

ARTICULO ORIGINAL – ORIGINAL ARTICLE

Experiencia en cáncer de esófago del tercio superior en el Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile

Univ. Juan P. Cabrera,^{1} Bruno E. Caselli,¹ Alvaro A. Gallardo,¹
Dr. Héctor E. Molina.²*

¹*Internos de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile;* ²*Cirujano Digestivo, Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción, Concepción, Chile.*

**E-mail: jpccvolley@hotmail.com*

Acta Científica Estudiantil 2008; 6(2):39-44.

Recibido 19 Feb 08 – Aceptado 24 Mar 08

Resumen

Introducción: Si bien el cáncer de esófago del tercio superior representa el 15% de los cánceres del esófago, es uno de los tumores con peor pronóstico, pues las alternativas terapéuticas son restringidas y su supervivencia global es muy baja. Objetivo: Conocer y comunicar la realidad del cáncer de esófago del tercio superior en el Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción. Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en pacientes con diagnóstico de cáncer de esófago del tercio superior entre los años 2002 y 2006. A partir de fichas clínicas, se estudiaron 13 pacientes por sexo y edad; profundidad de invasión y tipo histológico del tumor; tratamiento realizado. Análisis de supervivencia por método de Kaplan-Meier. Resultados: Hombres 10 (77%) y mujeres 3 (23%). Edad promedio 67 años, rango 49-90. En 12 pacientes (92%) al momento del diagnóstico fue cáncer avanzado, y en 1 paciente (8%) no se hizo estudio. Tipo histológico escamoso 12 (92%) y adenoescamoso 1 (8%). Tratamiento, en 8 pacientes (62%) se realiza sólo tratamiento con intención paliativa y en 5 (38%) rechaza o no se realiza tratamiento. Supervivencia promedio 3 meses, y a 9 meses desde el diagnóstico 0% de supervivencia. Conclusión: En nuestro medio el cáncer de esófago del tercio superior es diagnosticado en etapa fuera del alcance de tratamiento curativo, y la supervivencia esperada para nuestros pacientes no supera en un 100% 1 año plazo. Es por tanto necesario incentivar el diagnóstico precoz y un trabajo multidisciplinario para revertir esta lamentable situación.

Palabras Clave: Cáncer de esófago, Tercio superior, Baja supervivencia.

(fuente: DeCS Bireme)

Abstract

Introduction: The esophageic cancer of the upper third represents the 15% of the esophageic cancer and it is one of the tumours with worst prediction, because the therapeutic alternatives are restricts and its global survival are very low. Objective: Know and communicate the reality of esophageic cancer of the upper third between the years 2002 and 2006 at the Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepcion, Chile. Material and Method: Transversal descriptive study, we studied 13 patients by sex, age, deep of penetration, histology, treatment. Analysis of survival by Kaplan-Meier method. Results: Males 10 (77%) and females 3 (23%). Age average 67 years old (49-90). In 12 patients (92%) at the moment of diagnosis was advanced cancer, and one patient (8%) did not any study of the tumour. Histology: Squamous 12(92%) and adenosquamous 1(8%). Treatment. 8 patients (62%) did only treatment to alleviate intention and in 5(38%) reject or non treatment. Average of survival is 3 months and to 9 months of diagnosis it is of 0%. Conclusion: In our center the upper third esophageic cancer is diagnosed out of phase to healing treatment, and the waited survival for our patients it doesn't overcome one year of survival in the 100% of the patients. It is

necessary to give an incentive to early diagnosis and we have got to work as a team. [Experience On Upper Third Esophagic Cancer At The Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepcion, Chile.]

Key Words: Esophagic Cancer, Upper Third, Poor Survival.
(source: *DeCS Bireme*)

Introducción

El cáncer de esófago, si bien no presenta la tasa de prevalencia más elevada, es uno de los tumores de peor pronóstico en el mundo occidental, con bajo porcentaje de reseccabilidad y mortalidad operatoria entre 5 y 10% [1,2]. Por otra parte las supervivencias globales son muy bajas, alrededor de 10% a 5 años y son variables, dependiendo del estadio evolutivo de la enfermedad y del tratamiento que fue posible realizar, ya sea resección con o sin tratamiento adyuvante, multimodal o alguna alternativa paliativa [3,4].

En Chile, el cáncer de esófago es frecuentemente incurable, representa el 5% de todos los cánceres y el 20% de los cánceres digestivos, cuarto lugar de frecuencia en hombres y séptimo lugar de frecuencia en mujeres. Representa la sexta causa de muerte por cáncer en nuestro país [5].

