

"ESTUDIO SOBRE 116 CASOS DE CANCER DE ESOFAGO"
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
HOSPITAL ROOSEVELT

TESIS

*Presentada a la Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Médicas de la Universidad
de San Carlos de Guatemala*

Por:

RENE BLANCO MATA

en el acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

CONTENIDO

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- MATERIAL Y METODO
- 3.- VARIABLES
- 4.- PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
- 5.- DISCUSION
- 6.- CONCLUSIONES
- 7.- RECOMENDACIONES
- 8.- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El estudio del Cáncer del esófago que a continuación presentaremos es retrospectivo. En él se analizan todos los parámetros necesarios para una comprensión adecuada de lo que es este Carcinoma y su consecuencia fatal.

Al comparar este trabajo de tesis con otros realizados anteriormente, existen diferencias en las variables, es probable que éstas se deban a que en nuestro trabajo de tesis tratamos de agotar la totalidad de los casos de posible estudio en los dos hospitales Nacionales más grandes de Guatemala.

El tratamiento de este problema, durante los 22 años estudiados, no ha cambiado sustancialmente la mortalidad que presenta este Neoplasma. Los medios de Diagnóstico han variado poco, no se logra hacer temprano y, cuando éste se hace, la enfermedad está demasiado avanzada por ser este período cuando presenta la signología y sintomatología que le caracterizan.

Entre todos los antecedentes que podrían estar involucrados en la Carcinogénesis del esófago se encontraron, como los más importantes, el tabaquismo y el alcoholismo.

En los pacientes que murieron hospitalizados la sobrevivencia después del Diagnóstico estuvo entre dos y seis meses.

No se encontró información para establecer si parientes de los afectados habían padecido esta enfermedad u otro tipo de Neoplasma; los datos sobre posibles Carcinógenos fueron poco investigados en la historia de ingreso de los pacientes.

Por último podemos decir que tratamos de hacer un trabajo bien documentado para que tenga validez científica.

MATERIAL Y METODO

MATERIAL.

- 1.- *Registros Clínicos de los hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt.*
- 2.- *Instrumentos de recolección y tabulación de datos.*
- 3.- *Material Bibliográfico.*
- 4.- *Material de oficina. bolígrafo, máquina de escribir, calculadora y papel, etc.*

METODO

Para la realización del presente trabajo se seleccionaron todas las fichas clínicas de cáncer de esófago en los dos Hospitales Nacionales ya mencionados; siendo éstas según Registros Estadísticos 145, pero en la realidad se logró únicamente obtener datos de 116 casos; el resto se perdieron o incineraron y otras tenían equivocado el número de código.

Luego se revisaron los registros clínicos obteniendo los datos necesarios para elaborar el trabajo de investigación; efectuándose después la tabulación y análisis de los resultados obtenidos.

VARIABLES

Historia clínica
Edad
Sexo
Orígen
Residencia
Ocupación
Disfagia
Dolor (localización)
Náuseas y Vómitos
Desnutrición
Ganglios palpables en cuello
Duración en días de los síntomas
Obstrucción esofágica
Hematemesis
Estado socioeconómico
Tabaquismo (cantidad)
Alcoholismo (cantidad)
Operaciones anteriores, ingestión de cáusticos, etc.
Impresión clínica de ingreso
Estudio Radiológico
Hemoglobina
Hematocrito
Sangre en Heces
Parásitos
Esofegoscopia
Biopsia
Papanicolau
Muerte en días
Autopsia
Tratamiento
Localización y tipo histológico.

CUADRO NUMERO 1
CARCINOMA DEL ESOFAGO: 116 CASOS
EDAD Y SEXO

Edad por Decadas	No. de casos	Masculino		Femenino		
		o/o	No. de casos	o/o	No. de casos	o/o
31 – 40	12	10.34	9	7.76	3	2.59
41 – 50	16	13.79	9	7.76	7	6.03
51 – 60	25	21.55	13	11.21	12	10.34
61 – 70	41	35.34	30	25.86	11	9.48
71 – 80	18	15.52	12	10.34	6	5.17
81 – 90	3	2.59	1	0.86	2	1.72
91 – 100	1	0.86	1	0.86		
TOTALES	116	100.00	75	64.65	41	35.33

En el cuadro No. 1 se observa la edad y el sexo de nuestra serie de pacientes. Este muestra que el grupo etario con mayor incidencia de cáncer de esófago fué la sexta década de la vida con 35.34 o/o seguida de la quinta y séptima con 21.55 o/o y 15.51 o/o respectivamente, el paciente de menor edad era de 31 años y el de mayor edad de 91 años. En la clasificación por sexo se puede observar que hay mayor predominio masculino teniendo una incidencia de 64.65 o/o; puede verse en este mismo cuadro que el predominio de cáncer en el sexo masculino fué en la 6a. década y en el femenino en la quinta década.

CUADRO NUMERO 2
CANCER DE ESOFAGO: 116 PACIENTES
ORIGEN Y RESIDENCIA

ORIGEN	No. de Casos	No. de Casos
Guatemala	45	78
Santa Rosa	8	6
Chimaltenango	8	4
Sacatepéquez	6	4
Quiché	5	2
Jutiapa	5	2
Suchitepéquez	4	3
Jalapa	4	—
Retalhuleu	4	2
Quetzaltenango	4	2
San Marcos	4	4
Progreso	3	1
Huehuetenango	3	1
Zacapa	3	2
Baja Verapaz	2	—
Chiquimula	2	2
Salvador	1	—
México	1	—
Totonicapán	1	—
Alta Verapaz	1	—
Escuintla	1	2
Honduras	1	—
Izabal	—	1
TOTALES	116	116

El Cuadro No. 2 nos presenta que la mayor parte de pacientes eran originarios y residentes de esta capital.

