

Caracterización clínico-patológica del cáncer esofágico avanzado en el Hospital Universitario Comandante Faustino Pérez. Matanzas

Clinic-pathologic characterization of the advanced esophagus cancer in the University Hospital Comandante Faustino Perez, Matanzas

Dra. Sarahy Cora Estopiñán^{1*}
Dra. Roxana Avalos García¹
Dr. Pedro del Valle LLufrio¹
Dr. Miguel Vanterpoll Héctor¹
Dra. Danais Ramos Díaz¹

¹ Hospital Universitario Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas, Cuba.

*Autor de la correspondencia: sarahyc.mtz@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: el cáncer de esófago en estadio avanzado, es uno de los más agresivos. En Cuba ocupa el décimo lugar entre las causas de muerte.

Objetivo: caracterizar clínico y patológicamente a los pacientes con cáncer esofágico diagnosticados en el hospital estudiado.

Materiales y métodos: se realizó un estudio prospectivo-descriptivo donde se efectuó una caracterización clínico-patológica a 59 pacientes con el diagnóstico endoscópico e histológico de cáncer de esófago, en el Hospital Faustino Pérez Hernández de Matanzas, de enero del 2016 a diciembre del 2017. Se estudiaron variables como: grupo etáreo, sexo, antecedentes patológicos personales y familiares, factores de riesgo, síntomas y signos predominantes en el diagnóstico, tiempo de aparición de los síntomas, tipo endoscópico, localización, tipo histológico,

grado de diferenciación histológica, estadio de la enfermedad, tipo de tratamiento y tiempo de vida posterior al diagnóstico.

Resultados: predominó el sexo masculino (88.1%) en pacientes mayores de 60 años (52.6%). La disfagia, la astenia y la anorexia fueron los síntomas más frecuentes; el etilismo crónico y el hábito de fumar fueron los factores de riesgo predominantes. La localización anatómica más frecuente fue el tercio medio (54.2%), el tipo endoscópico vegetante (88.1%) y el tipo histológico carcinoma epidermoide bien diferenciado (55.9%). Hubo relación entre el tiempo de inicio de los síntomas entre 3 y 6 meses antes del diagnóstico y el estadio IV de la enfermedad que predominó en 29 pacientes (49.2%). La mayoría de los pacientes recibieron tratamiento oncológico combinado con cirugía paliativa (47.5%) o ningún tratamiento (45.8%) pues el 50.8% de los pacientes fallecieron al mes del diagnóstico demostrando que el diagnóstico del cáncer esofágico se realiza casi siempre en estadios avanzados de la enfermedad cuando son posible pocas opciones terapéuticas.

Conclusiones: el cáncer de esófago aún sigue diagnosticándose de forma tardía en estadios avanzados, con elevada prevalencia del carcinoma epidermoide sobre el adenocarcinoma que indica pocas acciones de salud preventivas sobre los factores de riesgo en la población estudiada, existiendo relación entre el estadio avanzado de la enfermedad y el poco tiempo de vida de estos pacientes posterior al diagnóstico.

Palabras claves: cáncer esofágico; carcinoma epidermoide; adenocarcinoma esofágico.

ABSTRACT

Introduction: the advanced-stage esophagus cancer is one of the most aggressive cancers. In Cuba, it is in the tenth place among the death reasons.

Objective: to clinically and pathologically characterize the patients with esophageal cancer diagnosed in the mentioned hospital.

Materials and methods: a prospective-descriptive study was carried out based on the clinical-histological characterization of 59 patients with the endoscopic and histological diagnosis of esophageal cancer in the Hospital "Faustino Pérez Hernández", of Matanzas, in the period from January 2016 to December 2017. The studied variables were: age group, sex, personal and familiar pathological antecedents, risk factors, symptoms and signs that were predominant in the diagnosis, time passed since the symptoms appeared, endoscopic kind, location, histological kind, level of histological differentiation, disease stage, kind of treatment, and life time after the diagnosis.

Results: male sex predominated (88.1 %) in patients older than 60 years (52.6 %). Dysphagia, asthenia and anorexia were the most frequent signs. Alcoholism and smoking were the predominant risk factors. The most frequent anatomic location was the middle third (54.3 %); the endoscopic vegetating kind (88.1 %) and the histological kind well-differentiated epidermoid carcinoma (55.9 %) prevailed. The authors found a relation between the beginnings of the symptoms 3 to 6 months before the diagnosis and the disease IV stage predominating in 29 patients (49.2 %). Most of patients underwent oncologic treatment combined with palliative surgery (47.5 %) or no treatment (45.8 %), because 50.8 % of the

patients died a month after the diagnosis, showing that the diagnosis of esophageal cancer is almost always achieved at advanced stages of the disease, when few therapeutic options are possible.

Conclusions: esophageal cancer is still being diagnosed late, in advanced stages, with a higher prevalence of the epidermoid carcinoma over the adenocarcinoma. It indicates few health preventive actions on the risk factors among the studied population. There is a relation between the disease advanced stage and the few time patients live after the diagnosis.

