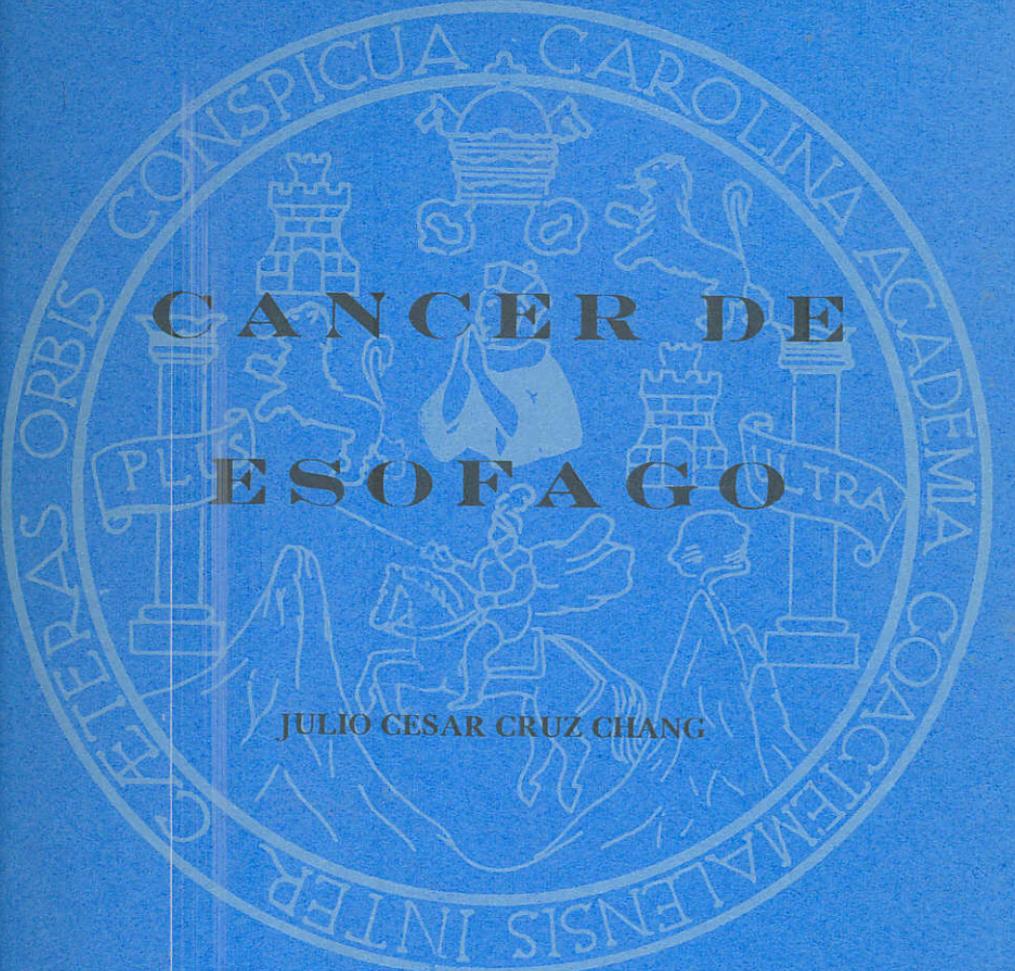


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The background of the cover features a large, faint, circular seal of the University of San Carlos of Guatemala. The seal contains various heraldic symbols, including a central figure, a crown, and architectural elements like columns and a castle. The Latin motto "ALTIORUM QVAE CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COAGITATA INTER CETERAS ORBIS" is inscribed around the perimeter of the seal.

**CANCER DE
ESOFAGO**

JULIO CESAR CRUZ CHANG

GUATEMALA, MAYO DE 1977

CONTENIDO

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III MATERIAL Y METODOS a) Población y Pacientes Estudiados
b) Procedimientos
- IV ASPECTOS GENERALES
- V RESULTADOS
- VI DISCUSION
- VII CONCLUSIONES
- VIII RECOMENDACIONES
- IX BIBLIOGRAFIA

El cáncer de esófago actualmente no ocupa un lugar importante dentro de las causas de muerte en Guatemala, sin embargo, hay aspectos interesantes que me hicieron investigarlo en nuestro país. Se estima que en 1975 fueron diagnosticados en los Estados Unidos 7,400 casos de carcinoma de Esófago (8) esta enfermedad afecta tres veces más a los varones que a las mujeres, asimismo se incrementa como la mayoría de las enfermedades neoplásicas conforme aumenta la edad, el riesgo es alto en personas que abusan del tabaco y las bebidas alcohólicas (24) y también en personas que han presentado previamente carcinoma en el cuello o la cabeza (5) síndrome Plummer-Vinson (31), estenosis producidos por caústicos, (3) acalasia esofágica (29) tilosis (12), y en el síndrome celíaco, la proporción de muerte para el carcinoma de esófago en los últimos 25 años, no ha disminuido como ha sucedido con el carcinoma de estómago y recto.

Un estudio basado en una revisión hecha en Estados Unidos de Norte América por el Instituto Nacional de Cáncer (25), reporta que únicamente el 4o/o de los pacientes tuvieron una sobre vida de 5 años después del diagnóstico. Esta alta mortalidad parece ser debida a lo avanzado de la enfermedad cuando se hizo el diagnóstico, en una serie hecha por Pearsón (19) de casi 2000 pacientes, solo el 20o/o fue diagnosticado a tiempo para instituir la terapia.

En la literatura revisada se encuentran datos efectivos para llevar a cabo un diagnóstico temprano, pudiéndose mejorar de este modo el mal pronóstico.

Muchos pacientes con el carcinoma esofágico localizado sobreviven casi 5 años post-tratamiento (10). Se reporta(1) que el 50o/o de los pacientes con menos de 5 cms., de carcinoma esofágico

tenían nódulos metastásicos comparados con el 90o/o de pacientes con tumores de más de 5 cms.

Desafortunadamente nunca la enfermedad da signos tempranos, aún cuando la queja o motivo de consulta es la disfagia. Esto sucede cuando el tumor se ha desarrollado más allá del esófago. No obstante los síntomas aparecen cuando el tumor ya invadió la capa muscular del esófago. 43 casos de pacientes en el Japón han sido reportados en los cuales el carcinoma esofágico, fué demostrado radiológicamente en el pequeño espacio ocupado por la submucosa del esófago.

