

Cáncer del esófago. Análisis de 167 casos del Hospital General de México

Ma. Elena Anzures López,* Blanca Estela Pineda Corona,**
Héctor Espino Cortés,*** Lucelly Rodríguez Lizárraga***

RESUMEN

Introducción. Se revisaron las estadísticas mundiales sobre incidencia de cáncer en general, cáncer del aparato digestivo y cáncer del esófago, así como los datos de cáncer del esófago en México. **Material y métodos.** Fueron estudiados 167 casos de cáncer del esófago comprobado histológicamente, que se internaron en el Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México (SGHGM). Las variables estudiadas fueron: 1. Frecuencia comparada. 2. Género y grupos etáreos. 3. Antecedentes de nutrición, hábitos alcohólico y tabáquico. 4. Tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la primera consulta médica y de ésta al diagnóstico de certeza. 5. Sitio afectado. 6. Tipo histológico. 7. Estadificación TNM. 8. Tratamiento. **Resultados:** En el SGHGM, el cáncer del esófago ocupó el segundo lugar entre las neoplasias del aparato digestivo. El 70.1% fueron hombres y el 29.9% mujeres, con una relación de 2.3:1. La dieta era insuficiente en más de la mitad de los hombres y en un tercio de las mujeres. El hábito alcohólico fue positivo en el 76.5% de los hombres y en el 53 % de las mujeres. El tabáquico fue positivo en el 61% de los hombres y en el 28.2% de las mujeres. La quinta parte acudió a consulta antes de un mes después de iniciados los síntomas y el 49% antes de los seis meses. En el 60% se hizo el diagnóstico de certeza en menos de un mes después de la primera cita debido a la facilidad de hacer endoscopias. El sitio más afectado fue la unión esofagogástrica (29.3%); siguieron: el tercio medio (26.9%), el tercio distal (20.4%) y el proximal (12.6%). Hubo 106 adenocarcinomas y 61 carcinomas epidermoides. El 11% estuvieron en estadio I o II, el 50% en estadio III y 39% en estadio IV. **Tratamiento:** A 17 se les hizo resección de esófago y transposición de colon para restablecer el tránsito buco gástrico. A 106 se les realizó algún tipo de gastrostomía, en 50 se aplicó además radioterapia. En siete se colocaron prótesis rígidas por vía endoscópica. En 24 se efectuó lisis tumoral con alcohol absoluto. **Conclusiones.** La esofagoplastia con colon derecho o izquierdo rehabilita totalmente al paciente esofagectomizado. El avance tecnológico facilita hacer un diagnóstico certero y proporciona opciones para tratamientos paliativos como la gastrostomía endoscópica, colocación de prótesis rígidas y lisis tumoral con alcohol absoluto.

Palabras clave: Cáncer, esófago, epidemiología, factores de riesgo, estadificación, tratamiento quirúrgico, tratamiento endoscópico.

ABSTRACT

*The world statistics about the frequency of cancer in general, cancer of the digestive system, esophageal cancer and the figures of the esophageal cancer in Mexico were reviewed. **Material and methods.** 167 histologically verified cases of esophageal cancer were studied from those admitted at the Gastroenterology Service of the General Hospital of México. The variables studied were: 1. compared frequency; 2. sex and groups of age; 3. Nutrition antecedents, smoking and alcoholic habits; 4. Time elapsed since the beginning of symptomatology and the first medical consultation and from that one to the certainty of diagnosis; 5. Location affected; 6. Histological variety; 7. Stadification (TNM) and; 8. Treatment. **Results and conclusions:** The esophageal cancer took the 2nd place at the Service of Gastroenterology of the General Hospital of México among the neoplastic pathology of the digestive system. 70.1% was seen in men and 29.9% in women with a ratio of 2.3:1. The diet was insufficient in more than one half of men and in a third of the women. Alcoholism was positive in 76.5% of men and 53% of women. Smoking was positive in 61% of men and 28.2% of women. Only a fifth of patients showed up a month after the symptomatology started and about 49%*

* Centro de Información y Bibliohemeroteca, Hospital General de México (HGM), Secretaría de Salud (SS).

