

# Prevalencia del Cáncer de Esófago y su tratamiento Quirúrgico en un Hospital de alta complejidad durante el periodo enero 2016- diciembre 2018

## *Prevalence of Esophageal Cancer and its Surgical treatment in a high-complexity Hospital from January 2016 to December 2018*

*Arnaldo José Montiel Roa\**, *Antonella Dragotto Galván\*\**, *Leila Melissa Mereles\*\*\**, *Sergio David Mora Garbini\*\*\*\**, *Brenda Margarita Rojas Franco\*\*\*\*\**, *Brenda Betsabet Balmaceda Rodrigues\*\*\*\*\**

*Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Paraguay*

### RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la prevalencia del cáncer de esófago de acuerdo a su localización, caracterización clínica, anatomopatológica y su tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del hospital central del IPS durante el periodo de enero del 2016 a diciembre del 2018. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo mediante la revisión de 37 fichas clínicas de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Central del IPS y como cirugía programada con el diagnóstico de cáncer esofágico en quienes fueron intervenidos quirúrgicamente, durante el periodo de enero del 2016 y diciembre del 2018. **Resultados:** Se incluyeron 37 pacientes con el diagnóstico de cáncer esofágico. Predominó el sexo masculino en 86,48% (n: 32). La edad promedio es de 72 años. El motivo de consulta predominante fue la disfagia. Se encontró predominancia hacia el cáncer de esófago medio en un 40,54%. Se realizó mayormente la gastrostomía para alimentación. El carcinoma escamoso grado III predominaba en un 40,55%. **Conclusión:** La mayoría de los pacientes con cáncer del esófago se ubican entre los 71 a 80 años. El carcinoma escamoso predomina sobre el adenocarcinoma. La disfagia fue un síntoma común en todos los pacientes.

**Palabras clave:** adenocarcinoma, cáncer del esófago, carcinoma epidermoide.

### ABSTRACT

**Objective:** To determine the prevalence of esophageal cancer according to its location, clinical, pathological characterization and surgical treatment in the general surgery service of the IPS central hospital during the period from January 2016 to December 2018. **Material and methods:** Descriptive, retrospective study by reviewing 37 clinical records of patients who came to the emergency department of the IPS Central Hospital and as scheduled surgery with the diagnosis of esophageal cancer in those who were surgically operated, during the period of January 2016 and December of 2018. **Results:** 37 patients with the diagnosis of esophageal cancer were included. The male sex prevailed in 86.48% (n: 32). The average age is 72 years. The predominant reason for

consultation was dysphagia. It was found a predominance towards middle esophageal cancer in 40.54%. Gastrostomy was mostly performed for feeding. Grade III squamous carcinoma predominated in 40.55%. **Conclusion:** The majority of patients with esophageal cancer are between 71 and 80 years old. Squamous carcinoma predominates over adenocarcinoma. Dysphagia was a common symptom in all patients.

**Keywords:** adenocarcinoma, esophageal cancer, squamous cell carcinoma.

### INTRODUCCIÓN

El cáncer de esófago se mantiene como una de las neoplasias más agresivas del tracto digestivo, con una supervivencia global a los 5 años de menos de 10 %; es la sexta causa de muerte por cáncer a nivel mundial ocupando el octavo lugar en incidencia, y dentro de las neoplasias del tubo digestivo ocupa el tercer lugar con una distribución geográfica heterogénea. En el mundo occidental es más frecuente en varones, en la sexta década de la vida y se asocia a estatus socioeconómico bajo<sup>(1)</sup>.

Varios estudios de autores extranjeros reconocen a escala mundial, que entre los principales factores de riesgo relacionados con la aparición del cáncer de esófago figuran la edad por encima de 50 años, sexo masculino, así como consumo de cigarro y alcohol; estos son los mayores factores etiológicos del carcinoma esofágico, que cuando se combinan tienden a incrementar el riesgo desde 25 a 100 veces más<sup>(2)</sup>.

