

Características del cáncer de esófago en pacientes internados en el servicio de la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas San Lorenzo del 2010-2022

Characteristics of esophageal cancer in patients admitted to the First Chair of Surgical Clinic service of the Hospital de Clinicas San Lorenzo from 2010-2022

Brayan David Pedrozo Alvarenga* , Cristhian Chávez Rivaldi**

Hospital de Clínicas San Lorenzo, Paraguay

RESUMEN

Introducción: El cáncer de esófago es una de las neoplasias más agresivas del tracto digestivo, presenta alta morbilidad y mortalidad, ocupa el octavo lugar dentro de los cánceres a nivel mundial. **Objetivo:** Determinar el manejo del cáncer de esófago en pacientes internados en la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas San Lorenzo del 2010 al 2022. **Material y método:** Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal. **Resultados:** 31 pacientes con diagnóstico de cáncer de esófago en Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas durante el período de 2010 a 2022. El 83,9% de los pacientes eran hombres. Media de edad, 63,7 años. La manifestación clínica más frecuente fue la disfagia y pérdida de peso con síndrome constitucional. Presentaron lesiones vegetantes 41,9%. Las lesiones estaban ubicadas en tercio medio 67%. El tipo histológico más frecuente en 83,9% fue carcinoma escamoso. **Conclusión:** El desafío actual es implementar políticas de screening de esta enfermedad teniendo en cuenta los factores de riesgo asociados.

Palabras claves: Cáncer de esófago, screening, carcinoma escamoso, adyuvancia.

ABSTRACT

Introduction: Esophageal cancer is one of the most aggressive neoplasms of the digestive tract, with high morbidity and mortality, and is the eighth most common cancer worldwide. **Objective:** To determine the management of esophageal cancer in patients admitted to the First Department of Clinical Surgery at the San Lorenzo Clinics Hospital from 2010 to 2022. **Materials and methods:** An observational, retrospective, descriptive, and cross-sectional study. **Results:** Thirty-one patients were diagnosed with esophageal cancer at the First Department of Clinical Surgery at the San Lorenzo Clinics Hospital from 2010 to 2022. 83.9% of the patients were men. Mean age was 63.7 years. The most frequent clinical manifestation was dysphagia and weight loss with constitutional syndrome. 41.9% presented vegetative lesions. 67% of the lesions were located in the middle third. The most

common histological type, 83.9%, was squamous cell carcinoma. **Conclusion:** The current challenge is to implement screening policies for this disease, taking into account the associated risk factors.

Keywords: Esophageal cancer, screening, squamous cell carcinoma, adjuvant treatment.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de esófago es una de las neoplasias más agresivas del tracto digestivo, presenta alta morbilidad, mortalidad y ocupa el octavo lugar dentro de los cánceres a nivel mundial y la sexta causa de muerte por esta enfermedad. ⁽¹⁻⁴⁾

Existe predisposición geográfica como las de Asia siendo 50 a 100 veces mayor la aparición que en otra parte de los continentes. ^(5,6) Es el cuarto cáncer más común en China. Su frecuencia de edad oscila por los 60 a 70 años de vida donde el sexo masculino predomina, aunque existan zonas de relación aproximada por la alta incidencia. ⁽⁷⁻⁹⁾

En las últimas 3 décadas ocurrió una variación en el patrón epidemiológico donde el adenocarcinoma se ubica en el esófago inferior y cardias en las poblaciones caucásicas en los países occidentales. ⁽¹⁰⁻¹³⁾

En Sudamérica la tasa de incidencia general es baja, se estima en 7 por cada 100.000 personas para varones y en 2 por cada 100.000 para mujeres; Colombia, Chile, Argentina y Uruguay, son considerados los países con mayor riesgo. ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

Existen factores implicados en el desarrollo del cáncer de esófago. Los hábitos tóxicos como fumar y beber alcohol son importantes factores independientes. ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

El diagnóstico de cáncer de esófago en su etapa asintomática o temprana de estadio bajo es importante para mejorar el pronóstico; lastimosamente esto solo es posible en unos pocos pacientes. ⁽¹⁹⁾

* Cirujano General, Hospital Distrital de Ñemby

** Cirujano General, Plantel de la I Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas

Autor Correspondiente: Dr. Cristhian Chávez Rivaldi Correo: chavezrivaldi@gmail.com

Dirección: 12 de octubre y 29 de setiembre, Barrio Pinoza, Asunción, Paraguay

Recibido: 12/02/2025 - Revisado: 22/02/2025 - Aceptado: 18/03/2025

Revisor: Carlos Arce Aranda Facultad de Ciencias Médicas. UNA

Editor: Eduardo González Miltos Universidad Nacional de Asunción; San Lorenzo, Paraguay

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

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

Se incluyeron las fichas completas de pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años con diagnóstico de cáncer de esófago internados en la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas, entre los años 2010 al 2022.

