

CÁNCER DE ESÓFAGO, EXPERIENCIA DE 24 AÑOS, HOSPITAL "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO" AÑOS 1980-2004.

Dres. Rosalía Perazzo*, Libia Pinto*, Oswaldo Quijada**, Elymir Galvis**, Alejandro Bethelmy**

*Adjunto de la unidad de Gastroenterología del Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño" Caracas, Venezuela.

**Residente de la unidad de Gastroenterología del Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño" Caracas, Venezuela.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es evaluar el comportamiento del cáncer de Esófago en una muestra de 37 pacientes recopilando los datos de las historias clínicas durante 24 años (1980-2004) en el Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño" de la ciudad de Caracas, Venezuela.

La sintomatología predominante fue la disfagia, seguida de pérdida de peso.

La lesión endoscópica mas frecuente fue la estenosante con un predominio en el tercio inferior del esófago.

Histológicamente el carcinoma epidermoide represento el mayor porcentaje (62.16%) seguido del adenocarcinoma (5.4%). La mayoría de los pacientes fueron referidos a centros oncológicos, al 17.6% se le practico gastrostomias percutáneas y el 2.9% recibió tratamiento quirúrgico tipo esofagectomia.

El seguimiento de los pacientes fue difícil, ya que la mayoría perdió el control de la consulta.

Palabras Claves: esófago, cáncer de esófago; cáncer epidermoide, adenocarcinoma; disfagia.

SUMMARY

The goal of this study was to evaluate the behavior of Esophageal Cancer in a sample of 37 patients gathering the data from the clinical files during 24 years (1980-2004) at the Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño" in the city of Caracas, Venezuela.

The predominant symptom was dysphagia, followed by weight. lost The most frequent endoscopic lesion was stenosis with prevalence at the distal third part of the esophagus

At histology, epidermoid carcinoma represented the highest percentage (62.16%) followed by adenocarcinoma (5.4%). Most of the patients were referred to oncological centers, 17.6% had a percutaneous gastrostomy performed and 2.9% had surgical treatment such as esophagectomy.

The patient's follow up was difficult, since most of them did not return to their appointments.

Key words: esophagus, esophageal cancer, epidermoid cancer, dysphagia, adenocarcinoma.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de esófago es una patología de mal pronóstico, ya que su supervivencia a un plazo de 5 años se mantiene por debajo del 10% a nivel mundial.

La incidencia de esta patología ha aumentado en los últimos años en los Estados Unidos y Europa.

El tipo más frecuente en la actualidad es el adenocarcinoma, mientras que hace 25 años el carcinoma escamoso explicaba el 75% de los tumores esofágicos. Dicho cambio probablemente se deba al aumento en la tasa de obesidad, reflujo gastroesofágico y esófago de Barrett aunado al uso de tabaco, licor y hábitos dietéticos.

Nuevos procedimientos diagnósticos ayudan a detectar estadios tempranos de la enfermedad, tales como, ultrasonido endoscópico, sistemas espectroscópicos que utilizan luz blanca o luz azul violeta, tomografía con rayos infrarrojos.

La cirugía, quimioterapia previa a la cirugía y las prótesis paliativas siguen siendo los recursos terapéuticos principales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se evaluaron 37 historias con diagnóstico de cáncer de esófago, obtenidas del archivo general del hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño" entre los años 1980 y 2004, a los cuales se le realizó radiología, endoscopia digestiva superior con toma de biopsia, TAC de tórax y abdomen, ultrasonido abdominal, ultrasonido endoscópico. Se analizaron los resultados por medio de promedio simple.

Se utilizó procesador de palabras Word y procesador de gráficos Excel.

RESULTADOS

De los 37 pacientes evaluados con diagnóstico de cáncer de esófago, obtenidas del archivo general de historias médicas del hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño" entre los años 1980 y 2004. Se evidenciaron 23 (62.16%) pacientes presentaron diagnóstico de certeza de Ca epidermoide y 2 (5.4%) pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma, 1 (2.7%) paciente con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico que infiltró al esófago, 1 (2.7%) paciente con diagnóstico de VPH, 1 (2.7%) paciente con diagnóstico de cáncer escamocelular, 8 (21.62%) pacientes con histología no reportada, 1 (2.7%) paciente con histología dudosa.

