

ASPECTOS CLINICOS DEL CANCER ESOFAGO

*) Instructor de Cirugía. Hospital "Carlos Andrade Marín".

I. INTRODUCCION

Los tumores malignos son conocidos desde hace millones de años; no constituye así, una enfermedad de la civilización, sino una enfermedad de toda especie viviente. En los esqueletos de los dinosaurios, que se estima han vivido hace 18 millones de años, se han encontrado cambios característicos de hemangioma de los huesos. Los reportes de cáncer en seres humanos, aparecen más tarde, en una de las primeras colecciones médicas en Egipto, alrededor de 1.500 años antes de Cristo, conocido como los papiros de Ebers.

A pesar de su larga evolución, no hemos llegado a comprender los mecanismos íntimos de estas lesiones. La célula neoplásica cumple con las características de eternidad por su crecimiento indefinido, se ha observado que siembras in vitro pueden reproducirse constantemente. En el ser humano, el desarrollo tumoral, destruye las funciones vitales conocidas, sustituyéndolo por este crecimiento anormal y permanente.

El cáncer esofágico, en nuestro medio, ocupa el tercer lugar, de acuerdo a la frecuencia de presentación en el aparato digestivo. Su propagación, de velocidad insospechada, hace esta enfermedad una de las de mayor malignidad. En el estudio realizado encontramos metástasis, en la mayoría de los pacientes, en el período de 2 meses, por esta circunstancia creemos que es valioso precisar ciertos conocimientos que nos conduzcan hacia un diagnóstico final y oportuno.

II. MATERIAL Y METODOS

Los resultados se han conseguido de los pacientes tratados en el Hospital "Car-

los Andrade Marín" durante los años 1970 a 1975.

Consideramos en nuestro análisis los siguientes aspectos:

1. — Diagnóstico de ingreso.
2. — Diagnóstico de egreso.
3. — Sintomatología.
4. — Exámenes de evaluación.
5. — Tratamiento.
6. — Evolución.
7. — Tiempo transcurrido desde los síntomas iniciales hasta el diagnóstico definitivo.

La investigación comprende un total 53.597 fichas clínicas a partir de 1970 hasta 1975, de las cuales 40 corresponden a cáncer esofágico de acuerdo al informe radiográfico, endoscópico e histo-patológico.

III. RESULTADOS Y DISCUSION

La incidencia de la tumoración en el Hospital "Carlos Andrade Marín", es de 0,07% del total de egresos.

FRECUENCIA DE CANCER ESOFAGICO

T A B L A I

	Nº	%
Total de casos egresados	53.597	100
Total de casos de cáncer esofágico	40	0,07

Dentro de las neoplasias del aparato digestivo, el cáncer de esófago, ocupa el tercer lugar, según los registros del Anuario de Estadísticas del I.E.S.S., correspondiendo al 12,4% Demling y Ottenjam (1972), informan el 4%, lo que que indicaría que en nuestro medio, la presentación de esta patología es mayor.

T A B L A II

INCIDENCIA DEL CANCER DEL APARATO DIGESTIVO

Visceras	Total de egresos Nº	Pichincha Quito Nº	Porcentaje %
Estómago	483	215	100
Intestino excepto recto	69	34	14,3
Esófago	60	40	12,4
Recto y porción			
Rectosigmoidea	43	27	8,9
Páncreas	33	13	6,8
Cavidad bucal y faringe	26	9	5,4
Hígado y vías biliares	10	5	2,0

La presencia de esta tumoración es mayor en el hombre que en la mujer, en una proporción de 17:1. Otros trabajos nos indican 4:1, probablemente la diferencia se deba a la mayor cantidad de pacientes del sexo masculino atendidos por el Servicio Médico del I.E.S.S.