Respecto a su epidemiología existe una alta incidencia de cáncer esofágico en la población africana, siendo primeramente reportado por Burrel en 1957 (7) desde esa época se han publicado múltiples trabajos fuera del territorio africano, primero por Burrel y luego por Rose (21-23). Se ha estudiado profundamente y de una manera substancial la alta incidencia en la tribu Bantu(16).

Considero que es necesario la actualización de los conceptos y la forma de tratamiento para mejorar la sobre vida en Guatemala.

OBJETIVOS

- Conocer la epidemiología del cáncer de Esófago en el Incan.
- Conocer el porcentaje de los casos confirmados histológicamente.
- Conocer el porcentaje de los casos detectados clínicamente.
- Conocer los tratamientos efectuados.
- Evaluar los resultados obtenidos.
- Investigar la sobre vida alcanzada.
- Hacer recomendaciones para un diagnóstico temprano.
- Actualizar conceptos y terapéutica.
- Conocer estudios hechos en otros países.
- Recomendaciones para el diagnóstico radiológico precoz.

MATERIAL Y METODOS:

- Elaboración de la boleta adjunta.
- Revisión de papeletas y casos clínicos del Departamento de Registro del Instituto de Cáncer.
- Revisión del Archivo de anatomía patológica del Incan.
- Revisión del registro de la Oficina Nacional del Cáncer.
- Visita domiciliaria en pacientes todavía en contacto con el hospital.

POBLACION Y PACIENTES ESTUDIADOS:

Fueron seleccionados de un total de 82 pacientes correspondientes desde 1969 hasta 1975 inclusive; 50 únicamente, debido a que éstos llenaban las características requeridas desde el punto de vista

estadístico y adecuado, para un estudio de esta naturaleza entre las que podemos numerar:

Diagnóstico comprobado. Estudio del caso, pruebas de laboratorio completas y casos diagnosticados en el hospital.

Se utilizó el método inductivo deductivo, partiendo de los casos de estudio y análisis retrospectivo vistos en el período señalado.

PROCEDIMIENTOS:

Se consultó en Registro de la Oficina Nacional del Cáncer, en busca de los casos reportados, asimismo se consultó con el Departamento de Registro del Instituto del Cáncer de Guatemala, para extractar los casos clínicamente detectados desde 1968 hasta 1975.

Se analizaron los casos presentados con diagnóstico histológico en el Departamento de Patología del mencionado instituto, procediendo a escoger entre las 82 papeletas, las que presentaron.

- 1— Un diagnóstico histológico comprobado.
- 2— Una historia clínica completa adecuada para llenar el formulario adjunto descartando las que carecieran de datos básicos.
- 3— También se consideró como requisito, tener estudios completos, descartando en las cuales los pacientes no se presentaron y únicamente quedó el diagnóstico clínico.
- 4— También fueron descartadas aquellas que presentaron aumento de tamaño en el esófago distal, con un principio de Carcinoma del Estómago.

ASPECTOS GENERALES DE IMPORTANCIA PARA CONOCER LA PATOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL ESOFAGO

Partiendo del hecho de que embriológicamente guarda íntima relación con el aparato respiratorio, este tiene origen en forma de un surco ventral en el intestino anterior primitivo, el surco se profundiza hasta formar el divertículo respiratorio que crecerá hacia abajo y formará las vías aéreas; esto tráquea y brónquios; la comunicación con el intestino se convierte en una hendidura que se cierra progresivamente por fusión de los labios. En estado general, sólo el extremo craneal de esta hendidura permanece abierto para convertirse por último en la comunicación entre faringe y laringe, el que no cierre el extremo de esta comunicación es la base de las fístulas tranqueo-sofágicas congénitas. (20)

En el adulto el esófago tiene una longitud promedio de 24 cm., y es más largo en el hombre que en mujeres. Está situado en la mayor parte de su trayecto en el mediastino posterior, carece de serosa y está cubierto solamente por el tejido fibroso del mediastino del que recibe múltiples ramas arteriales de pequeño calibre.

La falta de serosa y la insuficiencia del riego sanguíneo propio facilitan la difusión de la infección y dificultan la cirugía.

El esófago presenta estrechamiento en tres niveles; a saber: Cartílago Cricoides, Cayada Aórtico y Hiato Diafragmático es por esto que se encuentran tres zonas susceptibles a traumatismo y perforación por cuerpos extraños.

Todavía se encuentra en discusión y es bastante confusa la funcionalidad del tercio inferior, esto se refiere a la discusión de los mecanismos de válvula esfinteriana que en estado normal impiden el

reflujo del contenido gástrico y en las disfunciones que permiten que ocurran hernias hiatales e inflamaciones erosivas en la porción inferior del esófago.

La circulación venosa del esófago vuelve al corazón por los sistemas portal y general, la vena coronaria estomáquica drena la porción inferior del esófago, y desemboca en la vena porta; también se anastomosa con ramas de las venas esofágicas que drenan hacia arriba por la vena ácigos en la vena cava superior, cuando hay bloqueo en la vena porta la hipertensión portal puede transmitirse por las venas coronarias hacia el plexo venoso esofágico.