El 90% de los casos son carcinomas epidermoides o adenocarcinomas. El cáncer de células escamosas, relacionado con el consumo de alcohol y tabaco, globalmente es el más frecuente en todo el mundo, en especial en los países orientales y su inciden-

\* Jefe de Servicio de Cirugía General. [amontiel@ips.gov.py](mailto:amontiel@ips.gov.py)

\*\* Residente del Tercer año del servicio de Cirugía General. [antodragotto@gmail.com](mailto:antodragotto@gmail.com)

\*\*\* Residente del Tercer año del Servicio de Cirugía General. [lelimn15@hotmail.com](mailto:lelimn15@hotmail.com)


\*\*\*\* Residente del Tercer año del Servicio de Cirugía General. [sergarbini91@gmail.com](mailto:sergarbini91@gmail.com)

\*\*\*\*\* Residente del Tercer año del servicio de Cirugía General. [brendarojas43@hotmail.com](mailto:brendarojas43@hotmail.com).

\*\*\*\*\* Residente del tercer año del Servicio de Cirugía General. [brenda.balmaceda.bb@gmail.com](mailto:brenda.balmaceda.bb@gmail.com).

Recibido: 06 setiembre 2019 - Aceptado: 12 octubre 2019

**Autor correspondiente:** Antonella Dragotto Galvan. Domicilio: Ingeniero Fernández 385, Asunción. Teléfono: 0981222084. Email: [antodragotto@gmail.com](mailto:antodragotto@gmail.com).

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

cia está disminuyendo en los países occidentales. El adenocarcinoma es en la actualidad el más común en los países occidentales, por un aumento significativo de su incidencia en los últimos años en relación con la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la obesidad. Mientras que el primero de ellos se distribuye de forma similar en los distintos segmentos del esófago, el segundo asienta en el esófago distal en tres cuartas partes de los casos. Otras estirpes tumorales, como el linfoma, el carcinoma de células fusiformes, los tumores neuroendocrinos y los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), son muy poco frecuentes<sup>(3)</sup>.

Inicialmente, los tumores esofágicos producen poca sintomatología. Con más frecuencia se encuentra la presencia de disfagia, la cual suele ser rápidamente progresiva tanto para líquidos como sólidos, que puede llevar a episodios de impacción de alimentos así como regurgitación. Otras manifestaciones pueden ser anorexia, pérdida de peso, odinofagia, náuseas, vómitos y sangrado digestivo alto. Se debe sospechar invasión mediastínica en pacientes que cursan con dolor retroesternal con irradiación a área dorsal. En etapas más tardías se puede encontrar invasión a órganos vecinos o metástasis a distancia<sup>(4)</sup>.

En general, los cánceres de esófago se descubren cuando una persona presenta signos o síntomas. Si se sospecha de neoplasia de esófago, será necesario realizar estudios y pruebas para confirmar el diagnóstico. En caso de confirmar el diagnóstico, se realizarán pruebas adicionales para ayudar a determinar la extensión (etapa o estadio) de la enfermedad. El TC de tórax abdomen y pelvis detecta las metástasis en un 60-90% de los casos<sup>(1)</sup>.

Sobre estos tumores se suelen plantear intervenciones terapéuticas consistentes en resección quirúrgica en bloque, quimio/radioterapia combinadas seguidas o no por resección o bien tratamiento endoscópico paliativo. Una nueva opción en algunos casos, es la posibilidad de curar estas lesiones cuando todavía se encuentran en una fase inicial, mediante procedimientos endoscópicos ablativos, incluyendo la resección mucosa<sup>(9)</sup>.

La esofagectomía se asocia a una elevada mortalidad, entre 8% y 11%. Se han reportado tasas de complicaciones mayores a 50% tanto en series de esofagectomía abierta o mínimamente invasiva, con incidencias que varían entre 17% y 74%<sup>(6)</sup>. Las complicaciones pulmonares y la fuga anastomótica constituyen las principales causas de muerte. La mayoría de los casos se detectan en etapa avanzada, con pobre supervivencia. En los tumores en etapa temprana la cirugía es el tratamiento de elección. En la mayoría de los pacientes sintomáticos, generalmente la lesión ha invadido al menos la muscularis propia, y tiene grandes posibilidades de diseminación a ganglios regionales o a sitios distantes. La mayoría de los pacientes, sin indicación de cirugía potencialmente curativa, serán tratados de forma sintomática, básicamente para aliviar la disfagia: endoprótesis, RT externa con QT (mejor que RT sola), recanalización por láser o electrocoagulación endoluminal, otras<sup>(7)</sup>.

En el siguiente trabajo presentaremos datos relacionados a nuestra experiencia en el centro hospitalario en cuanto prevalencia del cáncer de esófago, caracterización clínica, anatomopatológica y el tratamiento quirúrgico empleado, comparando nuestros datos con los encontrados a nivel mundial en otros centros y relacionarlos, buscando contribuir con los conocimientos sobre esta patología.