Las variables estudiadas fueron:

- Sexo
- Edad
- Hábitos tóxicos
- Motivo de consulta
- Localización del tumor
- Tipo de cirugía
- Abordaje quirúrgico
- Características macroscópicas
- Biopsia
- Grado de diferenciación
- Estadio
- Complicaciones postoperatorias

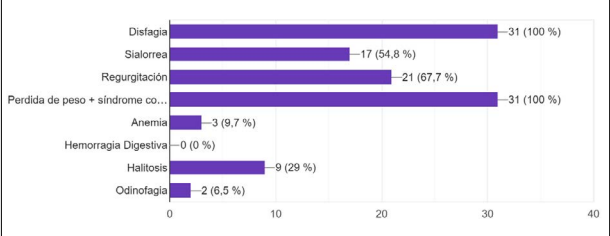
Los datos fueron cargados en una planilla de recolección de datos, luego pasados a la planilla electrónica del programa Microsoft Excel 365® y procesados en el software libre de análisis estadísticos PSPP. La presentación se realizó con el procesador de texto Microsoft Word 365®.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 31 pacientes con el diagnóstico de cáncer de esófago en la I Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas entre los años 2010 al 2022, de los cuales el 83,9% eran de sexo masculino y un 16,1% de sexo femenino; la edad media fue de 63,7 años, observándose una mayoría en la franja de 60 años o más con el 61% (19 casos) y menores de 60 años con 39% (12 casos), con un rango de 37 a 84 años.

Todos los pacientes presentaban disfagia y pérdida de peso asociado a síndrome constitucional y en menor frecuencia presentan regurgitación en un 67,7% (Gráfico 1).

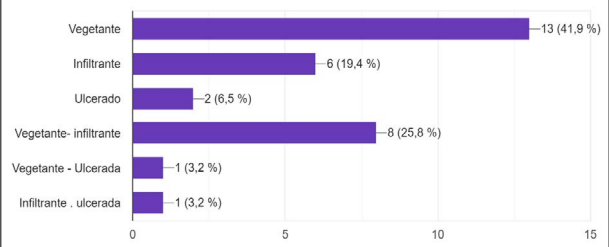
Gráfico 1: Manifestaciones clínicas más frecuentes de los pacientes con diagnóstico de cáncer de esófago (n:31) en la I Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas entre los años 2010 al 2022.



Fuente: Bases de datos del Servicio de la I Cátedra de Clínica Quirúrgica.

Entre los hallazgos endoscópicos se observó que la mayoría de las lesiones esofágicas fueron lesiones vegetantes, vistas en un 41,9%, seguido de las lesiones combinadas vegetantes-infiltrantes en un 25,8% (Gráfico 2).

Gráfico 2: Hallazgos endoscópicos de los pacientes con diagnóstico de cáncer de esófago (n: 31) en la I Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de clínicas entre los años 2010 al 2022.



Fuente: Bases de datos del Servicio de la I Cátedra de Clínica Quirúrgica.

En cuanto la ubicación más frecuente se encontró que las lesiones del tercio medio representan el 66,7% de los casos, seguidas de las ubicadas en el tercio distal, representando al 25,8% y el tercio superior 7,5% de los casos. El 64,5% resultaron no ser friables al maniobrar con el endoscopio y el 35,5 % si fueron friables

El tipo histológico más frecuente en las biopsias fue el carcinoma escamoso representando al 83,9% de los casos y el 16,1% los adenocarcinomas. El 61,3% de los tumores fueron franqueables y el 38,7% infranqueables. Siendo el grado de diferenciación GII el mayoritario, con el 64,5%, seguido por el grado de diferenciación GIII, con el 35,5 % de los tumores malignos esofágicos.

