

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**"CARCINOMA DEL ESOFAGO"**  
(Estudio de 55 casos en el Hospital General  
San Juan de Dios de Guatemala)

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas  
de la Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

*GUILLERMO ENRIQUE BETETA SALAZAR*

En el Acto de su Investidura de

**MEDICO Y CIRUJANO**

Guatemala, Marzo de 1973.

## **PLAN DE TESIS**

- I. INTRODUCCION
- II. MATERIAL Y METODOS
- III. RESULTADOS
- IV. DISCUSION
- V. CONCLUSIONES
- VI. RECOMENDACIONES
- VII. BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

El carcinoma del esófago tiene una prevalencia variable en todo el mundo. Algunas poblaciones como Transkei, Curazao, Honan (China) y en otros países, la incidencia es extremadamente alta, (12, 13, 20) mientras que en otras poblaciones, tales como los indios norteamericanos y los ingleses la enfermedad es rara. Además existen ciertas diferencias en la distribución de la enfermedad cuando se comparan entre sí varios parámetros, por ejemplo: la distribución por sexo es diferente de país a país; así tenemos que en Houston (Estados Unidos), la relación es de 7 varones contra 3 mujeres y en los hospitales de Johannesburgo es de 9 a 1. En esta última población, la presencia de hombres de la raza Bantú, que tienen un alto riesgo a desarrollar este carcinoma explica las diferencias, pues los hombres además de ingerir bebidas alcohólicas, trabajan en las minas, en donde posiblemente se hallan expuestos a ciertos carcinogénicos, mientras que las mujeres trabajan en la casa. El esquema número 1 ilustra la distribución geográfica del carcinoma del esófago.

El conocimiento que se tiene acerca de la etiología del cáncer esofágico, como en el caso de otros carcinomas humanos es fragmentario. Familiares de pacientes con carcinoma del esófago (4), tienen una alta incidencia de este tipo de neoplasma en comparación con la población en general. La Tilosis (queratosis palmar y plantar) es una enfermedad de la piel, heredada por un gene dominante autosómico y pacientes con esta condición clínica no es raro que presenten carcinoma del esófago (24). Se han mencionado como factores coadyuvantes, o predisponentes al desarrollo del carcinoma del esófago, a la irritación crónica de la mucosa esofágica, producida por estímulos químicos, mecánicos o térmicos. Entre los factores mecánicos se citan la irritación producida por masticación insuficiente a causa de defectos en o ausencia de la dentadura; entre los químicos, la irritación ocasionada por la sustancia cancerígena dimetylnitrosamina presente en las bebidas fermentadas conocidas como Kachasu, ingeridas por los miembros de la raza Bantú en Africa (1, 19, 31); y finalmente entre los agentes térmicos, se cita la ingestión de bebidas calientes por individuos de la China, Rusia y Escocia, quienes muestran una mayor incidencia de carcinoma del esófago (1).

La mortalidad por carcinoma del esófago es alta en fumadores crónicos, mucho más que en aquellos que no fuman (3, 19). En igual forma, hay una asociación bastante manifiesta con pacientes que ingieren bebidas alcohólicas en forma crónica abundante (3, 19, 31). Pacientes con carcinoma del cuello y la cabeza en general tienen mayor tendencia a

desarrollar carcinoma del esófago; así como pacientes con antecedentes de carcinoma del pulmón y la laringe. Se ha mencionado una mayor susceptibilidad a desarrollar carcinoma del esófago a pacientes con cirugía gástrica previa, aunque los datos no son concluyentes (10).

