide en: 20 masculinos y 8 femeninos.

El resultado histológico mas frecuente fué carcinoma epidermoide con un numero total de 17/28 pacientes. 6/28 Adenocarcinomas, 2/28 Carcinoma anaplásico. El sitio anatómico de presentación mas frecuente es: tercio medio 12/28(42.85%). Le siguen en igual frecuencia tercio superior 8/28 (28.57%) y tercio inferior 8/28 (28.57%). La incidencia de esta patologia es de 2.6% en relación a todas las neoplasias registradas en los últimos 5 años.

Solo 4/28 (14.28%) fueron llevados a cirugía con resección esofagogástrica; tres masculinos con edades de: 45, 68, 73, solo un paciente femenino de 80 años. Se valoró estado nutricional, albúmina preoperatoria 3.4grs % en promedio, el tiempo quirúrgico de 4.3 hrs, los tubos gástricos se realizaron manualmente utilizando Vicryl 000 en 3 pacientes y en el restante con engrapado mecánico (engrapadora TA90) con un sangrado transoperatorio de 780ml en promedio; transfusión transoperatoria de 1 paquete globular en promedio, se dejan drenajes cerrados en todos casos con retiro de estos al 3er día, no dejaron tubos pleurales. El inicio de vía oral fue en promedio de 13.25 días, con utilización de nutrición enteral en promedio de 7 días postoperatorios. El principal síntoma posoperatorio a los 4 pacientes fué disfagia y disfonía que cedió en un promedio de 3 días, a todos se les realiza yeyunostomia por punción, utilizándose al segundo día posoperatorio, en los 4 casos se les realizó endoscopias de control a la paciente femenina de 80 años a los 3 años después de la cirugía, uno de los pacientes masculinos a los 3 meses, ambos sin necesidad de dilataciones Un paciente masculino de 68 años durante estudio endoscópico postoperatorio se le encuentra estenosis en el sitio de anastomosis cervical pero sin enfermedad ostensible, por último otro paciente persiste con enfermedad local en sitio de anastomosis, encontrada 15 meses posterior a su cirugía en la endoscopia de control. Los cuatro pacientes actualmente sobreviven : 24 meses la mujer de 80 años, 7 meses el hombre de 73 años, 15 meses hombre de 45 años este con reingreso por presentare sangrado de tubo digestivo alto, en cuya endoscopia se encuentra enfermedad en sitio de anastomosis, corroborado esto por histopatología como adenocarcinoma, sin embargo no hay datos de disfagia y por último con sobrevida de 3 meses un hombre de 68 años al momento con estenosis en sitio de anastomosis (cervical) biopsia tomada negativa, a sido dilatado en una ocasión. De los pacientes no quirúrgicos a cuatro pacientes (10.4%) se les realiza yeyunostomia por punción. A 21 pacientes (54.6%) gastrostomías y a tres pacientes ambas,gastroyeyunostomia. De los pacientes no quirúrgicos se les proporcionó quimioterapia solo a tres (10.71%) Radioterapia sola cinco(17.85%) Y Combinada Radioterapia y quimioterapia a cuatro(14.28%). Todos sin seguimiento posterior a sus sesiones. No se pudo establecer contacto con sus familiares ya que la mayoría son de poblaciones sin acceso telefónico. De los cuatro pacientes quirúrgicos a ninguno se les proporciona tratamiento

## MATERIALES Y METODOS:

Fueron revisados en forma retrospectiva los expedientes de los pacientes que acuden a el Hospital General del Estado de Sonora con diagnóstico de cáncer esofágico en el tiempo comprendido entre Enero de 1993 a Enero de 1998.

Las variables que se recopilan son: Edad, sexo, número de expediente, síntomas de ingreso, días de estancia hospitalaria, nutrición empleada en pacientes quirúrgicos, terapia adyubante al diagnóstico, radioterapia, quimioterapia o ambas, nivel anatómico de la lesión, metástasis, hemotrasfusión, tipo histológico de cancer resecado, inicio de vía oral postratamiento, endoscopia de control y condiciones actuales del paciente.