CUADRO NUMERO 3
CARCINOMA DEL ESOFAGO: 116 CASOS
OCUPACION

OCUPACION	No. de casos	Porcentaje
Oficios Domésticos	39	33.62
Agricultor	34	29.31
Ninguna	8	6.90
Albañil	5	4.31
Comerciante	5	4.31
Carpintero	3	2.59
Jornalero	3	2.59
Costureras	2	1.72
Músicos	2	1.72
Zapateros	2	1.72
Panificador	2	1.72
Piloto Automovilista	1	0.86
Aserrador	1	0.86
Pirotécnico	1	0.86
Talabartero	1	0.86
Tejedor	1	0.86
Constructor	1	0.86
Conserje	1	0.86
Pintor	1	0.86
Destazador	1	0.86
Oficinista	1	0.86
Caporal	1	0.86
TOTAL	116	100.00

La ocupación de los pacientes se encuentra ilustrada en el cuadro número 3, puede observarse que eran amas de casa y agricultores en su gran mayoría, lo que nos indica que son de bajos ingresos económicos.

CUADRO NUMERO 4
CARCINOMA DEL ESOFAGO: 116 CASOS
SINTOMAS Y SIGNOS

SINTOMA O SIGNO	No. de casos	Porcentaje
Disfagia	110	94.83
Dolor	91	78.45
Náuseas y Vómitos	69	59.48
Desnutrición	78	67.24
Ganglios palpables en cuello	26	22.41
Hematemesis	10	8.62

En el cuadro de Síntomas y Signos, la Disfagia fué el síntoma predominante, en el 94.83 o/o de los pacientes, seguido por el dolor con un 78.45 o/o y Náuseas y Vómitos con el 59.48 o/o. El signo más relevante fué la desnutrición, ya que la presentaron el 100 o/o de los pacientes, y el 67.24 o/o en forma severa. La duración, que indicaron los pacientes para dicha sintomatología fué de un mínimo de 15 días y un máximo de 3 años, aunque la mayoría osciló entre 2 y 6 meses. Como se puede observar en las fichas clínicas la Disfagia fué progresiva, la mayoría de pacientes refirió tener primero problemas para la ingestión de sólidos, luego alimentos blandos y por último dificultad para deglutir líquidos. Refirieron obstrucción esofágica completa 41 pacientes equivalente al 35.34 o/o; tuvieron Dolor retroesternal 91 de los pacientes (78.45 o/o) y la mayoría de las veces se presentaba al ingerir alimentos.

Solo diez pacientes refirieron Hematemesis en toda la serie equivalente al 8.62 o/o.

Otro antecedente de importancia relacionado con el carcinoma del esófago son. las bebidas alcohólicas y tabaquismo, en esta serie 27 pacientes eran o habían sido bebedores crónicos con un promedio de 2 octavos diarios; 47 pacientes eran fumadores de 5 cigarrillos mínimo y 40 cigarrillos como máximo.

CUADRO NUMERO 5
CARCINOMA DEL ESOFAGO: 116 CASOS
IMPRESION CLINICA

IMPRESION CLINICA	No. de Casos	Porcentaje
Ca. de Esófago	79	68.10
Ca. de Estómago	12	10.34
Ca. de Laringe	3	2.59
Enfermedad Péptica	3	2.59
Carcinoma Cardioesofágico	3	2.59
Disfagia de Etiología a Determinar	2	1.72
Parálisis de Cuerdas Bucales de Etiología a Determinar	2	1.72
Ca. Post Cricoideo	2	1.72
Neoplasia oculta a Descartar	1	0.86
Adenitis por T.B.	1	0.86
Antiperistaltismo de Esófago	1	0.86
Absceso Pulmonar Lóbulo Sup. Der	1	0.86
Síndrome de Plumer Vinson	1	0.86
Síndrome Mediastínico	1	0.86
Ca. de Tiroides	1	0.86
T. B. Pulmonar	1	0.86
Neumonía Basal Derecha	1	0.86
Faringitis	1	0.86
Acalasia	1	0.86
Proceso Esofágico a Descartar	1	0.86
Laringitis a T. B.	1	0.86
Esofagitis	1	0.86

En el cuadro Número 5 se observa la impresión clínica de ingreso, en el 68.10 o/o se pensó en Carcinoma del Esófago y como segunda instancia Carcinoma de Estómago con el 10.34 o/o, lo que demuestra que la signología y sintomatología era bastante evidente para pensar en un cáncer Gastro Intestinal.