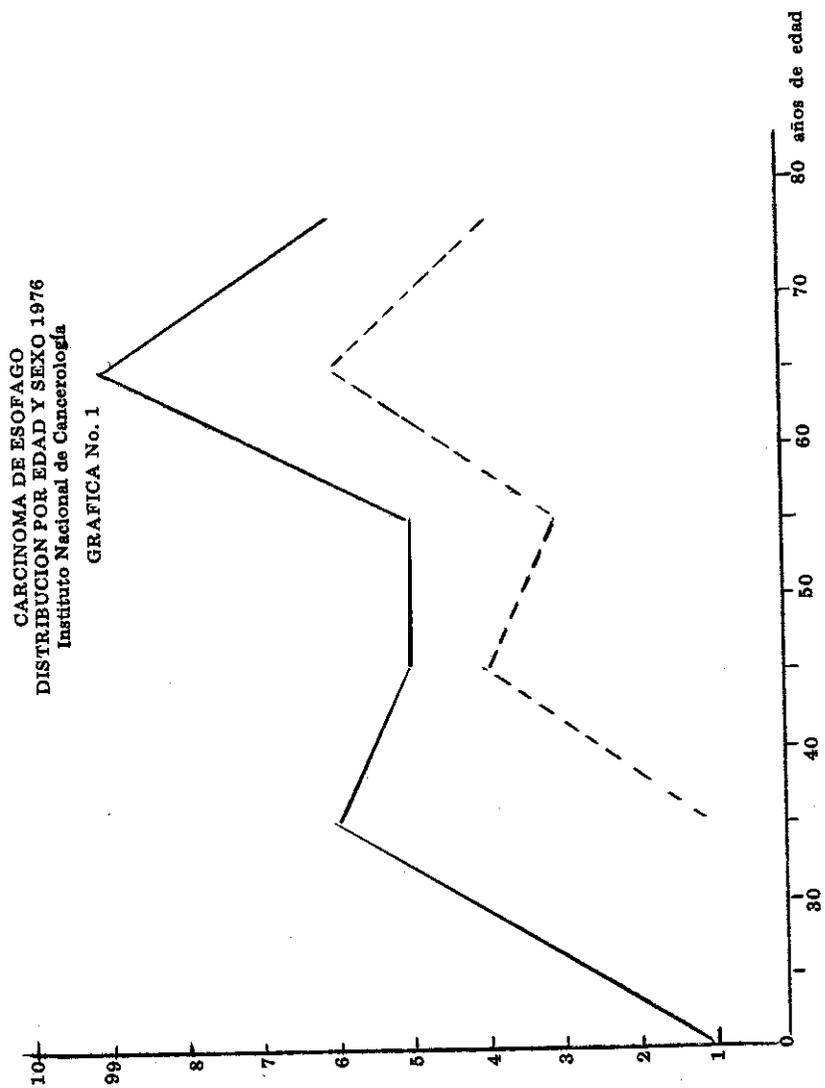
RESULTADOS "A"

INDICENCIA DE ENFERMEDAD POR RESIDENCIA HABITUAL

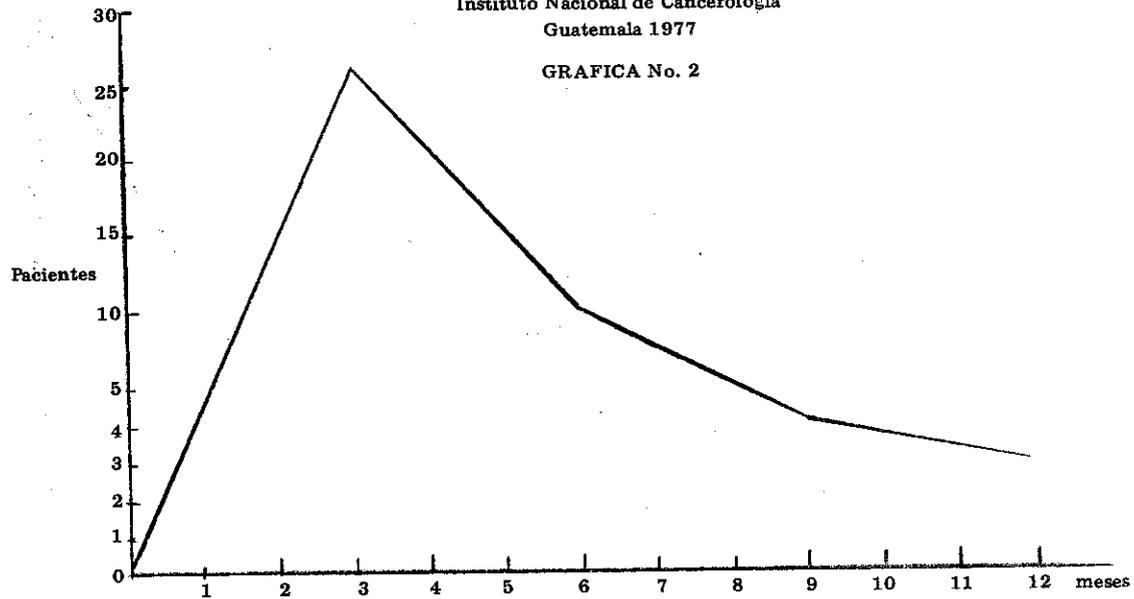
Guatemala	No. de Casos	27	40 %
Quezaltanango	"	4	8 %
Escuintla	"	3	6 %
Santa Rosa	"	3	6 %
Chiquimula	"	3	6 %
Suchitepéquez	"	3	6 %
Izabal	"	2	4 %
San Marcos	"	2	4 %
Jutiapa	"	2	4 %
Chimaltenango	"	2	4 %
Retalhuleu	"	2	4 %
Sacatepéquez	"	1	2 %
Huehuetenango	"	1	2 %
Jalapa	"	1	2 %
Honduras	"	1	2 %
Masculino	32 personas	64%	
Femenino	18 personas	36%	
Por Estado Civil			
Casadas	16	32%	
Unida	10	20%	
Soltera	24	48%	
Resultado por grupo étnico			
Ladino	46	92%	
Indígena	4	8%	

Distribución por edad

21 - 30	1	2%
31 - 40	7	14%
41 - 50	9	18%
51 - 60	8	16%
61 - 70	15	30%
71 - 80	10	20%



CANCER DE ESOFAGO
TIEMPO DE EVOLUCION EN MESES
 Instituto Nacional de Cancerología
 Guatemala 1977
GRAFICA No. 2



CANCER DE ESOFAGO
INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER 1977

DISFAGIA

Localización del Tumor	Número Ptes.	Obstruc-tiva	Regurgi-tación	Total	Síntomas Generales	Dolor R.E.	Sangrado	Otros Pérdida de Peso	Síntomas Respira-torios
TERCIO SUPERIOR	19	13	6	19	19	8	0	10	--
TERCIO MEDIO	20	18	2	20	20	2	0	9	--
TERCIO INFERIOR	9	7	2	9	9	6	0	5	--

CANCER DE ESOFAGO
CARACTERISTICAS HEMATOLOGICAS
EN PACIENTES ESTUDIADOS

Mujeres
♀

Hb + 12	%	-12 gr.	%	HT HEMATOCRITO			
				+ 37	%	-37	%
10	55	8	45%	10	55	8	45

Hb + 14 Gramos		- 14 Gramos		HEMATOCRITO ♂			
	%		%	+ 42	%	-42	%
14	43	18	56	13	40	19	60

CANCER DE ESOFAGO

CUADRO No.