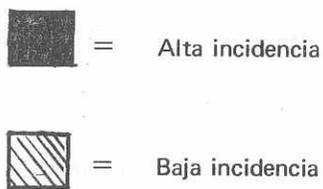
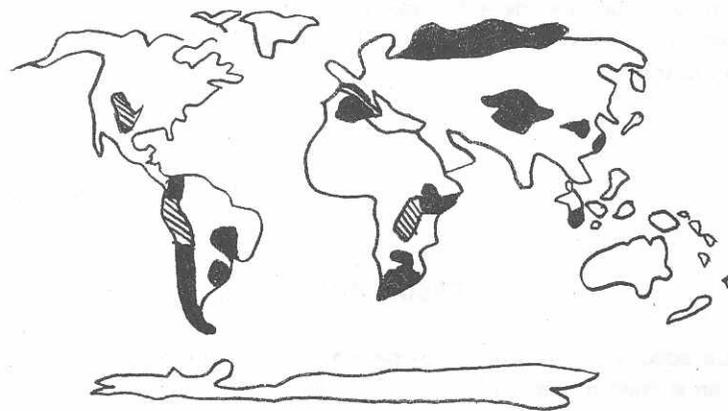
El carcinoma del esófago aparece frecuentemente en animales tratados con nitrosaminas (3, 5), pero el mismo grado de organotrofia para este metabolito, se encuentra en otros órganos como colon y riñón. Mucha especulación existe en la literatura médica acerca de sustancias presentes en la dieta o en el medio ambiente que pueden causar una alta incidencia de esta enfermedad; sin embargo el valor de tales consideraciones desde un punto de vista práctico descansa únicamente en el conocimiento empírico del riesgo asociado con la Tilosis, fumar, ingesta de bebidas alcohólicas, carcinoma del cuello y la cabeza previos, vivir en ciertas áreas geográficas donde la incidencia es prevalente, pertenecer a ciertas clases raciales como los negros del grupo Bantú. El número de casos de carcinoma del esófago en los Estados Unidos va en aumento especialmente en pacientes del sexo masculino de la raza negra. La Mortalidad producida por este neoplasma en pacientes masculinos que han emigrado a Estados Unidos ha sido más alta que la debida a la misma causa en el país de origen o de adopción, lo cual no es cierto para pacientes del sexo femenino.

Aproximadamente el 4 o/o de todas las muertes por cáncer en los Estados Unidos se deben a carcinoma del esófago. En el Hospital General San Juan de Dios de Guatemala de acuerdo con Chapetón (8) el carcinoma del esófago ocupa el tercer lugar de los neoplasmas del tracto gastrointestinal, siendo precedido por carcinoma del estómago y colon.

El objeto del presente trabajo es el de informar sobre 55 casos de carcinoma del esófago, observados en el hospital General San Juan de Dios de Guatemala en un período de 15 años; al mismo tiempo comparar nuestros resultados con los de investigadores de otras latitudes que se han ocupado de este problema.

## DISTRIBUCION DE CARCINOMA DEL ESOFAGO EN EL MUNDO

(Ann Surg, May 1971, Vol 173, No. 5 pág. 715)



## MATERIAL Y METODOS

Para la realización de este trabajo se revisaron los protocolos de especímenes quirúrgicos de los archivos de Anatomía Patológica "Dr. Carlos Martínez Durán" del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala en un período de 15 años, del 1o. de enero de 1957 al 31 de diciembre de 1971. Durante este lapso de tiempo fueron estudiados en dicho departamento, especímenes quirúrgicos, de los cuales en 66 casos se hizo el diagnóstico de carcinoma del esófago.

En vista de que de estos 66 casos, únicamente se pudo obtener información clínica en 55, éstos serán los únicos analizados totalmente en el presente trabajo.

## RESULTADOS

La edad y sexo de nuestros pacientes con carcinoma del esófago se ilustra en el cuadro número 1.

Cuadro No. 1

CARCINOMA DEL ESOFAGO: 55 Casos  
Edad y Sexo

Edad por décadas	No. de casos y o/o	Masculino	Femenino
31 - 40	( 9.09)	4 ( 7.27 o/o)	1 ( 1.82 o/o)
41 - 50	11 ( 20.00)	5 ( 9.09 o/o)	6 (10.91 o/o)
51 - 60	14 ( 25.46)	6 (10.91 o/o)	8 (14.55 o/o)
61 - 70	16 ( 29.09)	9 (16.36 o/o)	7 (12.73 o/o)
71 - 80	8 ( 14.54)	5 ( 9.09 o/o)	3 ( 5.45 o/o)
81 - 90	1 ( 1.82)	0 ( 0.00 o/o)	1 ( 1.82 o/o)
TOTAL	55 (100.00)	29 (52.72 o/o)	26 (47.28 o/o)

Este cuadro muestra que la mayor incidencia de carcinoma en nuestra serie, ocurrió en la séptima década de la vida, seguida de la sexta y quinta décadas. El paciente de menor edad era de 31 años y el mayor de 88 años. En cuanto al sexo se refiere hubo casi igual distribución entre ambos sexos, con un leve predominio del sexo masculino.

El origen y residencia de nuestros pacientes se muestran en el cuadro número 2; observándose que la mayor parte eran originarios y residentes de la ciudad capital.