CUADRO NUMERO 6
CARCINOMA DEL ESOFAGO: 116 CASOS
ESTUDIO RADIOLOGICO

Tipo de Estudio	No. de casos	Porcentaje
Tórax	109	93.96
Esofagograma	81	69.83
Serie Gastroduodenal	32	27.59
Enema de Bario	3	2.59
Cráneo	3	2.59
Serie Esófago Gástrica	1	0.86
Cuello	3	2.59
Abdomen	2	1.72
Colecistograma	2	1.72
Broncografía	1	0.86
Centellograma Tiroides	1	0.86
Aortograma	1	0.86
Pielograma	1	0.86

En el cuadro No. 6 se observa que al 93.96 o/o de los pacientes se les hizo examen radiológico del Tórax; siguiendo en orden descendente Esofagograma 81 (69.83 o/o) y Serie Gastroduodenal 32 (27.59 o/o), por lo que a la mayoría se les efectuó examen importante y vital para hacer diagnóstico de Cáncer de Esófago. A tres pacientes se les diagnosticó sin Radiología.

Se efectuaron otros exámenes que fueron:

Hemoglobina: el resultado menor fué de 6.5 o/o y el máximo de 15.56 o/o, así como el de Hematocrito oscilaron entre 19 y 48 mm. por hora; con promedio de 11.6 o/o y 33.5 mm. por hora respectivamente.

Se efectuaron 35 exámenes de heces, encontrándose sangre oculta en 7 de ellos; así como 8 positivos a uncinaria, 6 a ascaris; 3 con tricocéfalos y 1 con amebas.

CUADRO NUMERO 7
CARCINOMA DEL ESOFAGO: 116 CASOS
OTROS ESTUDIOS

TIPO	No. de casos	Porcentaje
Esofagoscopia	112	96.55
Biopsia	112	96.55
Papanicolau (2+) (5-)	7	6.03

Este cuadro nos indica que a 112 pacientes (96.55 o/o) se les efectuó Esofagoscopia y Biopsia siendo éste el medio de diagnóstico más acertado, se les efectuó Papanicolau a 7 pacientes (6.03 o/o) saliendo 2 positivos y 5 negativos.

Los 4 pacientes restantes se distribuyen así:

En 3 no se encontró ninguna información en la ficha clínica, 1 murió antes de efectuarse el Diagnóstico por Biopsia, haciéndose éste por medio de la necropsia.

CUADRO NUMERO 8
CARCINOMA DEL ESOFAGO: 116 CASOS
TRATAMIENTOS

TIPO	No. de casos	Porcentaje
Radioterapia	28	24.14
Gastrostomía	26	22.41
Sustitución de Esófago por Cólón	14	12.07
Esofagogastrectomía	11	9.48
Piloroplastía	8	6.90
Se retiró del Hospital (Anuencia a Tx)	7	6.03
Tratamiento no aparece en		
Récord Clínico	5	4.31
Espleceptomía	5	4.31
esofagectomía	4	3.45
Traqueostomía	4	3.45
Gastrectomía	3	2.59
Hepatectomía Parcial	1	0.86
Sintomático	1	0.86
Vagotomía	1	0.86
Colecistectomía	1	0.86

En el cuadro No. 8 aparecen los tratamientos instituidos teniendo el primer lugar la Radioterapia con 24.14 o/o Gastrostomía el 22.41 o/o y en tercer lugar sustitución de Esófago por Colon con un 12.07 o/o.

Hubo un porcentaje considerable de infección post-operatoria en estos pacientes por lo que fueron tratados con antibioticoterapia; se aplicó radioterapia a los pacientes que por localización y tipo

histológico de cáncer así lo indicaba y a otros como tratamiento paliativo, pues eran avanzadas las metástasis a otros órganos.

Sólo 1 paciente recibió tratamiento quirúrgico (sustitución de Esófago por Colon) más Radioterapia; la mayoría recibieron Radioterapia y Gastrostomía combinada. La Radioterapia fué de 5,000 Rads en promedio con una duración de 2 a 4 semanas.

CUADRO NUMERO 9
CARCINOMA DEL ESOFAGO: 116 CASOS
LOCALIZACION ANATOMICA Y TIPO HISTOLOGICO

REGION	Casos	Porcentaje	No definido	Escamoso	Adeno-carcinoma	Indiferenciado
Tercio Medio	39	33.62	4	29	1	5
Tercio Inferior	34	29.31	1	18	12	3
Tercio Superior	33	28.45	1	28	1	3
No Definida	6	5.17	3	3	0	0
Cardias	4	3.45	0	1	3	0
TOTALES	116	100.00	9	79	17	11

El Cuadro No. 9 indica la región anatómica y el tipo histológico determinado por Diagnóstico de Esofagoscopia y Biopsia o estudio Post Mortem.

Se puede observar que la región más afectada fué el Tercio medio con 39 casos (33.62 o/o), continuando el Tercio Inferior con 34 casos (29.31 o/o) y en tercer lugar Tercio Superior con 33 casos (28.45 o/o); el tipo histológico predominante fué el escamoso con 79 casos (68.10 o/o), segundo lugar el Adenocarcinoma con 17 casos (14.65 o/o) y en tercer lugar el Indiferenciado con 11 casos (9.48 o/o).

En 6 casos no aparece descrita la región más afectada por lo que queda indefinida.

En 9 casos no se definió el tipo histológico debido a que las biopsias fueron negativas no lográndose confirmar el diagnóstico clínico y radiológico ya hecho, y en otros 3 casos no obtuvimos información en la ficha clínica.

Al revisar las fichas clínicas de los que fallecieron intrahospitalariamente tuvieron una sobrevivencia después del ingreso de un mínimo de 4 días y un máximo de 262 días.