Key words: esophageal cáncer; epidermoid carcinoma; esophageal adenocarcinoma.

Recibido: 02/10/2018.

Aceptado: 27/03/2019.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de esófago en estadio avanzado es considerado el más agresivo del tractus digestivo. Su diagnóstico, en muchos casos es tardío, pues la distensibilidad de la pared del esófago conduce a que las manifestaciones clínicas no aparezcan hasta el momento en que la enfermedad esta localmente avanzada.^(1,2) En 1886, Chevalier Jackson diagnosticó por esofagoscopia el primer tumor de esófago. En 1888, Nasiloff describió la técnica para la esofagectomía torácica basada en operaciones en cadáveres. Desde entonces comenzó la preocupación en la comunidad científica por el estudio de la entidad y la implementación de técnicas para su tratamiento.⁽³⁾

El cáncer de esófago ocupa el 8vo lugar, por orden de frecuencia, entre las neoplasias malignas a nivel mundial y en los países en vías de desarrollo alcanza el 5to lugar. Dentro de las neoplasias digestivas ocupa el 3er lugar, seguido por el cáncer colorrectal y gástrico con tasas de mortalidad muy próximas a las tasas de incidencia.⁽¹⁾

En la actualidad su aparición se ha ido incrementando en el mundo occidental. Es la 4ta causa de muerte en el Reino Unido. En España, la incidencia es más alta en las comunidades autónomas del norte (País Vasco, Asturias, Navarra).⁽⁴⁾ Los estudios epidemiológicos que analizan las tendencias de incidencia y supervivencia de cáncer de esófago avanzado han demostrado que, en los países occidentales, los casos nuevos de adenocarcinoma están aumentando un 7.8% por año respecto al carcinoma epidermoide hasta llegar a superarlo. En EE.UU, en la última década, se asocia a la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), la cual está en incremento. En el año 2015, el National Cancer Institute, en América del Norte, reportó 16 980 casos nuevos, con 15 590 fallecidos por esta causa y en el año 2017, 16 940 fallecidos.^(1-3,5)

Aunque su incidencia no es frecuente en Sudáfrica, en las regiones de Transkei, Ciskei y Soweto (sobre todo la primera) se encuentran las tasas de incidencia y mortalidad de cáncer esofágico más altas del mundo junto con las de China y el cinturón asiático. En Sudamérica, la tasa de incidencia general es baja, se estima en 7.1 por 100 000 para varones y en 2 por 100 000 para mujeres. En Perú, la tasa de incidencia estandarizada por edad para el género masculino varía entre 1.4 a 2.5 casos por 100 000, situándose entre las áreas de bajo riesgo. Colombia, Chile, Argentina y Uruguay, son considerados los países con alto riesgo.^(1-3,5)

En Cuba, se diagnostican alrededor de 440 casos nuevos de tumores de esófago por año y la incidencia en el 2016 fue de 6.8 por cada 100 000 habitantes, siendo la 10ma causa de muerte por tumores malignos y la 3ra dentro de las causas digestivas. En el año 2013, murieron 761 pacientes diagnosticados, 841 en el 2014, 788 en el 2015 y 762 en el 2016, cifra que continúa siendo elevada. En Matanzas, en el año 2016, hubo 1 625 defunciones por tumores malignos, ocupando el tumor de esófago el 8vo lugar y el 3er lugar dentro de los tumores digestivos.⁽⁶⁾ Teniendo en cuenta las escasas investigaciones sobre el tema en el país y en el territorio, a pesar de la alta incidencia de casos diagnosticados en el servicio de Gastroenterología del Hospital Comandante Faustino Pérez de Matanzas (promedio de 41 pacientes por año) y la trascendencia social de esta entidad que genera serias limitaciones a los pacientes, esta investigación permitió conocer su frecuencia en el centro en estudio sin antecedentes de investigaciones tales, como muestra de lo que puede estar ocurriendo en la provincia, aportó información sobre la caracterización, y evolución tras tratamiento oportuno de la misma que permitió desarrollar estrategias preventivas y asistenciales adecuadas para el paciente en una atención integral en pos de mejorar su calidad de vida y supervivencia, motivos que inspiraron a la realización de esta investigación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional-descriptivo y prospectivo, en el hospital Faustino Pérez Hernández de Matanzas, en el período de Enero del 2016 a Diciembre del 2017 con el objetivo de caracterizar el cáncer esofágico avanzado diagnosticado en pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología. El universo estuvo constituido por 59 pacientes con el diagnóstico endoscópico e histológico de cáncer de esófago avanzado que cumplieron con los criterios de selección. Los datos se recogieron en una planilla de recolección de datos confeccionada por los autores con las siguientes variables estudiadas: grupos etareos, sexo, principales síntomas y signos, factores de riesgo, tiempo de aparición de los síntomas, localización, tipo endoscópico, tipo histológico, grado de diferenciación histológica, estadio de la enfermedad, tipo de tratamiento y tiempo de vida posterior al diagnóstico. Se utilizaron definiciones y clasificaciones endoscópicas e histológicas internacionales en la distribución de las variables.⁽⁷⁻⁹⁾ Los resultados fueron expuestos en número, porcentajes y porcentajes y se resumieron en tablas para su mejor interpretación. Se cumplieron las normas éticas internacionales para investigaciones biomédicas en humanos.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 59 pacientes donde predominó del sexo masculino, con 52 casos (88.1%). El grupo etáreo más afectado fue el de mayores de 60 años, con 31 pacientes (52.6%). El paciente de menor edad estudiado tenía 44 años y el de mayor edad con 92 años, para un promedio de edad de 56 años. (Tabla. 1)