El grupo estudiado 28 (75.6%) pacientes fueron del sexo masculino y 9 (24.3%) pacientes fueron del sexo femenino.

Edad de presentación entre la 5ª y 6ª década de la vida.

Los síntomas predominantes fueron la disfagia que presentaron 25 (67.56%) pacientes y la pérdida de peso que presentaron 25 (67.56%) seguidos de epigastralgia 10 (27%) y vómitos 7 (18.9%), anorexia 2 (5.4%), hematemesis 2 (5.4%), otros síntomas (2.7%) odinofagia, astenia, pirosis, náuseas, aumento de volumen en cuello, melena, intolerancia vía oral, dolor retroesternal, sialorrea, rectorragia.

Hábitos Psicobiológicos

Licor: 2 (5.4%)
 Tabaco: 5 (13.5%)
 Licor + Tabaco: 19 (51.3%)
 Licor + Chimó: 2 (5.4%)
 Tabaco + Chimó: 1 (2.7%)
 Ninguno: 6 (16.2%)
 No reportado: 2 (5.4%)

Estudios realizados:

Radiología de esófago: 15 (40%)
 Defecto de repleción en 1/3 superior: 2 (5.4%)
 Defecto de repleción en 1/3 medio: 4 (10.8%)
 Cáncer estenosante: 6 (16.2%)
 Cáncer ulcerado: 2 (5.4%)
 Fístula traqueoesofágica: 1 (2.7%)
 No se realizó/ no se reportó: 17 (45.9%)

Endoscopia Digestiva Superior

Tipo lesión
 Estenosante: 22 (59.4%)
 Elevada-mamelonante: 10 (27%)
 Ulcerada: 3 (8.1%)
 No especificado: 2 (5.4%)

Localización

Tercio Superior: 2 (5.4%)
 Tercio Medio: 15 (40.5%)
 Tercio Inferior: 20 (54%)

Ultrasonido Abdominal: 19 (51.35%)
 Normal: 12 (63.15%)
 Litiasis Vesicular: 3 (15.7%)
 Calcificación esplénica: 1 (5.2%)
 Quiste renal izquierdo: 1 (5.2%)
 Aneurisma de la aorta abdominal: 1 (5.2%)
 Adenopatías periaorticas: 1 (5.2%)
 Metástasis única en lóbulo izquierdo hepático: 1 (5.2%)

Ultrasonido Endoscópico:

Se realizaron en 2 pacientes uno presentó infiltración de la submucosa desde esófago a estómago y otro adenopatías periaorticas

TAC de abdomen:

Metástasis Hepáticas: 4 pacientes
 Metástasis Cervical: 1 paciente
 Metástasis Pulmonar hilar: 1 paciente
 Metástasis periaortica: 1 paciente
 Metástasis mediastinal: 1 paciente

Conducta Seguida:

Referido a oncología: 12 (32.4%)
 Cirugía: 6 (16.2%)
 Gastrostomía para alimentación: 5 (13.5%)
 Yeyunoostomía para alimentación: 2 (2.7%)
 Esofagectomía parcial: 1 (2.7%)

Esofagectomía con ascenso gástrico: 1(2.7%)
 Referido para prótesis: 2(5.4%)
 Dilatación: 2(5.4%)
 Tratamiento para VPH: 1(2.7%)
 Egreso en contra opinión médica: 2(5.4%)
 No reportado: 3(8.1%)

DISCUSIÓN

El cáncer de esófago sigue siendo uno de los tumores del tubo digestivo de peor pronóstico, debido primordialmente al diagnóstico tardío, como ocurrió en la mayoría de nuestros casos que eran tumores avanzados, sin embargo reportes japoneses y chinos han demostrado que cuando es tratado precozmente es curable,¹ pero la idiosincrasia de nuestra población, la falta de información en relación a los hábitos dietéticos, la obesidad, el ingerir comidas o bebidas calientes, licor, café y cigarrillo, así como, la enfermedad de reflujo gastroesofágico mal tratada, el poco uso o costumbre de practicar cromoscopia en nuestros hospitales y la falta de políticas sanitarias de despitaje adecuadas permiten que el diagnóstico se haga de una manera tardía.