T A B L A III

CANCER ESOFAGICO POR SEXO

SEXO	Masculino	Femenino	Total
Nº	17	1	18
%	90	10	100

El cáncer es una enfermedad propia de la quinta década en adelante, encontrándose también porcentajes elevados entre los 60 y 70 años de edad, siendo muy rara su presentación antes de los 40 años, obteniéndose uno a los 33 años.

T A B L A IV

CANCER ESOFAGICO POR EDAD

Edad	+ de 70 años	50-62	33-42	- 33	Total
Nº	6	9	3	0	18
%	33,3	50	16,6	0	100

La sintomatología principal de los pacientes investigados, es la siguiente:

1. — Disfagia.
2. — Pérdida de peso.
3. — Odinofagia.
4. — Anorexia.

La disfagia, generalmente, es un síntoma tardío, porque su aparición ocurre cuando la luz esofágica está comprometida hasta las dos terceras partes de su diámetro, o sea cuando el proceso se ha propagado por continuidad y es más peligroso encontrar metástasis a distancia, especialmente, a pulmón e hígado. La disnea, constituye de esta manera, un dato de mal pronóstico, acompañada usualmente de afonía.

La pérdida de peso, invariablemente, se halla asociada a la tumoración, primero por obstáculo mecánico, impidiendo una alimentación, y luego por la intensa catabolia que ocasiona.

La odinofagia, es una manifestación peculiar, por sus características imprecisas: unas veces el dolor ocurre al deglutir y otras es simplemente una sensación de presión retroesternal. En todo caso, la disfagia, la pérdida de peso y la odinofagia, son los parámetros clásicos que nos permiten sospechar en cáncer esofágico.

T A B L A V

SINTOMAS PRINCIPALES DE CANCER ESOFAGICO

	Disfagia	Pérdida de peso	Anorexia	Odinofagia
Nº	18	10	4	9
%	100	55,5	22,2	50

Los síntomas secundarios encontrados son:

1. — Dolor retroesternal.
2. — Dolor en epigastrio.

- 3.— Regurgitación.
- 4.— Sialorrea.
- 5.— Náusea, vómito.
- 6.— Hipo.
- 7.— Eruptos.
- 8.— Anemia.

De los hallazgos obtenidos, el dolor retroesternal y de epigastro, tienen suma importancia, porque agrupados con los trastornos dispépticos de la parte alta del aparato digestivo, pueden conformar las bases para un diagnóstico rápido. El dolor en ocasiones tiene irradiación a la región torácica posterior, en otras, a la apéndice xifoidea, unas veces guarda las características de esofagitis y también se manifiesta como una simple sensación de opresión precordial, de cualquier manera esta expresión paraneoplásica, semejante a la del pulmón, adquiere más interés cuando se agregan regurgitación, sialorrea, náusea, eruptos, etc., que podrían reconocerse como trastornos dispépticos esofágicos.

Estas consideraciones, nos elevan a clasificar en tres etapas o períodos de evolución:

- 1.— Etapa silenciosa.
- 2.— Incipiente.
- 3.— Evidente.

En el período silencioso, los estudios radiográficos permiten sospechar en el diagnóstico, por las alteraciones del peristaltismo, obligándonos luego a completar el examen mediante biopsias múltiples, citología exfoliativa, correlacionando los resultados con los antecedentes del paciente:

- 1.— Tabaquismo y alcoholismo.
- 2.— Estenosis cicatriciales.
- 3.— Síndrome de Plummer-Vinson.

- 4.— Acalasia.
- 5.— Hernia del Hiato.
- 6.— Metaplasia de epitelio cilíndrico.

Antecedentes y lesiones que se han reportado como precancerosas o asociadas al malignoma. No se puede diferenciar las estenosis benignas de las malignas ni macroscópica, ni radiológicamente, por lo que constituye una obligación completar el estudio con esofagoscopia y biopsias seriadas. Varios signos pueden integrar la sospecha, como son: el signo del tenedor, llamado así por el aspecto de la formación tumoral al paso de la substancia de contraste; el signo del surtidor, observando en la porción del cardias como partículas esparcidas alrededor; el signo de la "tienda de campaña", que adquiere esa forma al templar la superficie de la formación tumoral, mediante pinzas, a través del esofagoscopio.