** Registro Hospitalario de Neoplasias, HGM, SS.

*** Servicio de Gastroenterología, HGM, SS.

came before six months. The diagnosis was made of certainty in 60% of cases in less than a month after the first consultation due to opportunity to perform endoscopies. The most frequent location was the esophago-gastric union (29.3%) followed by the middle third (26.9%), the distal third (20.4%) and the proximal only 12.6%. Out of all the cases we found 106 adenocarcinomas and 61 epidermoid carcinomas. 11% were in Stade I or II, the 50% in III and 39% in Stade IV. Treatment: 17 cases were submitted to oesophagic resection and colon transposition to keep the oro-gastric transit. 106 were cases of some kind of gastrostomy, 50 out of them received besides radiotherapy. 7 cases got rigid prosthesis by endoscopic way in 24 the tumoral lisis with absolute alcohol was done. The oesophagoplasty with right or left colon rehabilitate completely the oesophagectomised patient. The technology progress allows to do a certainty diagnostic and gives several options of treatments to palliate as the endoscopic gastrostomy rigid prosthesis placement and lisis with absolute alcohol.

Key words : Esophagus-cancer, epidemiology, risk factors, stadification, surgical treatment, endoscopic approach.

INTRODUCCIÓN

El estudio de los padecimientos del esófago tuvo prioridad en el Servicio de Gastroenterología prácticamente desde el inicio de la especialidad en nuestro país. En 1928 el Dr. Juan Garza¹ elaboró su tesis recepcional, dirigida por el Dr. Abraham Ayala González, sobre el cáncer del esófago y la ilustró con el estudio de ocho casos comprobados por esofagoscopia, radiología y estudio histopatológico.

En 1976, durante un simposium de la Academia Nacional de Medicina en el que participaron seis Servicios de Gastroenterología de la Ciudad de México, se encontró que en el Pabellón 107 del Hospital General de México, esta neoplasia ocupaba el segundo lugar en frecuencia, precedida únicamente por el cáncer gástrico (*Cuadro I*).²

El cáncer del esófago es una enfermedad poco frecuente dentro de la enfermedad neoplásica en general. De los 1'811,748 casos nuevos de cáncer del aparato digestivo registrados en el mundo,³ esta

neoplasia ocupó el quinto lugar en el hombre y el sexto en la mujer (*Cuadro II*).

La incidencia media mundial es de 6.2 por 100,000 para los hombres y de 2.4 para las mujeres.³ Sin embargo, la distribución mundial es muy heterogénea y aun en los países considerados de alto riesgo ciertas regiones son más afectadas que otras. Las áreas geográficas con mayor incidencia son: el Oriente Medio que en Gonabad Irán tiene una media de 195.3; Kazakhstan que tiene 174.3, Turkmenistan oriente con 92.8. En China, Tianjin tiene 16.6 y Quidong 13.3. En Francia, Calvados muestra una cifra de 26.5; mientras que en Brasil es de 25.87 en Porto Alegre.³

En México, las defunciones por cáncer esofágico representan el 0.15% de todas las causas de muerte, el 1.36% de los fallecimientos por cáncer y el 4.36% de los decesos por cáncer digestivo.⁴

En nuestro país, en el trienio 1993-1995 el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas registró 20,869 casos nuevos de cáncer del aparato digestivo; de éstos, 1,336 (6.4%) correspondieron

Cuadro I.

	1977-87			1995			Diferencia en el periodo %
	N	%	Lugar	N	%	Lugar	
Casos	551			182			
Estómago		41.10	1o		32.00	1o	-22.00
Esófago		21.00	2o		13.20	3o	-49.30
Colon, recto y ano		18.60	3o		31.20	2o	68.00
Vesícula		7.40	4o		10.40	4o	41.00
Páncreas		5.20	5o		5.50	6o	45.00
Hígado		3.80	6o		9.90	5o	90.00
Intestino delgado		1.50	7o		2.00	7o	33.00
Mal definidos		1.40	8o		0.08	8o	