En cuanto al tratamiento instaurado, solo el 16,1% fueron sometidos a cirugías de carácter curativo (esofagectomías según técnica de McKeown 60% y transhiatal 40%). En tanto, las cirugías de carácter paliativo representan el 41,9%, habiéndose realizado gastrostomías tipo Stamm (69,2 %) y yeyunostomías a lo Witzel (30,7%). Lastimosamente, el 42% de los pacientes no fueron sometidos a ninguna intervención quirúrgica.

En la Tabla 1 se resume los tipos de esofagectomías realizadas, el estadio y los días de internación.

Tabla 1: Cirugía curativa de los pacientes con diagnóstico de cáncer de esófago (n: 5) en la I Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas entre los años 2010 al 2022.

Tipo de cirugía (n:5)	Estadio	Porcentaje (%)	UTI	Días de internación en UTI	Media de días
McKeown	II	60 %	Si	1	7,6 días
Trashiatal	II		Si	8	
McKeown	III	40 %	Si	3	
McKeown	III		Si	16	
Trashiatal	III		Si	10	

Fuente: Bases de datos del Servicio de la I Cátedra de Clínica Quirúrgica.

En la serie, 3 pacientes presentaron complicaciones post quirúrgicas, siendo cada una de ellas; mediastinitis, necrosis de la anastomosis, peritonitis post operatoria y falleciendo 2 pacientes en el post operatorio inmediato representando el 40 % de mortalidad de los pacientes sometidos a cirugía curativa.

En tanto que, de las cirugías de carácter paliativo (gastrostomía a lo Stamm y yeyunostomía a los Witzel), el 76,9% (10 casos) se encontraban en estadio IV y el 15,4% (2 casos) se encontraban en el estadio III, y el 7,7% (un caso) se encontraba en estadio II de enfermedad, Los pacientes sometidos a cirugías paliativas presentando una mortalidad de 15,3 %. (Tabla 2).

Tabla 2: Complicaciones y mortalidad de las cirugías realizadas en los pacientes con diagnóstico de cáncer de esófago (n:18) en la I Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas entre los años 2010 al 2022.

Pacientes sometidos a cirugías	Estadio	Tipo de cirugía	Complicaciones	Mortalidad
Curativas (n:5)	II (n:3)	McKeown (n:3) Trashia-tal (n:2)	Necrosis de la anastomosis (n:1) Peritonitis PO (n:1) Mediastinitis (n:1)	40%
	III(n:2)			
Paliativas (n:13)	II (n:1)	Gastros-tomía (n:9) Yeyunos-tomía (n: 4)	Neumonía (n:3) Peritonitis (n:1) Neumonía (n:1)	15,3%
	III (n:2)			
	IV (n:10)			

Fuente: Bases de datos del Servicio de la I Cátedra de Clínica Quirúrgica.

En cuanto a los hábitos tóxicos, el 74,2% de los pacientes refieren antecedentes de consumo de tabaco, entre ellos, se encuentran además el 47,8 % consumidores bebidas alcohólicas y el 25,8% niegan hábitos tóxicos.

DISCUSIÓN

Se estudiaron 31 fichas de pacientes con diagnóstico de cáncer de esófago internados en el servicio de la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas.

En cuanto la edad se pudo constatar una media de 63,7 años y que la mayoría de los pacientes 61% tienen 60 años o más, observándose un minino de 37 y máximo de 84 años, lo que coincide con otras publicaciones que informan la edad promedio entre 60 a 70 años. (1-6)

El 83,9% fueron (26) pacientes del sexo masculino, coincidiendo también con trabajos publicados. (7-9)

Las manifestaciones clínicas como la disfagia y síndrome constitucional asociados a pérdida de peso se dieron en el 100 % de los pacientes en este estudio, sin embargo, Bujanda, L Sarasqueta en el año 2009 (10) informa la presencia de los mismos síntomas en el 57% de los pacientes; Youmes M, Henson ED en el 2002 (11) en el 73,6% y El. SeragHB, Mason AC, Petersen Nen (12) el 90%. Esto suponemos puede deberse a que los pacientes que acuden a la consulta en el Hospital de Clínicas lo hacen en un estadio avanzado de la enfermedad.