Cuadro No. 2

CARCINOMA DEL ESOFAGO: 55 Casos  
Origen y Residencia

Origen	No. de Casos	No. de Casos	
Guatemala	31	Guatemala	41
Sacatepéquez	5	Sacatepéquez	3
Jutiapa	3	Jutiapa	2
Suchitepéquez	3	Zacapa	2
Zacapa	2	Chimaltenango	1
Chimaltenango	2	Suchitepéquez	1
Santa Rosa	2	San Marcos	1
Jalapa	1	Santa Rosa	1
Baja Verapaz	1	Retalhuleu	1
Honduras	1	El Progreso	1
El Quiché	1	Escuintla	1
Retalhuleu	1		
El Progreso	1		
Escuintla	1		

En cuanto a la ocupación, los hallazgos se encuentran ilustrados en el cuadro número 3, en donde puede observarse que casi el 100 o/o de nuestros pacientes tenían una ocupación no liberal, y como era de esperarse, también el 100 o/o eran del grupo socioeconómico bajo de nuestra población.

Cuadro No. 3

**CARCINOMA DEL ESOFAGO: 55 casos**  
Ocupación

Ocupación	No. de Casos	Porcentaje
Oficios domésticos	24	43.64
Agricultores	19	34.54
Carpinteros	2	3.64
Costureras	2	3.64
Filarmónicos	2	3.64
Albañiles	2	3.64
Constructores	1	1.82
Conserjes	1	1.82
Pintores	1	1.82
No trabaja	1	1.82

En lo que respecta a signos y síntomas de los casos estudiados, se observa en el cuadro número 4 que, la disfagia fue el síntoma predominante, seguido de dolor y luego náuseas y vómitos. La desnutrición fue signo apreciable en casi la mitad de los casos. El tiempo de duración de los síntomas osciló entre 15 días para el menor y 288 días para el mayor, con un promedio de 151 días, teniendo la mayoría de los pacientes síntomas cuya duración fue menor de 2 meses. La historia de disfagia fue la clásica descrita para pacientes con neoplasma del esófago; es decir, hubo primero dificultad para ingerir alimentos sólidos, luego para blandos y por último para líquidos, con obstrucción esofágica completa en 30 casos (56.36 o/o). 34 de los pacientes (61.82 o/o) acusaron dolor retroesternal localizado, de intensidad variable, siendo éste constante en unos e intermitente en otros.

Historia de náuseas y vómitos se obtuvo en 23 pacientes (41.82 o/o). Estos síntomas se hicieron manifiestos pocos días antes de ingresar el paciente al hospital.

El 100 o/o de los pacientes mostró signos físicos de malnutrición proteico calórica del adulto, los cuales fueron severos en 22 casos (40.00 o/o).

Además de los signos físicos de malnutrición, el examen físico reveló ganglios cervicales aumentados de tamaño y palpables en 7 casos (12.73 o/o). El resto del examen físico fue negativo.

Cuadro No. 4

**CARCINOMA DEL ESOFAGO: 55 Casos**  
Síntomas y Signos

Síntoma o signo	No. de casos	Porcentaje
Disfagia	50	90.91
Dolor	34	61.82
Náuseas y vómitos	23	41.82
Desnutrición	22	40.00
Ganglios palpables en cuello	7	12.73
Hematemesis	1	1.82

Como antecedentes de importancia en nuestros pacientes, tenemos un estado socioeconómico bajo en el 100 o/o de los casos; hubo 29 pacientes (52.73 o/o) fumadores crónicos de más de una cajetilla de cigarrillos diariamente, 11 pacientes (20.00 o/o) tenían historia de alcoholismo crónico, con una ingesta de más o menos 2 octavos diarios; ninguno de los pacientes tenía historia familiar de carcinoma del esófago o Tilosis, ingestión de cáusticos o estenosis esofágica no neoplásica previa.

En el cuadro número 5 se expresa la impresión clínica de ingreso, pudiendo observar que en el 85 o/o de los casos se tuvo la impresión clínica inicial de carcinoma del esófago, lo cual demuestra que los signos y síntomas de la enfermedad eran manifiestos en la mayoría de los pacientes.