Cuadro II. Cáncer del aparato digestivo en el mundo.¹

	a) Hombres			b) Mujeres			(a+b) Total	
	n	%	Tasa	n	%	Tasa	n	%
Colon	261,054	14.41	21.61	301,410	16.64	18.88	562,464	31.05
Estómago	247,219	13.65	20.60	163,565	9.03	10.36	410,784	22.68
Recto	177,704	9.81	14.77	150,010	8.28	9.58	327,714	18.09
Páncreas	99,133	5.47	8.23	95,498	5.27	5.89	194,631	10.74
Esófago	73,549	4.06	6.15	38,712	2.14	2.41	112,261	6.47
Hígado	68,034	3.76	5.78	32,573	1.80	2.14	100,607	5.56
Vesícula	25,676	1.42	2.12	49,499	2.73	3.06	75,175	4.15
Intestino delgado	8,379	0.46	0.71	7,384	0.41	0.49	15,763	0.95
Peritoneo	5,868	0.32	0.52	6,481	0.36	0.46	12,349	0.78
Total	966,616	53.35		845,132	46.65		1'811,748	100.00

al esófago, por lo que ocupa el sexto lugar. La razón hombre/mujer fue de 2.5:1.⁵ La tasa de mortalidad fue de 1.1 por 100,000 en el hombre y de 0.45 en la mujer,⁴ la incidencia media es baja 0.72.⁵ Como en el resto del mundo, también se encuentran diferencias geográficas importantes ya que en los estados del norte (Sonora, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas), así como en Yucatán, alcanza cifras superiores en una desviación estándar a la media nacional.

Con base en lo expuesto, se realizó este estudio cuyo objetivo fue conocer las características epidemiológicas y sociodemográficas de los pacientes con cáncer esofágico que son atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 167 pacientes internados en el Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México. A todos ellos se les hizo una encuesta personal para llenar las hojas de registro de tumores del aparato digestivo de acuerdo con el protocolo de estudios de la Academia Nacional de Medicina y sólo se incluyeron aquéllos en que se corroboró el diagnóstico con el reporte histopatológico.

En los 167 casos comprobados de cáncer del esófago, se analizaron las siguientes variables:

1) Frecuencia comparada, 2) género y grupos etáreos, 3) antecedentes de nutrición, hábito tabáquico y hábito alcohólico, 4) tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la primera consulta médica y de ésta al diagnóstico de certeza, 5) sitio afectado.

6) tipo histológico, 7) estadificación y 8) trata-

miento.

RESULTADOS

1) **Frecuencia comparada.** El cáncer del esófago ocupó el segundo lugar en frecuencia con 167 casos de 733 pacientes con cánceres del aparato digestivo atendidos en el mismo periodo.

2) **Género y grupo etáreo.** El 70.1% correspondió al género masculino y el 29.9% al femenino, con una razón de 2.3:1. La mayor frecuencia se presentó en los grupos de 45 y más años.

3) **Antecedentes de nutrición, hábito alcohólico y hábito tabáquico.**

a) *Dieta.* La dieta se catalogó como buena cuando contenía la cantidad adecuada de proteínas, hidratos de carbono y grasa; regular cuando la cantidad de dichos nutrientes era apenas suficiente y mala cuando los nutrientes eran insuficientes.

b) *Hábito alcohólico.* El antecedente de consumo de bebidas alcohólicas se calificó como intenso cuando el consumo fue de 10 o más copas por vez durante 10 o más años, consumo medio cuando era de cinco a nueve copas por vez durante cinco a nueve años y consumo bajo cuando fue de cuatro o menos copas por vez por menos de cuatro años, con los siguientes resultados: Aunque el 76.5% de los hombres y el 53% de las mujeres tenían hábito alcohólico positivo, sólo en el 20% de ellos y el 6% de ellas fue intenso. Hay que señalar que el 23% de los hombres no bebían y tampoco lo hacían el 47% de las mujeres.

c) *Hábito tabáquico.* El hábito tabáquico se calificó como intenso cuando el consumo fue de 20 o

más cigarrillos diarios por 10 o más años, consumo medio cuando fumaban de 10 a 19 cigarrillos al día durante uno a nueve años y bajo cuando el consumo fue de menos de nueve cigarrillos al día por menos de un año.

Se encontró intenso en el 20% de los hombres y en el 3% de las mujeres. Medio en el 23.8% y 12.6%, respectivamente. Bajo en el 17.4% y 12.6%, también respectivamente. Fue negativo en el 38.8% de los hombres y en el 71.9% de las mujeres.