TRATAMIENTO EFECTUADO

	Gastrostomía	Sustitución de Esóf. por colon	Teletterapia	Ningún tratamiento	Exploración Tórax	Tx Combinado
Gastrostomía	28					
Sustitución de Esófago Por colon	7	8				
Teletterapia	24	5	39			
Ningún tratamiento				7		
Exploración Tórax					2	
Tx Combinado						5

RESULTADOS

Los 50 casos estudiados retrospectivamente fueron de acuerdo a su condición, agrupados por sexo como se puede ver en la página A, siendo para el sexo masculino el 64o/o o sea 32 pacientes, mientras que para el sexo femenino únicamente el 36o/o, o sea las 18 personas restantes.

La agrupación por edad en este caso bastante importante, fué de la forma señalada en la página A, teniendo el mayor número el grupo etario. De 61 a 70 años, con 15 casos, ésto es el 30o/o, en la Gráfica No. 1 se hizo una separación y una relación entre sexo y edad, alcanzando el lugar más alto el sexo masculino de edades ya señaladas, como se puede ver, hay una relación directa con el sexo femenino en cuanto se refiere a estos mismos parámetros en el sexo masculino tenemos 9 pacientes y en el femenino únicamente 6, el grupo que le sigue es el correspondiente a las edades de 31 a 40 años con seis pacientes para el sexo masculino y un paciente en el sexo femenino.

Otra característica estudiada se refiere al grupo étnico, haciendo la división únicamente entre ladino e indígena, debido a que todos los pacientes estudiados pertenecían únicamente a algunos de estos dos grupos no encontrándose ningún paciente de otra raza, los resultados fueron un predominio casi absoluto para el grupo ladino, equivalente al 92o/o, mientras que el grupo indígena alcanzó solo el 8o/o restante.

El estado civil, como podemos ver, también tiene su propia característica, se usaron las divisiones de casado, unido y soltero, la razón de ésto, fué que el grupo estudiado únicamente pertenece a estos tres grupos, casi la mitad del grupo refirió ser soltero, 48o/o seguido de las personas casadas las que en número de 16 constituyeron el 32o/o del total, el tercer lugar como podemos ver, fué para las personas de estado civil unido o sea el 20o/o restante, ésto es 10 pacientes.

En lo que respecta a el oficio de estas personas, no se pudo recabar por estar ausente este dato en la mayoría de las historias clínicas, por lo que se supone que por ser una enfermedad de pacientes seniles los que usualmente no tienen oficio, no se interrogó, aún cuando vale la pena investigar, ya que personas en contacto con algún tipo de sustancia podría estar relacionado con problemas de esta naturaleza.

Entre los antecedentes investigados no se encontraron problemas de este tipo en las familias de los afectados. Se investigó el uso de alcohol encontrándose que únicamente 5 pacientes hacían o hicieron uso de él en algún momento de su vida, 1 paciente refirió ser bebedor ocasional, mientras que dos fueron bebedores regularmente y los otros dos fueron bebedores crónicos.

Un número mayor (11) fueron considerados como fumadores, de éstos seis lo fueron ocasionalmente, dos fueron fumadores moderados y cuatro se consideraron fumadores crónicos.

Un aspecto de importancia a investigar fue lo referente a personas con problemas dentales, sin embargo, en la mayoría de los casos no se investigó, teniendo únicamente los datos referentes a 8 personas, las cuales se encontraban con caries dentales, o ausencia parcial o total de las piezas dentales.

Entrando en el problema, en sí, la mayoría de los pacientes con carcinoma del esófago, tenemos, que el motivo principal de la consulta fue en un 94o/o, es decir, 47 personas, la disfagia, alguna de las personas refirieron la sensación de pesadez y la necesidad de beber líquidos para poder deglutir alimentos sólidos, esta gran mayoría refirió además su imposibilidad para tragar alimentos sólidos, tolerando algunos únicamente líquidos.

En el orden descendente, el motivo de consulta, más

frecuentemente usado además de la disfagia fue la pérdida progresiva de peso, el dolor retroesternal y las regurgitaciones. En el cuadro No. 1 podemos ver una relación sintomatológica presentada y el lugar anatómico del esófago donde se encontró el tumor, los tumores localizados en el tercio superior del esófago correspondió a un total de 19 pacientes, de ellos 13 sufrieron disfagia obstructiva y seis personas presentaron regurgitación. Las lesiones encontradas en el tercio medio del esófago, un total de 20, de ellas 18 fueron disfagia obstructiva y únicamente dos presentaron vómitos. Las lesiones en el tercio inferior fueron las menos numerosas de este estudio corresponde a nueve pacientes, de los cuales 7 presentaron disfagia obstructiva y vómitos, dos podemos ver en el citado cuadro, también síntomas ya referidos, como pérdida de peso, dolor esternal, síntomas respiratorios, llama la atención que ninguna de las papeletas revisadas consultó o refirió hemorragia o sangrado gastrointestinal.

TIEMPO DE EVOLUCION:

Se puede ver en la gráfica No. 2, la distribución por tiempo de evolución, el 52o/o o sea 26 pacientes refirió un tiempo de evolución de menos de 3 meses, 10 personas refirieron haber presentado molestias de 4 a 6 meses, 3 personas de 7-9 meses, de 10 a 12 meses de evolución únicamente 3, el resto o sea 7 pacientes no se conocía la evolución.

El diagnóstico de Carcinoma del Esófago se hizo, al ingreso en el 82o/o de los casos estudiados correspondiendo el 18o/o restante a diversos diagnósticos entre los cuales los más usados son: Cáncer Laringeo, Cáncer de Estómago, Acalasia, etc.