Tabla 1. Distribución de pacientes según grupo de edades y sexo

Grupo etáreo	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Menor de 40 años	-	-	-	-	-	-
40-60 años	23	38,9	5	8,5	28	47,4
Mayor de 60 años	29	49,2	2	3,4	31	52,6
Total	52	88,1	7	11,9	59	100

Están bien definidos los factores de riesgo que influyen en el desarrollo del cáncer de esófago. Como se observa en la tabla 2, en los pacientes estudiados coexistieron varios factores, donde más del 50% ingerían alcohol y/o fumaban de forma regular, predominando la práctica endólica en un 86.4%, del sexo masculino.

Tabla 2. Distribución de pacientes según factores de riesgo. N=59

Factores de riesgo	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Dieta inadecuada	22	37,2	3	5,1	25	42,3
Ingestión de alcohol	48	81,3	3	5,1	51	86,4
Tabaquismo	34	57,6	6	10,1	40	67,7
Acalasia	1	1,7	-	-	1	1,7
Esófago de Barret	1	1,7	1	1,7	2	3,4
Papilomatosis	1	1,7	1	1,7	2	3,4
Esofagitis postcáustica	2	2,34	1	1,7	3	5,1
APF de Neoplasias	-	-	-	-	-	-
ERGE	4	6,8	1	1,7	5	8,5

En la tabla 3, se observa que el 84.7% de los pacientes acudieron con disfagia como principal síntoma en el diagnóstico y pronóstico de la neoplasia de esófago. La astenia y la anorexia, siguen en frecuencia con 36 pacientes (61%). Se observó la presencia de varios síntomas y signos en un mismo paciente. Estos resultados están aparejados con el estadio avanzado en que se diagnostica la enfermedad y como consecuencia el compromiso nutricional. Así como se describe en la literatura, desde estadios iniciales el paciente comienza con una disfagia intermitente a los alimentos sólidos y luego a los líquidos.

Tabla 3. Distribución de los pacientes con cáncer esofágico según síntomas y signos predominantes. N=59

Síntomas	No.	%
Disfagia	50	84,7
Odinofagia	2	3,4
Anorexia -Astenia	36	61
Pérdida de peso	20	33,9
Síntomas respiratorios	-	-
Otros	20	33,9

En la tabla 4, se muestra que de los pacientes estudiados, 46 tenían carcinoma epidermoide para un 78% y 13 con adenocarcinoma para un 22%, donde la mayoría de las lesiones estuvieron localizadas en el tercio medio esofágico. No hubo ningún caso de adenocarcinoma en el tercio superior, así como se describe en la literatura, en correspondencia con los factores de riesgo que intervienen en su oncogénesis y los presentes en los pacientes.

Tabla 4. Localización esofágica según el tipo histológico

Localización	Tipo histológico				Total	
	Epidermoide		Adenocarcinoma			
	No.	%	No.	%	No.	%
Superior	18	30,5	-	-	18	30,5
Medio	26	44,1	6	10,1	32	54,2
Inferior	2	3,4	7	11,9	9	15,3
Total	46	78	13	22	59	100

En la tabla 5, se muestra la relación entre el tipo endoscópico e histológico, donde el carcinoma epidermoide se observó de tipo vegetante siendo el tipo endoscópico predominante sin distinción histológica, representando el 88.1%. No hubo ningún tumor mixto ni inclasificable.

Tabla 5. Tipo endoscópico según el tipo histológico

Tipo endoscópico	Adenocarcinoma		Carcinoma epidermoide		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Vegetante o polipoide	9	15,2	43	72,9	52	88,1
Ulcerado localizado	2	3,4	1	1,7	3	5,1
Mixto	-	-	-	-	-	-
Infiltrante	2	3,4	2	3,4	4	6,8
Inclasificable	-	-	-	-	-	-
Total	13	22	46	78	59	100

En la tabla 6, se observó que el grado de diferenciación que predominó, sin distinción del tipo histológico, fue el bien diferenciado (G1) con 42 casos (71.1%) siendo el carcinoma epidermoide bien diferenciado el tipo histológico más frecuente en 33 pacientes para un 55.9%, solo un 11.9% de los pacientes presentó una neoplasia poco diferenciada (G3).