4. **Tiempo de evolución.** Se registró el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la primera consulta, así como entre ésta y el diagnóstico de certeza. (*Cuadro III*).

Características del tumor

5. **Sitio afectado.** El afectado más frecuente fue la unión esofagogástrica con 49 casos (29.3%). Le siguió el tercio medio con 45 casos (26.9%). Al tercio distal correspondieron 34 casos (20.4%) y al tercio proximal 21 (12.6%).

6. **Estirpe histológica.** Se encontraron 61 carcinomas epidermoides y 106 adenocarcinomas.

La mayoría de los epidermoides, 36 casos, estaban en el tercio medio, 16 en el tercio proximal, siete en el tercio distal y dos en la unión esofagogástrica.

Los adenocarcinomas se encontraron en su mayoría en la unión esofagogástrica, 57 casos; le siguió el tercio distal con 35, hubo 11 en el tercio medio y tres en el tercio proximal. Debe aclararse que los clasificados como de la unión esofagogástrica no eran cáncer gástricos que invadieran el esófago, sino que se originaron justamente en la zona de transición de las mucosas esofágica y gástrica.

7. **Estadificación.** De acuerdo con la clasificación internacional de tumores TNM se encontraron cinco casos (3%) en estadio I; 13 (8%) en estadio II;

84 (50%) en estadio III y 65 (39%) en estadio IV.

Tratamiento

A 44 (36.3%) de los 167 pacientes se les dio únicamente tratamiento médico consistente en medidas generales de apoyo, ya fuera por lo avanzado del padecimiento o porque ellos rehusaron la cirugía.

En 123 pacientes (73.7%) se realizó algún procedimiento quirúrgico que fue radical curativo con resección del esófago y transposición de colon en 18 (1.5%). En los 106 restantes se hizo algún tipo de gastrostomía.

En siete sujetos se colocaron prótesis rígidas por vía endoscópica.

En 24 enfermos se utilizó lisis tumoral con alcohol absoluto como procedimiento paliativo.

A 50 pacientes con carcinoma epidermoide, además de la gastrostomía, se les aplicaron sesiones de radioterapia.

DISCUSIÓN

El cáncer del esófago es un padecimiento que a nivel mundial mantiene una frecuencia estable; tiene marcadas diferencias en cuanto a distribución geográfica, ya que aunque la incidencia media mundial es de 6.2 para los hombres y 2.4 para las mujeres, hay lugares como Gonabad en Irán en donde es 32 veces mayor.³ En México, la mortalidad es baja de 0.72,⁴ pero en estados del norte como Sonora, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas, así como en Yucatán, alcanza cifras superiores en una desviación estándar a la media nacional⁵

Es más frecuente en los hombres que en las mujeres con una razón de 2.3:1. Aunque la mayoría tenía más de 45 años, hubo dos casos en menores de 25 años. La influencia de la alimentación, especialmente en lo que se refiere a la ingestión de nitritos o

Cuadro III.

<i>Periodo</i>	<i>Desde el inicio de los síntomas hasta la primera consulta médica</i>	<i>Desde la primera consulta médica hasta el diagnóstico de certeza</i>
Un mes o menos	18%	75%
Más de un mes hasta seis meses	48%	15%
Más de seis meses hasta un año	18%	5%
Más de un año hasta dos años	10%	
Más de dos años	3%	3%
Se desconoce	3%	3%

de exceso de sílice, se ha enfatizado en la literatura mundial; pero esto no fue posible corroborarlo en nuestros casos. Sin embargo, se encontraron antecedentes de mala nutrición en más de la mitad de los hombres y en un tercio de las mujeres.

Al alcohol, que no es un carcinógeno en sí, se le menciona como un "inductor facilitador" que influye en la acción de otros carcinógenos. En estos pacientes el antecedente alcohólico fue positivo en 76.5% de los hombres y en el 53% de las mujeres.

El tabaco que es un carcinógeno tipo I se encontró positivo en el 61% de los hombres y en el 28% de las mujeres.

