



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

TÍTULO

**CORRELACIÓN ANATOMOCLÍNICA Y
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL
CARCINOMA DE ESÓFAGO Y CARCINOMA DE UNION
ESOFAGOGASTRICA. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL
HOSPITAL DE ONCOLOGÍA DE CENTRO MÉDICO
NACIONAL SIGLO XXI.**

TESIS QUE PRESENTA

DRA. VASTY Jael MÉNDEZ PÉREZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE LA ESPECIALIDADE EN:

ANATOMÍA PATOLÓGICA

ASESOR DE TESIS:

DRA. ISABEL ALVARADO CABRERO

No de Registro de Protocolo: R- 2010-3602-15



MÉXICO D.F.

FEBRERO 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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



REGISTRO NACIONAL DE TESIS DE ESPECIALIDAD

Delegación: SUR DEL DISTRITO FEDERAL Unidad de adscripción: UMAE DE ESPECIALIDADES CMN SXXI

Asesor: Nombre: DRA. ISABEL ALVARADO CABRERO Matrícula: 7861761

Paterno: MÉNDEZ Materno: PÉREZ Nombre: VASTY JAEL

Matrícula: 99377304 Especialidad: ANATOMÍA PATOLÓGICA Fecha Grad. 28/02/2011

Título de la tesis:

CORRELACIÓN ANATOMOCLÍNICA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL CARCINOMA DE ESÓFAGO Y CARCINOMA DE UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGÍA DE CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.

Resumen:

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de esófago y el carcinoma de unión esofagogástrica son dos neoplasias que son frecuentes, en México el carcinoma de esófago representa el 1.3% de todas las neoplasias malignas en las instituciones del Sector Salud, ocupando el 4to lugar de los cánceres del aparato digestivo. Es con base en el aumento de la incidencia mundial y nacional de los carcinomas de esófago y de la unión esofagogástrica que fue de nuestro interés conocer la frecuencia con la que se presentan dichos carcinomas en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI y analizar sus características epidemiológicas además de las clínicopatológicas, comparándolas con lo reportado en la literatura **MÉTODOS:** Estudio Longitudinal de tipo retrospectivo, descriptivo, y observacional en el que se recolectaron datos del periodo del 1º de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2008. **RESULTADOS:** Se estudiaron un total de 132 casos de los cuales 67 (50.75%) correspondieron a carcinoma de esófago y 65 (49.24%) casos tuvieron diagnóstico de Carcinomas de la Unión gastroesofágica. Del total 104 (78.78%) fueron hombres y 28 (21.21%) fueron mujeres. El primer lugar de las neoplasias lo ocupó el adenocarcinoma de unión esofagogástrica, el segundo el carcinoma epidermoide y el tercero el adenocarcinoma de esófago. Conforme a lo esperado los factores de riesgo como el tabaquismo, alcoholismo, enfermedad por reflujo y hernia hiatal tuvieron una clara asociación. El síntoma cardinal fue la disfagia a sólidos con progresión a líquidos. Histológicamente la mayoría de los casos en el carcinoma de esófago y el adenocarcinoma de unión fue moderadamente diferenciados. La correlación histopatológica con el reporte endoscópico fue del 80% en el adenocarcinoma de esófago, del 97% en el carcinoma epidermoide de esófago y del 47% en el adenocarcinoma de la unión esofagogástrica. La localización evidenciada por endoscopia coincidió con lo reportado en la literatura. El adenocarcinoma de unión esofagogástrica fue tratado en la mayoría de los casos con quimioterapia- radioterapia pre y post cirugía, con respuesta parcial en el 52% y total en el 15%. En el caso del carcinoma de esófago la terapia neoadyuvante fue de 41% con respuesta parcial y 35% con respuesta total. **CONCLUSIONES:** Al igual que lo descrito en la literatura el carcinoma de esófago y de unión esofagogástrica afecta al género masculino predominantemente en la 6ta década de la vida. Siendo de vital importancia entender la epidemiología e identificar personas con factores de riesgo para realizar intervenciones de escrutinio y prevención

Palabras Clave:

1) CARCINOMA 2) ESÓFAGO 3) UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA

Pags.40

Tipo de Investigación: _____

Tipo de Diseño: _____

Tipo de Estudio: _____

DRA. DIANA G. MENEZ DÍAZ

JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI IMSS

DRA. MA. DE LOURDES CABRERA MUÑOZ

TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI IMSS

DRA. ISABEL ALVARADO CABRERO

JEFE DEL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA UMAE HOSPITAL DE

ONCOLOGÍA CMN SIGLO XXI IMSS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 3602

FECHA 04/08/2010

Estimado María Isabel Alvarado Cabrero

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle que, el protocolo de investigación en salud presentado por usted, cuyo título es:

CORRELACIÓN ANATOMOCLÍNICA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL CARCINOMA DE ESÓFAGO Y CARCINOMA DE UNION ESOFAGOGASTRICA. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGÍA DE CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.

fue sometido a consideración del Comité Local de Investigación en Salud, quien de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores consideraron que cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética médica y de investigación vigentes, por lo que el dictamen emitido fue de: **AUTORIZADO**.

Habiéndose asignado el siguiente número de registro institucional

No. de Registro
R-2010-3602-15

Atentamente


Dr(a), Pedro Escudero De los Ríos

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud Núm 3602

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme haber cursado la especialidad.

A mi tía Eva por ser mi escucha, apoyo, consejera y más.

A mi hermano Jonathan por su ayuda.

A la Dra. Isabel Alvarado por su enseñanza y guía.

A la Dra. Candelaria Córdova por su valiosa amistad e instrucción.

Y a todas las personas que aportaron significativas lecciones de vida y profesión, las cuales me han dado crecimiento a través de esta etapa.

.

DEDICATORIAS

A mis padres: *Judith e Isidro por su amor, apoyo y educación.*

DATOS DEL ALUMNO	
Apellido Paterno:	MENDEZ
Apellido Materno:	PEREZ
Nombre:	VASTY JAEL
Teléfono:	57023515
Universidad:	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad:	Facultad de Medicina
Carrera:	Anatomía Patología
No. De Cuenta:	099605045
DATOS DEL ASESOR	
Apellido paterno	ALAVARADO
Apellido materno	CABRERO
Nombre:	ISABEL
Matrícula:	7861761
DATOS DE LA TESIS	
Título:	CORRELACIÓN ANATOMOCLÍNICA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS DEL CARCINOMA DE ESÓFAGO Y CARCINOMA DE UNION ESOFAGOGASTRICA. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGÍA DE CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.
No. De Páginas:	40
Año:	2011

INDICE

CONTENIDO	PÁGINA
Resumen	1
Introducción	2
Carcinoma esofagogástrico	2
Carcinoma de esófago	2
Carcinoma epidermoide de esófago	5
Adenocarcinoma de esófago	8
Carcinoma de la unión esofagogástrica	10
Planteamiento del problema	14
Objetivos	15
Material paciente y métodos	16
Selección de la muestra	17
Diseño de estudio	18
Universo de trabajo	18
Descripción de variables	19
Resultados	22
Discusión	34
Anexo 1	38
Bibliografía	39

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de esófago y el carcinoma de unión esofagogástrica son dos neoplasias que son frecuentes, en México el carcinoma de esófago representa el 1.3% de todas las neoplasias malignas en las instituciones del Sector Salud, ocupando el 4to lugar de los cánceres del aparato digestivo. Es con base en el aumento de la incidencia mundial y nacional de los carcinomas de esófago y de la unión esofagogástrica que fue de nuestro interés conocer la frecuencia con la que se presentan dichos carcinomas en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI y analizar sus características epidemiológicas además de las clínicopatológicas, comparándolas con lo reportado en la literatura

MÉTODOS: Estudio Longitudinal de tipo retrospectivo, descriptivo, y observacional en el que se recolectaron datos del periodo del 1º de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2008.

RESULTADOS: Se estudiaron un total de 132 casos de los cuales 67 (50.75%) correspondieron a carcinoma de esófago y 65 (49.24%) casos tuvieron diagnóstico de Carcinomas de la Unión gastroesofágica. Del total 104 (78.78%) fueron hombres y 28 (21.21%) fueron mujeres. El primer lugar de las neoplasias lo ocupó el adenocarcinoma de unión esofagogástrica, el segundo el carcinoma epidermoide y el tercero el adenocarcinoma de esófago. Los factores de riesgo como el tabaquismo, alcoholismo, enfermedad por reflujo y hernia hiatal tuvieron una clara asociación. El síntoma cardinal fue la disfagia a sólidos con progresión a líquidos. Histológicamente la mayoría de los casos en el carcinoma de esófago y el adenocarcinoma de unión fueron moderadamente diferenciados. La correlación histopatológica con el reporte endoscópico fue del 80% en el adenocarcinoma de esófago, del 97% en el carcinoma epidermoide de esófago y del 47% en el adenocarcinoma de la unión esofagogástrica. La localización evidenciada por endoscopia coincidió con lo reportado en la literatura. El adenocarcinoma de unión esofagogástrica fue tratado en la mayoría de los casos con quimioterapia- radioterapia pre y post cirugía, con respuesta parcial en el 52% y total en el 15%. En el caso del carcinoma de esófago la terapia neoadyuvante fue de 41% con respuesta parcial y 35% con respuesta total.