## OBJETIVO

Determinar la prevalencia del cáncer de esófago de acuerdo a su localización, su caracterización clínica, anatomopatológica y su tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del hospital central del IPS durante el periodo de enero del 2016 a diciembre del 2018.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo mediante la revisión de 37 fichas clínicas de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Central del IPS y como cirugía programada con el diagnóstico de cáncer esofágico en quienes fueron intervenidos quirúrgicamente, durante el periodo comprendido entre enero del 2016 y diciembre del 2018. Se contemplaron las variables sociobiológicas: edad y sexo. Además se determinó el motivo de consulta, el tipo histológico y proceder quirúrgico. Se excluyeron aquellos pacientes en los que no se halló la historia clínica y aquellos con neoplasia metastásica a esófago.

Una vez recogida la información, se confeccionó una base de datos que se procesó mediante una hoja de cálculo de MS Excel. Los resultados se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes.

## RESULTADOS

Desde enero del 2016 a diciembre del 2018 se incluyeron 37 pacientes con el diagnóstico de cáncer esofágico. Predominó el sexo masculino en 86,48% (n:32); el sexo femenino en 13,52% (n: 5). La edad promedio es de 72 años, siendo la edad mínima encontrada de 55 años y la edad máxima de 91 años. El rango etario predominante fue el de 71 a 80 años, siendo el 56,75% de la muestra (n: 21).

El motivo de consulta predominante fue la disfagia, en 33 pacientes, correspondiendo al 89,18%, le siguió la hemorragia digestiva alta, ya sea como melena o hematemesis en un 8,10% (3 pacientes) y el síncope en un paciente con anemia extrema (2,72%).

De acuerdo a la localización, se encontró predominancia hacia el cáncer de esófago medio en un 40,54%, correspondiendo a 15 pacientes, luego el cáncer de esófago inferior en 9 pacientes, correspondiendo al 24,32%; el cáncer de esófago superior en 5 pacientes (13,52%), el cáncer de esófago superior y medio también en 5 pacientes (13,52%) y por último el cáncer de esófago inferior y medio en un 8,10 %, 3 pacientes (**Figura 1**).

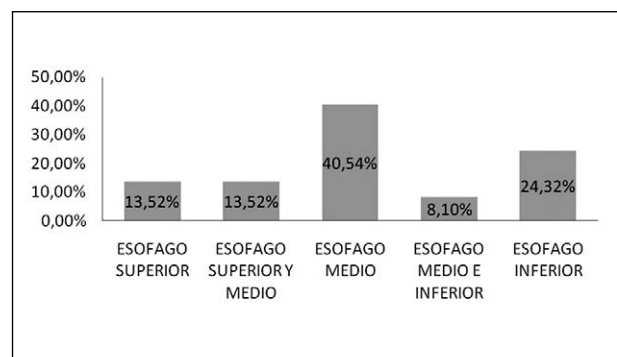


Figura 1: Prevalencia de cáncer esofágico según localización.

Según el estirpe histológico encontrado, se vio que el carcinoma escamoso infiltrante pobremente diferenciado grado III predominaba en un 40,55%, correspondiendo a 15 pacientes, el carcinoma escamoso infiltrante moderadamente diferenciado grado II se encontró en 11 pacientes, correspondiendo al 29,73% de la muestra y el carcinoma escamoso in situ se encontró en 2 pacientes (5,40%). el adenocarcinoma infiltrante de esófago (células en anillo de sello) se encontró en 5 pacientes (13,52%), correspondiendo en todos los casos a la localización inferior del esófago. más raros fueron los casos de carcinoma sarcomatoide de esófago medio en un paciente (2,70%) y el carcinoma infiltrante diferenciado grado III, tipo neuroendocrino también en un paciente (2,70%). no se encontró proceso neoplásico en 5,40% de la muestra, correspondiendo a 2 pacientes de la muestra.