DISCUSION

Los casos por nosotros estudiados en los Hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt en un intervalo de 22 años comprendidos de 1955 a 1977 son en total 116, en donde podemos observar que:

El cáncer del Esófago en Guatemala ocupa el tercer lugar entre los Neoplasmas, precedido por Carcinoma del Estómago y Colon.⁽⁶⁾ En Estados Unidos de Norteamérica el Cáncer de Esófago es el 1.1 o/o de todos los cánceres en ambos sexos siendo el 1.7 o/o en hombres y 0.6 o/o en mujeres;⁽¹³⁾ lo que equivale al 3.4 casos por 100,000 y va en aumento sobre todo en la raza negra, mientras que en Puerto Rico es de 35.2 por 100,000, en Francia 56.1 por 100,000, en Africa del Sur, Rodesia, Malawi y Kenya el Cáncer del Esófago representa del 16 o/o al 30 o/o de todos los tumores;⁽¹³⁾ En Irán (Noroeste), de los 65 años en adelante corren el riesgo de tener Cáncer 1 de cada 6.

En la URSS la incidencia es de 111 por 100,000; en el Norte de China 109 por 100,000,⁽¹³⁾ en el Japón es de 46.3 o/o en hombres arriba de 35 años y en Estados Unidos 10 o/o en hombres de la misma edad.⁽⁵⁾ Se sabe además que la menor incidencia de este neoplasma se ha encontrado entre el Indio Americano y los Congolese.⁽³⁾

La incidencia de Carcinoma Esofágico en nuestro medio es 11 hombres por 6 mujeres, lo que es similar a otros estudios pues en la mayoría hay predominio del sexo masculino, como por ejemplo: Calcuta 2:1,⁽⁷⁾ Houston 7:1, Johannesburgo 9:1⁽³⁾ en este último tiene importancia la raza Bantú que como veremos posteriormente tiene una alta incidencia; Suiza 9:1, Francia 1.3:1; Oeste Kenya 11.8:1; En E.E.U.U. Raza Blanca 3.6:1, Raza Negra 4.5:1.⁽¹³⁾

En donde es bastante similar en distribución es en Suecia y Finlandia donde el 40 al 50 o/o son mujeres,⁽⁵⁾ y entre los Chinos, Rusos y Escoceses en donde la relación es de 4 a 1.⁽²⁾

Como observaremos en la mayoría de estudios, el predominio del Carcinoma del Esófago en los hombres, según explican algunos autores, es debido a que el hombre se expone a 2 agentes que pueden considerarse como entidades etiológicas: el tabaco y las bebidas alcohólicas, (2,3,5,13,21,24) apoya esta hipótesis el hecho de que en el Estado de UTHA (EE.UU) hay baja incidencia de Carcinoma Esofágico debido a que la gran mayoría (72 o/o) son mormones y se les prohíbe fumar e ingerir bebidas alcohólicas.

En nuestra serie 27 pacientes eran bebedores crónicos con un promedio de 2 octavos diarios y 47 fumaban de 5 a 40 cigarrillos como máximo.

En estudios hechos en otras latitudes se observa que las bebidas alcohólicas como el Brandy, bourbon, scotch y whisky contienen pequeñas cantidades de hidrocarburos aromáticos policíclicos, considerados como cancerígenos produciendo papilomas a nivel gástrico. (13)

En Transkei los Bantú tienen una alta incidencia de Cáncer del Esófago debido a varios factores entre los que podemos mencionar: Los hombres trabajan en minas de oro, preparan la leche para los niños con el jugo de una fruta (*Solanum Incanum*) que la acidifica y ésta contiene Dimetil Nitrosamina un agente cancerígeno; se ha experimentado con ratas y se ha visto que es suficiente 10 mg/kg para producir tumor, (2,3,7,13,15) además producen una bebida alcohólica casera a base de maíz y sorgo, explica el autor que el mecanismo es diferente pues el maíz con el que es producida contiene aflatoxina que es otro cancerígeno. (13)

En Guatemala habría que investigar las bebidas alcohólicas producidas por el indígena que son a base de maíz y podría encontrarse el mismo cancerígeno.

Otro agente etiológico son las bebidas calientes como el café, té y atoles, consumidas por ejemplo por las mujeres escocesas, los hombres

chinos y rusos. (2) En Guatemala es bien sabido que la mayoría de las personas consumen café caliente en grandes cantidades, así como atole de maíz; las bebidas calientes son un agente etiológico térmico que causa irritación de la mucosa esofágica y gástrica.

Otro ejemplo de las Nitrosaminas ocurren en United Kingdom que en 1953 el agua potable contenía 90 mg/litro de nitrato y de 1963 a 1971 bajaron la cantidad a 10 mg/litro, observándose que la incidencia de cáncer esofágico que era igual en todas las estructuras sociales bajó considerablemente, (13,24) sería interesante investigar la cantidad de nitratos en el agua potable que consumimos. Otro agente etiológico es la tierra. En Irán y en Transkei hay alta incidencia de Cáncer del Esófago, el clima es árido, el suelo es alcalino y salitroso, además de ser deficiente en Molibdeno, hierro, Zinc, boro, magnesio y aplicación de fertilizantes. Esta deficiencia predispone a las plantas a enfermedades fungosas que producen nitrosaminas, aunado a esto la deficiencia de las personas de vitamina A, riboflavina y vitamina C, que afecta a clases sociales pobres, lo que hace que haya predisposición al Cáncer Esofágico. (13,15)