CONCLUSIONES: Al igual que lo descrito en la literatura el carcinoma de esófago y de unión esofagogástrica afecta al género masculino predominantemente en la 6ta década de la vida. Siendo de vital importancia entender la epidemiología e identificar personas con factores de riesgo para realizar intervenciones de escrutinio y prevención.

**CORRELACIÓN ANATOMOCLÍNICA Y CARACTERÍSTICAS
EPIDEMIOLÓGICAS DEL CARCINOMA DE ESÓFAGO Y CARCINOMA DE
UNION ESOFAGOGASTRICA. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL
DE ONCOLOGÍA DE CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.**

INTRODUCCIÓN:

EL CARCINOMA ESOFAGOGÁSTRICO

El carcinoma esofagogástrico comprende los carcinomas que se presentan en el esófago y región esofagogástrica. Para el año 2005 en todo el mundo había 1 500 000 nuevos casos reportados (500 000 de esófago y 1 000 000 de estómago). (1)

Las condiciones preneoplásicas de la mucosa esofagogástrica incluyen esofagitis erosiva en alcohólicos, esófago recubierto por epitelio columnar como complicación del reflujo gastroesofágico y la gastritis atrófica asociada con infección por *Helicobacter pylori*.(1)

Los temas que son motivo de nuestro estudio son los carcinomas de esófago y de la unión esofagogástrica en particular.

CARCINOMA DE ESÓFAGO

INCIDENCIA:

Ha aumentado en las dos décadas pasadas en todo el mundo. (2) En México el carcinoma de esófago representa el 1.3% de todas las neoplasias malignas en las instituciones del Sector Salud, ocupando el 4to lugar de los cánceres del aparato digestivo. Lo que lo hace un problema de salud pública importante. Sin

embargo el entender y prevenir esta entidad no ha sido tarea fácil por el hecho de que hay dos tipos histológicos y como consecuencia diferentes factores etiológicos. Pero algo que ambos tipos histológicos comparten es la alta mortalidad. (3)

HISTOLOGÍA:

Hay dos tipos histológicos en el carcinoma de esófago y son: el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma. (2)(3)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

El carcinoma de esófago suele desarrollarse en personas entre los 50 y 70 años de edad. La relación general es de 3:1 con predominio en los hombres.

SÍNTOMAS GENERALES:

La disfagia progresiva de sólidos a líquidos es el síntoma común pero suele presentarse en fase tardía de la evolución de la enfermedad debido a que la carencia de capa serosa en el esófago permite que el músculo liso se dilate con facilidad por lo tanto cuando la afección se diagnostica suele estar muy avanzada con una infiltración en más del 60% de la circunferencia del esófago.

Otros síntomas invasión a estructuras vecinas o metástasis se pueden observar primero estridor por extensión al árbol traqueobronquial, tos, ahogamiento y neumonía por aspiración si se presenta fístula traquoesofágica, disfonía por parálisis de las cuerdas vocales por invasión de los nervios laríngeos recurrentes.

DIAGNÓSTICO: El gold Standard es la video endoscopia flexible para su detección (4). Y el examen histopatológico para su diagnóstico.

TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE ESÓFAGO:

TEMPRANO	TARDIO
<p>Trata lesiones precursoras o un carcinoma superficial. Se usa en la paliación (alivia la disfagia secundaria a la obstrucción).</p>	<p>Trata lesiones avanzadas según el estadio en el que se encuentre. El carcinoma epidermoide de esófago y el adenocarcinoma de esófago son dos entidades diferentes en patogénesis, epidemiología, biología tumoral y pronóstico y requieren de estrategias terapéuticas diferentes.</p>
<p>Resección de la mucosa por medio de endoscopia, según el diámetro de la lesión, la morfología de la lesión y profundidad de la invasión. La contraindicación relativa es la invasión superficial en la submucosa.</p>	<p>Unimodal: en tumores pequeños o en pacientes que no son candidatos a tratamiento multimodal.</p> <p>Multimodal: Quimioterapia-Radioterapia (QT-RT) neoadyuvante combinada pre-quirúrgica para el carcinoma epidermoide de esófago localmente avanzado y quimioterapia de neoadyuvancia pre y postquirúrgica para el adenocarcinoma de esófago en estadios avanzados. El tratamiento quirúrgico (Qx) de elección es un procedimiento de Ivor-Lewis clásico con anastomosis intratorácica para el adenocarcinoma mientras que el carcinoma epidermoide requiere frecuentemente de esofagectomía subtotal con anastomosis cervical.</p>

CARCINOMA EPIDERMOIDE DE ESÓFAGO

Solía ser el tipo predominante de neoplasia esofágica. Se observa con frecuencia en las regiones de Asia con bajo *status* socio económico, deficiencias nutricionales y en los países occidentales. (1) (2) (5) (6)

La edad promedio de los pacientes es 10 años menor que los que padecen adenocarcinoma de esófago. Se localiza por arriba del árbol bronquial en el 75% de los casos. El 90% se encuentran en el tercio medio y distal del esófago, se pueden observar como tumor polipoide o ulcerados con expansión a la pared. (4). Figura 1

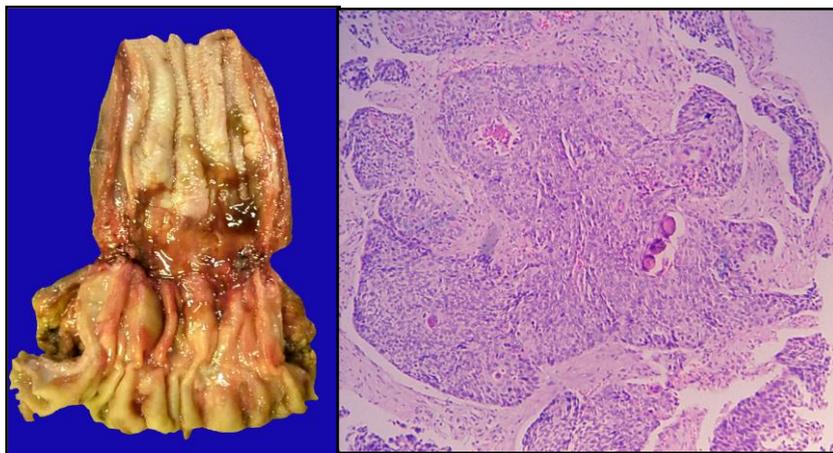


Figura 1.

Muestra diseminación linfática temprana y un peor pronóstico comparado con el adenocarcinoma de esófago (4)

Se asocia a factores ambientales como compuestos nitrosos en vegetales curtidos, carnes ahumadas, deficiencias de zinc y molibdeno. En las sociedades occidentales el tabaquismo y el consumo de alcohol se asocian

también con el carcinoma epidermoide. (1)(2)(3)(4) Otras enfermedades asociadas a este padecimiento son la acalasia de larga duración, tilosis (un trastorno autonómico dominante que se caracteriza por hiperqueratosis de las palmas de las manos y las plantas de los pies) y virus del papiloma humano.

HISTOPATOLOGÍA:

Se define como la infiltración de células escamosas neoplásicas a través de la membrana basal y su extensión dentro de la lámina propia o de tejidos profundos.

Se inicia como carcinoma in situ y puede invadir los vasos linfáticos intramurales y las venas en estados tempranos de la enfermedad.

El carcinoma invade las capas musculares y llega hasta la adventicia por donde se extiende e invade órganos adyacentes especialmente la traquea y bronquios o tejidos blandos adyacentes.

VARIANTES HISTOPATOLÓGICAS:	
CARCINOMA VERRUCOSO	Variante rara de apariencia verrugosa, papilar o tipo coliflor. Presenta papilas malignas con epitelio escamoso bien diferenciado queratinizante con mínima atipia citológica.
CARCINOMA FUSOCELULAR	Presenta componente fusocelular sarcomaide también conocido como carcinosarcoma, carcinoma epidermoide pseudosarcomatoso o polipoide. Las células fusiformes son capaces de madurar y formar hueso, cartílago y hasta músculo esquelético. Son pleomórficas y semejan histiocitoma fibroso maligno.
CARCINOMA EPIDERMOIDE BASALOIDE	Variante rara compuesto por células con núcleo hipercromático y citoplasma basófilo escaso, muestran patrón de crecimiento sólido algunos espacios tipo glándulas y focos de comedo necrosis se asocia con neoplasia intraepitelial y carcinoma epidermoide invasor.

Las lesiones precursoras se observan en población de alto riesgo y son las siguientes:

- Hiperplasia de células basales
- Neoplasia intraepitelial (displasia y carcinoma in situ).
- Papiloma de células escamosas.

El carcinoma epidermoide de esófago se basa en parámetros de actividad mitótica anisonucleosis y grado de diferenciación.