Cuadro No. 5

**CARCINOMA DEL ESOFAGO: 55 Casos**  
Impresión Clínica de Ingreso

Impresión clínica	No. de casos	Porcentaje
Carcinoma del esófago	47	85.45
Carcinoma cardioesofágico	3	5.45
Carcinoma gástrico	3	5.45
Acalasia	1	1.82
Carcinoma laríngeo	1	1.82
Proceso esofágico a descartar	1	1.82
Laringitis T. B.	1	1.82
Carcinoma Post-cricoideo	1	1.82
Esofagitis	1	1.82

En el cuadro número 6 se ilustran los diferentes tipos de estudio radiológico realizado encontrándose que a 43 pacientes (78.00 o/o) se les efectuó esofagograma únicamente y a 9 (16.00 o/o) serie gastroduodenal (estudios radiológicos más importantes para diagnóstico de carcinoma del esófago); mientras que a la totalidad de pacientes se les efectuó estudio radiológico de tórax. El diagnóstico radiológico de los 52 casos que tuvieron examen del tracto gastrointestinal superior fue de carcinoma del esófago en 40 casos (72.73 o/o), Acalasia en 9 casos (16.36 o/o) y carcinoma cardioesofágico en 3 casos (5.45 o/o).

Cuadro No. 6

**CARCINOMA DEL ESOFAGO: 55 Casos**  
Estudio Radiológico

Tipo de estudio	No. de casos	Porcentaje
Tórax	55	100.00
Esofagograma	43	78.18
Serie gastroduodenal	9	16.36
Colecistograma	1	1.81

Entre los exámenes de laboratorio encontramos los siguientes resultados: Hemoglobina con valores que oscilaron en 7.5 Gms. o/o para el menor y 14 Gms. o/o para el mayor, con un promedio de 10.7 Gms. o/o; hematocrito con valores de 19 a 42 mm. por hora y un promedio de 30.50 mm. por hora; sangre oculta en heces únicamente se le hizo a 2 pacientes, siendo el resultado positivo en ambos. Otro tipo de patología gastrointestinal asociada fue la presencia de áscaris en 4 casos y uncinarias en 3. A los 55 pacientes se les hizo esofagoscopia y biopsia de la lesión, la biopsia fue informada como positiva para un proceso neoplásico maligno, cuyo tipo histológico se describe más adelante. Ninguno de los pacientes tuvo estudio por el método de lavado esofágico por la técnica de Papanicolaou.

El tratamiento aplicado a nuestros 55 pacientes con carcinoma del esófago, se sintetiza en el cuadro número 7, en donde se observa que el 81 o/o de los pacientes, únicamente tuvo esofagoscopia y biopsia; se aplicó radioterapia con biopsia previa en 6 casos (10.91 o/o), y 4 pacientes tuvieron cirugía gástrica o esofagogástrica con diagnóstico previo hecho por biopsia. De los pacientes que tuvieron biopsia y radioterapia, ninguno tuvo cirugía, y los pacientes que tuvieron cirugía, ninguno tuvo radioterapia pre o postoperatoria. El tipo de procedimiento quirúrgico fue como sigue: Gastrostomías 2 (3.64 o/o), esofagogastrectomías 1 (1.82 o/o) y gastrectomías 1 (1.82 o/o). Ninguno de los pacientes tratados quirúrgicamente tuvo complicaciones post-operatorias. En los pacientes a los cuales únicamente se les practicó biopsia, el tratamiento fue médico de sostén, consistente en transfusiones sanguíneas y de plasma, soluciones I. V. con y sin vitaminas, analgésicos y en algunos casos antibióticos.

Cuadro No. 7

**CARCINOMA DEL ESOFAGO: 55 Casos**  
Tratamiento

Tipo	No. de casos	Porcentaje
Biopsia únicamente	45	81.82
Biopsia más radioterapia	6	10.91
Biopsia más Gastrostomía	2	3.64
Biopsia más Gastrectomía	1	1.82
Biopsia más esofagogastrectomía	1	1.82

El 100 o/o de nuestros pacientes fallecieron antes de 2 meses después de haberse establecido el diagnóstico. De éstos tuvieron autopsia 4 pacientes, con los hallazgos siguientes: a) Invasión del proceso neoplásico a los tejidos blandos del mediastino y metástasis a los ganglios traqueobronquiales, paraesofágicos, paracardiales. Únicamente en 2 casos hubo metástasis a los ganglios subpilóricos e hígado.

El cuadro número 8 ilustra los datos referentes a la localización anatómica de la lesión establecida por estudio radiológico, de la pieza quirúrgica o bien en estudio post-mortem; y al mismo tiempo el tipo histológico de la misma. Como podemos apreciar, la mayoría de neoplasias se localizaron en el tercio medio del esófago, 19 casos (34.54 o/o), seguido del tercio inferior 18 casos (32.73 o/o) y por último el tercio superior con 12 casos (21.81 o/o). En tres casos que únicamente tuvieron biopsia no se especificó el sitio de la lesión.