El cáncer de esófago ocupa el noveno lugar por orden de frecuencia entre las neoplasias malignas en el mundo.²

En Venezuela, según el último anuario de estadística vital año 2003, el cáncer representa el 15% de mortalidad general con 17.234 muertes al año, de los cuales el cáncer gastrointestinal representa el 4,16% con 4.785 muertes al año de los cuales el cáncer de esófago le corresponden 227 muertes al año que representan el 4.7% de la mortalidad por cáncer gastrointestinal al año.⁷

La variedad escamosa es la más frecuente, a nivel mundial, evidenciándose un repunte en los países desarrollados en las últimas décadas del tipo adenocarcinoma.^{2, 3} En este muestreo el hallazgo histológico predominante correspondió a la variedad escamosa. En nuestro hospital se hace hincapié en el diagnóstico y/o pesquisa del esófago de Barrett como precursor del adenocarcinoma de esófago.

En nuestro estudio hubo una predominancia del sexo masculino (75.6%) comparable con un estudio Japonés de Kotaro y Col. donde el sexo masculino predominó en un 87%⁴ sin encontrar una relación diferente en nuestra población en comparación con la población mundial.

Los procedimientos diagnósticos practicados a nuestros pacientes consistieron en endoscopia en el 100% de los casos y toma de biopsia, Rx de esófago en 15 pacientes (40%), y ultrasonido endoscópico en 2 pacientes (por falta del recurso en nuestra unidad). Estos son los más usados a nivel internacional y reportados en la literatura.⁵ Es necesario acotar que en nuestra unidad contamos con ultrasonido endoscópico que prontamente estará operativo mejorando el diagnóstico y estadiaje de esta patología.

Los hábitos psicobiológicos tales como consumo de licor y cigarrillos así como los factores dietéticos están claramente identificados como factores de riesgo, en nuestro estudio así como lo reportado en la literatura⁶

La mayoría de los pacientes recibió tratamiento paliativo, tales como, gastrostomía para alimentación en 7 pacientes, 2 pacientes se les

coloco prótesis (referidos a otro centro para su colocación, ya que no contábamos para ese momento con el recurso), 2 pacientes se les realizó dilatación, 12 pacientes fueron referidos al servicio de oncología, 8 pacientes recibieron tratamiento quirúrgico; debido al diagnóstico tardío, a la mayoría de los pacientes no se le pudo ofrecer una mejor sobrevida y/o mejor calidad de vida.

Hacemos la salvedad que en nuestra unidad se han colocado prótesis esofágicas de manera exitosa en 4 pacientes, mejorando la calidad de vida mas no la sobrevida de los pacientes, estos pacientes no fueron incluidos en esta casuística ya que no pudieron localizarse las historias médicas de dichos pacientes.

CONCLUSIONES

El cáncer de esófago es una patología que se ha ido incrementando a través del tiempo debido primordialmente a los factores de riesgo tales como: los hábitos de alimentación, ingesta de alimentos o bebidas calientes, obesidad, licor, cigarrillos, café, enfermedad de reflujo gastroesofágico, sexo.

Es importante enfatizar en el diagnóstico precoz para poder ofrecer curación a los pacientes o una mejor sobrevida y por lo tanto es necesario contar en nuestros hospitales con equipos de última generación tales como endoscopia digestivos de magnificación, tomógrafos de alta resolución, ultrasonido endoscópico, así como, educar y concientizar al personal médico y paramédico en el uso rutinario de la cromoscopia como método de pesquisa y diagnóstico precoz.

A través del tiempo se han intentado distintos esquemas terapéuticos como radioterapia sola, cirugía sola, asociación de cirugía más radioterapia ya sea pre o postoperatoria o ambas. En los últimos años se ha utilizado la quimioterapia asociada o no a cirugía, reportándose que la quimioterapia preoperatoria aumentaría significativamente la sobrevida comparada con la cirugía sola.¹