Los carcinomas epidermoides se dividen en los siguientes grados:

Bien diferenciado	Características similares a las del esófago normal, hay células escamosas grandes, células escamosas tipo queratinocitos y pocas células pequeñas tipo basal que se localizan en la periferia de los nidos celulares. La queratinización se interpreta como signo de diferenciación.
Moderadamente diferenciado	Tipo más común y representa 2/3 del total de los carcinomas epidermoides de esófago.
Poco diferenciado	predominan las células de tipo basal y elevado índice mitótico
Indiferenciado	Carecen de características de diferenciación escamosa en el microscopio de luz, pero ultraestructural e inmunohistoquímicamente presenta dichas características.

ADENOCARCINOMA DE ESÓFAGO

El adenocarcinoma del esófago ha aumentado su frecuencia hasta 4 veces en los países occidentales en la mitad del siglo pasado, especialmente en la raza blanca. Este aumento no se ha visto en los países Asiáticos (3) (5) (7).

El adenocarcinoma de esófago se asocia con un alto nivel socioeconómico y factores de riesgo cardiovascular; en el 94% de las veces está por arriba del árbol bronquial por lo que los lugares de diseminación más frecuentes son: mediastino, árbol traqueobronquial, pulmón, aorta, pericardio corazón y médula. (4)

Este incremento en la incidencia de la enfermedad, se ha asociado con el aumento en la enfermedad por reflujo gastroesofágico (5) que como complicación origina Esófago de Barrett el cual se define como mucosa de epitelio mucoproducción. Este factor está asociado 30 a 40 veces al adenocarcinoma de esófago. Clínicamente el esófago de Barrett se define por la presencia de epitelio gástrico evidente durante la endoscopia con la confirmación histológica posterior. Otro factor asociado es la presencia de un índice de masa corporal alto. (8).

En un estudio de 131 casos se demostró que la mayoría de los pacientes con displasia de alto grado o adenocarcinoma esofágico con reflujo gastroesofágico severo mostraban las siguientes características: misma edad, predominio en hombres de raza blanca, la longitud del esófago de Barrett y el tamaño de la hernia hiatal aumentaron el riesgo de ambas patologías. (9) (10) (11)

ASPECTOS PATOLÓGICOS:

Se origina en el contexto de esófago de Barrett que progresa a displasia de bajo grado y luego de alto grado hasta llegar a adenocarcinoma de esófago.

Se observa un patrón de crecimiento típicamente papilar y/o tubular. Figura 2

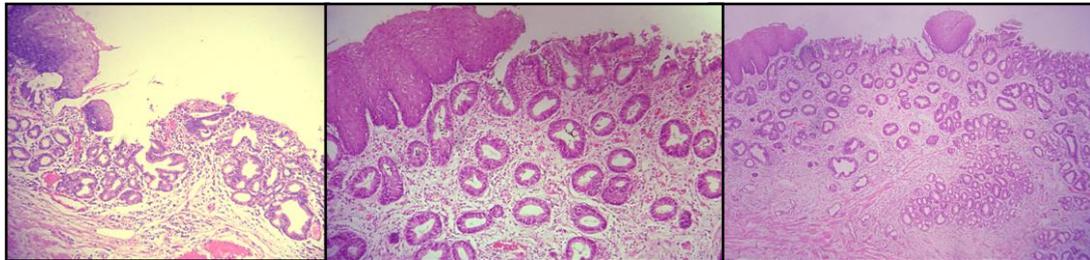


Figura 2

La diferenciación puede producir células endocrinas, células de Paneth y epitelio escamoso. Los adenocarcinomas mucoprodutores pueden asociarse y son definidos como los que presentan más de 50% de mucina .

LESIONES PRECURSORAS :

Esófago de Barrett

Neoplasia intraepitelial en el esófago de Barrett (de bajo y alto grado)

Grados de diferenciación:

Bien diferenciados y moderadamente diferenciados: crecen en la mucosa de Barrett.

OTROS CARCINOMAS

CARCINOMA ADENOESCAMOSO	Componente escamoso con adenocarcinoma tubular
CARCINOMA MUCOEPIDEMOIDE	Raro, muestra mezcla entre células escamosas, células mucosecretoras y células de tipo intermedio.
CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO	Poco frecuente, es una variante del mucoepidermoide

CARCINOMA DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA (UEG)

Aunque el carcinoma epidermoide de esófago solía predominar, en la actualidad se ha reportado un dramático incremento en la incidencia del adenocarcinoma de la unión esofagogástrica en las dos décadas pasadas en el occidente y también en países asiáticos; ahora el adenocarcinoma de esófago distal y el carcinoma de unión esofagogástrica son más de la mitad de nuevos casos reportados en países occidentales. (7) Con respecto a su etiología, hay estudios que señalan a los adenocarcinomas del esófago distal y los adenocarcinomas que involucran la unión esofagogástrica con características clínico-epidemiológicas, patológicas y moleculares similares (12)

Con base en lo anterior se propone la asociación del esófago de Barrett con el adenocarcinoma de la unión esofagogástrica, ya que el origen de una mucosa tipo Barret con células caliciformes de tipo intestinales es debida a un proceso de diferenciación de células madre epiteliales pluripotenciales como respuesta a un proceso alterado de estas mismas en respuesta a la reparación secundaria a una lesión ocurrida. (13)

Debido a la localización limítrofe del esófago y estómago, además del aumento en el desarrollo de carcinomas gástricos de localización proximal se crearon discrepancias y controversias con respecto a la etiología, clasificación y tratamiento quirúrgico en el adenocarcinoma de unión esofagogástrica. (14) Para terminar con lo anterior se creó la clasificación de Siewert-Stein para los adenocarcinomas de unión esofagogástrica. (UEG) en 1987.

La clasificación anatomotopográfica de Siewert-Stein se hace con base en datos epidemiológicos, clínicos, de histogénesis y características histomorfológicas de la región de la unión esofagogástrica (6) (15) (16) . Esta clasificación se recomienda para seleccionar un tratamiento quirúrgico apropiado y es la siguiente:

TIPO I	ADENOCARCINOMA DEL ESÓFAGO DISTAL	se encuentra en el centro de la lesión se localiza desde 1 cm por arriba de la línea Z hasta 5 cms en sentido rostral
TIPO II	VERDADERO CARCINOMA DE CARDIAS	se localiza desde 1 cm por arriba de la línea Z hasta 2 cm por debajo de la misma.
TIPO III	ADENOCARCINOMA GÁSTRICO SUBCARDIAL	se localiza desde los 2 cm por debajo de la línea z hasta 5 cms en sentido rostral

Como ya hemos revisado los adenocarcinomas del esófago distal se originan de áreas con metaplasia intestinal especializada que se desarrolla como consecuencia del reflujo gastroesofágico crónico lo que significa que básicamente en todos los pacientes con Tipo I se encuentra metaplasia intestinal.

Aunque la etiología y patogénesis de los verdaderos carcinomas del cardias gástrico y subcardiales no están del todo claros, se ha observado sin ser lo predominante, que un subgrupo de carcinomas del cardias puede también desarrollarse dentro de segmentos cortos de metaplasia intestinal en la unión esofagogástrica pero la relación entre estos tumores y el reflujo

gastroesofágico ha sido difícil de establecer. La tendencia es que en los tumores de Tipo II y Tipo III la metaplasia intestinal esté ausente.

ASPECTOS PATOLÓGICOS:

La mayor parte de los adenocarcinomas crecen en el cardias figura 2; se distinguen 4 tipos: Papilar, Tubular, Mucinoso y Células en anillo de sello, siendo estos últimos dos poco comunes.

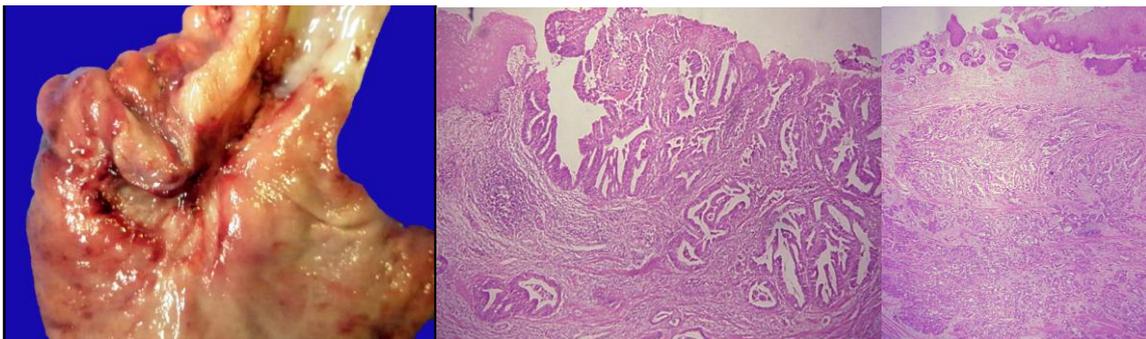


Figura 2.