Es una preocupación permanente los estadios avanzados en que llega la mayoría de los pacientes,⁸ por lo que se registró con todo cuidado el tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas y la primera consulta, así como entre ésta y el diagnóstico de certeza. La quinta parte de los pacientes acudieron antes de que transcurriera un mes desde la aparición de los síntomas y casi la mitad antes de seis meses. La tercera parte lo hizo más de seis meses después del principio de la sintomatología.

En cuanto a la rapidez para hacer el diagnóstico de certeza, en seis de cada 10 enfermos se hizo menos de un mes después de la primera consulta. Esto se debe a la facilidad para hacer endoscopias, tanto en el Servicio de Gastroenterología como en Urgencias, y a la aceptación cada vez mayor que tiene este procedimiento diagnóstico tanto entre la población general como entre los médicos tratantes debido a los avances tecnológicos de los endoscopios flexibles de fibra óptica o videoendoscopios que facilitan el estudio macroscópico y la toma de biopsias.

A pesar de que se dispone de la tecnología adecuada para llegar al diagnóstico con rapidez y seguridad, los pacientes con cáncer del esófago siguen acudiendo a la consulta con neoplasias muy avanzadas. Esto se debe fundamentalmente a la elasticidad del esófago que permite la deglución de los alimentos durante mucho tiempo después de que se inicia la neoplasia y sólo se presenta la disfagia, que es el síntoma cardinal, cuando la tumoración abarca toda la circunferencia del esófago y disminuye notablemente su luz. De estos 167 casos, sólo el 11% estaba en los estadios I o II y fue a ellos a los que se pudo ofrecer un tratamiento potencialmente curativo. La posibilidad de hacer una esofagoplastia con colon izquierdo o derecho⁷ facilita la decisión del cirujano para hacer una esofagectomía total y ofrecer la posibilidad de curación con una rehabilitación total.

Los avances logrados en las técnicas endoscópicas han ocasionado tres cambios importantes en el tratamiento: 1) la ejecución de gastrostomías por métodos endoscópicos que son más fáciles, rápidas y poco riesgosas; 2) la posibilidad de aplicar endoscópicamente prótesis rígidas de diversos tipos que permiten la alimentación bucal y dan una buena calidad de vida y 3) la aplicación de alcohol absoluto para producir lisis tumoral, ampliar el calibre del esófago y permitir la alimentación normal y una buena calidad de vida.⁹

CONCLUSIONES

Aunque el cáncer del esófago presenta varios retos en lo que se refiere a su diagnóstico y a su tratamiento que no han podido resolverse, ya que la mayoría de los casos se diagnostican en estadios III y IV, en las últimas décadas, han habido avances notables que permiten un diagnóstico más rápido y certero, así como diferentes enfoques terapéuticos que mejoran la calidad de vida, tanto en los casos en que se hace resección como en los procedimientos paliativos. La gran variación en cuanto a su frecuencia en su distribución geográfica sugiere que existen factores ambientales importantes en su génesis, que una vez dilucidados permitirán llevar a cabo acciones preventivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Garza J. *Cáncer del esófago*. Tesis recepcional. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de México, 1928.
2. Villalobos JJ. Cáncer del aparato digestivo. *Gaceta Med Mex* 1977; 113:273-277.
3. *Cáncer Incidence in Five Continents*. Vol VI. No. 120. Lyon, 1992. IARC.
4. INEGI. *Lista básica de defunciones 1995*. México: INEGI, 1995.
5. Dirección General de Epidemiología. *Registro Histopatológico de las Neoplasias Malignas, 1993-1995*. México: SSA.
6. Anzures ME, Tinajero R, Rodríguez L, Almeida J. Cáncer del esófago. *Gaceta Med Mex* 1977; 113: 275-277.
7. Anzures ME, Garza V. Esofagoplastia con colon derecho. *Rev Med Hosp Gral* 1959; 22:43-65.
8. Rodríguez L. Factores que retrasan el diagnóstico temprano del cáncer gastrointestinal. *Rev Gas Mex* 1988; 53: 4.
9. Espino H, Valdés R, Bernal F. Necrosis tumoral con etanol absoluto en el tratamiento de la disfagia por cáncer. *Endoscopia* 1997; 9: 43-48.

Dirección para correspondencia:

Dra. María Elena Anzures López
Zamora 110
Col. Condesa
06140 México, D.F. México