Aunque el cáncer de esófago del tercio superior representa el 15% del total de los cánceres del esófago [6], es una localización particularmente problemática, pues el compromiso a la vía aérea es inminente, las alternativas terapéuticas son restringidas, y por lo tanto, la supervivencia global y calidad de vida de estos pacientes distan mucho de ser las ideales.

Nuestro propósito es conocer y comunicar la realidad del cáncer de esófago del tercio superior en el Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

Materiales y Métodos

Realizamos un estudio observacional y descriptivo, de corte transversal. Seleccionamos aquellos pacientes con diagnóstico de cáncer de esófago del tercio superior entre los años 2002 y 2006. A partir de fichas clínicas, se obtuvo antecedentes completos de 13 pacientes, quienes ingresaron al estudio. Se estudió por sexo y edad; profundidad de invasión y tipo histológico del tumor; tratamiento realizado y supervivencia. Se considera tercio superior aquellos pacientes con tumores localizados entre la horquilla esternal y la carina traqueal. El tipo histológico fue obtenido a partir del informe de biopsia correspondiente, desde las fichas clínicas. Se contactó con la oficina de Registro Civil que proporcionó la fecha de defunción de los pacientes. Análisis de supervivencia por método de Kaplan-Meier.

Utilizamos tablas de distribución de frecuencia. Para tabular y analizar los datos, usamos el programa computacional Microsoft Excel® 2003 Pro, aquí se hizo cálculos de promedio, límites inferior y superior de los rangos, sumatoria de elementos. Se utilizó el programa SPSS® v15.0 para Windows en español para estudio de supervivencia.

Resultados

Con respecto al sexo, eran 10 hombres lo que corresponde al 77%, y 3 mujeres, equivalente al 23%. En cuanto a la edad, la edad promedio fue de 67 años, con un rango entre 49 y 90 años (Cuadro 1).

Cuadro 1. Distribución de pacientes con cáncer de esófago del tercio superior en el HGGB durante período 2002-2006 según edad.

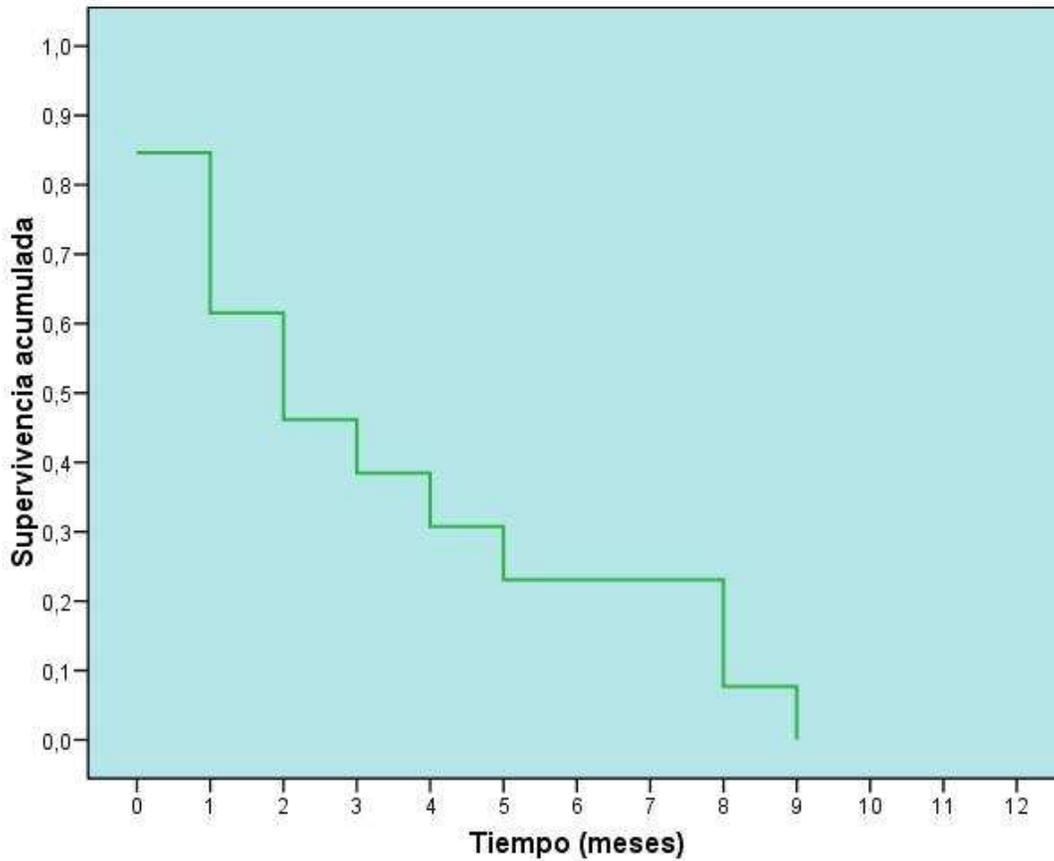
Edad	N	%
<55	3	23.1
56-70	4	30.8
71-85	5	38.5
>85	1	7.6
TOTAL	13	100