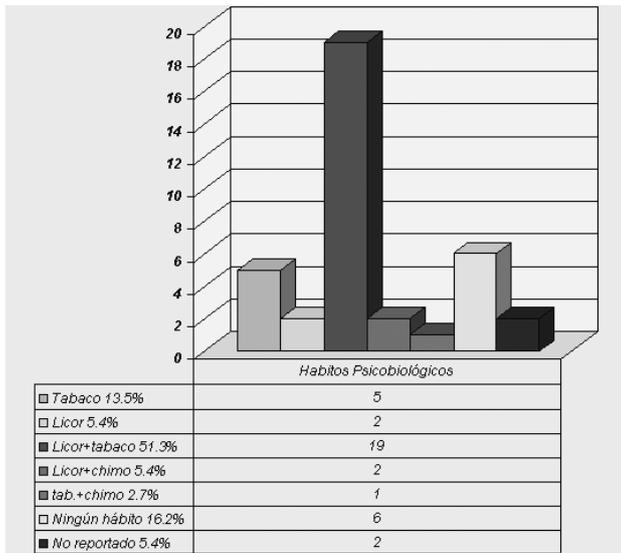
En nuestro trabajo el seguimiento de los pacientes fue difícil ya que el paciente se perdía de la consulta o seguía controlándose en el servicio de oncología (en otro hospital, ya que el nuestro no tiene ese servicio) no pudiéndose realizar un correcto seguimiento de su situación.

REFERENCIAS

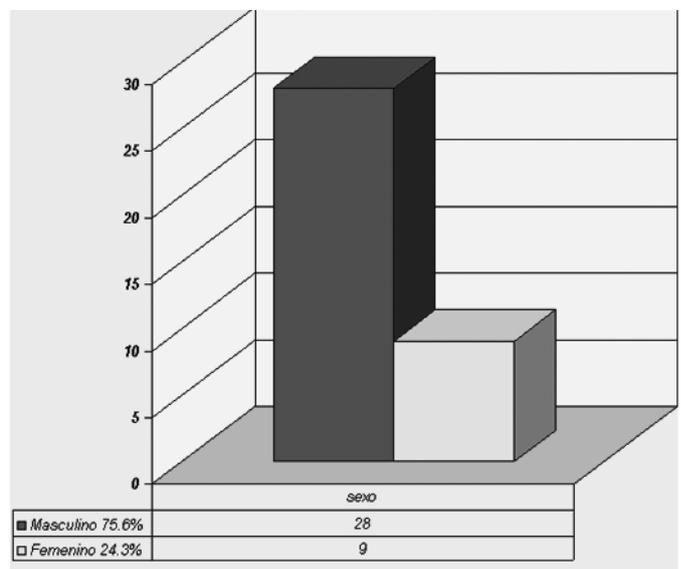
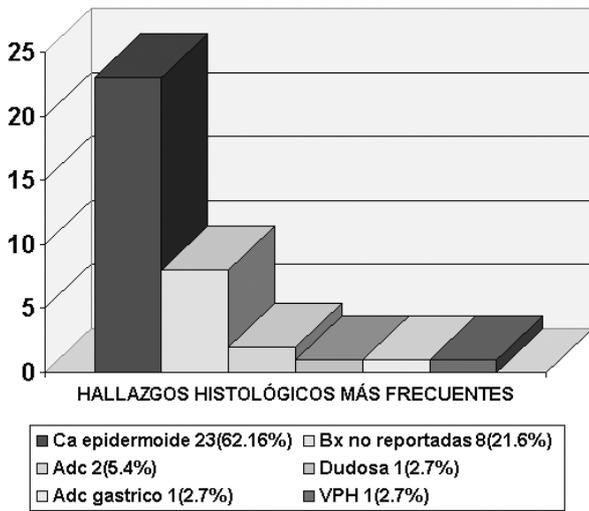
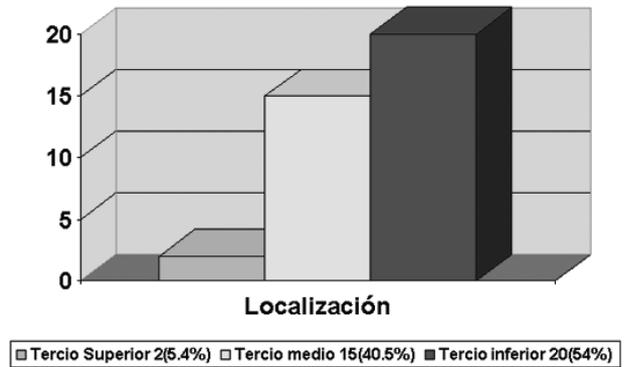
- 1.-Alirio Venturelli y Col. Cáncer de Esófago. Sobrevida a diez años plazo. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 53-Nº 6, Diciembre 2001; págs. 541-545
- 2.- Manuel Pera. De la metaplasia de Barrett al ADC: un análisis secuencial. Hospital clínico y provincial. Barcelona, España. V encuentro latinoamericano de patología esofágica.
- 3.- Nimish Vakil y Col. Esophageal Cancer. Current Opinión in Gastroenterology. 2002, 18:486-489.
- 4.- Kataro Gomi y Col. Process and preliminary outcome of patterns of care study of esophageal cancer in Japan: patients treated with surgery and radiotherapy. Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys. Vol 56, Nº 3, pp 813-822
- 5.- Mohan Suntharlingam y col. The national practice for patients receiving radiation therapy for carcinoma of the esophagus: Results of the 1996-1999. Patterns of care study.
- 6.- Epidemiología del Cáncer Esofágico y Esófago de Barrett. The American Journal of Gastroenterology. 94(1): 86-91 1999
- 7.- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Anuario d Mortalidad 2003. Epidemiología. Anuarios de Estadística Vital y Mortalidad.
- 8.-Coia LR y Col. Outcome of patients receiving radiation for cancer of the esophagus: results of the 1992-1994 Patterns of Care study. J Clin Oncol 2000; 18:455-462.
- 9.- Preoperative radiotherapy for esophageal carcinoma. Cochrane Database Syst Rev 2000, 4:CD001799.
- 10.- Zuccaro G, Gladkova N, Varo J, et al.: Optical coherence tomography of the esophagus and proximal stomach in health and disease. Am J Gastroenterol 2001, 96:2633-2639.