De acuerdo al proceder quirúrgico, se realizó mayormente la gastrostomía para alimentación, en la mayoría de los casos como paliación debido a irreseabilidad del tumor, técnica realizada en 15 pacientes (40,58%) ya sea por la técnica de Stamm (13 pacientes), a lo Witzel (1 paciente) y percutánea (1 paciente). La esofagectomía total más anastomosis esofagogastrica termino lateral más yeyunostomía para alimentación se realizó en 9 pacientes (24,32%), la esofagectomía parcial más gastrectomía total más anastomosis esofagogastrica termino lateral más anastomosis yeyunoyeyunal en y de roux y yeyunostomía se realizó en 3 pacientes (8,10%), la esofagectomía total más anastomosis esofagogastrica latero lateral, por videolaparoscopia y cervicostomía, mas yeyunostomía, en 2 pacientes (5,40%), la esofagectomía total más anastomosis esofagogastrica latero lateral, por videolaparoscopia y videotoroscopia mas yeyunostomía, en 1 paciente (2,70%), la esofagectomía subtotal más anastomosis esofagogastrica termino lateral más yeyunostomía también en 1 paciente (2,70%), la yeyunostomía sola para alimentación en 1 paciente como tratamiento paliativo (2,70%), colocación de port a cath en 1 paciente para inicio de tratamiento quimioradiante y por último la colocación de una prótesis autoexpandible mediante endoscopia en 3 pacientes (8,10%). en un paciente se tuvo que realizar traqueotomía de urgencia por compresión tumoral de la vía aérea y yeyunostomía para alimentación (2,70%).

Como complicaciones post quirúrgicas, la dehiscencia de la anastomosis esofagogastrica se registró en 2 pacientes quienes fueron reintervenidos por peritonitis post quirúrgica y la peritonitis por fuga de líquido intestinal a cavidad abdominal por yeyunostomía se registró en 1 paciente. Las complicaciones resultaron en fallecimiento.

## DISCUSIÓN

Según la literatura mundial, el cáncer de esófago es una de las neoplasias más agresivas del tracto digestivo, presenta alta morbilidad y mortalidad<sup>(4)</sup>, dato que pudimos comprobar con la evolución de los pacientes y complicaciones postquirúrgicas.

Los tipos histológicos más comunes son el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma, que en conjunto constituyen más del 90% de las neoplasias esofágicas<sup>(4)</sup>, similares resultados encontramos al analizar los datos de nuestro trabajo, en el que predominaba el carcinoma escamoso infiltrante pobremente diferenciado grado III en un 40,55%. Le sigue en orden el carcinoma escamoso infiltrante moderadamente diferenciado grado II, el carcinoma escamoso in situ, el adenocarcinoma in-

filtrante de esófago (células en anillo de sello) correspondiendo en todos los casos a la localización inferior del esófago y otros resultados encontrados en menor frecuencia fueron el carcinoma sarcomatoide de esófago medio y el carcinoma infiltrante diferenciado grado III, tipo neuroendocrino.

Suele presentarse a partir de la quinta década de la vida, y es más frecuente en el hombre, que en la mujer<sup>(7)</sup>, datos coincidentes con los analizados en este estudio en el cual predominó el sexo masculino en 86,48, siendo la edad promedio es de 72 años, siendo la edad mínima encontrada de 55 años y la edad máxima de 91 años. El rango etario predominante fue el de 71 a 80 años. La mayor incidencia en los grupos de edad avanzada complica el manejo de esta entidad, debido a la existencia de comorbilidades, que muchas veces dificulta la toma de decisiones<sup>(8)</sup>.

La mayoría de los pacientes con cáncer de esófago se presentan a la consulta con disfagia de aparición lenta y progresiva, primeramente, a sólidos y va aumentando hasta hacerse a líquidos, asociada con frecuencia a la pérdida de peso. Otras manifestaciones clínicas que pueden aparecer son: odinofagia en un 50 %, regurgitación de alimentos, halitosis, dolor retroesternal y quemazón, hipersalivación, neumonía por broncoaspiración secundaria a estenosis esofágica<sup>(1)</sup>. El motivo de consulta predominante en nuestro trabajo fue la disfagia, en 33 pacientes, correspondiendo al 89,18%, coincidente con la literatura analizada; en poca frecuencia se presentaron síntomas de hemorragia digestiva alta como hematemesis, melena y síncope.

El tratamiento del cáncer de esófago debe ser planificado en el contexto de un tratamiento multimodal, donde la cirugía en pacientes seleccionados constituye un pilar fundamental<sup>(6)</sup>. Si bien se han logrado importantes mejoras en su tratamiento multimodal, la cirugía sigue siendo el pilar del tratamiento curativo de la enfermedad. La esofagectomía sigue teniendo altas tasas de complicaciones y mortalidad postoperatoria con rangos entre 2 y 6%, incluso en centros especializados<sup>(6)</sup>.