Es natural que también se den estas situaciones en nuestro país, tanto en lo referente a suelos como a la deficiencia nutricional de los estratos sociales bajos. En nuestra serie estudiada se pudo constatar que el 100 o/o tenía mala dentadura lo que, hacen, tengan mala masticación y por ende irritación secundaria del esófago, tomado en cuenta como agente etiológico mecánico. (2,13)

En Ice Land hay una alta incidencia de cáncer sobre todo en Skagsfjardarsýsla en donde en 30 años estudiados murieron 63 personas de cáncer equivalente al 45 o/o del total de las muertes, tomándose como principal agente etiológico la carne ahumada que allí se consume; (13) en algunas áreas de nuestro territorio cuando consumen carne no es raro observar que para que se preserve la carne la dejan encima del fogón en donde se seca, y se llena de humo y de hollín, aunque son escasas esas áreas en nuestro territorio.

No se encuentra relación etiológica entre la ocupación y el Cáncer de Esófago en nuestra serie ya que en su mayoría eran amas de casa y agricultores, es bien sabido que en otras áreas sí tiene importancia, como por ejemplo en los mineros o personas que laboran con petróleo, asbestos, alquitrán, brea, plomo, grafito, hollín, trabajadores en metal, o personas que por su oficio están cerca de bebidas alcohólicas y por ende hay mayor consumo de las mismas, ejemplo: fábrica de cervezas, taberneros y empleados de hotel.⁽¹³⁾

En nuestros pacientes no se pudo establecer ninguna relación de tipo familiar en la enfermedad, pues hasta donde se comprobó en las fichas clínicas, ningún familiar había padecido de Cáncer de Esófago, ni que tuvieran asociado Tilosis, Acantosis Nigricans o Dermatomiositis. En estudios hechos en otras latitudes se les atribuye una relación con las entidades antes mencionadas;^(1,13,14,16) En estos estudios refieren que los pacientes con Tilosis pueden presentar Cáncer de Esófago hasta en un 70 o/o. Se ha descrito también mayor frecuencia de Carcinoma Esofágico a quienes se les ha efectuado Cirugía Gástrica anteriormente.^(1,13)

En nuestro grupo a un paciente se le efectuó Gastrectomía subtotal por úlcera benigna; a otro una hernioplastia del Hiato; y a otro paciente una resección de tumor esofágico tres años antes de su último ingreso.

En nuestro estudio no se observó hipercalcemia asociada a Cáncer de Esófago como se relaciona en otras latitudes.⁽¹⁸⁾

El número de casos por nosotros estudiados ha tenido una incidencia de 3 a 8 por año, no así en otros países en que va en aumento.^(2,3,13,15) En Estados Unidos mueren de 6,300 a 7,400 casos por año equivalentes al 4 o/o de las muertes por Cáncer.^(2,13)

Esto es debido seguramente a que la población tiene mayor longevidad que la nuestra y que el carcinoma se presenta entre la 5a. y 7a. década de la vida,^(2,9,13) no así en nuestra población que tiene un

promedio de vida entre la 4a. y 5a. décadas. Posiblemente al mejorar las condiciones generales de vida en nuestro país y aumentar la longevidad de nuestra población veremos una mayor incidencia de esta enfermedad.⁽¹⁾

En nuestra serie tuvo mayor incidencia de Cáncer entre la 5a. y 6a. décadas con un 56.89 o/o, siendo muy parecida a otros estudios.^{(2,9,13).}

En cuanto al sexo como se dijo anteriormente, hay predominio del sexo masculino con un 64.65 o/o.

En lo referente a signología y sintomatología se pudo constatar que la Disfagia fué el síntoma más predominante con 94.83 o/o de los pacientes seguido por el dolor con un 78.45 o/o; Náuseas y vómitos con el 59.48 o/o. La Disfagia fué progresiva primero para la ingestión de sólidos, luego alimentos blandos y por último dificultad para deglutir líquidos, ésto está de acuerdo a otros estudios realizados.^(2,3,5,7,11)

Luego fué el dolor retroesternal y por último Náuseas y Vómitos. La malnutrición se presentó en el 100 o/o de los casos siendo severa en un 67.24 o/o, además presentaron Ganglios supraclaviculares o palpables en cuello el 22.42 o/o; todos éstos hallazgos se encuentran bien estudiados^(2,3,5,7,11) y son similares.

En lo que se refiere a la impresión clínica de Ingreso, en nuestra serie se observa que en el 68.1 o/o se tuvo ésta bien acertada, teniéndose la impresión de acalasia en un caso, y de Plummer Vinson en otro. En otros estudios éstas entidades se han relacionado íntimamente con cáncer de esófago; en la acalasia no hay relajación del Cardias (Auerbach atrófico) hay megaesófago, se retienen los alimentos en dicho órgano produciendo irritación y esofagitis, Fogge (1872) fué el primero en describirlo, viéndose que el 99 o/o son pacientes del sexo masculino; en una serie estudiada se observan los síntomas entre el descubrimiento de acalasia y Cáncer de Esófago de 8 meses a 40 años; casi siempre degenera a Cáncer Epidermoide localizado en general en 1/3

medio y 1/3 distal; tienen el 91 o/o de susceptibilidad.^(2,4,5,10,13,21) El Síndrome de Plummer Vinson por el contrario se ve más en mujeres. En Suecia y Sudeste de Escocia es donde se ve hasta un 32 o/o de Cáncer en el sexo femenino y se localiza en 1/3 proximal.