Las lesiones Precursoras son: Neoplasia intraepitelial y Metaplasia intestinal

El carcinoma pilorocardiaco semeja glándulas pilóricas normales predomina en la región cardiaca y tienen células epiteliales altas con citoplasma claro o pálido y núcleo en posición basal o central.

El carcinoma Adenoescamoso es una mezcla de elementos glandulares y escamosos.

La gradificación se realiza en bien, moderado y poco diferenciado. El 3.6% son bien diferenciados, el 31% son moderadamente diferenciados y el 43% son poco diferenciados.

TRATAMIENTO:

De acuerdo a un estudio realizado en 50 878 panendoscopias basados en la clasificación de Siewert-Stein; 25% pertenecieron al tipo I , 49% al tipo II y 25% al tipo III. El estudio destaca la importancia del estudio histopatológico y la endoscopia para saber la localización de la neoplasia y poder realizar el mejor tratamiento quirúrgico de elección según sea el caso. Realizando para el tipo I esofagectomía distal con resección de la curva menor proximal o gastrectomía total según el tamaño del tumor, esófago-yeyuno-gastrostomía o gastrectomía total en T de Roux. En pacientes con tipo II y II la gastrectomía total fue la elección. Pero en todos la linfadenectomía fue realizada. (17)

Independientemente de la etiología, el tratamiento con base en el estadio se encuentra enfocado hacia la resección tumoral completa y linfadenectomía para un pronóstico bueno a largo plazo. (12) Otras propuestas de tratamiento según el tipo de tumor como los siguientes: (18)

TIPO I Esofagectomía transmediastinal con linfadenectomía en el mediastino posterior bajo

TIPO II Gastrectomía total con resección transhiatal del esófago distal y linfadenectomía.

TIPO III Resección limitada en la unión esofagogástrica y esófago distal con interposición de segmento yeyunal para los tumores en estadio uT1N0 y quimioterapia(QT) de neoadyuvancia para los uT3/T4 (6)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Con base en el aumento de la incidencia mundial de los carcinomas de esófago y de la unión esofagogástrica; es de nuestro interés conocer la frecuencia con la que se presentan dichos carcinomas en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI y analizar sus características epidemiológicas y clínicopatológicas, comparándolas con lo reportado en la literatura.

OBJETIVOS:

GENERAL:

- Identificar el número total de casos con carcinoma esofágico y carcinoma de unión esofagogástrica en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI en el periodo comprendido del 1º de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2008.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar las características morfológicas y separarlas de acuerdo con su topografía.
- Conocer las características epidemiológicas en los pacientes con diagnóstico de carcinoma esofágico y carcinoma de unión esofagogástrica correspondientes a especímenes quirúrgicos y de biopsias en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI en el periodo comprendido del 1º de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2008 y compararlas con la literatura actual.
- Comparar las características clínicas con el resultado final del estudio histopatológico correspondientes a especímenes quirúrgicos y de biopsias en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI del periodo comprendido del 1º de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2008.

MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS:

Procedimientos:

Se revisarán en el archivo de Patología del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI los libros con los reportes histopatológicos de especímenes quirúrgicos y biopsia de: Carcinoma de esófago y Carcinoma de Unión esofagogástrica, en el periodo del 1º de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2008, posteriormente se revisaron las laminillas de dichos casos.

En una hoja de recolección de datos (Ver anexo 1) se recopilaran los siguientes datos epidemiológicos y clínicos:

Sexo	Edad	Ocupación
Lugar de origen	Tabaquismo	Alcoholismo
Antecedentes heredofamiliares de neoplasia	Reflujo gastroesofágico	Hernia hiatal
Localización por endoscopia	Tamaño por endoscopia	Diagnóstico endoscópico
Sitio de metástasis	Estadio clínico	Neoadyuvancia y respuesta a la misma
Tipo histológico	Síntomas	Tiempo de inicio a la primera consulta en meses

Los resultados del análisis se tabularan en hojas de cálculo y se realizarán gráficos

Selección de la muestra:

Criterios de selección:

I. Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico histopatológico de carcinoma de esófago o carcinoma de unión esofagogástrica correspondientes únicamente a especímenes quirúrgicos y de biopsia que cuenten con laminillas, reporte endoscópico y expediente clínico en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI en el periodo comprendido del 1º de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2008.

II. Criterios de exclusión:

- Pacientes sin diagnóstico histopatológico, sin reporte endoscópico o expediente clínico de carcinoma de esófago o carcinoma de unión esofagogástrica en los años 2004 a 2008 del Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Diseño del estudio:

Estudio Longitudinal de tipo retrospectivo, descriptivo, y observacional

Longitudinal de tipo Retrospectivo: Se recolectarán datos del periodo del 1º de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2008.

Descriptivo: Mostrará características clínicas y epidemiológicas de los casos elegidos con respecto al carcinoma de esófago y carcinoma de la unión esofagogástrica, por lo que carece de hipótesis.

Observacional: recolectarán los datos y compararán sin manipularlos.

Universo de trabajo:

Pacientes con diagnóstico histopatológico de carcinoma de esófago y carcinoma de la unión esofagogástrica correspondientes únicamente a especímenes quirúrgicos y de biopsia que cuenten con laminillas además de expediente clínico en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI en el periodo comprendido del 1º de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2008

Descripción de las variables:

a) Según la metodología:

Variable independiente: Diagnóstico histopatológico

Variables dependientes: Sexo, Edad, Ocupación, lugar de origen, tabaquismo, alcoholismo, antecedentes heredofamiliares de neoplasia, presencia de reflujo gastroesofágico, presencia de hernia hiatal, localización por endoscopia, tamaño por endoscopia, diagnóstico endoscópico, tipo histológico, síntomas, tiempo de inicio a la primera consulta en meses, sitio de metástasis, estadio clínico, tipo de tratamiento, neoadyuvancia y respuesta a la misma.

b) Operacionalización de las variables

CUALITATIVAS:	CUANTITATIVAS:
Nominal:	Discontinuas:
Sexo, Ocupación, lugar de origen, tabaquismo, alcoholismo, antecedentes heredofamiliares de neoplasia, presencia de reflujo gastroesofágico, presencia de hernia hiatal, localización por endoscopia, diagnóstico endoscópico, tipo histológico, síntomas, sitio de metástasis, tipo de tratamiento, neoadyuvancia y respuesta a la misma.	Edad, tiempo de inicio a la primera consulta en meses, estadio clínico, alcoholismo, tabaquismo

b) Definición conceptual de las variables:

1.- Sexo	Constitución orgánica que distingue femenino y masculino.
2.- Edad:	Número de años cumplidos a la fecha del diagnóstico de Carcinoma de esófago y Carcinoma de Unión esofagogástrica en la historia clínica.
3.-Ocupación:	Actividades realizadas diariamente con respecto a un trabajo, oficio, o empleo obtenidas de la historia clínica del expediente.
4.- Lugar de origen:	Sitio de donde procede la persona obtenida de la historia clínica del expediente.
5.- Tabaquismo:	Tiempo en años durante el cual el paciente ha fumado referido en la historia clínica.
6.- Alcoholismo:	Tiempo en años durante el cual el paciente ha bebido alcohol de acuerdo a la historia clínica.
7.- Antecedentes heredofamiliares de neoplasia:	Presencia de algún tipo de cáncer en los miembros de la familia del paciente con Carcinoma de esófago y Carcinoma de Unión esofagogástrica, consignados en la Historia clínica.
8.-Reflujo gastroesofágico:	Retorno involuntario y frecuente del contenido del estómago hacia el esófago caracterizado clínicamente por la presencia de síntomas crónicos como pirosis predominantemente nocturna, hipo, eructos frecuentes, halitosis, disfagia, odinofagia y daño en la mucosa del esófago manifestado por esofagitis descrito en el reporte de endoscopia o por la sintomatología descrita, todo lo anterior referido en la historia clínica.
9.- Hernia hiatal:	Presencia de una parte del estómago dentro de la cavidad torácica por medio del hiato debilitado, manifestado clínicamente por pirosis. Referido en el reporte de endoscopia contenido en el expediente médico.
10.- Localización por endoscopia:	Distancia en centímetros a la que inicia el tumor teniendo como referencia inicial la arcada dentaria superior, referido en el reporte de endoscopia contenido en el expediente médico.