Para cualquier información o separata contactar a la:
 Dra. Rosalía Perazzo. Adjunto de la unidad de Gastroenterología del Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño" Caracas, Venezuela.
 E-mail: rosaliaperazzo@cantv.net
 Fecha de Recepción Sep. 2005- Fecha de Revisión Jun. 2006- Fecha de Aprobación. Agos. 2006

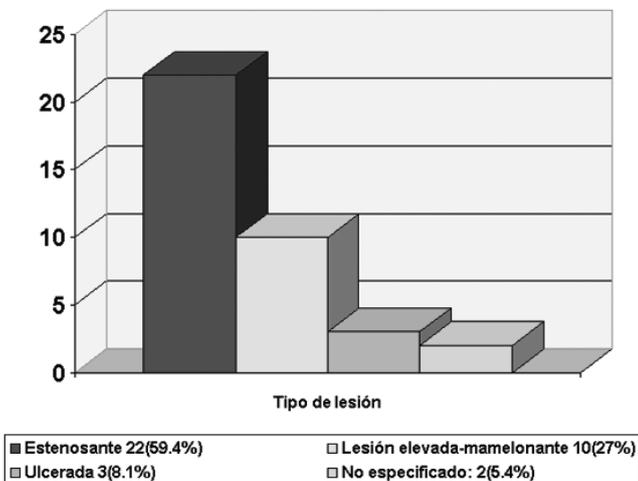
GRÁFICOS