El tipo histológico predominante fue el carcinoma escamoso o epidermoide, 40 casos (72.73 o/o); el Adenocarcinoma ocupó el segundo lugar con 9 casos (16.36 o/o); y por último el carcinoma Indiferenciado con 6 casos (10.91 o/o).

En la revisión realizada no se encontró ningún caso de carcinoma mucoepidermoide o adenoideoquístico; leiomioma o leiomiocarcinoma del esófago, así como tampoco pólipos inflamatorios, rabdomiosarcoma o melanocarcinoma de esta estructura anatómica.

CUADRO No. 8

CARCINOMA DEL ESOFAGO: 55 Casos  
Localización anatómica tipo histológico

Región	Casos	Porcentaje	Escamoso	Adeno Ca	Indiferenciado
Tercio medio	19	34.54	14	1	4
Tercio inferior	18	32.73	11	6	1
Tercio superior	12	21.82	11	0	1
Cardias	3	5.45	1	2	0
No definida	3	5.45	3	0	0

## DISCUSION

De acuerdo con los casos por nosotros estudiados podemos observar que, la incidencia de carcinoma esofágico en el hospital General "San Juan de Dios" es moderadamente alta, y ocupa de acuerdo con los estudios de Chapetón (8) el tercer lugar, en relación al resto de neoplasmas del tracto gastrointestinal; en tanto que en los Estados cuarto lugar entre los carcinomas del tracto digestivo con una frecuencia de un 7 o/o de dichas neoplasias (1). En nuestro país el carcinoma del esófago es precedido por carcinomas del estómago y colon (8).

La incidencia del carcinoma esofágico en nuestro medio es prácticamente similar en ambos sexos, a pesar de un leve predominio del sexo masculino; por el contrario en otros países, tales como en los hospitales de Johannesburgo, la relación en favor del sexo masculino es de 9 a 1 (6); o bien entre los chinos, rusos y escoceses, en donde el predominio del sexo masculino muestra una relación de 4 a 1 (1). La razón del porqué de la distribución del carcinoma esofágico en nuestro país es casi igual en ambos sexos, no la sabemos, aunque es posible que factores tales como la malnutrición proteico calórica, mala higiene oral, o ingestión de bebidas calientes jueguen un papel importante, ya que estas condiciones son comunes a ambos sexos. Además el alcoholismo y tabaquismo crónico son condiciones que se dan por igual en personas de ambos sexos del grupo socioeconómico bajo o de la raza indígena. Esta última desafortunadamente no se pudo determinar con exactitud en nuestra serie debido a mala clasificación etnológica de los pacientes a la admisión.

En nuestros pacientes no se pudo establecer ninguna relación de tipo familiar en la enfermedad, pues hasta donde fue posible comprobar, ninguno de los pacientes tenía historia de familiares que hubieren padecido este tipo de neoplasma. En ninguno de los casos se describe tampoco, cuadros de Tilosis asociados. En estudios de otras latitudes, se atribuye una relación del carcinoma esofágico con las dos entidades antes mencionadas (24).

De acuerdo con nuestro estudio, podemos observar que casi el 100 o/o de nuestros pacientes tenían una dentadura completamente deficiente (ausente en algunos de ellos), factor que se cita como posible agente etiológico en otras latitudes (1). Se comprobó alcoholismo crónico en el 20 o/o de los pacientes y tabaquismo en un 52 o/o; así como una ingesta abundante y prolongada de bebidas calientes, como café y atoles; siendo estos, otros factores considerados como muy importantes en la etiología del carcinoma esofágico en otros estudios realizados en otras partes del mundo (1, 3, 18, 31).

Siempre en relación a los factores etiológicos del carcinoma esofágico, sería importante y de sumo interés realizar en nuestro medio un estudio acerca de la posible presencia de dimetylnitrosamina en las bebidas alcohólicas y fermentadas, así como en otros alimentos de la dieta que se consumen en el país; ya que a esta sustancia se le ha atribuido un alto poder cancerígeno en otras latitudes, tal es el caso de los negros del grupo Bantú en Africa (1, 18).

Se ha hablado también de la mayor frecuencia de carcinoma esofágico en pacientes a quienes previamente se les ha practicado cirugía gástrica (10). En nuestro grupo estudiado, ninguno de los pacientes había sido sometido previamente a cirugía gástrica ni a ningún otro tipo de cirugía.

