

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CANCER DEL ESOFAGO

TESIS

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

Por

PEDRO JOAQUIN EZEQUIEL GARCIA PINTO

Previo a optar el titulo de

MEDICO Y CIRUJANO

CONTENIDO

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. ASPECTOS GENERALES
- IV. MATERIAL Y METODO
- V. PRESENTACION DE RESULTADOS
- VI. DISCUSION
- VII. CONCLUSIONES
- VIII. RECOMENDACIONES
- IX. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El cáncer del esófago tiene una prevalencia variable en todo el mundo. Algunas poblaciones como Traskey, Curazao, Honan la incidencia es demasiado alta, no así en otros grupos humanos tales como los indios norteamericanos y los ingleses donde la enfermedad es rara. (8,11,15,4)

En lo que respecta al sexo el más afectado varía dependiendo de la región sujeta a estudio. En Bantu (raza negra) es de 35 por 100,000 habitantes masculinos y de 17 a 19 por 100,000 habitantes femeninos, habiendo en ellos un predominio de hombres sobre mujeres en una proporción de 2 a 1 (3,30). En Kenya la proporción es de 10.6 a 1 predominando el hombre (6). En Chile la proporción es de 3 a 1 predominando el sexo masculino (22). La proporción en los Estados Unidos de norte América es de 6 a 1.1 con predominio del sexo masculino, pero en Finlandia la frecuencia es de 11 por 100,000 habitantes mujeres con relación al hombre que son 5.4 por 100,000 habitantes. (6)

En relación al cáncer del esófago es más frecuente entre la 4a. a 6a. década de la vida. (2)

ETIOLOGIA

La etiología real del carcinoma del esófago es incierto como el caso de los otros carcinomas humanos, habiéndose incriminado a varios agentes etiológicos como sigue:

Familiares de pacientes que padecen de carcinoma del esófago tienen alta incidencia de este tipo de cáncer en comparación a la población en general (2,23). La Tilosis (queratosis palmar y plantar) es una enfermedad hereditaria por un gen dominante autosómico y pacientes que presentan esta enfermedad no es raro que desarrollen un carcinoma del esófago en un 70%. (8,33) Pacientes con historia de acalasia tienen 7 veces mas predisposición a sufrir carcinoma de esófago que una persona normal.

Una persona que sufre una estenosis esofágica por úlcera péptica tiene 6 veces mas predisposición que la población general. También se puede observar que los pacientes que sufren estenosis secundarias a ingestión de soda cáustica tienen 22 veces más riesgo que una persona normal.

Acerca del síndrome de Plummer - Vinson, los pacientes que la padecen tienen 91 veces mas probabilidades de padecer cáncer del esófago que una persona normal (2). Otros autores mencionan otras condicionantes como la mala nutrición, avitaminosis, hipoproteïnemia y anemias con deficiencias de hierro (7). Además se han mencionado como factores coadyuvantes o predisponentes al cáncer del esófago la irritación crónica de la mucosa esofágica producida por estímulos mecánicos, térmicos o químicos.

Entre los estímulos mecánicos se observa relación con la obstrucción esofágica benigna como pre-

disponente a el cáncer del esófago y a la irritación de la mucosa por alimentos, ya sea por deficiencia o ausencia de la placa dentaria (2).

En relación con los estímulos térmicos, el cáncer del esófago en China lo relacionan con la ingestión de bebidas calientes como el té caliente o el consumo de vinos fuertes (2).

Entre los irritantes químicos se ha observado cáncer del esófago en animales tratados con nitrosaminas (12,17,14,4,16).

En estudios en Africa se ha tratado de relacionar el tabaco y la cerveza pero no hay evidencia que confirme que exista una relación directa aunque se ha observado sinergismo entre estos tóxicos (16).

Se ha mencionado que las áreas donde es alta la incidencia de cáncer del esófago, hacen una bebida espirituosa llamada "KACHUSU" que es una mezcla de azúcar y cáscara de maíz que le agregan además ingredientes secretos propios de la aldea. Esta mezcla es destilada por varios dispositivos y generalmente el esmalte se corroe por lo que es cambiado cada 2 meses y al hacer un análisis de el producto final se encuentra el hierro y el estaño en poca cantidad, no así el zinc y el cobre. Se considera que estos elementos se originan de la mezcla y no del proceso de destilación. (16)