En lo que se refiere al diagnóstico del Cáncer de Esófago, fué hecho de acuerdo con el procedimiento usado para escoger los casos, ya descrito, es por eso que el 96o/o de los casos tienen esofagoscopia

positiva, así como el diagnóstico histológico, simultáneamente en el 96o/o de todos los casos, se efectuó diagnóstico con rayos X, el restante 4o/o, o sea dos casos, se hizo el diagnóstico por papanicolau, es decir, por citología exfoliativa.

En el cuadro No. 2, se encontraron las siguientes características, hematológicas en pacientes cancerosos al ingreso, tomando como parámetro los aceptados, para el promedio de guatemaltecos. (15), encontrando que la mayoría de varones No. de 18 padecían al ingreso algún tipo de desnutrición o de anemia, secundaria a su enfermedad primaria, siendo ésta la hemoglobina menor de 14 gr., y el Hematocrito menor de 42o/o en 19 pacientes de sexo masculino. En el grupo femenino se presentó el 55o/o o sea 10 personas, con hemoglobina normal, estos mismos pacientes presentaron un hematocrito de más de 37. El examen llevado a cabo para determinar sangre oculta en heces fue positivo en solamente dos de las 50 personas de estudio.

El diagnóstico histológico fue de la siguiente forma: Carcinoma Epidermoide 41 casos, Adeno Carcinoma 5 casos, esto es el 10o/o, Carcinoma indiferenciado 4 o sea el 8o/o.

Los resultados obtenidos en el tratamiento se detallan de la siguiente manera:

Resecciones quirúrgicas	No se efectuó ninguna.
Sustitución de Esófago por colon	Se hizo a 8 pacientes, de ellos 3 fallecieron en un término de dos meses, habiéndose combinado en tratamiento con radioterapia y gastrostomía a 2 de ellos. Los otros 5 pacientes se perdió el contacto con 3, uno sobrevivió 9 años y otro cuatro años.

En el cuadro No. 3 podemos apreciar la agrupación de pacientes

según en tratamiento efectuado, se efectuaron 28 gastrostomias, así como también se hizo tratamiento con telecobalto a 39 pacientes, un número de 5 pacientes no recibió ningún tipo de tratamiento por negarse a recibirlo por ser casos terminales como se observó en dos de ellos, en uno de los cuales dado su estado general malo no se hizo ni gastrostomía.

Se tienen los datos de 15 pacientes fallecidos únicamente hasta el momento, de ellos 7 han fallecido con dos meses de sobre vida desde el momento del Dx, dos más vivieron cuatro meses, uno por 6 meses, otro con 9 meses, las otras cuatro personas dos vivieron casi dos años y otras dos sobrevivieron un promedio de cuatro años.

Las causas de muerte anotadas en los registros médicos son: Trombosis Mesentérica, Pseudo Obstrucción Intestinal, Fístula Esofágica, Deshiscencia de la Herida 2, D. H. E. Schock Hipovolémico e Ileo Paralítico, el 65o/o de estas muertes fué debida a complicaciones postoperatorias. De donde el riesgo operatorios de estos pacientes es alto.

DISCUSION

En la República de Guatemala, la diferencia de Cáncer entre ambos sexos fué señalada en un trabajo similar por Beteta Salazar en 1974,(2) hecho que se repite en nuestro estudio de los 50 casos estudiados, vemos que el 64o/o es para el sexo masculino, siendo el 36o/o para el sexo femenino. Estos datos difieren muy poco de la literatura mundial, los cuales reportan una relación de cuatro a una o tres a una (13), estos datos asociados con los antecedentes tales como el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco más frecuentemente utilizadas por los hombres en nuestro medio podría ser una de las causas de dicha incidencia del Cáncer de Esófago en nuestro medio, no son de ninguna forma concluyentes por que, de las 50 personas, solamente 11 de ellas refirieron el uso de tabaco, de este mismo grupo únicamente 5 refirieron el alcohol, de ellos solamente dos lo usaron crónicamente, aspectos relacionados al estado de las piezas dentarias como fué expuesto en otra parte, no se pudieron completar porque en la mayoría de los casos no fué investigado.

El porcentaje de personas afectadas en relación a su origen por Departamento se encuentra que la mayoría aunque no significativa, correspondió al departamento de Guatemala, con el 16o/o. Siguiéndole en el segundo lugar Quezaltenango con 6 pacientes, ésto es el 12o/o sin encontrar ninguna significación con los demás departamentos del país.

Por residencia habitual, el departamento de Guatemala vuelve a ocupar el primer lugar con el 40o/o o sea 20 pacientes, seguido por Quezaltenango con cuatro pacientes, Escuintla, Santa Rosa o Chiquimula con 3 cada uno de ellos. Vale la pena mencionar que por los recursos sanitarios y socioeconómicos de nuestro país, muchos de los habitantes del área rural no frecuentan los servicios de salud, por lo que no se detectan cierto porcentaje de casos, siendo diferentes las

personas residentes en la ciudad capital, donde hay mayor acceso hacia las instituciones de salud, es por eso explicable la diferencia entre la ciudad y los departamentos.

En lo que se refiere a la edad, el grupo más afectado como se pudo conocer en las estadísticas presentadas, fué el comprendido entre las edades de 61 a 70 años, siendo la edad más baja los 28 años y la edad más alta de 80 años; se puede explicar el hecho de que sea el grupo referido el más afectado por ser una enfermedad básicamente de senectud, como lo son la mayoría de los procesos neoformativos.

Ciertos grupos étnicos son más afectados que otros como se ha demostrado en varios estudios (22). En Guatemala no se puede hacer una diferenciación total de los diversos grupos étnicos ya que actualmente son bastantes heterogéneos y difíciles de diferenciar, sin embargo, la clasificación que se hizo en este estudio fue de básicamente dos, ladinos e indígenas, correspondiendo a los primeros el mayor número de los afectados con 46 pacientes, mientras que los indígenas sólo cuatro pacientes, esta clasificación es usada frecuentemente, sin embargo, creo no expresar más que una diferenciación socio cultural inútil para fines antropológicos.