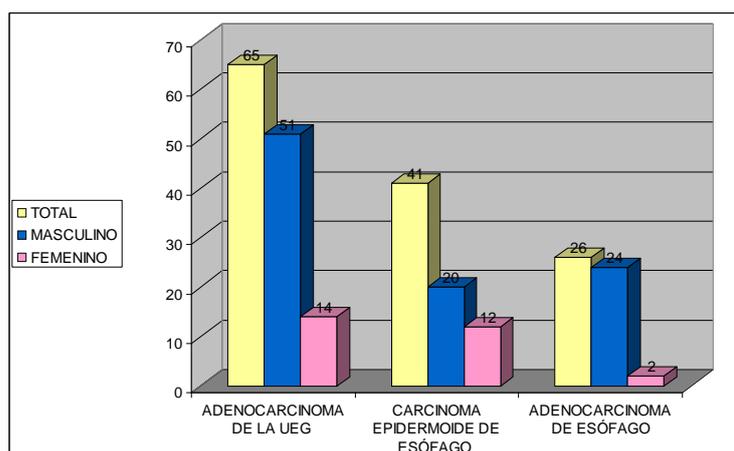
11.- Tamaño por endoscopia:	Dimensión en centímetros del tumor visto durante el estudio endoscópico referido en dicho reporte.
12.- Diagnóstico endoscópico:	Nombre de la entidad nosológica determinada por el estudio endoscópico descrito en el reporte contenido en el expediente clínico.
13.-Tipo histológico:	Estirpe y variantes histológicas de Carcinoma de esófago y Carcinoma de Unión esofagogástrica.
14.- Síntomas:	Percepciones, cambios anómalos o sensaciones relacionadas con neoplasias esofágicas referidos durante la historia clínica.
15.- Tiempo de inicio a la primera consulta en meses:	Número en meses desde el primer síntoma hasta que el paciente es atendido por primera vez con sospecha de Carcinoma de esófago y Carcinoma de Unión esofagogástrica.
16.-Sitio de metástasis:	Propagación de la actividad neoplásica a otro órgano o lugar evidenciado por auxiliares clínicos, referido en el expediente clínico.
17.-Estadio clínico:	Etapas o fases en las que se encontraron los pacientes con respecto al Carcinoma de esófago y Carcinoma de Unión esofagogástrica de acuerdo al involucro de diferentes estructuras anatómicas y órganos.
18.- Tipo de tratamiento:	Conjunto de medios utilizados con la finalidad de curación, disminución y paliación del tumor; Carcinoma de esófago y Carcinoma de Unión esofagogástrica
19.- Neoadyuvancia y respuesta a la misma:	Tipo de tratamiento que se administró a los pacientes como primer paso para reducir lo más posible el tamaño del tumor haciéndolo quirúrgico y/o sujeto a tratamiento definitivo. Valorada la respuesta como parcial, total o sin respuesta según lo referido en el expediente clínico y la confirmación por endoscopia.
20.-Neoplasia secundaria:	Presencia de carcinoma en diferente localización y de diferente estirpe en el mismo paciente.

RESULTADOS:

En el análisis retrospectivo de los archivos del departamento de patología del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, correspondientes al periodo del 1º de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2008, se encontró un total de 132 casos de los cuales 67 (50.75%) correspondieron a carcinoma de esófago y 65 (49.24%) casos tuvieron diagnóstico de Carcinomas de la Unión gastroesofágica. Ciento cincuenta y un casos fueron eliminados del estudio debido a que no contaban con material; de los cuales 93 fueron adenocarcinomas de esófago, 6 carcinomas epidermoides de esófago y 52 carcinomas de unión esofagogástrica.

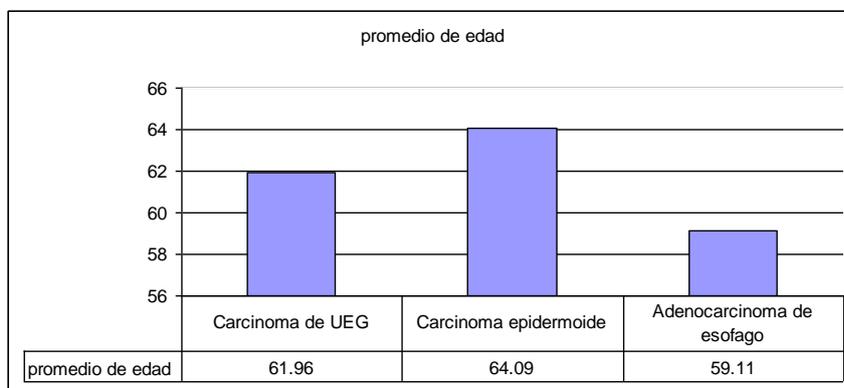
GÉNERO:

- De los 132 casos 104 (78.78%) fueron hombres y 28 (21.21%) fueron mujeres.
- En el carcinoma epidermoide de esófago de un total de 41(100%) casos 29 (70.73%) fueron hombres y 12(29.26%) fueron mujeres.
- En el adenocarcinoma de esófago de un total de 26 (100%) casos; 24 (92.30%) fueron hombres y 2(7.69%) fueron mujeres.
- En el carcinoma de unión esofagogástrica de un total de 65(100%) casos tuvo 51(78.46%) hombres y 14(21.53%) mujeres.



EDAD:

La edad promedio de los pacientes con adenocarcinoma de esófago fue de 59.11 años, la de los pacientes con carcinoma epidermoide de esófago fue de 64.09 años y la del adenocarcinoma de unión gastroesofágica fue de 61.96 años.



SINTOMAS:

En el carcinoma epidermoide de esófago los síntomas más frecuentemente referidos fueron:

- En el adenocarcinoma de esófago: Disfagia de sólidos con progresión a líquidos: 23 casos (88.46%), Pérdida de peso: 17 casos (65.38%), Dolor epigástrico: 7 casos (26.92%), Melena: 2 casos (7.69%), Disfonía: 1 caso (3.8%).
- En el carcinoma epidermoide: disfagia de sólidos con progresión a líquidos 37 casos (90.24%), Pérdida de peso: 15 casos (36.58%) Dolor epigástrico: 7 casos (17.07%), Disfonía: 4 casos (9.75%), Melena: 1 caso (2.43%), Odinofagia: 1 caso (2.43%),
- En el adenocarcinoma de unión esofagogástrica: la disfagia de sólidos con progresión a líquidos tuvo 35 casos (53.84%), pérdida de peso 25 casos (38.46%), dolor en epigastrio 18 casos (27.69%) melena 4 casos (6.15%) y odinofagia 3 casos (4.61%).

TIEMPO DE INICIO DE SÍNTOMAS HASTA LA PRIMERA CONSULTA:

Para el adenocarcinoma de esófago fue un promedio de 5.75 meses, para el carcinoma epidermoide de esófago fue 4.79 meses en promedio y para el carcinoma de unión esofagogástrica fue de 7.89 meses en promedio.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS:

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

- Del total de 132 casos analizados; 28 (21.21%) tuvo antecedentes heredofamiliares de neoplasias.
- El adenocarcinoma de esófago con 10 casos; tuvo 2 casos de carcinoma de mama, 4 casos de carcinoma de próstata y 4 pulmón.
- El carcinoma epidermoide de esófago hubo 3 casos con antecedentes heredofamiliares de neoplasias gástricas.
- El carcinoma de unión esofagogástrica tuvo 15 casos; 5 con carcinoma de mama, 3 con carcinoma cervicouterino, 2 de melanoma, 1 de carcinoma de próstata, 1 de carcinoma cerebral, 1 de carcinoma de páncreas, 1 de carcinoma de colon y 1 de carcinoma gástrico.

OCUPACIÓN:

No se observó una tendencia a la exposición de factores de riesgo ambientales importante, ya que sólo el 6.06% de los pacientes trabajaban alguna fábrica o con sustancias químicas.

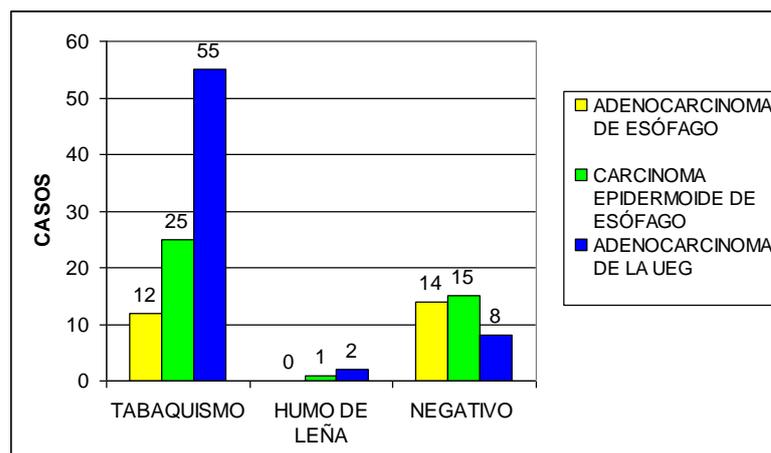
POBLACIÓN:

En el grupo de estudio los principales lugares de origen fueron:

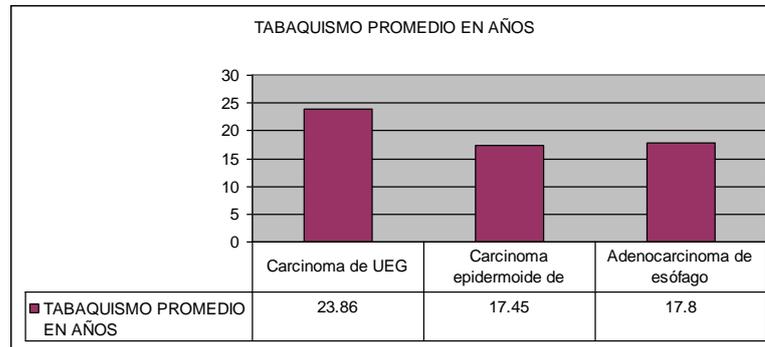
- En el adenocarcinoma de esófago en primer lugar estuvo el D.F. con 61.53%, en segundo lugar Hidalgo con 11.53% y en tercer lugar el Estado de México con 7.69%.
- En el carcinoma epidermoide de esófago el D.F. con 53%, le siguió el Estado de México con 12.19% y en tercer lugar Hidalgo con 7.31%.
- En el carcinoma de unión gastroesofágica el D.F. con 56.92% en primer lugar, Puebla con 6.1% en segundo lugar y en tercer lugar Oaxaca con 4.61%.