Tabla 6. Tipo histológico según el grado de diferenciación

Grado de diferenciación histológica	Carcinoma Epidermoide		Adenocarcinoma		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
G1	33	55,9	9	15,2	42	71,1
G2	7	11,9	3	5,1	10	17
G3	6	10,1	1	1,7	7	11,9
Total	46	78	13	22	59	100

Está demostrado que los pacientes no le dan importancia a los primeros síntomas o molestias esofágicas que aparecen en estadios iniciales y acuden al médico pasado unos meses del comienzo de los síntomas, como se muestra en la tabla 7, donde 29 pacientes (49.2%) acudieron a consulta en un periodo después de los tres meses. Se observó que el 40.7% acudió entre los tres y seis meses, seis acudieron (10.1%) después de los seis meses. Sin embargo, el 50.8% de estos se encontraban en un estadio IIa y 49.2% en un estadio IV, mostrando un fallo significativo en el diagnóstico precoz de la neoplasia a pesar de haber acudido en menos de tres meses de iniciados los síntomas, fenómeno que pudiera estar influenciado por la subjetividad del paciente en relación a la valoración de sus síntomas o por la agresividad histológica del tumor diagnosticado. Los estadios que no aparecen representados en la tabla son porque no hubo ningún caso que los presentara.

Tabla 7. Tiempo de comienzo de los síntomas según estadio de la enfermedad

Estadio	Comienzo de los síntomas						Total	
	Menos de 3 meses		De 3 a 6 meses		Más de 6 meses		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
E1a	1	1,7	1	1,7	1	1,7	3	5,1
E1b	1	1,7	1	1,7	-	-	2	3,4
E2a	7	11,9	4	6,8	2	3,4	13	22,1
E2b	6	10,1	5	8,5	-	-	11	18,7
E3c	1	1,7	-	-	-	-	1	1,7
E4	14	24	12	20	3	5,1	29	49,1
Total	29	49,2	24	40,7	6	10,1	59	100

En la tabla 8, se relacionan las opciones terapéuticas indicadas en cada paciente de acuerdo al estadio de la enfermedad. La mayoría de los pacientes tuvieron un estadio IV (29 pacientes para un 49.2%), como ya se mencionó, de ellos, 28 pacientes (47.5%) recibieron tratamiento oncológico combinado con cirugía paliativa y 27 pacientes no recibieron tratamiento (45.8%). Los pacientes que no pudieron recibir cirugía curativa fueron por no cumplir con los criterios de reseccabilidad, en primer lugar por el tamaño de la tumoración de más de 5 cm y la infiltración a tejidos circundantes o a distancia. Ningún paciente tuvo la opción terapéutica de tratamiento oncológico y cirugía curativa.

Tabla 8. Tipo de tratamiento según el estadio de la enfermedad

Estadio	Tratamiento						Total	
	Oncológico + Quirúrgico paliativo		Quirúrgico paliativo		No tratamiento		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
E1a	3	5,1	-	-	-	-	3	5,1
E1b	2	3,4	-	-	-	-	2	3,4
E2a	12	20,3	1	1,7	-	-	13	22
E2b	8	13,6	-	-	3	5,1	11	18,6
E3c	0	0	1	1,7	-	-	1	1,7
E4	3	5,1	2	3,4	24	40,7	29	49,2
Total	28	47,5	4	6,7	27	45,8	59	100

DISCUSIÓN

Estos resultados coinciden con los reportados en la literatura donde se señala que el cáncer esofágico es más frecuente en hombres en una proporción de 4:1 con respecto al sexo femenino, lo cual parece depender de una mayor exposición de los hombres a los principales factores de riesgo.⁽¹⁻³⁾ La probabilidad de padecer cáncer de esófago es baja por debajo de los 40 años, lo que coincide con esta investigación, al no presentarse casos con edades inferiores, por lo general, el cáncer de esófago se presenta entre los 50 y 70 años, según describen estudios realizados en EE.UU y Perú, países que presentan alta incidencia de cáncer esofágico.⁽¹⁻³⁾ La Sociedad Americana de Cáncer, en los Estados Unidos, plantea que el riesgo de sufrir cáncer de esófago en el transcurso de la vida es de un aproximado de 1 en 125 para los hombres y alrededor de 1 en 435 para las mujeres.^(1,5,8) La edad avanzada y el sexo masculino son factores de riesgo definidos para esta neoplasia. Esto pudiera estar en relación con el efecto acumulativo de los factores de riesgo con el transcurso de los años.⁽¹⁰⁾

Coincidiendo con estudios nacionales, como el de la Dra. Nazario, en una investigación de iguales características realizadas en el hospital "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba donde hubo un predominio del sexo masculino con 43 pacientes (84.3%) sobre el femenino con ocho (15.7%), predominando los pacientes de 60 años y más.⁽¹¹⁾ Ávalos García,⁽¹²⁾ y colaboradores, en el hospital "Mario Muñoz Monroy" de Matanzas, reportaron un predominio del sexo masculino con 30 pacientes (85.7%) y el grupo etáreo de mayores de 60 años (88.6%) fue el que predominó.