El tipo histológico más frecuente en las biopsias fue el carcinoma escamoso representando el 83,9% (26 casos) de las neoplasias al igual que los estudios de referencia y el 16,1% (5 pacientes) representan a los adenocarcinomas cuyo porcentaje resulta ser menor en relación a las nuevas publicaciones como lo informa Mukkamalla et al. (13) en el 2022 donde menciona que, la incidencia de los carcinomas epidermoides ha disminuido (menos del 30%) y han aumentado (más del 60%) los adenocarcinomas en los Estados Unidos. Cuando se estratifica por ubicación anatómica, la incidencia de adenocarcinoma del esófago distal y la unión gastroesofágica (UGE) continúa aumentando rápidamente debido al esófago de Barrett que no son seguidos de forma periódica y acuden ya con la neoplasia instalada. Los tumores de tercio proximal siguen siendo la minoría, en relación con los de tercio distal donde se encontró

porcentaje inferior 6,7% (2 pacientes). El grado de diferenciación GII representa el 64,5 % (20 casos) siendo el más frecuente al igual que otras publicaciones, pero con un porcentaje mayor y el grado de diferenciación GIII el 35,5 % (11 pacientes). Cabe destacar que no se encontraron grados histológicos GI, creemos que esto ocurre porque el diagnóstico de la enfermedad se da en etapas tardías. (14,15)

Los pacientes sometidos a cirugías curativas representan el 16,1% (5 pacientes), estos pacientes corresponden a estadio II y III de la enfermedad, de los cuales ningunos de ellos fueron sometidos a tratamiento adyuvante. En comparación con otras publicaciones en el mismo estadio se realizaron RT-QM publicado en la American Cancer Society en el tratamiento del cáncer de esófago (16) en el 2022.

Todos los pacientes fueron estadificados mediante tomografía contrastada ya que el servicio no cuenta con ecografía endoscópica para estadificación que se vio que actualmente se prefiere ya que mejora la exactitud de la estadificación y con ello la celeridad en la indicación de un tratamiento adecuado, tal como lo publican Lepage, Rachet, Jooste V et al. en el Am J de Gastroenterología. (18)

Entre los hallazgos endoscópicos se observó que la mayoría de las lesiones (13 casos) eran vegetantes en el 41,9%, seguidas del 25,8% (8 casos) de lesiones combinadas vegetantes-infiltrantes, con un porcentaje más elevado en comparación con otras publicaciones como la de Lepage, Rachet, Jooste V et al. en la Am J de Gastroenterología. (18)

Se vio una alta mortalidad en los pacientes que fueron sometidos a resección esofágica representando el 60% en nuestro servicio; esta cifra es mayor comparado con centros especializados que alcanzan cifras de 10 % de mortalidad, esto podría tener relación con los factores de riesgo de nuestros pacientes como la edad avanzada, el estado nutricional, y los hábitos tóxicos que son que podrían influir en la alta morbilidad y mortalidad de nuestros pacientes. (18,19)

CONCLUSIÓN

La mayoría de los pacientes eran del sexo masculino de edad avanzada con antecedentes de tabaquismo de larga data, en todos los pacientes la manifestación principal fue la disfagia.

Al momento del diagnóstico la mayoría de los pacientes se encontraban en el estadio III y IV y fueron sometida a tratamiento paliativo (gastrostomía y yeyunostomía).

La mayor frecuencia en cuanto al tipo histológico fue carcinoma epidermoide, de ubicación en el tercio distal. En cuanto a la cirugía curativa solo 5 pacientes pudieron ser sometidos a una intervención quirúrgica con resección esofágica con el 60 % de mortalidad en el post operatorio.

CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Todos los autores participaron de la búsqueda de información, recolección de datos, redacción del borrador, revisión crítica del manuscrito y aprobación final del mismo.

FINANCIACIÓN

Los autores financiaron la realización del presente artículo.