## RESULTADOS.

Existen 57 pacientes registrados en el departamento de estadística en el periodo comprendido de Enero de 1993 a Enero de 1998 con diagnóstico de cancer esofagico que ingresaron al Hospital General del Estado. Fueron encontrados y revisados 28 expedientes. Las edades fluctuaron de 38-87 años, con una media de 70.2. El sexo se divide en: 20 masculinos y 8 femeninos.

El resultado histológico mas frecuente fué carcinoma epidermoide con un numero total de 17/28 pacientes. 6/28 Adenocarcinomas, 2/28 Carcinoma anaplásico. El sitio anatómico de presentación mas frecuente es: tercio medio 12/28(42.85%). Le siguen en igual frecuencia tercio superior 8/28 (28.57%) y tercio inferior 8/28 (28.57%). La incidencia de esta patología es de 2.6% en relación a todas las neoplasias registradas en los últimos 5 años.

Solo 4/28 (14.28%) fueron llevados a cirugía con resección esofagogástrica; tres masculinos con edades de: 45, 68, 73, solo un paciente femenino de 80 años. Se valoró estado nutricional, albúmina preoperatoria 3.4grs % en promedio, el tiempo quirúrgico de 4.3 hrs, los tubos gástricos se realizaron manualmente utilizando Vicryl 000 en 3 pacientes y en el restante con engrapado mecánico (engrapadora TA90) con un sangrado transoperatorio de 780ml en promedio; transfusión transoperatoria de 1 paquete globular en promedio, se dejan drenajes cerrados en todos casos con retiro de estos al 3er día, no dejaron tubos pleurales. El inicio de vía oral fue en promedio de 13.25 días, con utilización de nutrición enteral en promedio de 7 días postoperatorios. El principal síntoma posoperatorio a los 4 pacientes fué disfagia y disfonía que cedió en un promedio de 3 días, a todos se les realiza yeyunostomía por punción, utilizándose al segundo día posoperatorio, en los 4 casos se les realizó endoscopias de control a la paciente femenina de 80 años a los 3 años después de la cirugía, uno de los pacientes masculinos a los 3 meses, ambos sin necesidad de dilataciones Un paciente masculino de 68 años durante estudio endoscópico postoperatorio se le encuentra estenosis en el sitio de anastomosis cervical pero sin enfermedad ostensible, por último otro paciente persiste con enfermedad local en sitio de anastomosis, encontrada 15 meses posterior a su cirugía en la endoscopia de control. Los cuatro pacientes actualmente sobreviven : 24 meses la mujer de 80 años, 7 meses el hombre de 73 años, 15 meses hombre de 45 años este con reingreso por presentare sangrado de tubo digestivo alto, en cuya endoscopia se encuentra enfermedad en sitio de anastomosis, corroborado esto por histopatología como adenocarcinoma, sin embargo no hay datos de disfagia y por último con sobrevida de 3 meses un hombre de 68 años al momento con estenosis en sitio de anastomosis (cervical) biopsia tomada negativa, a sido dilatado en una ocasión. De los pacientes no quirúrgicos a cuatro pacientes (10.4%) se les realiza yeyunostomía por punción. A 21 pacientes (54.6%) gastrostomías y a tres pacientes ambas,gastroyeyunostomía. De los pacientes no quirúrgicos se les proporcionó quimioterapia solo a tres (10.71%) Radioterapia sola cinco(17.85%) Y Combinada Radioterapia y quimioterapia a cuatro(14.28%). Todos sin seguimiento posterior a sus sesiones. No se pudo establecer contacto con sus familiares ya que la mayoría son de poblaciones sin acceso telefónico. De los cuatro pacientes quirúrgicos a ninguno se les proporciona tratamiento

a uno se le proporciona quimioterapia postoperatoria, utilizando esquema de 5FU, Adriamicina y Mitomicina. Todos los pacientes quirúrgicos se etapificaron tres en etapa IIB y uno en etapa III. No se estadifica a pacientes no quirúrgicos. Los 28 pacientes (100%) presentaron: disfagia a su ingreso y esta de tipo leve en seis (21.4%), moderada en 10(35.74%) y severa en 12 pacientes(42.85%). Pérdida ponderal 28(100%),odinofagia en cinco(17.85%) vómitos solo cinco (17.85%) y ataque al estado general 28(100%).