Este estudio evidenció que la enfermedad está influenciada por factores externos relacionados con el modo y estilo de vida de cada paciente, por eso resulta imprescindible desarrollar estrategias de promoción y prevención de salud en los grupos vulnerables. Coincidiendo con la literatura, los resultados expuestos por la Dra. Nazario, donde más de la mitad de los pacientes se asociaron al tabaquismo e ingesta etílica, siendo los principales factores de riesgo encontrados.⁽³⁾ Gómez-Urrutia,⁽¹³⁾ también reportó un predominio de la ingesta de alcohol con 68.1% seguido del tabaquismo (64.9%). Otros autores cubanos se han referido a la trascendencia de estos factores y plantean que el alcohol y el cigarro son los principales agentes causales del carcinoma esofágico y cuando se combinan tienden a incrementar el riesgo de 25 a 100 veces.⁽¹⁰⁾

La dieta inadecuada constituyó el tercer factor de riesgo frecuente con 2.3%, existiendo un exceso en la ingesta de alimentos fritos, con nitrosaminas, picantes, ingesta de comidas y bebidas con temperaturas extremas y a deshoras. Un estudio en Sevilla por Molini,⁽¹⁴⁾ destacó que en España se encuentran resultados similares en investigaciones realizadas en la Universidad de Minessota,⁽¹⁵⁾ y la Universidad Complutense de Madrid⁽¹⁶⁾ sobre la repercusión de la comida "chatarra" en la sociedad, en especial en la salud de los individuos, lo cual no deja exenta a la población cubana, donde el consumo de las comidas rápidas, propiciado por un estilo de vida acelerado, facilitando su rápida elaboración y consumo, hace que la persistencia del efecto irritante y mantenido de estos alimentos haga susceptible de daños a la mucosa esofágica.

Estudios realizados en Irán, Inglaterra, América del Sur, Taiwán, China, India, Japón y Grecia, describen una relación estrecha entre la ingestión de té o café a temperatura muy alta con la presencia de carcinoma esofágico de células escamosas, igual que el consumo de dietas ricas en alimentos fritos, en particular,

la papa, por la formación de archilamida, probable carcinógeno humano encontrado en alimentos ricos en carbohidratos así como la ingestión de carnes con poca cocción, alimentos picantes, las comidas en horas tarde en la noche y la masticación inadecuada de los alimentos.⁽¹⁶⁻¹⁹⁾ Según la Sociedad Americana de Cáncer, alrededor de un 15% de los casos con cáncer esofágico pueden estar asociados a una alimentación deficiente en frutas y vegetales y a la ingestión frecuente de líquidos muy calientes.⁽¹⁻³⁾

Avalos García R,⁽¹²⁾ también reportó como síntoma fundamental la disfagia, aunque siguió en frecuencia la odinofagia, discrepando con los resultados de esta investigación. Nazario,⁽¹¹⁾ coincidió con la disfagia como síntoma principal (76.6%) aunque el dolor torácico siguió en frecuencia. Gómez-Urrutia, inquirió en este tema en un hospital de Juárez en México, donde el 81.9% de los pacientes presentó dificultad para tragar siendo el síntoma cardinal del estudio y solo un 7.4% de ellos acudió con astenia y anorexia, siendo la tercera sintomatología más frecuente, mostrando similitud con este estudio.⁽¹³⁾

En el estudio realizado en el hospital "Mario Muñoz Monrroy" de 35 pacientes, hubo un predominio de carcinoma epidermoide en 28 pacientes para un 80% y la localización más frecuente fue en tercio medio esofágico en un 60% de los casos, coincidiendo con los resultados de esta investigación.⁽¹²⁾ Sin embargo, Hidalgo y colaboradores,⁽²⁰⁾ plantearon que la localización más frecuente del tumor en su estudio fue en el tercio inferior del esófago con un 42.2%, con predominio del adenocarcinoma (37 para un 59.7%), lo cual no coincide con lo hallado en este estudio. A pesar de un aumento del adenocarcinoma que se ha observado en los países occidentales, en correspondencia con el alza de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y el esófago de Barrett como lesión preneoplásica, en este estudio aún se mantienen los patrones de mayor frecuencia del carcinoma epidermoide.^(7,11,21)

En Cuba, la tendencia es un predominio del carcinoma epidermoide. Esto puede estar relacionado con los factores de riesgo que más inciden en la población, no así de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y el Esófago de Barrett, sobre los cuales hay que reconocer el constante afán de los gastroenterólogos en el tratamiento y seguimiento de estas entidades.^(6,8,10-12)