La profundidad de invasión fue cáncer avanzado en 12 pacientes (92%) al momento del diagnóstico, y en 1 paciente (8%) no se hizo estudio. No hubo ningún paciente con cáncer incipiente. En cuanto al tipo histológico del tumor, escamoso en 12 pacientes, equivalente a un 92%, y adenoescamoso en 1 paciente, lo que corresponde al 8% del total.

En lo que respecta al tratamiento, en 8 pacientes (62%) se realizó sólo tratamiento con intención paliativa, y 5 pacientes (38%) rechazan o no se realiza tratamiento de ningún tipo. A ninguno de los 13 pacientes se le realizó tratamiento con intención curativa. De los 8 pacientes que se les realizó tratamiento paliativo, a 4 se les hizo dilatación endoscópica, a 5 pacientes yeyunostomía de alimentación, a 1 paciente gastrostomía de alimentación, a 3 pacientes radioterapia paliativa, y a 1 paciente quimioterapia paliativa.

En cuanto a supervivencia, supervivencia promedio de 3 meses, y a 9 meses plazo 0% de supervivencia. En 2 pacientes (15%) no se alcanzó 1 mes de supervivencia desde el momento del diagnóstico (Figura 1).

Figura 1. Supervivencia global de pacientes con cáncer de esófago del tercio superior en el HGGB durante período 2002-2006.



Discusión

El cáncer de esófago no es de los cánceres más frecuentes en nuestro medio, y al igual que lo que muestran otras series, se presenta preferentemente en pacientes de sexo masculino y sobre los 50 años de edad, siendo el escamoso o epidermoide el tipo histológico predominante [6].

El carcinoma de esófago es una patología de mal pronóstico. Al momento del diagnóstico muchos pacientes presentan extensión tumoral local y a distancia. La cirugía se realiza con intención curativa sólo en un reducido número de pacientes, que oscila entre el 15 y el 42% en las distintas series. El resto de los pacientes puede ser sometido a cirugía paliativa u otros métodos de paliación, cuyo objetivo es la conservación del tránsito digestivo, y con esto, la mejora en la calidad de vida de estos pacientes [7].

A pesar del tratamiento quirúrgico la supervivencia a 5 años es de 10 a 30%, dependiendo del estadio tumoral [8]. En nuestra experiencia, ningún paciente fue intervenido con intención curativa, y paralelamente, ningún paciente superó 1 año plazo de supervivencia.

Clásicamente, se divide el cáncer de esófago según localización en tercios, existiendo los tercios superior, medio e inferior. Analizamos la situación en nuestro Hospital con respecto al tercio superior. Si bien, el cáncer de esófago del tercio superior no representa la frecuencia más elevada con respecto a los otros tercios, es una localización particularmente problemática, pues el esófago en este segmento se encuentra en estrecha relación con la vía aérea y cuerdas vocales, y puede potencialmente comprometerlas, considerándose esta situación, criterio de irresecabilidad. Además, es una zona con un drenaje linfático muy extenso, y el compromiso de los linfonodos de esta región, ensombrecen el pronóstico y son determinantes en la supervivencia de estos pacientes. En nuestro medio el cáncer de esófago del tercio superior representa aproximadamente el 16%, otros autores publican cifras similares en nuestro país [5,6,7], y al primer año las supervivencias del cáncer de tercio superior son menores respecto de las otras localizaciones, pero sin alcanzar significación estadística [5].

El cáncer ubicado en el tercio superior presenta la peor supervivencia probablemente por frecuencia mayor de recurrencia a nivel de ganglios linfático-cervicales o recurrencia local, lo que sugiere que en estos pacientes se efectuó una mayor proporción de resecciones de tipo paliativas en comparación con otras localizaciones [5].