TABAQUISMO

- En el adenocarcinoma de esófago 46.15% fueron fumadores con un promedio de 25.44 cigarros al día.
- En el carcinoma epidermoide de esófago 60.97% fueron fumadores con un promedio de 18.26 cigarros por día y el 2.43 % tuvo exposición a humo de leña por 30 años.
- En el adenocarcinoma de Unión esofagogástrica 84.61% fueron fumadores con un promedio de 11.17 cigarros al día y el 3.07% estuvo expuesto a humo de leña por 24 años en promedio.

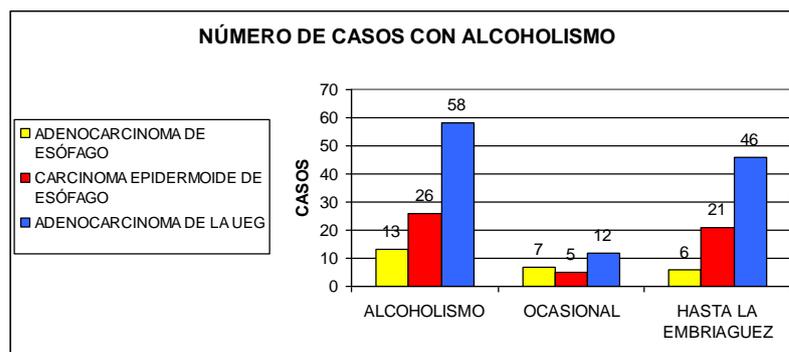


El promedio de años consumiendo tabaco en el adenocarcinoma de esófago fue de 17.8 años, en el carcinoma epidermoide de esófago fue de 17.45 años y en el carcinoma de unión gastroesofágica fue de 23.86 años.



ALCOHOLISMO:

El promedio de años en que los pacientes consumieron alcohol fue para el adenocarcinoma de esófago de 27.88 años, mientras que para el carcinoma epidermoide de esófago fue de 21.56 años y el carcinoma de unión gastroesofágica fue de 21.70 años.



- En el adenocarcinoma de esófago 50% lo presentaron con una frecuencia ocasional referida de 53.84% y llegaron hasta la embriaguez constantemente el 46.15%.
- En el carcinoma epidermoide de 63.41% presentaron alcoholismo de los cuales 19.23% fue ocasional y 80.76% llegaron hasta la embriaguez con frecuencia.

- En el adenocarcinoma de Unión esofagogástrica 89.23% presentaron alcoholismo de los cuales 20.68% fue ocasional y 79.31% llegaron a la embriaguez constantemente.

FACTORES DE RIESGO:

El reflujo gastroesofágico se presentó en 34.61% de los pacientes con adenocarcinoma de esófago, 92.68% de los pacientes con carcinomas epidermoides de esófago y 43.07% de los pacientes con adenocarcinoma de unión gastroesofágica.

La hernia hiatal se presentó en 46.15%, 14.63% y 24.15% de los pacientes con adenocarcinoma de esófago, carcinoma epidermoides de esófago y del adenocarcinoma de unión gastroesofágica respectivamente.

TOPOGRAFÍA:

- El adenocarcinoma de esófago en promedio se presentó una distancia de 30.76 cm entre la arcada dentaria superior y el tumor.
- El carcinoma epidermoide de esófago en promedio se presentó una distancia de 25.48 cms en promedio entre la arcada dentaria superior en promedio y el tumor.
- En el carcinoma de unión esofagogástrica en promedio se presentó una distancia de 33.69 cm entre de la arcada superior dentaria en promedio y el tumor.

El tamaño promedio del adenocarcinoma de esófago fue de 5.75 cms, el del carcinoma epidermoide de esófago fue de 5.78 cms y el de la unión esofagogástrica midió 5.13 cms.

CORRELACIÓN ANATOMOCLÍNICA:

- En el 80.76% (21) de los casos con diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma de esófago, el reporte endoscópico fue de un tumor localizado en esófago. En el 61.92%(13) se localizaron en el tercio distal, 19.04% (4) en el tercio medio y 19.04% (4) no especificó tercio. En el 19.23% (5) no hubo correlación anatomoclínica ya que el diagnóstico por endoscopia fue de unión esofagogástrica.
- En el 97.56% de los casos con diagnóstico histopatológico de carcinoma epidermoide de esófago el reporte endoscópico fue de un tumor localizado en esófago. En el 26.82% (11 casos) se localizó en el tercio superior, 34.16 % (13 casos) en el tercio medio y 39.02% (16 casos) en el tercio distal. En el 2.4% no precisó la localización.
- En el 47.69 % (31) de los casos con diagnóstico histopatológico de adenocarcinomas de la unión esófago gástrica , el reporte endoscópico fue de un tumor localizado en la región de la unión esofagogástrica, 49.22 % (32) fueron reportados en la endoscopia como carcinomas de esófago de los cuales 15.38 %(10) se localizaron en el tercio medio y 33.84 %(22) en el tercio distal. Se diagnosticó por endoscopia el 3.09% (2) con localización gástrica.

HISTOPATOLOGÍA:

- Del número total de casos de adenocarcinoma de esófago (26); 3 fueron bien diferenciados (11.53%), 19 fueron moderadamente diferenciados (73.07%) y 4 fueron poco diferenciados (15.38%).

ADENOCARCINOMA DE ESÓFAGO			
HALLAZGOS MICROSCÓPICOS			
Bien diferenciado	Moderadamente diferenciado	Poco diferenciado	Otros carcinomas
3 (11.53%)	19 (73.07%)	4 (15.38%)	0%

- Del número total de casos de carcinoma epidermoide de esófago (41); 8 fueron bien diferenciados (19.51%), 27 fueron moderadamente diferenciados (65.85%), 5 fueron poco diferenciados (12.19%), no se observaron indiferenciados y solo un caso fue carcinoma epidermoide basaloide (2.43%).

CARCINOMA EPIDERMOIDE DE ESÓFAGO				
HALLAZGOS MICROSCÓPICOS				
BIEN DIFERENCIADO	MODERADAMENTE DIFERENCIADO	POCO DIFERENCIADO	INDIFERENCIADO	CARCINOMA EPIDERMOIDE BASALOIDE
8 (19.51%)	27 (65.85%)	5 (12.19%)	0	1 (2.43%)

- Del número total de casos de carcinoma de la unión (65); 2 fueron bien diferenciados (3.07%), 39 fueron moderadamente diferenciados (60%) y 23 fueron poco diferenciados (35.38%), y 1 fue de tipo adenoescamoso (1.53%)

CARCINOMA DE UNION ESOFAGOGASTRICA			
HALLAZGOS MICROSCÓPICOS			
ADENOCARCINOMA	BIEN DIFERENCIADO	MODERADAMENTE DIFERENCIADO	POCO DIFERENCIADO
	2 (3.07%)	39 (60%)	23 (35.38%)
ADENOESCAMOSO	1 (1.53%)		

METASTASIS:

- El 26.9% (7) de los casos con Adenocarcinoma de esófago presentaron metástasis; 57.14% (4) a hígado y 42.85% (3) a pulmón.
- El 24.39% (10) de los casos con carcinoma epidermoide de esófago presentaron 60% (6) a Pulmón 20%(2) a Hígado y 20% (2) casos a Tráquea.
- El 20 % (13) de los casos con carcinoma de la unión esofagogástrica presentaron 53.84% (7) a hígado y 46.15%(6) a pulmón.