Según Bendezú-Quispe, en cuanto a la localización anatómica de las lesiones neoplásicas, el mayor número de lesiones asienta en la porción torácica y estas se corresponden en general con carcinomas epidermoides, seguidas por las localizadas en la porción abdominal correspondientes en su mayoría con los adenocarcinomas.⁽²²⁾ En la tesis de doctorado de Romero Garrido, señaló que el carcinoma de células escamosas fue el más numeroso, con un 62.1% de los casos, seguido por el adenocarcinoma con un 24.3 %.⁽¹⁵⁾ En un estudio realizado en Argentina, también encontraron un predominio del carcinoma epidermoide sobre el adenocarcinoma y la localización más frecuente fue en el tercio medio.⁽²³⁾ Según el Dr. Navas, la variedad macroscópica que predominó en su estudio fue el tipo ulcerado con un 66.4% discrepando con los resultados obtenidos a pesar de que coincide en que la localización más frecuente es el tercio medio (59.2%).⁽¹⁶⁾

En el estudio de la Dra. Nazario, hubo un predominio del carcinoma epidermoide bien diferenciado para un 45% del total, coincidiendo con los hallazgos de esta investigación.⁽¹¹⁾ No así con la investigación realizada en la Universidad "Ricardo Palma" donde predominó el carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado con un 58.8%.⁽²⁴⁾ Gómez-Urrutia,⁽¹³⁾ reportó que el adenocarcinoma moderadamente diferenciado fue el tipo histológico más frecuente representando el 39.4% del total, seguido del carcinoma epidermoide bien diferenciado con 27.7%.

En la publicación de la Dra. Nazario se encontró que el 100% de los pacientes acudieron luego de los seis meses con un estadio IV de la enfermedad.⁽¹³⁾ Hidalgo M, en su estudio encontró que el 41.9% de los pacientes se diagnosticaron en estadio IIb siendo el estadio de mayor frecuencia, no coincidiendo con este estudio.⁽²⁰⁾

En un estudio realizado en México, el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico, fue más prolongado porque solo el 9.5% de los pacientes acudieron antes de los seis meses; mientras que el 90.5% lo hicieron de forma tardía, oscilando entre 7 y 25 meses,⁽¹³⁾ demostrando que el diagnóstico se realizó más retardado que en este estudio. En Costa Rica se estudiaron 28 pacientes, donde el tiempo promedio entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico fue de tres a cuatro meses.⁽²⁵⁾ Bujanda y colaboradores,⁽²⁶⁾ describieron un 58% de pacientes en estadio avanzado y el tiempo de demora entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico fue superior al mes en el 90% de los casos. En estos países, la población no tiene acceso a los servicios de salud y los mismos son muy costosos, esto justificaría la demora en recibir atención médica.

Todos estos estudios han mostrado una tendencia en el tiempo prolongado entre la aparición de los síntomas hasta llegar al diagnóstico definitivo, mostrando en la presente investigación que el tiempo fue más corto, quizás evidenciando un mejor trabajo y organización en el sistema de salud en sus distintos niveles de atención, con respecto a la prevención y detección de los factores de riesgo o al agravamiento de los síntomas por la agresividad del tumor, correspondiente al diagnóstico en estadio avanzados de la enfermedad y con la disponibilidad de los medios diagnósticos necesarios.

Los 28 pacientes con tratamiento quirúrgico paliativo recibieron radio y quimioterapia precedida de gastrostomía y se incluyeron en el ensayo clínico de la vacuna de producción nacional con anticuerpo monoclonal, en fase IV, razón más para demostrar que el diagnóstico se hace en etapas en que casi no queda opción terapéutica para curar la enfermedad, más solo se puede intentar mejorar la calidad de vida de los pacientes. En cuatro pacientes se realizó solo gastrostomía para permitir su alimentación, sin otro tratamiento, por las precarias condiciones físicas y nutricionales en las que se encontraban que lo impedían o por la negación del mismo a recibirlo, 27 pacientes (45.8%) no pudieron recibir o culminar tratamiento por su fallecimiento antes o durante el mismo.

Gómez-Urrutia,⁽¹³⁾ mostró resultados similares donde más de un 60% de los pacientes se diagnosticó en estadio IV llevando solo tratamiento paliativo. En el estudio de la Dra. Nazario, también se encontró que todos los pacientes se diagnosticaron en estadios avanzados de la enfermedad, por lo que el tratamiento fue paliativo, las intervenciones quirúrgicas no se realizaron con finalidad curativa, sino que su principal objetivo fue garantizar la alimentación de los pacientes, para lo cual se emplearon la gastrostomía y la yeyunostomía concordando con los resultados de este estudio.⁽¹¹⁾ Más del 50% de los pacientes son inoperables, según Valladares,⁽²⁷⁾ lo cual coincide con esta investigación donde el 100% de los pacientes no tuvo criterio quirúrgico curativo.