Aunque no aparece en nuestra serie, otra enfermedad asociada a este Neoplasma es la Hernia del Hiato,^(2,5,10,13,21) en donde parte del estómago se encuentra intratorácico, la presión estomacal vence a la torácica, habiendo por ende reflujo y esofagitis lo que posiblemente con el tiempo produzca Cáncer.

Al 97.42 o/o de nuestros pacientes se les efectuó Esófagograma y serie Gastroduodenal con lo que se confirmó el Diagnóstico de Cáncer de Esófago Radiológicamente, en otros lugares se efectúan dichos estudios complementarios para el diagnóstico.^(2,5,13)

Se efectuó en el 96.55 o/o esofagoscopia y Biopsia, teniendo con esto un Diagnóstico certero, la Citología exfoliativa (Papanicolau) se efectuó en 7 pacientes (6.03 o/o) saliendo 2 positivos y 5 negativos, estos estudios se efectúan en otras latitudes para confirmar el Diagnóstico. En E.E.U.U. el 88 o/o de los casos se confirma microscópicamente.⁽¹³⁾

En lo que respecta al tratamiento podemos decir que ha cambiado poco a través de los años en nuestra serie. La radioterapia ocupó el primer lugar con un 24.14 o/o, seguido de Gastrostomía con 22.41 o/o y por último sustitución de Esófago por Colon con un 12.07 o/o. Sólo un paciente recibió tratamiento quirúrgico (sustitución de esófago por colon), más radioterapia. La mayoría recibieron Radioterapia y Gastrostomía combinada.

La radioterapia fué de 5,000 rads en un lapso de 2 a 4 semanas.

Debe dejarse constancia 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 de o no radioterapia previa.^(1,2,3,15,17)

Hay lesiones irresecables, las cuales la gastrostomía no ofrece ningún alivio, por lo que 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.^(1,2) Se ha comprobado la gran capacidad de la radioterapia para resolver los carcinomas de tipo Epidermoide, los que fueron más frecuentes en nuestra serie, y la cual se instituyó el 24.14 o/o.

Otros autores creen que en lesiones del 1/3 proximal que tienen mal pronóstico es mejor irradiar y luego operar.^(5,9,11,12,15)

Otro autor refiere que cuando la lesión no es operable se puede seguir los siguientes esquemas:

- 1.) Metrotexate dosis total de 100 a 300 mg. de 2 a diez días.
- 2.) 5-Fluoruracilo (5-FU) dosis de 3 a 10 gr. intraarterial en un lapso de 5 a 20 días.

Cualesquiera de los dos esquemas más Radioterapia.

En nuestra serie no se utilizó en ningún caso, desconociéndose la razón.

Nakayama refiere que hay sobrevida sólo con operación en 21 o/o a los tres años, 15.4 o/o a los 4 años, y 19.1 o/o a los 5 años, en comparación de una sobrevida mayor con irradiación preoperatoria como sigue: 27.5 o/o a los tres años; 31.8 o/o a los 4 años, y 37.5 o/o a los cinco años.⁽¹¹⁾

Los pacientes de nuestra serie después de su ingreso al Hospital tuvieron una sobrevida que osciló entre 4 días y 262 días.

En contraste con estudios de Nakayama que ha logrado una sobrevivencia de 5 años en el 40 o/o de los pacientes estudiados en sus series.⁽¹¹⁾

Los mejores resultados en el tratamiento del Carcinoma del Tercio inferior se han obtenido a través de las intervenciones quirúrgicas, y la Radioterapia ha logrado mejores resultados en el 1/3 Medio y Superior.^(1,2)

Por último merecen comentarse los datos que se refieren 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.^(2,3,5,12,13,19)

En el grupo de pacientes por nosotros estudiados, hubo una mayor incidencia de Neoplasias en el 1/3 Medio (33.62 o/o), seguido por el Tercio Inferior (29.31 o/o), y por último el Tercio Superior (28.45 o/o).

El tipo histológico más importante fué el Escamoso con 79 casos (68.10 o/o); segundo lugar el Adenocarcinoma con 17 casos (14.65 o/o); y en tercer lugar el Indiferenciado con 11 casos (9.48 o/o).

Es importante notar que todos estos resultados son cuantificaciones de casos concretos expuestos en forma general; sin embargo en este Neoplasma, influyen las condiciones de la lesión y el estado general del paciente. Por esta razón, los resultados al tratamiento varían según el autor que se consulte.

Nosotros escogimos los de aquellos autores cuyas estadísticas eran coherentes con las nuestras en la Bibliografía de más reciente edición.