Pareciera que la paliación fuera la única alternativa terapéutica que se puede ofrecer a estos pacientes existiendo diversos métodos, tales como la dilatación endoscópica, recanalización con láser, inserción de endoprótesis, gastrostomía de alimentación, yeyunostomía de alimentación, radioterapia y quimioterapia. En nuestro medio los más utilizados en cáncer del tercio superior fueron yeyunostomía de alimentación y dilatación endoscópica, siendo métodos bastante eficaces en combatir la disfagia y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, la supervivencia con estos métodos no varía.

Existe un número de pacientes que rechazan o no se les realiza tratamiento de ningún tipo, desconocemos la causa de esta situación, pero en la práctica nos hemos percatado que muchas familias influyen importantemente en estas decisiones, ya que desean que sus familiares pasen estos últimos días con ellos en sus casas, y no en un Hospital.

La supervivencia de los pacientes que padecen cáncer de esófago es pobre, pero la supervivencia de los pacientes con tumor en el tercio superior lo es aún más. Probablemente, esto se deba a que la gran mayoría son diagnosticados en estadios avanzados, y las alternativas terapéuticas con real intención curativa son escasas. En nuestra experiencia, el paciente que mayor supervivencia tuvo fue de 9 meses, nos parece una cifra alarmante, pero concuerda con otras series [5-7,9-11]. Al parecer, la situación que se da en nuestro Hospital ocurre también en otros centros.

En nuestro medio, el cáncer de esófago del tercio superior se da preferentemente en el sexo masculino, y aproximadamente $\frac{3}{4}$ de los pacientes tienen más de 55 años al momento del diagnóstico. Es diagnosticado en etapa fuera del alcance de tratamiento curativo, pues más del 90% están en estadios avanzados, siendo el tipo histológico predominante el escamoso. El tratamiento paliativo fue la única alternativa en nuestro medio, siendo la yeyunostomía de

alimentación el procedimiento más utilizado, pero un número no despreciable de pacientes rechazan o no se les realiza tratamiento de ningún tipo. La supervivencia esperada para nuestros pacientes no supera en un 100% 1 año plazo. Es por tanto necesario incentivar el diagnóstico precoz y un trabajo multidisciplinario, para algún día remediar esta lamentable situación.

Referencias

1. Jamieson G, Mathew G, Watson D, Myers J. An overview of the treatment of esophageal cancer in the 20th century: The experience of the West. *Can J Gastroent* 1998; 52 (A): 147.
2. BRAGHETTO I. Cáncer de esófago In: Arratzoa, Jorge. *Cáncer de esófago*. Santiago: Mediterráneo; 1997. 114-40.
3. RICE TH W, ZUCCARO G, ADELSTEIN D, RYBICKI L, BLACKSTONE et al. Esophageal carcinoma: Depth of tumor invasion is predictive of regional lymphnode status. The therapeutic and pronostic implications. *Can J Gastroent* 1998;12 (B): 4-15 (A22-23).
4. ISHIBASHI S, SHINEBA L, HOSHIDA T. Do the number of metastatic lymph node decide pronostic of esophageal cancer. *Can J Gastroent* 1998; 12(B) 16 (A 25).
5. BRAGHETTO I, CSNEDES A, CORNEJO A, AMAT J, CARDEMIL G et al. Sobrevida de pacientes con cáncer de esófago sometidos a esofagectomía total torácica. *Rev Méd Chile* 2000; 128: 64-74.
6. VENTURELLI A, SANCHEZ A, CARDEMIL B. Cáncer de esófago. Sobrevida a 10 años plazo. *Rev Chil Cir* 2001; 53: 241-5.
7. ALVAREZ R, SEGUEL E, BETANCUR C, ZUÑIGA C, GALLARDO A et al. Recidiva tumoral en tubo gástrico en esofagectomías por carcinoma. *Rev Chil Cir* 2002; 54: 49-52.
8. LAW S, FOK M, WONG J. Pattern of recurrence after oesophageal resection for cancer: clinical implications. *Br J Surg* 1996; 83: 107-11.
9. VENTURELLI A, SOTO S, DÍAZ J, CARDEMIL B, SÁNCHEZ A et al. Cáncer de esófago, tratamiento en el Hospital Clínico Regional de Valdivia durante el período 1982-2001. *Rev Chil Cir* 2003; 55: 381-384.
10. JAE III Z, YOUNG H, HEE JONG B, JONG H. Longterm results of surgical treatment for esophageal cancer (10 years experience). *Can J Gastroent* 1998; 12 (B): 13 (A 18).
11. NISHIMAKI T, SUZUKI T, KONDO T, KUWABARA SH, MUSHA N et al. Short and long term results after extended radical esophagectomy for esophageal carcinoma. *Can J Gastroent* 1998; 12(B) 130 (A415).