Los síntomas incipientes podrían conformarse con los trastornos dispépticos de esófago, el dolor precordial y la pérdida de sangre oculta en heces o las manifestaciones claras de melena, datos que pueden coexistir o ser independientes de la disfagia.

Los síntomas evidentes se acompañan a lo ya descrito, la disfagia progresiva, la pérdida de peso, la odinofagia y todas aquellas manifestaciones paraneoplásicas relacionadas con el grado de invasión tumoral.

T A B L A VI

SINTOMAS SECUNDARIOS EN EL CANCER ESOFAGICO

	Dolor Retroest.	Regurgitación	Náusea Vómito	Sialorrea	Hipo Eructos
Nº	12	6	4	4	2
%	66,4	33,3	22,2	22,2	11,1

Tiene especial interés el tiempo transcurrido desde la iniciación del cuadro clínico hasta el diagnóstico final:

- 1.—De un mes a 6 meses: 14 casos
- 2.—De 6 a 9 meses : 3 casos
- 3.—Sin reporte : 1 caso.

Se obtiene un promedio de 64,6 por ciento para el diagnóstico realizado en el lapso de 4 meses, lo que indicaría un resultado tardío, considerando la velocidad de propagación de la masa tumoral y la menor dificultad para concluir con el diagnóstico. Ocurre también con frecuencia que el paciente no asiste a los servicios médicos, sino cuando la enfermedad está prolongada, encontrándose dos pacientes cuya sintomatología se remontaba 9 meses atrás, hecho particular, porque en casi todos los tumores malignos de esófago, la evolución es más rápida, alrededor de dos meses como promedio.

T A B L A VII

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA INICIACION DE LOS SINTOMAS Y EL DIAGNOSTICO DE CANCER ESOFAGICO

Tiempo	1 - 2 Meses	2 - 4	4 - 6	6 - 9
Nº	6	5	3	3
%	35,2	29,4	17,6	17,6

El tratamiento se ha clasificado en:

- 1.— Clínico sintomático.
- 2.— Quirúrgico.
- 3.— Radioterapia.
- 4.— Combinado: Quirúrgico-radioterapia.

El número más elevado de pacientes ha sido abordado mediante Cirugía; el procedimiento clínico se deja para la enfermedad avanzada; la radioterapia constituye aún el auxiliar primordial para el control de las neoplasias.

T A B L A VIII

CANCER ESOFAGICO SEGUN EL TIPO DE TRATAMIENTO

	Quirúrgico	Clínico	Combinado	Radioterapia
Nº	8	5	3	2
%	44,4	27,7	16,6	11,1

En el transcurso de un año, posterior al diagnóstico, se reporta una alta mortalidad, logrando una sobrevivida hasta los 5 años sólo en un caso.

T A B L A IX

CANCER ESOFAGICO SEGUN EL TIEMPO DE SOBREVIDA DESPUES DEL DIAGNOSTICO

TIEMPO	1 - 2 meses	2 - 5 meses	5 - 12 meses	2 - 3 años	5 años	Sin reporte	TOTAL
Nº	5	1	3	2	1	6	18
%	27,7	5,5	16,6	11,1	5,5	33,3	100

El pronóstico con respecto al tipo de tratamiento, no demuestra diferencias significativas, un índice considerable de pacientes mueren durante los 12 primeros meses, porque faltan indicaciones precisas para ser sometidos a determinada clase de tratamiento. Para conocer el crecimiento tumoral se efectúa Neumomediastinografía Broncoscópica con Tomografía, los tumores resecables deben medir menos de 5 cm. de largo por 2 cm. de ancho. Se debe valorar también el estado general del paciente y las metástasis de posible implantación. La radiografía de Tórax y la Gammagrafía Hepática son los elementos que nos permitirán obtener esos datos. Cuando el estado del paciente es malo y se ha encontrado propagación tumoral, no se logra ninguna ventaja con tratamiento quirúrgico, al contra-