## **DISCUSION:**

El advenimiento de la endoscopia digestiva diagnóstica en nuestro Hospital es importante, resultado de ello obtenemos una casuística elevada de pacientes con cancer esofágico, desafortunadamente no todos se han protocolizado para proporcionarles tratamiento adyuvante ó quirúrgico, con un alto numero de procedimientos paliativos, como gastrostomia, yeyunostomia o ambos, esto probablemente por las características de nuestros pacientes los que acude al servicio en etapas tardías o avanzadas de su enfermedad, con gran compromiso de su estado general y nutricional y la gran mayoría con tumores de tercio medio lo que no los hace buenos candidatos para el procedimiento operatorio de primera instancia. es importante destacar que no todos los pacientes tuvieron quimioterapia al momento de su diagnostico, solo el 42.85% de los casos considerados como no quirúrgicos, sin embargo no se tiene seguimiento de éstos y obviamente no se llevaron a tratamiento de resección paliativa. Afortunadamente la nutrición parenteral y enteral, nos brindan la posibilidad de mejorar algunos pacientes llevándolos a tratamiento quirúrgico con mayor seguridad y brindándoles esta en el posoperatorio,

El procedimiento quirúrgico en este Hospital es adecuado, tenemos 4 pacientes encontrados en los últimos 5 años. Se les ha dado una buena sobrevida de 3,7,15 y 24 meses la literatura menciona sobrevidas a 5 años de solo 5%. La conducta primordial de este procedimiento es pues conservar a vía oral y creo que lo hemos logrado dándoles mayor cantidad y calidad de vida, que con tratamiento adyuvante puro ya sea quirúrgico (gastrostomias yeyunostomias o quimioradioterapia) es conveniente el procedimiento operatorio contra el conservador y la ventaja fundamental esta en la morbi-mortalidad de nuestros pacientes es de criticarse que los pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos no se han protocolizado para el uso de terapia adyuvante, y de los pocos casos que existen no tenemos seguimiento.

## **CONCLUSIONES:**

- 1) Un gran número de expedientes no se localizaron, de los que se encontraron la gran mayoría no estaban completos. Esto causa tener estadísticas poco confiables dificultando la elaboración de trabajos retrospectivos y tener un buen control epidemiológico.
- 2) La incidencia de cancer del esófago es alta sobre todo en los ultimos 2 años, semejante a otros centros hospitalarios.
- 3) No se ofrece el tratamiento adyuvante de primera instancia y cuando se dá, el paciente no lo termina.
- 4) A los pacientes con quimioradioterapia se les pierde su seguimiento, sin llegar a tener la oportunidad de ser tratados quirúrgicamente.
- 5) La gran mayoría de los pacientes llegan en etapas tardías de su enfermedad lo que los hace poco aptos para tratamiento quirúrgico, brindándoles solo tratamientos paliativos sin tener una buena calidad de vida. Contrariamente a los pacientes que se manejaron quirúrgicamente que sí presentan una buena calidad de vida.
- 6) La mayoría de los pacientes acuden por disfagia como principal síntoma, en otras sociedades este síntoma de ingreso solo se observa en el 3.6% de la población estudiada pero es de llamar la atención que en el 55% no tienen ningún síntoma, lo que indica la importancia del monitoreo en lugares endémicos.

a uno se le proporciona quimioterapia postoperatoria, utilizando esquema de 5FU, Adriamicina y Mitomicina. Todos los pacientes quirúrgicos se etapificaron tres en etapa IIB y uno en etapa III. No se estadifica a pacientes no quirúrgicos. Los 28 pacientes (100%) presentaron disfagia a su ingreso y esta de tipo leve en seis (21.4%), moderada en 10(35.74%) y severa en 12 pacientes(42.85%). Pérdida ponderal 28(100%),odinofagia en cinco(17.85%) vómitos solo cinco (17.85%) y ataque al estado general 28(100%).