A partir de 1957 hasta 1971, que es el período estudiado en el presente trabajo, el carcinoma esofágico en el Hospital General "San Juan de Dios" de Guatemala, de acuerdo con los datos recopilados, se ha mantenido en una frecuencia prácticamente similar, oscilando entre 3 y 6 casos por año; no así en los Estados Unidos, en donde el número de casos de carcinoma esofágico aumenta año con año, especialmente en individuos de la raza negra. Del porqué de este aumento del carcinoma esofágico en los Estados Unidos, se puede argumentar que se debe a que el número de individuos que llegan a la 6a. y 7a. décadas de la vida, cuando este neoplasma es más frecuente, es cada vez mayor; no así en nuestro país, debido a que nuestra población es diezmada en la 4a. y 5a. décadas por malnutrición proteico calórica, carcinoma gástrico, etc. Es posible que en el futuro observemos un aumento del carcinoma del esófago al mejorar las condiciones socioeconómicas de nuestra población debido a prolongación de la edad de la misma.

Analizando la edad a que se presentó con mayor frecuencia el carcinoma esofágico, en nuestra serie podemos observar que un 74 o/o de los pacientes, se encontraban entre la 5a. y 7a. década de la vida; lo que está totalmente de acuerdo con otros estudios, en donde la mayor frecuencia ha sido también entre los 50 y 70 años (1).

En cuanto al sexo, como ya se comentó anteriormente, sólo hubo un leve predominio del sexo masculino.

En lo que a signos y síntomas concierne, nuestro estudio demostró una frecuencia y sucesión similar a las de estudios y reportes de otras latitudes (1); así la disfagia fue el síntoma más frecuente y sobresaliente,

luego dolor retroesternal y por último náuseas y vómitos; y la malnutrición como el signo clásico más notorio.

En cuanto a la impresión clínica de ingreso, en nuestro estudio encontramos que en un 85 o/o de los casos, se tuvo una impresión clínica acertada de carcinoma del esófago, habiendo como es natural, impresiones clínicas erradas, lo cual está completamente de acuerdo con los estudios realizados en otras partes del mundo, en donde el diagnóstico de carcinoma esofágico ha llegado a confundirse frecuentemente con Acalasia, aún con el auxilio de los rayos "X" (9, 17). Se habla también acerca de la posible confusión por similitud con la Tuberculosis y la Sífilis (1); de esta área anatómica en nuestro estudio no se tuvo como impresión clínica a ninguna de estas entidades.

A todos nuestros pacientes se les practicó Esofagoscopia y biopsia esofágica con lo cual se confirmó el diagnóstico; pero ninguno tuvo lavado esofágico y examen del líquido obtenido por el método de Papanicolaou. A este respecto, cabe comentar, lo acertado de la esofagoscopia y biopsia, lo cual se complementa con el estudio citológico del material obtenido por el método anteriormente descrito, tomando en cuenta el elevado porcentaje de diagnósticos tempranos que se han podido efectuar en otros lugares mediante el empleo de dicho método (1, 28), o bien la positividad de los resultados obtenidos con el mismo, cuando el tejido obtenido por biopsia es inadecuado.

En lo que respecta al tratamiento, vale la pena hacer notar que en nuestra serie, salvo algunas excepciones, la mayoría de los pacientes no recibieron un tratamiento adecuado para la lesión primaria; especialmente en lo que a cirugía concierne, ya que sólo se practicaron 4 intervenciones quirúrgicas, de las cuales 2 fueron gastrostomías, 1 esofagogastrectomía y 1 gastrectomía. Esta última por un carcinoma del cardias. Debe dejarse constancia de que la mayor parte de autores y cirujanos del mundo coinciden, en que el tratamiento del carcinoma esofágico es esencialmente quirúrgico, con variantes desde luego a cada caso en particular. Cuando se lleva a cabo la gastrostomía, ésta constituye únicamente el primer paso de un tratamiento quirúrgico completo, según se dé o no radioterapia previa (1, 21, 7, 23). Existen desde luego las llamadas lesiones irresecables, en las cuales la gastrostomía no ofrece ningún alivio, y por ello mismo, la mayoría de autores están de acuerdo en la extirpación de la lesión, aún con la presencia de metástasis, para aliviar al paciente de la obstrucción (1). Desde luego, podría objetarse que se ha comprobado la capacidad de la radioterapia para dominar los carcinomas del tipo epidermoide (1), los

cuales fueron los más frecuentes en nuestro grupo estudiado, pero resulta que a la mayoría de nuestros pacientes tampoco se les practicó este tipo de tratamiento (se aplicó en el 10.91 o/o de la serie). Cabe mencionar que Nakayama con el uso de radioterapia previa a cirugía ha logrado mejorar la sobrevida de pacientes con carcinoma esofágico.