REFERENCIAS

1. Robert Baan, Kurt Straif, Yann Grosse. Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncol.* 2007 Apr;8(4):292-3
2. Wang KK, Sampliner RE; Updated guidelines 2008 for the diagnosis, surveillance and therapy of Barrett's esophagus. *Am J Gastroenterol.* 2008;103(3):788-797.
3. David E. Fleischer, Bergein F. Overholt, Virender K. Sharma. Endoscopic ablation of Barrett's esophagus: a multicenter study with 2.5-year follow-up. *Gastrointestinal Endoscopy* Volume 68, Issue 5, November 2008, Pages 867-876
4. Markar SR, Karthikesalingam A, Thrumurthy S, Low DE. Volume-outcome relationship in surgery for esophageal malignancy: systematic review and metaanalysis 2000 2011. *J Gastrointest Surg* 2012; 16: 1055 1063.
5. Sjoquist KM, Burmeister BH, Smithers BM et al. Survival after neoadjuvant chemotherapy or chemoradiotherapy for resectable oesophageal carcinoma: an updated meta-analysis. *Lancet Oncol* 2011; 12: 681 692.
6. Kranzfelder M, Schuster T, Geinitz H et al. Meta-analysis of neoadjuvant treatment modalities and definitive non-surgical therapy for oesophageal squamous cell cancer. *Br J Surg* 2011; 98: 768 783.
7. Van Hagen P, Hulshof MC, van Lanschot JJ et al. Preoperative chemoradiotherapy for esophageal or junctional cancer. *N Engl J Med* 2012; 366: 2074 2084.
8. Shapiro J, van Lanschot JJ, Hulshof MC et al. Neoadjuvant chemoradiotherapy plus surgery versus surgery alone for oesophageal or junctional cancer (CROSS): long term results of a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2015; 16: 1090 1098.
9. Markar S, Gronnier C, Duhamel A et al. Salvage surgery after chemoradiotherapy in the management of esophageal cancer: is it a viable therapeutic option? *J Clin Oncol* 2015; 33: 3866 3873.
10. Ronellenfitsch U, Schwarzbach M, Hofheinz R et al. Preoperative chemo(radio) therapy versus primary surgery for gastroesophageal adenocarcinoma: systematic review with meta-analysis combining individual patient and aggregate data. *Eur J Cancer* 2013; 49: 3149 3158.
11. Omloo JM, Lagarde SM, Hulscher JB, et al. Extended transthoracic resection compared with limited transhiatal resection for adenocarcinoma of the mid/distal esophagus: five-year survival of a randomized clinical trial. *Ann Surg.* 2007;246(6):992-1001.
12. Orringer MB, Marshall B, Chang AC, Lee J, Pickens A, Lau CL. Two thousand transhiatal esophagectomies: changing trends, lessons learned. *Ann Surg.* 2007;246(3):363-374. doi:10.1097/SLA.0b013e31814697f2
13. Julia Pérez Pereyra, Oscar Frisncho Velarde. Cáncer de esófago: características epidemiológicas, clínicas y patológicas en el Hospital Rebagliati - Lima. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292009000200003
14. Bujanda, L., Gil, I., Sarasqueta, C., Hijona, E., Cosme, Á., Elorza, J. L. (2009). Características clinicopatológicas y supervivencia de los pacientes con cáncer de esófago. Resultados de 200 casos consecutivos. *Medicina Clínica*, 133(18), 689-693. doi:10.1016/j.medcli.2009.04.049
15. Mukkamalla SKR, Recio-Boiles A, Babiker HM. Esophageal Cancer. 2022 Jul 10. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 29083661.
16. Paulson EC, Ra J, Armstrong K, Wirtalla C, Spitz F, Rapaport R. Under use of esophagectomy as treatment for resectable esophageal cancer. *Arch-Surg.* 2008;143:1198-203
17. Ku GY and Ilson DH. Chapter 71 – Cancer of the Esophagus. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Dorshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 6th ed. Philadelphia, Pa. Elsevier: 2020
18. Lepage C, Rachet B, Jooste V, Faivre J, Coleman MP. Continuing rapid increase in esophageal adenocarcinoma in England and Wales. *Am J Gastroenterol.* 2008;103:2694-9.
19. José González-González J, Sanz-Álvarez L, Marqués-Álvarez L, Navarrete-Guijosa F, Martínez-Rodríguez E. Revisión de Conjunto. Artículo 170.293. Complicaciones de la cirugía de exéresis del cáncer de esófago. *Cirugía Española*. Cir Esp. 2006;80(6):349-60