## DISCUSION:

El advenimiento de la endoscopia digestiva diagnóstica en nuestro Hospital es importante, resultado de ello obtenemos una casuística elevada de pacientes con cancer esofágico, desafortunadamente no todos se han protocolizado para proporcionarles tratamiento adyuvante ó quirúrgico, con un alto numero de procedimientos paliativos, como gastrostomia, yeyunostomia o ambos, esto probablemente por las características de nuestros pacientes los que acude al servicio en etapas tardías o avanzadas de su enfermedad, con gran compromiso de su estado general y nutricional y la gran mayoría con tumores de tercio medio lo que no los hace buenos candidatos para el procedimiento operatorio de primera instancia. es importante destacar que no todos los pacientes tuvieron quimioterapia al momento de su diagnostico, solo el 42.85% de los casos considerados como no quirúrgicos ,sin embargo no se tiene seguimiento de éstos y obviamente no se llevaron a tratamiento de resección paliativa. Afortunadamente la nutrición parenteral y enteral, nos brindan la posibilidad de mejorar algunos pacientes llevándolos a tratamiento quirúrgico con mayor seguridad y brindándoles esta en el posoperatorio,

El procedimiento quirúrgico en este Hospital es adecuado, tenemos 4 pacientes encontrados en los últimos 5 años. Se les ha dado una buena sobrevida de 3 ,7,15 y 24 meses la literatura menciona sobrevidas a 5 años de solo 5%. La conducta primordial de este procedimiento es pues conservar a vía oral y creo que lo hemos logrado dándoles mayor cantidad y calidad de vida, que con tratamiento adyuvante puro ya sea quirúrgico ( gastrostomias yeyunostomias o quimioradioterapia) es conveniente el procedimiento operatorio contra el conservador y la ventaja fundamental esta en la morbi-mortalidad de nuestros pacientes es de criticarse que los pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos no se han protocolizado para el uso de terapia adyuvante, y de los pocos casos que existen no tenemos seguimiento.

## CONCLUSIONES:

- 1) Un gran número de expedientes no se localizaron, de los que se encontraron la gran mayoría no estaban completos. Esto causa tener estadísticas poco confiables dificultando la elaboración de trabajos retrospectivos y tener un buen control epidemiológico.
- 2) La incidencia de cancer del esófago es alta sobre todo en los ultimos 2 años, semejante a otros centros hospitalarios.
- 3) No se ofrece el tratamiento adyuvante de primera instancia y cuando se dá, el paciente no lo termina.
- 4) A los pacientes con quimioradioterapia se les pierde su seguimiento, sin llegar a tener la oportunidad de ser tratados quirúrgicamente.
- 5) La gran mayoría de los pacientes llegan en etapas tardías de su enfermedad lo que los hace poco aptos para tratamiento quirúrgico, brindándoles solo tratamientos paliativos sin tener una buena calidad de vida. Contrariamente a los pacientes que se manejaron quirúrgicamente que sí presentan una buena calidad de vida.
- 6) La mayoría de los pacientes acuden por disfagia como principal síntoma, en otras sociedades este síntoma de ingreso solo se observa en el 3.6% de la población estudiada pero es de llamar la atención que en el 55% no tienen ningún síntoma, lo que indica la importancia del monitoreo en lugares endémicos.

a uno se le proporciona quimioterapia postoperatoria, utilizando esquema de 5FU, Adriamicina y Mitomicina. Todos los pacientes quirúrgicos se etapificaron tres en etapa IIB y uno en etapa III. No se estadifica a pacientes no quirúrgicos. Los 28 pacientes( 100%) presentaron: disfagia a su ingreso y esta de tipo leve en seis (21.4%), moderada en 10(35.74%) y severa en 12 pacientes(42.85%). Pérdida ponderal 28(100%),odinofagia en cinco(17.85%) vómitos solo cinco (17.85%) y ataque al estado general 28(100%).

## **DISCUSION:**

El advenimiento de la endoscopia digestiva diagnóstica en nuestro Hospital es importante, resultado de ello obtenemos una casuística elevada de pacientes con cancer esofágico, desafortunadamente no todos se han protocolizado para proporcionarles tratamiento adyuvante ó quirúrgico, con un alto numero de procedimientos paliativos, como gastrostomía, yeyunostomía o ambos, esto probablemente por las características de nuestros pacientes los que acude al servicio en etapas tardías o avanzadas de su enfermedad, con gran compromiso de su estado general y nutricional y la gran mayoría con tumores de tercio medio lo que no los hace buenos candidatos para el procedimiento operatorio de primera instancia. es importante destacar que no todos los pacientes tuvieron quimioterapia al momento de su diagnostico, solo el 42.85% de los casos considerados como no quirúrgicos ,sin embargo no se tiene seguimiento de éstos y obviamente no se llevaron a tratamiento de resección paliativa. Afortunadamente la nutrición parenteral y enteral, nos brindan la posibilidad de mejorar algunos pacientes llevándolos a tratamiento quirúrgico con mayor seguridad y brindándoles esta en el posoperatorio,