ESTADIO DE LA ENFERMEDAD:

ESTADIOS DE ADENOCARCINOMA DE ESÓFAGO			
T3 n0 m0	T4 n0 m0:	T3 n1 m0:	T4 n1 m1:
5 (19.23%),	5 (19.23%),	4 (15.38%),	4 (15.38%)

ESTADIOS DE CARCINOMA EPIDERMOIDE DE ESÓFAGO			
T3 n0 m0	T3 n1 m0:	T4 n1 m0:	T4 n1 m1:
12 (29.26%)	11 (26.82%)	10 (24.40%)	8 (19.51%)

ESTADIOS DE ADENOCARCINOMA DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA			
T3 n1 m0:	T4 n1 m1:	T3 n0 m0	T4 n0 m0:
16 (24.24%),	16 (24.24%).	11 (16.66%)	9 (13.63%),

TRATAMIENTO ADYUVANTE:

CARCINOMA EPIDERMOIDE DE ESOFAGO		
TIPO DE TRATAMIENTO		
QT-RT sin Cirugía: 21 (51.21%)	Rehabilitación: 20 (48.78%)	Sin tratamiento: 8 (19.51%)
QT-RT + cirugía: 5 (12.19%)	Endoprotesis: 4 (9.75%)	

ADENOCARCINOMA DE ESÓFAGO				
TIPO DE TRATAMIENTO				
QT-RT sin Cirugía: 13 (50%)	QT-RT + cirugía: 9 (34.61%)	Rehabilitación 8 (30.76%)	Endoprotesis: 6 (13.07%)	Sin tratamiento 0%

CARCINOMA DE UNIÓN ESOFAGO GÁSTRICA		
TIPO DE TRATAMIENTO		
QT-RT sin Cirugía: 19 (29.23%)	Rehabilitación: 25 (38.46%)	Sin tratamiento: 8 (12.30%)
QT-RT + cirugía: 23 (35.38%)	Endoprotesis: 9 (13.84%)	

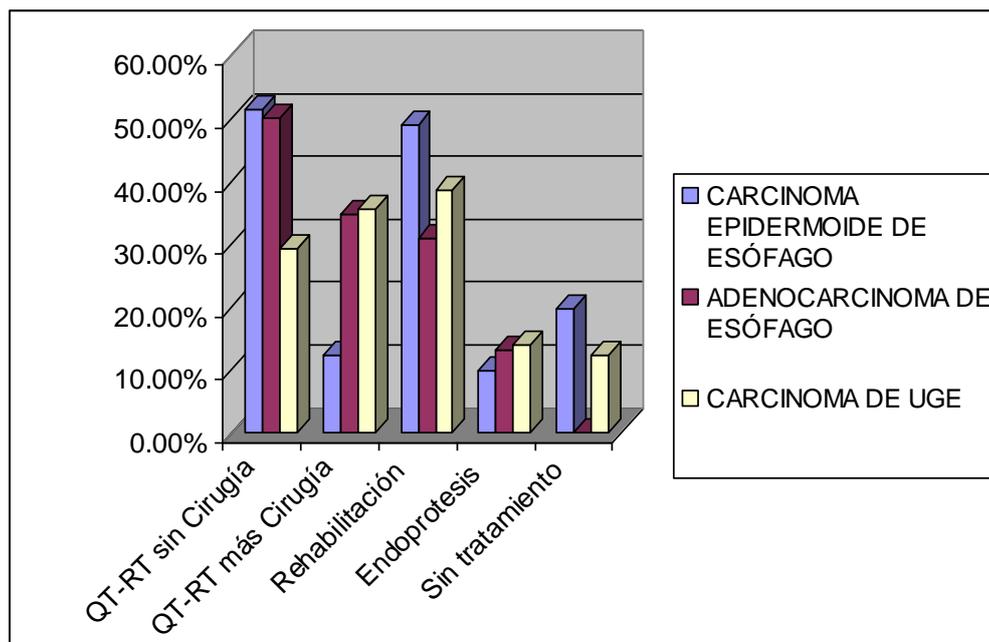
TRATAMIENTO NEOADYUVANTE:

ADENOCARCINOMA DE ESÓFAGO	
QT –RT NEOADYUVANTE	
RECIBIERON: 13 (50%)	RESPUESTA PARCIAL 5 (19.23%) RESPUESTA TOTAL 5 (19.23%) SIN RESPUESTA 3 (11.53%)
NO RECIBIERON: 13 (50%)	

CARCINOMA DE EPIDERMOIDE DE ESÓFAGO	
QT –RT NEOADYUVANTE	
RECIBIERON: 4 (9.75%)	RESPUESTA PARCIAL 2 (50%) RESPUESTA TOTAL 1 (25%) SIN RESPUESTA 1 (25%)
NO RECIBIERON: 37 (90.24%)	

CARCINOMA DE UNIÓN ESOFAGO GÁSTRICA	
QT –RT NEOADYUVANTE	
RECIBIERON: 19 (29.23%)	RESPUESTA PARCIAL 10 (52.63%) RESPUESTA TOTAL 3 (15.78%) SIN RESPUESTA 6 (31.57%)
NO RECIBIERON: 46 (70.76%)	

Comparativamente las terapias utilizadas se observan de la siguiente manera:



SEGUNDOS PRIMARIOS:

De los 132 casos estudiados se observó historia clínica de segundos primarios en 12 casos (9.09 %), de los cuales se obtuvieron los siguientes:

- Pacientes con adenocarcinoma de unión esofagogástrica 6.06%, con segundas neoplasias que fueron: carcinoma broncogénico, linfoma folicular, carcinoma de próstata, linfoma difuso de células grandes y carcinoma de testículo.
- Pacientes con carcinoma epidermoide de esófago: 1.51% linfoma de células grandes y tumor del estroma gastrointestinal.
- Pacientes con adenocarcinoma de esófago: 1.51% carcinoma laríngeo y carcinoma de colon.

DISCUSIÓN:

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio retrospectivo realizado, observamos que el porcentaje del carcinoma de esófago y el carcinoma de unión esofagogástrica fue casi el mismo, sin embargo, al dividirlos encontramos que el primer lugar lo ocupó el adenocarcinoma de unión esofagogástrica, el segundo lugar el carcinoma epidermoide y en tercero el adenocarcinoma de esófago esto concuerda con lo descrito sobre la tendencia al aumento en el número de casos de carcinoma de unión esofagogástrica a nivel mundial y pudiera reflejar la mejora en el escrutinio para la realización de su diagnóstico y cambios epidemiológicos.

En nuestro estudio como en la literatura, en las tres categorías estudiadas predominó el sexo masculino y la edad entre 59 a 64 años en el carcinoma esofágico y de 61 años para el adenocarcinoma de unión esofagogástrica.

En cuanto al lugar de origen de la población atendida en el Hospital de Oncología del Centro Médico Siglo XXI, en ambos padecimientos; la primera posición la ocupa el Distrito Federal, le siguen Hidalgo y Estado de México para el carcinoma de esófago y Puebla para el carcinoma de unión esofagogástrica.

Conforme a lo esperado los factores de riesgo detectados en la población analizada fueron fundamentalmente el alto índice de tabaquismo y alcoholismo para el carcinoma de esófago y el adenocarcinoma de unión esofagogástrica así como la enfermedad por reflujo. En nuestro estudio la asociación entre enfermedad por reflujo y la hernia hiatal con el carcinoma de esófago fue clara.

Como datos asociados encontramos que un bajo porcentaje de pacientes tuvieron contacto con sustancias químicas o riesgos ambientales, el 21.21% de los pacientes tuvo antecedentes heredofamiliares de neoplasia y el 9.09% de los casos los pacientes presentaron un segundo primario.

Las características clínicas del grupo estudiado son similares a lo publicado por otros autores ya que el síntoma cardinal continua siendo la disfagia a sólidos con progresión a líquidos en el carcinoma de esófago; otros síntomas asociados en los dos grupos fueron ambas neoplasias fueron: pérdida de peso, dolor epigástrico, melena y disfonía.

Histológicamente la mayoría de los casos fueron moderadamente diferenciados en el carcinoma de esófago y en el adenocarcinoma de unión esofagogástrica, como se reportan en la bibliografía revisada.

Por endoscopia se reportó una distancia promedio de la arcada dentaria superior hasta el inicio del tumor de 30.76 cm para el adenocarcinoma de esófago, 25.48 cm para el carcinoma epidermoide de esófago y 33.69 cm para el adenocarcinoma de unión esofagogástrica. Con una correlación histopatológica del adenocarcinoma de esófago con el reporte endoscópico del 80%, la del epidermoide del 97% y la del adenocarcinoma de la unión esofagogástrica del 47%.

Casi la mitad de los adenocarcinomas de unión esofagogástrica fueron reportados por endoscopia como carcinomas de esófago de predominio en el tercio distal y el 3% como carcinomas gástricos.

Los resultados obtenidos en cuanto a la localización en este informe están en concordancia con respecto a los de localización usual reportados en la bibliografía revisada:

- Carcinoma epidermoide de esófago se localizó predominantemente en el tercio medio y en el tercio distal del esófago con 36% y 39% respectivamente, referido en el reporte de endoscopia. El porcentaje en el tercio proximal con 26% , es un porcentaje mayor al que se ha reportado en la bibliografía consultada (10-15%).
- El adenocarcinoma de esófago se localizó predominantemente en el tercio medio y distal con 34% y 39% respectivamente reportado por endoscopia, lo cual se encuentra en concordancia también con lo publicado. En el tercio superior se originó el 26.82% pero conforme a lo descrito en la literatura está aumentado ya que usualmente se observa hasta en un 10%.

En el 2.4% de los casos con carcinoma de esófago no se precisó la localización en el reporte endoscópico.