CONCLUSIONES

- 1.- El cáncer de Esófago afectó más al grupo etario comprendido en la sexta década de la vida en general.
- 2.- El cáncer predominó en el sexo masculino en una proporción de 11 a 6 sobre el sexo femenino.
- 3.- La mayoría de pacientes son originarios y residentes de la capital.
- 4.- La ocupación de los pacientes en su gran mayoría era de Oficios domésticos para la mujer, y agricultores los hombres.
- 5.- La mayoría de pacientes eran de escasos recursos económicos.
- 6.- Los síntomas y signos más relevantes fueron: la disfagia en el 94.83 o/o y la desnutrición que la sufrían en grados variables pero en forma severa el 67.24 o/o.
- 7.- El tiempo de duración de la sintomatología osciló entre 15 días y 3 años.
- 8.- 41 pacientes (35.34 o/o) tuvieron obstrucción completa del esófago.
- 9.- El diagnóstico al ingreso de los pacientes al hospital fué acertado en el 68.10 o/o.
- 10.- Al 97.41 o/o de los pacientes se les efectuó Esofagograma o Serie Gastroduodenal, examen radiológico vital para Diagnóstico.
- 11.- En únicamente el 6.03 o/o de los pacientes se encontró sangre oculta en heces.

- 12.- Solamente se hizo examen de heces al 30.17 o/o de los pacientes.
- 13.- El método de Diagnóstico más acertado fué la Esofagoscopia y Biopsia, efectuándosele al 96.55 o/o de los pacientes.
- 14.- Sólo al 6.03 o/o de los pacientes se les efectuó Papanicolau del lavado Esofágico siendo un método muy poco utilizado en nuestro medio.
- 15.- El tratamiento que más se aplicó fué la Radioterapia (24.14o/o)
- 16.- El Tercio Medio del esófago fué el más afectado (33.62 o/o).
- 17.- El tipo histológico predominante fué el Escamoso (68.10 o/o).
- 18.- La sobrevida de los pacientes de esta serie después de su ingreso al hospital fué entre 4 y 262 días.

RECOMENDACIONES

- 1.- Propugnar por el uso de el lavado esofágico y el estudio del sedimento por el método de Papanicolau aunado a la Esofagoscopia y Biopsia para facilitar el Diagnóstico y hacerlo más certero.
- 2.- Que médicos y estudiantes sigan en años posteriores el estudio de el Cáncer de Esófago para que además de tener estudios científicos al respecto, se conozcan los avances de Diagnosis y Tratamiento.
- 3.- Debe utilizarse esencialmente el tratamiento quirúrgico en lesiones del tercio distal con o sin Radioterapia y el tratamiento Radioterapéutico en las lesiones del Tercio proximal y Medio.
- 4.- Usar Quimioterapéuticos en situaciones en que el tratamiento quirúrgico ni el Radioterapéutico tienen efectividad.
- 5.- Que otros investigadores y profesionales relacionados con la medicina investiguen sobre los posibles carcinogénicos que existen en el país, para poder así prevenir hasta donde sea posible el contacto con los mismos y evitar esta clase de Neoplasma u otro.
- 6.- Mejorar las condiciones Socioeconómicas y culturales de los habitantes de nuestro país para evitar hasta donde sea posible el desarrollo de este tipo de Neoplasma y de otras enfermedades que dependen de estas condiciones.
- 7.- Enseñar a la familia y a los pacientes que sufren de esta enfermedad, a sobrellevar en la mejor forma posible las consecuencias fatales de la misma.

BIBLIOGRAFIA

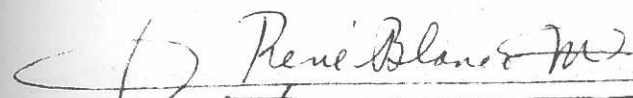
- 1.- Beteta Salazar, Guillermo Enrique. *Carcinoma del Esófago. Estudio de 55 casos en el Hospital General San Juan de Dios.* 19 p. 1973.
- 2.- Bockus, H. L. *Gastroenterología. Versión Española de Francisco Villardel.* 2a. Edición. Barcelona, Salvat Editorial, S. A. 1965. pp 182-95.
- 3.- Burdette, W. J. *Palliative Operation for Carcinoma of Cervical and Thoracic Esophagus.* *Ann Surg*; 173(5): 714-28. 1971.
- 4.- Carter, Richard. et. al. *Achalasia and esophageal Carcinoma studies en early diagnosis for improved surgical management.* *Ann J Surg.* 130(2): 114-20 aug 75.
- 5.- Castro, H. F. *Cáncer del Esófago. Oncología Clínica. Estudio Multidisciplinario Médico-Quirúrgico. Hospital General San Juan de Dios Guatemala, C. A. American Cancer Society, U. S. A. 1978* 182-91.
- 6.- Chapeton Ramírez, E. F. *Carcinoides. Revisión de los casos del Hospital General San Juan de Dios de los años de 1957 a 1972 Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala. Fac. C. C.M.M. 1972. pág. 15.*
- 7.- Das, M. M. *Carcinoma Oesophagus (A Review of 326 Cases)* *Journal Indian Medical Association* Vol. 57 No. 2 pp 44-52. Jul. 16 1971.
- 8.- De León Herrera, Darío Virgilio. *Consideración sobre Sustitución Total de Esófago por Colon Izquierdo.* 56 p. Guatemala, 1966.