Todos los pacientes con carcinoma esofágico de nuestra serie fallecieron dentro de los primeros 2 meses después de haberse establecido el diagnóstico; tanto los que tuvieron tratamiento quirúrgico o radioterapia, como los que no tuvieron ningún tratamiento. Por consiguiente el carcinoma del esófago en nuestro país tiene un pronóstico sombrío. Debe de citarse que lo mismo no es cierto en otras latitudes, ya que los 5 años de sobrevida para este neoplasma se han mejorado ostensiblemente de acuerdo con los estudios de Nakayama (21), quien ha logrado hasta un 40 o/o de 5 años de sobrevida en sus series.

Se ha reportado además que los mejores resultados en el tratamiento del carcinoma del tercio inferior del esófago se han obtenido a través de las intervenciones quirúrgicas, y que la radioterapia ha brindado los mejores resultados en el tratamiento del carcinoma esofágico de los tercios medio y superior (1). Esto desde luego varía según el autor y de acuerdo a las condiciones de la lesión.

Por último merece comentarse los datos referentes a la localización anatómica de la lesión y al tipo histológico de la misma; en donde nuestros hallazgos coinciden con los estudios de otros investigadores (1, 3, 14, 15). En nuestro grupo de pacientes hubo una mayor incidencia de neoplasias en el tercio medio, seguido del tercio inferior y por último el tercio superior; y por otro lado el carcinoma epidermoide fue el tipo histológico predominante con 40 casos (73 o/o), siendo el resto de los casos Adenocarcinomas o carcinomas Indiferenciados.

## CONCLUSIONES

- 1) El carcinoma del esófago ocupa el tercer lugar entre las neoplasias del tracto gastrointestinal, siendo precedido por carcinomas del estómago y colon.
- 2) En nuestro estudio, al igual que en otras áreas geográficas, el mayor número de casos se encuentra en la 5a. y 7a. décadas de la vida.

- 3) En nuestra serie, a diferencia de lo que sucede en el extranjero, el carcinoma del esófago tuvo igual distribución por sexos.
- 4) Nuestros pacientes con carcinomas esofágico tuvieron como denominador común, consideradas como causas predisponentes o coadyuvantes al desarrollo de este neoplasma, a la malnutrición proteico-calórica, mala o ausencia de dentadura, alcoholismo y tabaquismo crónico. En ninguno hubo historia familiar de carcinoma esofágico o Tilosis.
- 5) El síntoma cardinal en el carcinoma esofágico es la disfagia, la cual es progresiva, de alimentos sólidos a líquidos hasta obstrucción completa.
- 6) El examen físico en el carcinoma esofágico es esencialmente negativo, salvo por la malnutrición proteico-calórica de grado variable que siempre lo acompaña, y por la presencia de ganglios linfáticos palpables en el cuello en neoplasma localizados en el tercio superior.
- 7) De los exámenes de laboratorio el que más ayuda a establecer el diagnóstico de carcinoma del esófago es el esófagograma con trago de bario.
- 8) El diagnóstico se confirma por esofagoscopia, biopsia y lavado con solución salina de la lesión, estudiando el sedimento por el método de Papanicolau.
- 9) En nuestro grupo de pacientes, el tratamiento del carcinoma esofágico fue insatisfactorio y deficiente, debido a que de los 55 casos aquí informados únicamente 2 tuvieron tratamiento quirúrgico con intento de curación, y 8 de tipo paliativo, que consistió en 2 gastrostomías y 6 tratados con radioterapia.
- 10) El 100 o/o de nuestros pacientes fallecieron dentro de los 2 meses después de haberse establecido el diagnóstico.
- 11) Únicamente se practicó autopsia a 4 pacientes, la cual mostró metástasis por extensión a los tejidos blandos periesofágicos y a distancia a los ganglios linfáticos tranqueobronquiales, paraesofágicos, paracordiales, subpilóricos e hígado.