Aspectos relacionados con el motivo de consulta, tenemos como fué referido en publicaciones internacionales(14) que la disfagia constituye también en nuestro medio el motivo de consulta en el 94o/o de los casos seguidos por causas secundarias pero que por lo general el paciente refiere, tales como pérdida de peso, vómitos, dolor retroesternal, sialorrea, causada por la misma obstrucción, frecuentemente el paciente refirió tener buen apetito, así como ocho pacientes únicamente presentaron anorexia.

La evolución en la mayoría de los casos es de corto tiempo, ya que cuando el paciente consulta el proceso ha invadido el esófago o

se han producido metástasis, es por eso la importancia del diagnóstico temprano, el 52o/o de los pacientes presentó una evolución menor de tres meses. Radiológicamente hay anomalías que pueden ser descubiertas en el inicio de la enfermedad. (3-14).

En esta época el carcinoma del esófago puede aparecer como placas o pequeños pólipos de 1 cm., extendiéndose en el lumen esofágico, las ulceraciones son ocasionalmente vistas y tienden a ser únicas y centrales, estas lesiones también pueden aparecer como pseudoplasmas y siempre son difíciles de demostrar radiográficamente (13)

Algunas veces se puede usar como contraste aire y en estos casos son mejor vistas extendidas. El uso del trago de bario y la técnica descrita puede ayudar al diagnóstico de pequeños tumores dentro del esófago, también es recomendado cuando se usa el contraste con bario, tomar la película con técnicas que permiten examinar el esófago en distintas proyecciones porque muchos tumores pequeños pueden existir solo en un lado del esófago. (32).

Aunque muchas veces es sumamente difícil hacer el diagnóstico pues los pacientes no han revelado sintomatología como fue reportado por Parker (17) quién indicó que un grupo de pacientes solo refirió evolución de 10 días más o menos de molestias para tragar, de este grupo 9 personas se encontraron con Cáncer Inoperable, vale la pena mencionar aparte de los medios diagnósticos radiográficos, que aunque no son concluyentes si dan un indicio de la enfermedad maligna del esófago, ya que el diagnóstico se hace histológicamente.

Como medio diagnóstico podemos mencionar la Esofagoscopia que en este estudio fué utilizada como medio de elección para detectar el Cáncer de Esófago, en el 100o/o de los casos, aunque muchas veces puede no ser positiva la biopsia como el caso que sucede

frecuentemente al localizar pequeñas áreas de mucosa friable, de la cual se han obtenido muestras, las cuales son reportadas sin evidencia del tumor, sin embargo, al repetir la endoscopia algunas veces se puede diagnosticar el carcinoma, por eso muchas personas recomiendan repetir la esofagoscopia cada tres meses.

Se necesita mucho cuidado al hacer un diagnóstico radiológico, así como la evaluación del esófago de un paciente con problema de disfagia, especialmente con pacientes con historia de ser fumadores, bebedores y otras condiciones que incrementan el alto riesgo de carcinoma en el Esófago.

La localización encontrada como se pudo ver en los resultados corresponde, el primer lugar a carcinoma que ocupa el tercio medio, seguido de tercio superior juntos cubren el 78o/o de los pacientes de este estudio, dichos datos coinciden a lo reportado por Parker y colaboradores. (18)

En una revisión de 609 casos, no se conocen a la fecha las causas por las que sea más frecuentemente el carcinoma en el tercio medio así como en la región cervical.

Un punto importante, el cual consideramos no ha sido investigado, tal vez por parecer demasiado obvio, es el hecho de que la mayoría de pacientes se supone presentan al momento de hacer la consulta cierto grado de anemia, desnutrición o mal estado general, usando como parámetros los normalmente aceptados para nuestro medio encontramos un poco más de la mitad, 55o/o de las mujeres estudiadas presentan un examen hematológico normal aunque sería de esperar valores muy por debajo de lo normal ya que debido a la enfermedad se supone disminuyen su ingestión diaria, lo cual si se puede demostrar en el grupo masculino en donde el 56o/o presenta valores hematológicos muy bajos, así como un pésimo estado general,

casi por regla como se pudo concluir en la revisión de los registros médicos.

El tratamiento en la actualidad, según se ha investigado es de orden puramente paliativo pues aunque se ha reportado muchos resultados, la mayoría de ellos coincide en efectuar un tratamiento mixto dependiendo de cada caso. (18)

De los grupos inicialmente controlados con resección quirúrgica, exclusivamente, la mayoría tuvo inicialmente buen alivio principalmente en lo que se refiere a tragar, sin embargo, las complicaciones post-operatorias les produjeron la muerte, esta forma de terapia esá abandonada, posteriormente se ideó el tratamiento de radioterapia como método de elección teniendo buenos resultados aunque todavía no comprobados a largo plazo, aunque se utiliza todavía en pacientes con alto riesgo operatorio, pacientes con un pequeño tumor localizado sin riesgo de metástasis, los pacientes han evolucionado y mejorado espectacularmente aunque se ha comprobado que la sobre vida es corta, aproximadamente un año debido a la recurrencia del carcinoma.

Actualmente la tendencia a seguir ha sido el plan combinado, usando supervoltaje en dosis de 4,500 rads por un período de tres a cuatro semanas previniendo de este modo la necrosis de la médula, la que algunas veces sobreviene cuando se expone al paciente a más de 5,000 rads, después de ésto, es necesario evaluar la resección o la operación para cada caso (17), las indicaciones para operar son principalmente, el estado nutricional, apetito, peso estable, una lesión de menos de 8 centímetros y la ausencia de metástasis, principalmente a la tráquea o bronquios, ausencia de enfermedad renal, cardiovascular, hepática, o de sistema nervioso central, las contraindicaciones para operar son principalmente: Mal estado nutricional, parálisis de las cuerdas bucales, mediastinitis con o sin absceso, fístula esofagotraqueal,

con pocas excepciones, metástasis distantes y enfermedades serias asociadas.

En el presente estudio se comprobó que la mayoría de los pacientes tienen un mal pronóstico, pues de los casos controlados la mayoría tuvo una sobre vida de dos meses como se explicó en el capítulo anterior, los pacientes operados por su propia condición constituye ya de por sí, un alto riesgo operatorio y las defunciones del grupo en control fué consecuencia de complicaciones operatorias.