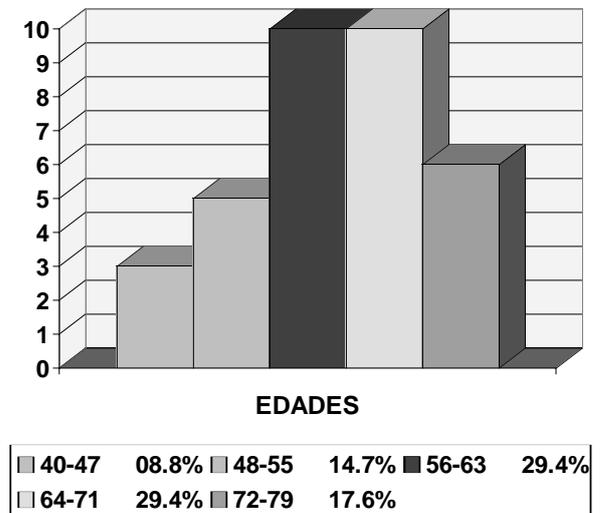
Localización de la lesión



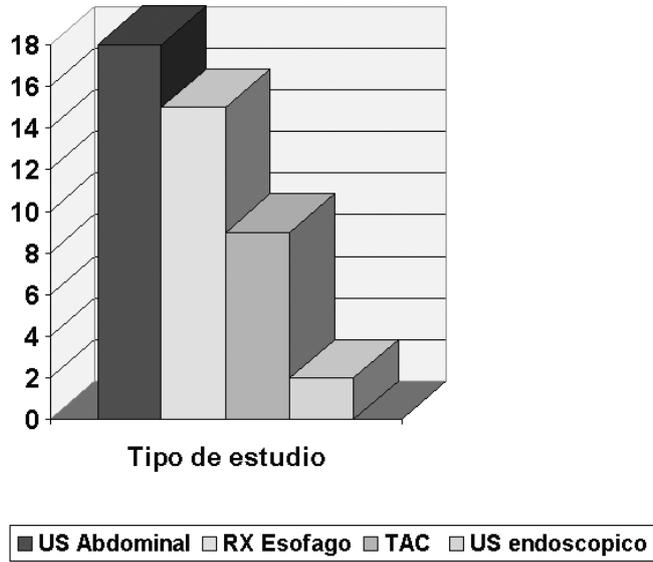
Aspecto endoscópico



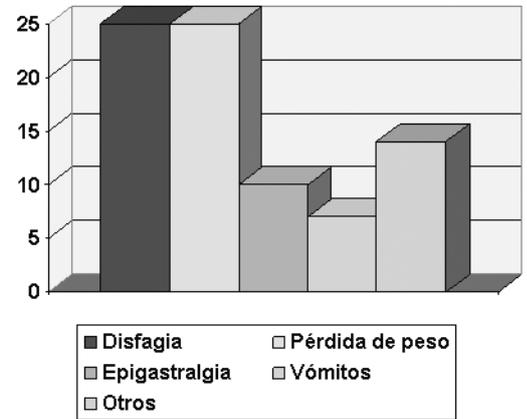
GRUPO ETARIO



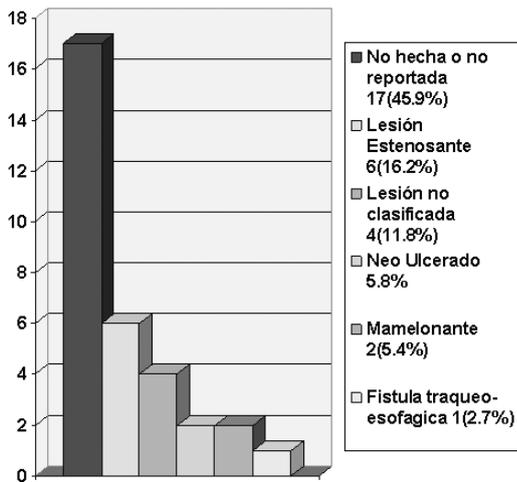
Estudios de extensión



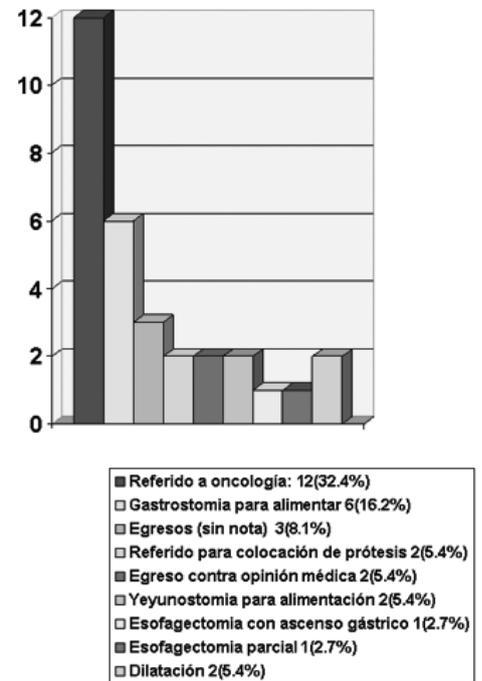
SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES



RX ESOFAGO



Conducta seguida



MT A DISTANCIA