El procedimiento quirúrgico en este Hospital es adecuado, tenemos 4 pacientes encontrados en los últimos 5 años. Se les ha dado una buena sobrevida de 3 ,7,15 y 24 meses la literatura menciona sobrevidas a 5 años de solo 5%. La conducta primordial de este procedimiento es pues conservar a vía oral y creo que lo hemos logrado dándoles mayor cantidad y calidad de vida, que con tratamiento adyuvante puro ya sea quirúrgico ( gastrostomias yeyunostomias o quimioradioterapia) es conveniente el procedimiento operatorio contra el conservador y la ventaja fundamental esta en la morbi-mortalidad de nuestros pacientes es de criticarse que los pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos no se han protocolizado para el uso de terapia adyuvante, y de los pocos casos que existen no tenemos seguimiento.

## **CONCLUSIONES:**

- 1) Un gran número de expedientes no se localizaron, de los que se encontraron la gran mayoría no estaban completos. Esto causa tener estadísticas poco confiables dificultando la elaboración de trabajos retrospectivos y tener un buen control epidemiológico.
- 2) La incidencia de cancer del esófago es alta sobre todo en los ultimos 2 años, semejante a otros centros hospitalarios.
- 3) No se ofrece el tratamiento adyuvante de primera instancia y cuando se dá, el paciente no lo termina.
- 4) A los pacientes con quimioradioterapia se les pierde su seguimiento, sin llegar a tener la oportunidad de ser tratados quirúrgicamente.
- 5) La gran mayoría de los pacientes llegan en etapas tardías de su enfermedad lo que los hace poco aptos para tratamiento quirúrgico, brindándoles solo tratamientos paliativos sin tener una buena calidad de vida. Contrariamente a los pacientes que se manejaron quirúrgicamente que sí presentan una buena calidad de vida.
- 6) La mayoría de los pacientes acuden por disfagia como principal síntoma, en otras sociedades este sintoma de ingreso solo se observa en el 3.6% de la población estudiada pero es de llamar la atención que en el 55% no tienen ningún síntoma, lo que indica la importancia del monitoreo en lugares endémicos.

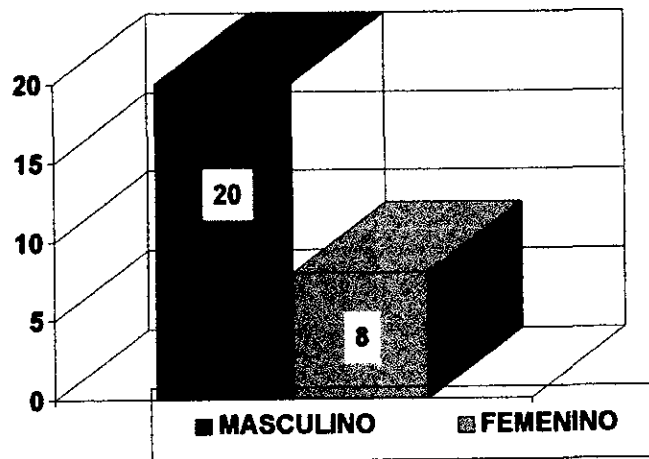
## **BIBLIOGRAFIA:**

- 1/ Mark B Orringer. Universidad de Michigan Medical Center Sección of de Thoracic Surgery Ann Arbor ; Michigan Thoracic, Cardiovascular Surg; 70 :836, 1975
- 2/ David B Skinner Profesor Dallas B. Plemister Dpto. de Cirugía, Pritzker Medicine University Chicago, Illinois. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica ; enero 1995.
- 3/ Henry Ellis Jr Sección of Thoracic Surgery Fundación Clínica Lahey. Boston . Massachusetts. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica ; enero 1995
- 4/ F. Henry Ellis, MD Medicine University Harvard, Boston, Massachusetts American Cancer Society Manual of Oncology Clínicas Segunda Edición ;330-334
- 5/ Qui S Yang G. Cancer; 1988; 62;551-557
- 6/ Cancer de esófago, Current problem Surgery ; Marzo 1998.
- 7/ Beatty JD. Cancer ;1979; 43:2254-2267
- 8/ Pearson JG. Cancer ;1977;39:882-90 Gutiérrez Sampeiro Fisiopatología quirúrgica del aparato Digestivo segunda edición pags 149-158.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