La mayoría de los pacientes con cáncer del esófago al momento del diagnóstico presenta enfermedad localmente avanzada, irreseable o metastásica y sólo son elegibles para medidas paliativas<sup>(10)</sup>. Debido a que la mayoría de los pacientes son diagnosticados en estadios avanzados en nuestro centro, la mayoría de los procedimientos realizados son de carácter paliativo, concordando con la literatura; de los pacientes analizados la gastrostomía para alimentación, fue realizada en 15 pacientes constituyendo un 40,58%. La esofagectomía total más anastomosis esófago gastrico termino lateral más yeyunostomía para alimentación se realizó en 9 pacientes constituyendo un 24,32%, siendo la técnica más utilizada como tratamiento con fines curativos.

## CONCLUSIÓN

La mayoría de los pacientes con cáncer del esófago se ubican entre los 71 a 80 años, todos por encima de los 50 años. El carcinoma escamoso sigue predominando sobre el adenocarcinoma.

La disfagia fue un síntoma común en todos los pacientes. La mayoría de los pacientes presenta al momento del diagnóstico enfermedad localmente avanzada, irreseable o metastásica y sólo pueden ser tratados con medidas paliativas. Las medidas curativas se reservan mayormente para carcinomas ubicados en el tercio inferior del esófago teniendo altas tasas de morbilidad y mortalidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cintra Brooks ST, Pérez AC, Cintra Pérez S. Cáncer de esófago. Revisión actualizada. (internet) (Acceso: 25 de julio del 2019), *Rev Inf Cient*. 2016, 95(4): 635-46. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/97/2294>
2. Nazario Dolz AM, Falcón Vilarino CG, Matos Tamayo ME, Oliú Lambert H, Romero García LI. Caracterización de pacientes con cáncer de esófago en el bienio 2013-2014. (internet), (Acceso: 25 de julio del 2019), *MEDISAN* 2016; 143(2), disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v20n2/san03202.pdf>
3. Encinas de la Iglesia J, Corral de la Calle MA, Fernández Pérez GC, Ruano Pérez R, Álvarez Delgad A. Cáncer de esófago: particularidades anatómicas, estadificación y técnicas de imagen. (internet), (Acceso: 25 de julio del 2019), 201; 58(5): 352-65, disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-cancer-esofago-particularidades-anatomicas-estadificacion-S0033833816300741>.
4. Zúñiga Sequeira T, Cruz Brenes A. Revisión bibliográfica de cáncer de esófago. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* LXIX. (internet), (26 de julio del 2019), 2012; 604: 539-44. disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art18.pdf>.
5. Italo Braghetto M, Gonzalo Cardemil H, Attila Csendes J, Enrique Lanzarini S, MaherMushle K, Francisco Venturelli M, et al. Resultados de la cirugía actual para el tratamiento del cáncer de esófago. (internet), 2016. (26 de julio del 2019), *Rev Chil Cir* 68(1), disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262016000100017](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262016000100017).
6. Tejera D, Micol M, Laino A, Verga F, Alzugaray J, Bertullo M, et al. Complicaciones y mortalidad en esofagectomía por cáncer en unidades de medicina intensiva. (internet), 2015. (26 de julio del 2019), *Rev Chil Cir* 68(1)=, disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902015000300002#bib4](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902015000300002#bib4).
7. Guerra Mesa JL, Collado Otero JC, Cassola Santana JR, Vázquez González JM, Díaz Salas C, Pérez Peña L, et al. Guías de Diagnóstico y Tratamiento en Oncología. Cáncer de esófago. (internet), 2010. (26 de julio del 2019), vol. 3, disponible en: <http://files.sld.cu/oncologia/files/2010/03/esofago.pdf>.
8. Pérez Pereyra J, Frisancho Velarde O. Cáncer de Esófago: Características Epidemiológicas, Clínicas y Patológicas en el Hospital Rebagliati, Lima. (internet), 2009 29(2): 118-23. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v29n2/a03v29n2>.
9. Sobrino Faya M. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. La ecografía endoscópica en la estadificación del carcinoma de esófago. (internet), 2004. (26 de julio del 2019), 27 (4). disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352004000400001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352004000400001).
10. Sobrino Cossío S. Cáncer de esófago, (internet), 2010. (26 de julio del 2019), 75 supl. 1: 53-61, disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-pdf-X0375090610546090>.