rio, se le produce un daño adicional. La Radioterapia, indicada particularmente para los neoplasmas de los dos tercios superiores y para las células tumorales que no padecen de hipoxia, es de suma importancia, en combinación con los otros regímenes terapéuticos. Los mejores resultados se obtienen, indudablemente, en los primeros estadíos de la evolución tumoral y con el concurso de equipos médicos, porque de lo contrario, debido a la rápida propagación del proceso y a la falta de una acción interdisciplinaria, su pronóstico es fatal. La supervivencia hasta los 5 años, en nuestro medio, es de 5,5 por ciento. El porcentaje más alto nos dan Nakyama y Cols (1967) de 37 por ciento; La Clínica Mayo de Rochester (1958) informa el 17,8 por ciento y Lawler más Cols. (1969) el 10 por ciento.

T A B L A X

RELACION ENTRE EL TIEMPO DE SOBREVIDA Y EL TIPO DE TRATAMIENTO DE CANCER ESOFAGICO

TIPO DE TRATAMIENTO	1 - 2 meses	2 - 5 meses	5 - 12 meses	2 - 3 años	5 años	Sin reporte	Totales
CLINICO	3 16,6		1 5,5			1 5,5	5 27,7
QUIRURGICO	2 11,1	1 5,5	1 5,5	1 5,5		2 11,1	7 38,8
RADIOTERAPIA				1 5,5		1 5,5	2 11,1
COMBINADO			1 5,5	1 5,5		2 11,1	4 22,2

Los tumores de esófago se localizan preferentemente en el tercio inferior, siguiendo en orden de frecuencia el tercio medio y luego el tercio superior. La bibliografía consultada señala el 80 por ciento para los dos tercios inferiores y el 20 por ciento para el tercio superior. Desafortunadamente la ubicación tumoral no se pudo encontrar en todas las historias clínicas, faltando este dato en 7 de ellas, tampoco se pudo deducir del tipo de tratamiento porque la radioterapia se administró indistintamente a todos los tipos de neoplasias.

T A B L A X I

UBICACION DEL CANCER ESOFAGICO

1/3 superior		1/3 medio	1/3 inferior	Sin reporte
Nº	1	3	7	7
%	5,5	16,6	38,8	38,8

El estudio Histopatológico nos indica en orden de frecuencia los siguientes resultados:

1. Escamo celular;
2. Adenocarcinoma;
3. Indiferenciado;
4. Ca. epidermoideo; y,
5. Epitelioma.

Las cifras registradas coinciden con los informes exteriores, cuya mayor incidencia corresponde al Ca. de epitelio plano, luego al adenocarcinoma y muy raros casos a epitelomas de tipo Malpighiano.

IV. CONCLUSIONES

1.—El cáncer esofágico ocupa el tercer lugar de incidencia con respecto a la frecuencia de patología neoplásica del aparato digestivo.

2.—Es más frecuente a partir de la quinta década de la vida, siendo muy rara antes de los 30 años de edad.

3.—Predomina en el sexo masculino.

4.—En la etapa silenciosa, los antecedentes de patología esofágica y los estudios de diagnóstico pertinentes, nos pueden permitir aclarar la enfermedad.

5.—En la etapa incipiente, los trastornos dispépticos esofágicos, el dolor precordial y la anemia, nos indicarían su presencia.

6.—En la etapa evidente, la disfagia progresiva, la pérdida de peso, y la odinofagia, constituyen los aspectos fundamentales para concluir con el diagnóstico.

7.—El paciente acude tardíamente a la consulta médica, en mal estado general, por lo que es necesario educar a los enfermos y prevenir de sus consecuencias, para que concurren oportunamente a la atención del especialista.