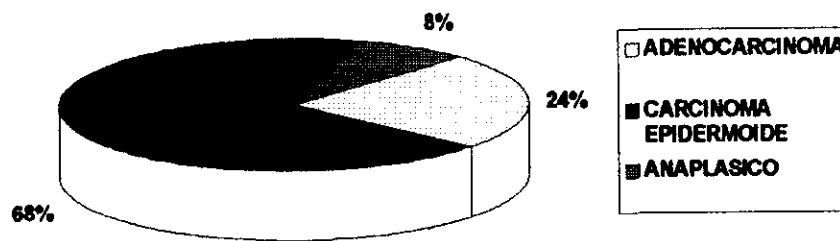


# INCIDENCIA POR SEXO



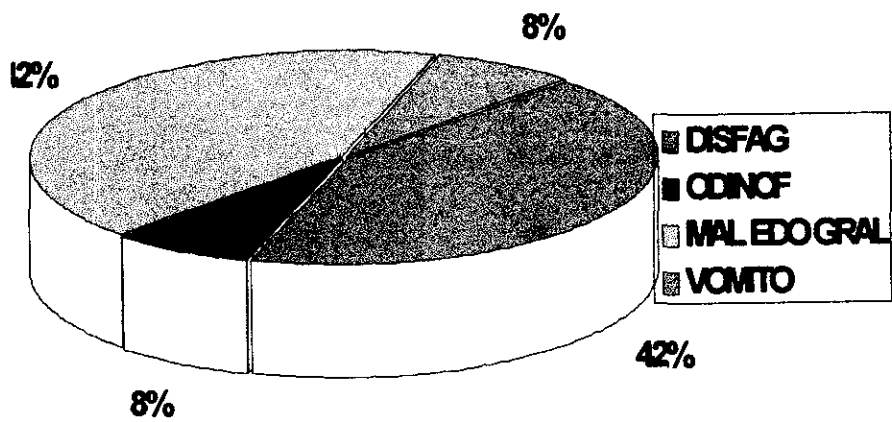
GRAFICA 1

# DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO



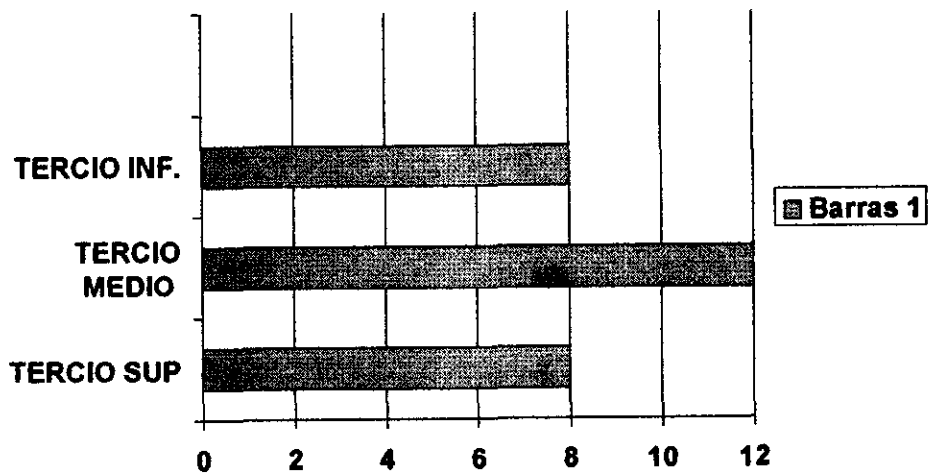
GRAFICA 2

# PRINCIPALES SÍNTOMAS



GRAFICA 3

# SITIO ANATÓMICO DE PRESENTACIÓN



GRAFICA 4