Sin embargo, combinando la cirugía y la radioterapia, el pronóstico es mejor. Aún cuando el tratamiento de elección en nuestro medio es la radioterapia, debido a lo avanzado de la enfermedad, así como la gastrostomía, siendo esta última un medio paliativo que permite mejorar el estado general del paciente.

La invasión del tumor hacia áreas no se pudo determinar por cuanto la autopsia no fue efectuada en los pacientes fallecidos dentro del hospital, pero teóricamente es posible la invasión, por lo que este estudio deja la puerta abierta para que el carcinoma de esófago sea investigado para considerar nuevas formas de tratamiento así como formas diagnósticas.

Por hoy el carcinoma del esófago es diagnosticado muy tarde y el tratamiento quirúrgico efectuado en ocho pacientes demostró muy malos resultados, como resaltan en estadísticas en diversas partes del mundo. (7)

CONCLUSIONES

- El Cáncer de Esófago afecta a las personas entre las edades de 61 años a 70 años.
- Existe cierto predominio en el sexo masculino.
- Afecta al grupo ladino predominantemente en Guatemala.
- Su etiología parece estar ligada a estímulos químicos mecánicos o térmicos. Aunque los datos no son concluyentes.
- Defectos de la dentadura o una insuficiente masticación pueden predisponer al cáncer.
- De acuerdo con el presente estudio es más frecuente su localización en el sexo femenino en el tercio medio; mientras que en el sexo masculino es el tercio superior esofágico.

Histológicamente hay un predominio de Cáncer Epidermoide y Adeno Carcinomas

- No se pudo determinar con qué frecuencia se producen metástasis, ya que casi siempre el cáncer evoluciona en forma silenciosa no siendo diagnosticado hasta en una época tardía.
- Las Metástasis más frecuentemente encontradas fueron los ganglios linfáticos regionales.
- Entre los síntomas físicos que motivaron la consulta se encuentra disfagia siendo de carácter progresiva, y casi siempre evolucionó con dificultad a deglutir sólidos así como dolor retroesternal y sialorrea.

- Los síntomas clínicos tienen evolución de 1-3 meses en más de la mitad de los casos estudiados.
- El diagnóstico se hace complementando el trago de bario con la esofagoscopia y la biopsia.
- De acuerdo con este estudio se encontró que la citología exfoliativa se utilizó únicamente cuando no se pudo hacer diagnóstico por biopsia.
- El diagnóstico diferencial de ingreso es frecuentemente Cáncer Laríngeo, acalasia.
- El tratamiento por el momento es de tipo paliativo ya que la gran mayoría de pacientes consulta en períodos avanzados.
- Entre los tratamientos de elección actualmente esta usándose dependiendo de cada caso, la radioterapia, gastrostomía, y la sustitución de esófago por colon.
- La sustitución de esófago por colon tiene actualmente malos resultados según se investigó en algunos casos.
- La gastrostomía no parece haber prolongado la vida de los pacientes, y son frecuentes las complicaciones como regurgitación de las secreciones y la aspiración.
- La sobre vida de los pacientes en control con el hospital correspondió a un promedio de dos meses.
- Se encontró que existen grados graves de desnutrición así como anemia principalmente en el grupo masculino.

- El tratamiento con telecobalto ha tenido algunos resultados satisfactorios teniendo en cuenta la edad, tipo de lesión, desarrollo de la lesión lenta y debe estar localizada en una porción esofágica que permita la excisión y la disección radical de ganglios linfáticos regionales.
- La Radioterapia es efectiva en el carcinoma epidermoide cuando el paciente no presenta metástasis a distancia.

RECOMENDACIONES

Se necesita colaboración a nivel estatal con la oficina nacional del Cáncer a fin de contar con suficientes recursos técnicos que permitan un control y estadísticas adecuadas del Cáncer en Guatemala.

Es importante insistir en el paciente canceroso de la importancia de controles sucesivos para poder evaluar mejor la efectividad del tratamiento y la sobre vida.

Es necesario el control a nivel nacional permanente en los casos presentados.

Hacer el diagnóstico del cáncer de esófago lo más temprano que sea posible; para ésto se recomienda utilizar los medios diagnósticos más frecuentemente usados como son trago de bario, ya que de esta manera se puede diagnosticar más tempranamente.

En casos difíciles de diagnosticar Cáncer vale la pena efectuar pruebas por medio de citología exfoliativa.

Hacer una revisión de los casos tratados quirúrgicamente porque según los casos tratados a la fecha han demostrado muy malos resultados.

El tratamiento combinado es el más indicado según autores extranjeros, siempre que se haga una resección amplia, incluso en presencia de metástasis dicha combinación implica teleterapia.

- El cáncer epidermoide es sensible a la radiación aunque el paciente haya muerto por metástasis a distancia según se puede comprobar.
- No se debe someter al tratamiento quirúrgico a pacientes con riesgo alto porque los resultados serán de mal pronóstico.

BIBLIOGRAFIA

1. Appelquist, Pertti. Cancer of the oesophagus an a gastric cardio; aa retrospective study based. Acta Quirúrgica scandinavica. Supp. 430, 1972, 92 p.
2. Beteta Salazar, Guillermo E. Carcinoma de esófago; estudio de 55 casos en el Hospital General de San Juan de Dios. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1974, pp. 15-17. (Tesis).
3. Brenda S. et al. Carcinoma of oesophagus. New York journal medicine, 69: 1337-91, 1969.
4. Burdette, W. J., and Jesse R. Carcinoma of the alimentary tract; ethiology and patrhogenesis. Salt lake city University, ofuta press, 1969, 233 p.
5. ——. Carcinoma of the oesophagus. Journal thorac cardiovasc surgery. No. 63: 41-52, Jan. 1972.
6. ——. Comparative study of carcinoma of cervical and thoracic oesophagus. American journal surgery. 173 (5): 714-28, 1971.
7. Burrell, R.W. Esophageal cáncer en the Bantu S. African medical journal No. 31: 392-401, 1957.
8. Cancer Statistics. Cancer. No. 25: 8-21, Jan.-Feb, 1975.
9. Clark, R.D. et al. Carcinoma of oesophagus. American journal surgery 120: 615-9, 1970.