- 9.— Gough, T. A. A Search for Volatile Nitrosamine in East African Spirit. *Gut* 18(4). 301-2, april 77.
- 10.— Gowing, N.F.C. Miscellaneous Lessons Associated with Carcinoma of the oesophagus. *Monographs on Neoplastic Disease General Editor. D. W. Smithers, Vol. 4 Tumors of the oesophagus* pp 81 (1961).
- 11.— Jacobson, Folke. The Patterson-Kelly (Plummer-Vinson) Syndrome and Carcinoma of the Cervical oesophagus. *Monographs on Neoplastic Disease General Editor: D. W. Smithers Vol. 4 Tumors of the oesophagus* pp 53-60 (1961).
- 12.— Marks, Richard D. Jr. et. al. Preoperative Radiation Therapy for Carcinoma of the Esophagus. *Cancer* 38(1): 84-9, July 1976.
- 13.— Lipkin, Martin. Epidemiology of Esophageal Cancer. *Gastrointestinal Tract Cancer. Ed. Plenum Medical Books Company, New York and London. 1978* p 145-168.
- 14.— Mohansingh, M. P. Mortality of oesophageal surgery in elderly. *Br. J. Surg.* 63(8): 579-80. August 1976.
- 15.— Nakayama, K., Orihata, H., and Yagamuchi, K. Surgical treatment combined with preoperative concentrated irradiation for esophageal cancer. *Cancer*, 20(5): 778-88, 1967.
- 16.— Pearson, James G. The present status and future potential of Radiotherapy in the Management of esophageal cancer. 39 (2 Suppl). 882-90, Feb. 1977.
- 17.— Petrov, B. A. Resection of the Thoracic Esophagus for Cancer. *Cancer*, 20(5): 789-92, 1967.
- 18.— Ritter, Samuel B. Esophageal Cancer, Hyperkeratosis, and oral Leukoplakia, occurrence in a 25 year old women. *JAMA*

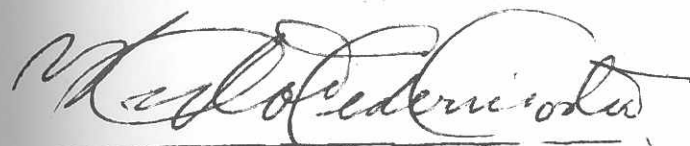
- 239(16). 1723, 19 Apr 1976.
- 19.— Roach, W. A. an attempt on a Course and Prevention of oesophageal Cancer in the Transkei Bantu. *S. Afr. Med. J.* 47: 348-51, 24 Feb. 1973.
- 20.— Schwidnt, W. D., et. al. Thylosis and intratoracic neoplasms. *Chest*, 57(6): 590-1, 1970.
- 21.— Achalasia, Hiatus Hernia, Muscle Hypertrophy. Columnar Cell oesophageal Mucosa and Their association with oesophageal Tumors. *Monographs on Neoplastic Disease General Editor: D. W. Smithers, Vol. 4, Tumors of the oesophagus* pp 61-75. 1961.
- 22.— Sosa Aguirre, Duncan Waldemar. *Cancer Esófago-Gastrointestinal en el Hospital Roosevelt. Guatemala. (1959) 1968.* 49 p.
- 23.— Stephens, Ronald C., et. al. Hipercalcemia in Epidermoid Tumors of the Head and Neck and Esophagus. *Cancer* 31:1487-91, Jun 73.
- 24.— Stockes, Percy. Some Geographical, occupational and Social Factors Predisposing to Carcinoma of the oesophagus. *Monographs on Neoplastic Disease General Editor: W. D. Smithers, Vol. 4. Tumors of the oesophagus* pp 37-52 (1961).
- 25.— Stone, Richard, et. al. Carcinoma of the Gastroesophageal junction. A ten year experience with esophagogastrectomy. *Ann J. Surg.* 134(1): 70-6, July 1977.
- 26.— Ushigone, S. et. al. Extensive Dysplasia and Carcinoma in Situ of Esophageal epithelium. *Cancer* 20(6). 1023-29, 1967.

27.- Wapnick, Simon. et. al. Cigarette Smoking, alcohol and Cancer of the oesophagus. S. Af. Med. JAMA 46: 2023-6, 23 Dec. 72

28.- Wilkins, Earle W. et. al. Colon Esophageal by Pass. Ann J. Surg. 129(4). 394-400 Apr. 75.

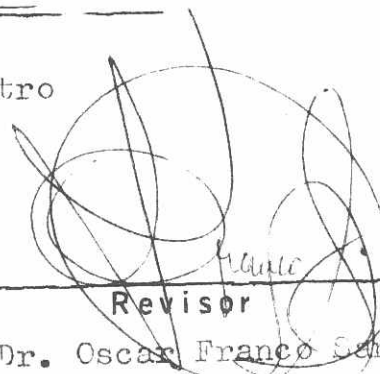


Br. René Blanco Mata



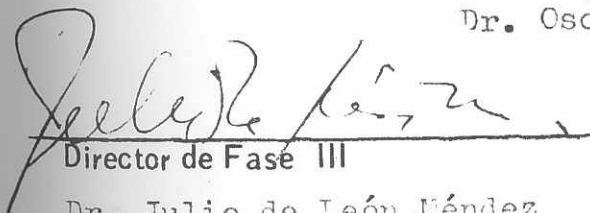
Asesor

Dr. H. Federico Castro



Revisor

Dr. Oscar Franco Santisteban



Director de Fase III

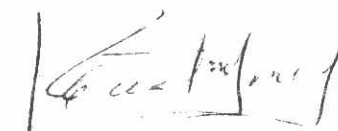
Dr. Julio de León Méndez



Secretario General

Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo.Bo.



Decano

Dr. Rolando Castillo Lontalvo.