El cáncer de esófago en estadios avanzados tiene mal pronóstico con una supervivencia global a los cinco años cercana al 20%. En Europa y Estados Unidos,^(28,29) a pesar de los avances con terapias neo-adyuvantes, los resultados no han mejorado de forma significativa, ya que en las mejores estadísticas la supervivencia de cinco años es del 40%, lo que contrasta con experiencias en Japón.⁽²¹⁾ En Chile, la situación es bastante similar y la resecabilidad está en el rango de 30-60%.⁽²⁷⁾ En estudios publicados, se plantea que la combinación de quimioterapia y radioterapia logra un 20% de supervivencia a largo plazo, encontrando predictores de mal pronóstico a los

pacientes del sexo femenino con pérdida de peso y disminución de la albúmina sérica.^(28,29)

Según Bedennel,⁽³⁰⁾ la tasa de supervivencia para estos pacientes, en estadio inicial, es mayor en comparación con años anteriores. En la actualidad alrededor del 20% de los pacientes sobreviven al menos cinco años después del diagnóstico siendo el tiempo de sobrevida señalado entre cinco y siete meses, acercándose en alguna medida al mayor tiempo de vida analizado en esta investigación con un 32.2 %.

En un estudio en Perú, se encontró que el 50.6% de los pacientes fallecieron antes de los seis meses después del diagnóstico en cierta medida concordando con los resultados de esta investigación.⁽²⁴⁾ Por lo tanto, un grupo significativo de pacientes debe ser sometido a tratamientos paliativos cuyo objetivo es mejorar en lo posible la sobrevida global y la calidad de vida, que en este caso se relaciona con la disfagia, entre ellos está la colocación de prótesis trans-tumorales, opción más empleada pero que no está exenta de complicaciones y es de difícil disponibilidad en Cuba.

La expectativa de vida depende del estadio en el que se diagnostica la enfermedad y de la agresividad del tumor. En el único momento en el que se puede estimar la expectativa de vida con relativa certeza es durante los estadios finales de la enfermedad, ya que en otros momentos hay demasiadas variables que pueden influir en su estimación. La expectativa de vida de un paciente en estadio IV de cáncer de esófago es alrededor de 6 meses después del diagnóstico. No concordando con lo encontrado en este estudio donde más de la mitad de los pacientes en estadio IV de la enfermedad fallecieron en menos de 1 mes pudiendo corresponder con el deterioro nutricional en que acudieron los pacientes cuando se les diagnosticó el tumor y el estadio avanzado de la enfermedad.

El cáncer de esófago aún sigue diagnosticándose de forma tardía en estadios avanzados, con elevada prevalencia del carcinoma epidermoide sobre el adenocarcinoma que indica pocas acciones de salud preventivas sobre los factores de riesgo en la población estudiada, existiendo relación entre el estadio avanzado de la enfermedad y el poco tiempo de vida de estos pacientes posterior al diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Cáncer [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2017 [citado 20/04/2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es>
2. OPS. Cáncer [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2017 [citado 20/04/2017]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=292&Itemid=3904&lang=es
3. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Tumores malignos. Tratamiento. Bibliomed [Internet]. 2017 May [citado 23/05/2017]; 24(5):12. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2017/05/bibliomed-mayo-2017.pdf>

4. SEOM. Las cifras del cáncer en España [Internet]. España: SEOM [citado 30/01/2017]; 2019. Disponible en: <https://seom.org/dmccancer/wp-content/uploads/2019/Informe-SEOM-cifras-cancer-2019.pdf>
5. Rebecca L, Siegel MP. Cancer statistics. CA Cancer J Clin [Internet]. 2017 [citado 30/01/2017]; 67(27): 7-30. Disponible en: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/statistics>
6. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud 2016 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2017 [citado 26/04/2017]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2017/04/Anuario_Estad%C3%ADstico_de_Salud_e_2016_edici%C3%B3n_2017.pdf
7. Martínez López R, Anido Escobar V. Tumores benignos y malignos del esófago. En: Paniagua Estévez ME, Piñol Jiménez FN. Gastroenterología y hepatología clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p. 704-19.
8. Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer de esófago: Tratamiento (PDQ®) [Internet]. España: NIH; 2005 [citado 30/11/2015]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/esofago/pro/tratamiento-esofago-pdq>
9. Hernández Garcés H. Manual de endoscopia digestiva superior diagnóstica. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. p.186-98.
10. Cintra Brooks ST, Cintra Pérez A, Cintra Pérez S. Cáncer de esófago. Revisión actualizada. Rev Inf Cient [Internet]. 2016 [citado 30/11/2016]; 95(4):635-46. Disponible en: <http://www.revinfscientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/97>
11. Nazario Dolz AM, Falcón Vilariño CG, Matos Tamayo ME, et al. Caracterización de pacientes con cáncer de esófago en el bienio 2013-2014. MEDISAN [Internet]. 2016 [citado 30/12/ 2016]; 20(2): 143-53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000200003
12. Avalos García R, Bouza Caballero C, Umpierrez García I. Caracterización clínico-patológica de los pacientes con cáncer esofágico en el Hospital Mario Muñoz Monroy, Matanzas. Rev Méd Electrón [Internet]. 2015 [citado 30/10/ 2016]; 36(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000400005
13. Gómez-Urrutia JM, Manrique AM, et al. Epidemiología del cáncer de esófago en el Hospital Juárez de México. Endoscopia [Internet]. 2017 [citado 30/10/2016]; 29(1):11-5. Disponible en: <http://revista.amegendoscopia.org.mx/index.php/endos/article/view/48>
14. Molinì MD. Repercusiones de la comida rápida en la sociedad. Trastornos de la Conducta Alimentaria [Internet]. 2007 [citado 30/10/2016]; 6: 635-59. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/247201884/Repercusiones-de-La-Comida-Rapida-en-La-Sociedad>
15. Navas Silva DJ. Comportamiento clínico-epidemiológico del cáncer de esófago en el hospital provincial docente Ambato período junio-noviembre del año 2016 [Tesis en Internet]. Ambato, Ecuador: UNIANDÉS; 2017 [citado 25/11/2016]. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/6318>