10. Clinical staging systems of the carcinoma of the oesophagus, cancer No. 25: 50-57, Mar-Apr, 1975.
11. Grases, Pedro J. Correlación clínica patológica en material necr6spico de un servicio de gastroenterología (revisión de 432). Revista médica venezolana, 21(1): 7-8, enero-mayo, 1974.
12. Harper, P.S., Harper, R.M.J. and A.W. Evans Howerd. Carcinoma of oesophagus with tylosis. Q. jornal medical. 39: 317-333, Jul. 1970.
13. Koehler R.E. Moss, A. Amargulis A.R. Early radiografic manifestations of the oesopagus. Radiology 119: 1-5, Abril 1976.
14. Lansing P.B., Ferante W.A. and J. L. Cohsner. Carcinoma of the oesophagus at the site of lie structure. American journal surgery. No. 118: 108-111, 1969.
15. Lorenzana, Rodolfo, Lista de valores normales de laboratorio. Hospital Roosevelt, 1976, 4p. (Circular).
16. Meglash, W.D. et al. Nitrosamines inafican alcoholic spirits and esophageal cáncer. The lancet, 2
17. Parker, E.F. et al. Carcinoma of the oesophagus. Annals surgery. 171: 746-750, 1970.
18. Parker, Gregorie Harrt. Carcinoma of the esophagus. Longterm Results. Journal american medical association. 235: 10(1018-1020), March, 1976.

19. Pearson J. G. The value of radiotherapy in the manegement of squamous esophageal cancer. British journal of surgery. No. 58: 744-798, Oct. 1971.
20. Robbins, Stanley. Tratado de patología, 3a. ed. Traductor: Homero Vela. México, Editorial Interamericana, 1968, pp. 741-47.
21. Rose, E.F. A study of esophageal cancer int the transkei. Journal national cancer institute. 51(7): 1 1967.
22. Rose, E.F. Meglashan, N.D. The espacial distribution of oesophageal carcinoma int the transkei. South Africa. British journal cancer 31; 197-198: May, 1974.
23. Rose, E.F. Esophageal cancer in the transkei. Journal national cancer institute, monog. No. 25: 83 p. 1973.
24. Rubin P. Cancer of the gastrointestinal tract I; esophagus: detection and diagnostic. Journal american medical association. No. 225: 1544-1546, Dec. 24-31, 1973.
25. Silvergerg E. Holled A.L. Major trends in cancer: 25 year survey. Cancer 25: 2-7, Jan-Feb. 1975.
26. Smithers, D.W. The treament of the carcinoma of the esophagus. No. 20: 36-49, 1957.
27. Waldheim, Carlos A. Normas en la atención de la salud. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Junio 16, 1976. (Documento mimeografiado).

28. Watson Pool, J.L. Cancer of cervical oesophagus: discusión of treatment. Surgery. 23:
29. Wichulis, A.R. et al. Achalasia and the carcinoma of the esophagus. Journal american medicine association. 215: 1638-1641. 8 Mar, 1971.
30. Wilson, S.E., Plested W.B. and J.S. Carey. Esophagogastrectomy versus radiation therapy for mid esophageal carcinoma. Annals thorac surgery. 10: 195-202, 1970.
31. Wynder, E.L., Mabuch K. Cancer of the intestinal tract I; esophagus, etiologic and enviromental factors. Journal american medical association, 226: 546-1548, Dec, 24, 1974.
32. Yamada, A. Kobayash S. et al. Study of X-ray findings of early oesophageal cancer. Australas radiol. No. 16: 238-246, Sep. 1973.

ESTUDIO SOBRE EL CANCER DE ESOFAGO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

NUMERO DE REGISTRO Clínico _____
 EDAD _____ SEXO _____ GRUPO ETNICO _____
 LUGAR DE NACIMIENTO _____ RESIDENCIA HABITUAL _____
 _____ OFICIO _____
 FECHA DE CONSULTA _____
 ANTECEDENTES _____
 ALCOHOLISMO _____
 CARACTERISTICAS _____
 DIETETICAS _____
 DENTADURA _____
 MOTIVO DE CONSULTA _____
 TIEMPO DE EVOLUCION _____
 CARACTERISTICAS DE LA DISFAGIA _____
 IMPRESION CLINICA DE INGRESO _____

METODOS DIAGNOSTICOS
 Rx _____
 ESOFAGOSCOPIA _____
 PAPANICOLAU DE LAVADO _____
 BIOPSIA _____
 ESOFAGOSCOPIA _____
 HB _____ TH HEMATOCRITO _____ SANGRE OCULTA _____
 ALBUMINA Y RELACION AG _____

TRATAMIENTO QUIRURGICO _____

RADIOTERAPIA _____

TRATAMIENTO MEDICO _____

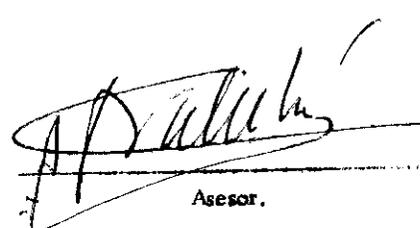
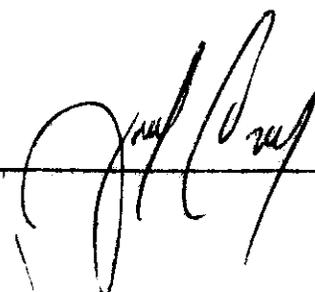
OTROS _____
MORBIMORTALIDAD _____

SOBRE VIDA _____
COMPLICACIONES _____
CAUSA DE MUERTE _____
Autopsia: _____

Asesor Vo. Bo.

Julio Cruz Chang

BR.



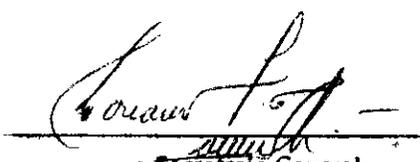
Asesor.



Revisor.

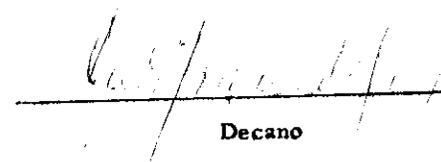


Director de Fase III.



Vo. Bo.

Secretario General



Decano