8.—El tiempo transcurrido desde la iniciación del cuadro clínico hasta concluir con el diagnóstico es alrededor de 4 meses para la mayoría de los casos, lo que significa pobres ofertas terapéuticas.

9.—No se logra una sobrevivida importante con el tratamiento clínico o quirúrgico, pues la mayoría fallece antes de los 6 meses, sólo un caso sobrevivió hasta los 5 años mediante intervención quirúrgica (5,5 por ciento), el porcentaje promedio de sobrevivida, de los principales centros médicos, es el de 21,9 por ciento.

10.—La radioterapia no se efectuó selectivamente, sin embargo, asociado a ciru-

gía, en los casos de tumores radio sensibles: escamo celular, especialmente, de los dos tercios superiores, tiene mejores resultados.

11.—La rapidez con la que se realice el diagnóstico influye en los resultados del tratamiento. . .

12.—El Ca. esofágico es el de peor pronóstico por la celeridad para producir metástasis y por las dificultades técnicas para el tratamiento.

13.—El tipo histológico más frecuente es el escamo celular, siguiéndole en orden descendente el adenocarcinoma.

14.—Casi todos los pacientes, afectados por esta enfermedad, han tenido como antecedente, grados variables de tabaquismo y alcoholismo, en uno se describió la presencia de hernia hiatal y en otro un divertículo epifrénico.

RESUMEN

Del total de pacientes egresados del Hospital "Andrade Marín", durante 6 años, el índice de Ca. esofágico es de 0,07%, correspondiendo al tercer lugar de las neoplasias del aparato digestivo, cuyas manifestaciones importantes son: la disfagia, las dispepsias, el dolor retroesternal y la pérdida de peso. La agrupación sintomatológica para establecer la etapa de evolución, nos permite, de manera coherente, sospechar en esta afección y lograr un diagnóstico rápido. Es imprescindible, por otra parte, aclarar las condiciones. (Tamaño de la

tumoración, histopatología, gasometría, irrigación, metástasis, metabolismo, estado general, pérdida de peso, Hb, Htco, proteinograma, fosfatasa alcalina, LDH, PHI,) para adoptar el tratamiento más adecuado y mejorar el pronóstico.

BIBLIOGRAFIA

1. MEDES, G.: Normal Growth and cancer. Pitman Medical Publishing, Washington, 1973.
2. SCHWARTZ, M.: Clínicas Médicas de Norteamérica. 613-622, 1971.
3. D' ANGIO, J.: Papel de la radioterapia en oncología. C. N. 747-758, 1971.
4. SUGIURA, K.: Quimioterapia experimental del cáncer. CMN. 747-758, 1971.
5. DEMLING, L.: Endoscopia del esófago. Científico-Médico, México, 1972.
6. JONES, A.: Gastroenterología. Ed. Mexicana, México, 1968.
7. KRUPP, M.: Diagnóstico clínico y tratamiento. Ed. El Manual Moderno, México, 1976. (II Ed.).
8. LOEB, C.: Tratado de Medicina Interna. Ed. Interamericana, Buenos Aires, 1962.
9. ANDERSON, W.: Tratado de patología. Ed. Interamericana. Buenos Aires, 1962.
10. JERZY, G.: Progresos de Gastroenterología. Ed. Científico-Médica, Barcelona, 1970.
11. SHERMAN, C.: Tratamiento Quirúrgico del Cáncer de Esófago. Págs. 625-637, 1970.
12. ROBBINS, S.: Tratado de Patología. Ed. Interamericana, México, 1976.
13. CHANDLER, J.: Compendio de Gastroenterología. Ed. Toray, Barcelona, 1965.
14. IRVING, M.: Progresos en Cancerología Clínica. Ed. Científico-Médica, Barcelona, 1969.
15. GIULIANO, A.: Clínica y Terapéutica Quirúrgica. Ed. Argentina, Buenos Aires, 1966.
16. HARRISON, T.: Medicina Interna. Ed. Prensa Médica Mexicana, México, 1976.