Aunque el tiempo entre la manifestación de la sintomatología y el de tiempo para la primera consulta fue de 4 a 5 meses para el carcinoma de esófago y 7 meses para el carcinoma de unión esofagogástrica, continúa siendo una preocupación los estadios avanzados en los que llegan la mayoría de los pacientes como se observa en esta investigación al igual que en la literatura. Este hecho se correlaciona con el tamaño promedio del tumor (de 5.13 a 5.78 en promedio para ambos carcinomas) y metástasis presentes al momento del diagnóstico en hasta 26% de los casos y que en la mitad de los casos el

tratamiento utilizado en los casos de carcinoma de esófago fue quimio y radioterapia paliativa.

En las series revisadas al igual que en la que se plantea, el adenocarcinoma de unión esofagogástrica se relaciona con mejor sobrevida al ser tratado de forma multimodal con quimioterapia - radioterapia y cirugía.

En los resultados obtenidos en cuanto a la terapia neoadyuvante en el caso de carcinoma de esófago el 41% mostró una respuesta parcial, el 35% respuesta total y el 23% no mostró respuesta alguna, todos con seguimiento por medio de endoscopia lo anterior muestra que en comparación a otros autores en este caso se observa un resultado favorable al igual que en los pacientes con adenocarcinoma de la unión esofagogástrica con terapia neoadyuvante en los cuales el 52% mostró respuesta parcial, 31% no mostró respuesta y 15% mostró respuesta total.

La importancia del presente trabajo consiste en que es el primer estudio en el que se analizan y comparan las características epidemiológicas y clínicopatológicas de los carcinomas de esófago y de la unión esofagogástrica en el hospital de tercer nivel de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, lo cual servirá para el conocimiento situacional, entender la epidemiología e identificar los factores de riesgo para realizar intervenciones de escrutinio y prevención a las poblaciones de alto riesgo. Se pretende que con base en este estudio, se realicen otras líneas de investigación.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

PROTOCOLO: CORRELACIÓN ANATOMOCLÍNICA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL CARCINOMA DE ESÓFAGO Y CARCINOMA DE UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGÍA DE CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE:			
GÉNERO:		Masculino: _____ Femenino: _____	
EDAD: _____ años		OCUPACIÓN: _____ LUGAR DE ORIGEN: _____	
ALCOHOLISMO: _____ años		TABAQUISMO: _____ años	
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE NEOPLASIAS Y TIPO DE NEOPLASIA:			
Tiempo de inicio de los síntomas asociados a la neoplasia hasta la primera consulta: _____ meses			
SÍNTOMAS:		Disfagia de sólidos con progresión a líquidos: _____ dolor en epigastrio: _____ Pérdida de peso : _____ Odinofagia: _____ Disfonía: _____	
ANTECEDENTES DE:		Reflujo gastroesofágico: si _____ no _____ Hernia hiatal: si _____ no _____	
METÁSTASIS		SI: _____	SITIO: _____ NO: _____
ESTADIO CLÍNICO:		OTRA NEOPLASIA REPORTADA EN EL PACIENTE: si no tipo:	
TIPO DE TRATAMIENTO		Rehabilitación:	
		Prótesis:	
		Fuera de tratamiento o tratamiento paliativo:	
		Quimioterapia- radioterapia combinada con Cirugía:	
		Quimioterapia – radioterapia sin cirugía: _____	
		Quimioterapia-radioterapia neoadyuvante si _____ no : _____ con:	
		Respuesta total: _____ parcial _____ sin respuesta _____	
HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS:		Esofagitis asociada a reflujo gastroesofágico: si _____ no _____	
		Hernia hiatal : si _____ no _____	
		Localización de la neoplasia: de ___ a ___ cms de ads Tamaño de la neoplasia: _____ cms Diagnóstico endoscópico :	
HALLAZGOS MICROSCÓPICOS :		CARCINOMA DE UNIÓN ESÓFAGO GÁSTRICA	
		- Adenocarcinoma: bien diferenciado _____ moderadamente diferenciado ___ y poco diferenciado _____	
		- Carcinoma pilorocardiaco: _____ - Adenoescamoso : _____	
		CARCINOMA EPIDERMOIDE DE ESÓFAGO	ADENOCARCINOMA DE ESOFAGO
		- bien diferenciado _____	- bien diferenciado : _____
		- moderadamente diferenciado _____	- moderadamente diferenciado : _____
		- poco diferenciado _____	- poco diferenciado: _____
		- indiferenciado : _____	- otros carcinomas: _____
		- otras variantes _____	

ANEXO 1

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Lambert R, Hainaut P. the multidisciplinary management of gastrointestinal cancer. Epidemiology of oesophagogastric cancer. Best Prac Res Clin Gastroenterology. 2007; 21(6):921-45.
2. - . Stein H.J. Esophageal cancer: epidemiology, pathogenesis and prevention. Nature Clinical Practice. Gastroenterology & Hepatology 2008 Sep; 5(9):517-26.
3. - Holmes RS, Thomas TL. Epidemiology and Pathogenesis of Esophageal Cancer Seminar Radiat Oncology 2007 Jan; 17(1):2-9.
4. - Lambert R. Treatment of esophagogastric tumors. Endoscopy [Endoscopy] 2003 Feb; Vol. 35 (2), pp. 118-26 ..
- 5.- Hongo, Michi, Nagasaki, Yutaka. Shoji, Tomotaka. Effects of chronology, geography and ethnicity. Journal of Gastroenterology & Hepatology - Vol 24 May 2009 pg. 729-735
- 6.- Werner M ,Flejou J.F , Lambert, Stein, Siewert J. R. Tumours of the oesophagus and tumorus of the oesopahogastric junction En Pathology and Genetics Tumours of the Digestive System. World Health Organization Classification of Tumours. Lyon 2000.
- 7 - Stein, H.J.; Feith, M.; Siewert, J.R. *Cancer of the esophagogastric junction* Surgical Oncology Volume 9, Issue 1, July 2000, Pages 35-41
- 8.-Hongo M, Nagasaki Y, Shoji T. Epidemiology of esophageal cancer: Orient to Occident. Effects of chronology, geography and ethnicity. Journal of Gastroenterology & Hepatology 2009 May;24(5):729-35
- 9.-Avidan B; Sonnenberg A; Schnell TG; Chejfec G; Metz A; Sontag SJ Hiatal hernia size, Barrett's length, and severity of acid reflux are all risk factors for esophageal adenocarcinoma. The American Journal Of Gastroenterology [Am J Gastroenterology] 2002 Aug; Vol. 97 (8), pp. 1930-6.
- 10.- Siewer RT, Ott K. Are Squamous and Adenocarcinomas of the Esophagus the Same Disease? Seminar Radiate Oncology 2007 Jan; 17(1):38-44
- 11.- Brücher BL , Stein H.J. ., Zimmermann F, Werner M., Sarbia M., Busch R. et al. Responders benefit from neoadjuvant radio chemotherapy in esophageal squamous cell carcinoma: results of a prospective phase-II trial. Eur J Surg Oncology 2004 Nov;30(9):963-71.
- 12.- Dolan K, Morris AI, Gosney JR, Field JK, Sutton R. Three different subsite classification systems for carcinomas in the proximity of the GEJ, but is it all one disease? Journal of Gastroenterology & Hepatology 2004 Jan;19(1):24-30. - Vol 19 January 2004 pg. 24-30
- 13.- Tang LH; Klimstra DS Barrett's esophagus and adenocarcinoma of the gastroesophageal junction: a pathologic perspective. Surgical Oncology Clinics of North America [Surg Oncology Clin N Am] 2006 Oct; Vol. 15 (4), pp. 715-32.

- 14.- Feith M; Stein HJ; Siewert JR. Adenocarcinoma of the esophagogastric junction: surgical therapy based on 1602 consecutive resected patients. *Surgical Oncology Clinics of North America [Surg Oncology Clin N Am]* 2006 Oct; Vol. 15 (4), pp. 751-64.
- 15.- Keeney S; Bauer TL. Epidemiology of adenocarcinoma of the esophagogastric junction. *Surgical Oncology Clinics of North America [Surg Oncology Clin N Am]* 2006 Oct; Vol. 15 (4), pp. 687-96.
- 16.- Siewert JR; Feith M; Stein HJ. Biologic and clinical variations of adenocarcinoma at the esophago-gastric junction: relevance of a topographic-anatomic subclassification. *Journal of Surgical Oncology [J Surg Oncology]* 2005 Jun 1; Vol. 90 (3), pp. 139-46; discussion 146
- 17.-Szántó I; Vörös A; Gonda G; Nagy P; Altorjay A; Banai J; Gamal EM; Cserepes E Siewert-Stein classification of adenocarcinoma of the esophagogastric junction *Magyar Sebészet [Magy Seb]* 2001 Jun; Vol. 54 (3), pp. 144-9.
- 18.- Veuillez V; Rougier P; Seitz JF The multidisciplinary management of gastrointestinal cancer. Multimodal treatment of oesophageal cancer. *Best Practice & Research. Clinical Gastroenterology [Best Pract Res Clin Gastroenterology]* 2007; Vol. 21 (6), pp. 947-63.