## RECOMENDACIONES

- 1) Efectuar un estudio similar en otros hospitales de la República, para conocer la incidencia real de este tipo de neoplasmas en nuestro país.
- 2) Mejorar las condiciones socio-económicas del país para prevenir hasta donde sea posible el desarrollo de este tipo de neoplasma y otras enfermedades que dependen de dichas condiciones.
- 3) Propugnar porque se efectúe un estudio de los posibles carcinógenos presentes en la dieta y bebidas espirituosas de nuestra población, especialmente en lo que se refiere a las nitrosaminas.
- 4) Recomendar el uso del lavado esofágico y el estudio del sedimento por el método de Papanicolau, aunado a la biopsia, para así facilitar el diagnóstico.
- 5) Incitar y recordar a los médicos y cirujanos de nuestro país que el tratamiento del carcinoma esofágico es esencialmente quirúrgico, con o sin radioterapia, para mejorar el pronóstico sombrío que esta neoplasia tiene en Guatemala.

- 3) En nuestra serie, a diferencia de lo que sucede en el extranjero, el carcinoma del esófago tuvo igual distribución por sexos.
- 4) Nuestros pacientes con carcinomas esofágico tuvieron como denominador común, consideradas como causas predisponentes o coadyuvantes al desarrollo de este neoplasma, a la malnutrición proteico-calórica, mala o ausencia de dentadura, alcoholismo y tabaquismo crónico. En ninguno hubo historia familiar de carcinoma esofágico o Tilosis.
- 5) El síntoma cardinal en el carcinoma esofágico es la disfagia, la cual es progresiva, de alimentos sólidos a líquidos hasta obstrucción completa.
- 6) El examen físico en el carcinoma esofágico es esencialmente negativo, salvo por la malnutrición proteico-calórica de grado variable que siempre lo acompaña, y por la presencia de ganglios linfáticos palpables en el cuello en neoplasma localizados en el tercio superior.
- 7) De los exámenes de laboratorio el que más ayuda a establecer el diagnóstico de carcinoma del esófago es el esófagograma con trago de bario.
- 8) El diagnóstico se confirma por esofagoscopia, biopsia y lavado con solución salina de la lesión, estudiando el sedimento por el método de Papanicolau.
- 9) En nuestro grupo de pacientes, el tratamiento del carcinoma esofágico fue insatisfactorio y deficiente, debido a que de los 55 casos aquí informados únicamente 2 tuvieron tratamiento quirúrgico con intento de curación, y 8 de tipo paliativo, que consistió en 2 gastrostomías y 6 tratados con radioterapia.
- 10) El 100 o/o de nuestros pacientes fallecieron dentro de los 2 meses después de haberse establecido el diagnóstico.
- 11) Únicamente se practicó autopsia a 4 pacientes, la cual mostró metástasis por extensión a los tejidos blandos periesofágicos y a distancia a los ganglios linfáticos tranqueobronquiales, paraesofágicos, paracordiales, subpilóricos e hígado.

## RECOMENDACIONES

- 1) Efectuar un estudio similar en otros hospitales de la República, para conocer la incidencia real de este tipo de neoplasmas en nuestro país.
- 2) Mejorar las condiciones socio-económicas del país para prevenir hasta donde sea posible el desarrollo de este tipo de neoplasma y otras enfermedades que dependen de dichas condiciones.
- 3) Propugnar porque se efectúe un estudio de los posibles carcinógenos presentes en la dieta y bebidas espirituosas de nuestra población, especialmente en lo que se refiere a las nitrosaminas.
- 4) Recomendar el uso del lavado esofágico y el estudio del sedimento por el método de Papanicolau, aunado a la biopsia, para así facilitar el diagnóstico.
- 5) Incitar y recordar a los médicos y cirujanos de nuestro país que el tratamiento del carcinoma esofágico es esencialmente quirúrgico, con o sin radioterapia, para mejorar el pronóstico sombrío que esta neoplasia tiene en Guatemala.

- 26) Solomon A., et al. Cavitating pulmonary metastases associated with carcinoma of the esophagus. *S. Afr. Med. J.*, 43: 622, 1969.
- 27) Turnbull, A. D. M., et al. Primary Adenocarcinoma of the esophagus. *Cancer*, 22(5): 915-18, 1968.
- 28) Ushigome, S. et al. Extensive dysplasia and carcinoma in situ of esophageal epithelium. *Cancer*, 20(6): 1023-29, 1967.
- 29) Vayre, P. et al. Cancer de L'cesophage et hernie hiatale. *Sem Hop (Paris)*. 45(18):1157-58, 1969.
- 30) Weitzner, S. Mucoepidermoid carcinoma of the esophagus. Report of a case. *Arch. Path. (Chicago)*, 90: 271-3, 1970.
- 31) Wynder, E. L. and Bross, I. J. A study of etiological factors in cancer of the esophagus. *Cancer*, 14: 389, 1961.

Vo. Bo.

Ruth R. de Amaya  
Bibliotecaria