16. Romero Garrido PL. Epidemiología sobre cáncer de esófago en hospitales públicos de la comunidad autónoma de Madrid. Análisis de supervivencia. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2011.
17. Nelson DE, Jarman DW, Rejin J, et al. Alcohol- attributable cancer deaths and years of potencial life lost in the United States. *Am Public Health*. 2013; 103(4):641-48. Citado en PubMed; PMID: 23409916.
18. Turati F, Garavello W, Tramacere I, et al. A meta- analys of alcohol drinking and oral and pharyngeal cancer result from subgroup analyses. *Alcohol Alcohol*. 2013;48(1):107-8. Citado en PubMed; PMID: 22949102.
19. Kleinberg L, Kelly R, Yang S, et al. Cancer of the Esophagus [Internet]. En: Niederhuber JE, Armitage JO, Dorshow JH, et al. *Abeloff's Clinical Oncology*. USA: Elsevier; 2014 [citado 25/11/2016]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/esophageal/HealthProfessional>
20. Hidalgo M, Fleites G, Fernández Z, et al. Caracterización del cáncer de esófago en pacientes operados. *Rev Haban Cienc Méd [Internet]*. 2014 [citado 25/11/2016];13(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000100012
21. Napier KJ, Scheerer M, Misra S. Esophageal cancer: a review of epidemiology, pathogenesis, staging workup and treatment modalities. *World J Gastrointest Oncol*. 2014;(6):112-20. Citado en PubMed; PMID: 24834141.
22. Bendezú-Quispe G, Anchayhua-Cucchi J. Caracterización del cáncer esofágico en un Hospital del Seguro Social de Perú. *Rev Haban Cien Méd [Internet]*. 2014 [citado 25/03/2016];13(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X201400
23. Martín Y. *Conducta en Gastroenterología: Cáncer de Esófago*. Hospital San Martín de la Plata. Argentina: Hospital San Martín de la Plata; 2013.
24. Castillo Cabrera A. Cáncer de esófago: aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos en el servicio de cirugía de esófago, hospital E. Rebagliati, Enero 2002-Marzo 2008. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2009 [citado 25/03/2016];1-92. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/219>
25. Watt Solano K, Sánchez Cabo A. Tratamiento endoscópico paliativo del cáncer de esófago y cáncer de la unión gástrico esofágica en estadios avanzados utilizando el stent metálico auto expandible. *Rev Médica de Costa Rica y Centroamérica [Internet]*. 2013 [citado 25/03/2016];(605):255-62. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132k.pdf>
26. Bujanda L, Gil I, Sarasqueta C, et al. Características clínico-patológicas y supervivencia del cáncer de esófago. Resultados de 200 pacientes consecutivos. *Med Clin [Internet]*. 2009 [citado 25/12/2016];133(18). Disponible en: <http://www.elsevier.es/esrevistamedicinaclinica2articulocaracteristicasclinicopatologicas-supervivencia-los-pacientes-13142927>
27. Valladares H. Tratamiento paliativo del cáncer esofágico y de la unión gastro-esofágica mediante colocación de prótesis transtumoral por vía endoscópica. *Rev Chil Cir [Internet]*. 2015 [citado 25/03/2016];67(4). Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262015000400004

28. Sohal D, Khorana AA. Principles of Cancer Therapy. En: Benjamin IJ, editor. Andreoli and Carpenter's Cecil Essentials of Medicine. 9na ed [Internet]. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016 [citado 20/04/2017]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9781437718997000552>

29. Sohda M, Kuwano H. Estado Actual y Perspectivas Futuras para el Tratamiento del Cáncer Esofágico. Ann Thorac Cardiovasc Surg. 2017;23(1). Citado en PubMed; PMID: 5347481.

30. Bedennel L, Iledo G, Marriette C. Cáncer de esófago. EMC [Internet]. 2017 [citado 20/04/2017];21(4): 1-7. Disponible en: https://www.em-consulte.com/es/article/1167451/auto_evaluation/cancer-de-esofago

Conflicto de intereses:

El autor declara que no existen conflictos de intereses.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Cora Estopiñán S, Avalos García R, del Valle LLufrio P, Vanterpoll Héctor M, Ramos Díaz D. Caracterización clínico-patológica del cáncer esofágico avanzado en el Hospital Universitario Comandante Faustino Pérez. Matanzas. Rev Méd Electrón [Internet]. 2019 Mar-Abr [citado: fecha de acceso];41(2). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2940/4240>