Muchos se inclinan a pensar que la sustancia carcinogénica es el alcohol con grandes cantidades de zinc ya que estudios en Londres y Lusaka se ha demostrado la presencia de nitrosamina pura y de zinc, que puede actuar indirectamente en la formación de nitrosamina. (16) En algunas regiones de Brasil donde se produce también una bebida espirituosa llamada "CACHACA" se ha observado también correlación con cáncer del esófago. (16)

PATOLOGIA

Patología Macroscópica:

El carcinoma del esófago se localiza más frecuentemente en el tercio medio en un 47% en segundo lugar está el tercio inferior en un 37% y un 20% en el tercio superior. (2)

Las lesiones incipientes se presentan en la mucosa en forma de engrosamiento o elevación pequeña, semejante a placas de color gris blanco, que con el tiempo se extienden siguiendo el eje mayor del intestino. Y en término de meses o años abarca toda la circunferencia esofágica y desde ese momento se pueden diferenciar tres cuadros morfológicos.

El más frecuente es la úlcera cancerosa necrótica, que excava profundamente hasta llegar a estructuras vecinas y puede causar erosión hacia el aparato respiratorio y aorta e invadir mediastino, y pericardio. El segundo cuadro morfológico es la lesión fungosa polipoide que sobresale en el interior del conducto.

La tercera variante morfológica es la forma infiltrante difusa que tiende a extenderse por la pared del esófago y causar engrosamiento, rigidez y disminución del calibre con úlceras lineales irregulares de la mucosa. (30)

Metastasis:

Estas lesiones tienden a diseminarse por continuidad directa o por metastasis. Las lesiones del tercio inferior del esófago no solo se prolongan a los ganglios mediastínicos, sino a órganos situados distalmente del diafragma. Las lesiones del tercio medio y superior se circunscriben en tó

rax con propagación a la laringe, traquea, tiroides, y nervios recurrentes laríngeos. Pero incluso pueden dar metastasis distales al diafragma. (30)

Patología Microscópicas:

El carcinoma del esófago más frecuente es de la variedad epidermoide o escamoso con diferentes grados de diferenciación.

En los carcinomas indiferenciados la infiltración submucosa no puede ser vista macroscópicamente, habiéndose encontrado a 4 o 7 cms. más allá de los bordes aparentes de la lesión. Los carcinomas del esófago tienen la característica de ser menos diferenciados que los carcinomas de la cavidad oral y dan metastasis tempranamente. De los adenocarcinomas del tercio distal del esófago son secundarios a un tumor primario del estómago, por el contrario los carcinomas epidermoides del esófago muy raramente dan metastasis a estómago. (2)

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los síntomas y signos clínicos del carcinoma del esófago en su inicio son vagos y no son causa de alarma.

Refieren una presión dolorosa en la región subesternal y una sensación de llenura. Estos síntomas van aumentando conforme la enfermedad va progresando. La disfagia es casi constante en todos los pacientes y ésta también es progresiva. El paciente se vuelve apático hacia la dieta sólida y prefiere la dieta blanda y líquida. Además siente sensación de obstrucción cuando come rápido. La disfagia puede manifestarse rápidamente debido a una obstrucción espasmódica proximal al tumor y después que el neoplasma se reseca la obstrucción desaparece y la disfagia desaparece o sólo se mejora.

Con la disfagia puede aparecer regurgitación de la acumulación de saliva y de moco, los cuales se encuentran en la porción dilatada del esófago localizada antes del tumor. Algunas veces acompaña a la regurgitación pequeños fragmentos con ligera hemorragia.

Como consecuencia de la disfagia y la necesidad de sobreponerse a ésta molestia los pacientes presentan una hambre desmoderada. El desmejoramiento del paciente no guarda relación con el tamaño del tumor y esto es debido en gran parte a la deshidratación y a la insuficiente asimilación de la comida y no necesariamente a la diseminación de la enfermedad. (2)

Frecuentemente estos pacientes mueren por complicaciones que conlleva esta enfermedad. (2)

DIAGNOSTICO

Los síntomas tempranos del carcinoma del esófago son vagos por regla general, por lo que no consultan al médico rápidamente. El diagnóstico temprano se hace cuando el motivo de consulta es molestia cervical, retroesternal, o la sensación de llenura, los cuales no se relacionan con una neurosis.

Muy frecuentemente han sido estos pacientes diagnosticados como teniendo desórdenes neuróticos de tipo histérico.

En otros casos se presenta el cuadro clínico clásico, esto más se observa en los estadios más avanzados.

La obstrucción espasmódica del esófago puede ser diagnosticada frecuentemente como causa extrínseca del cuerpo.

El examen físico es de poca ayuda para llegar al diagnóstico, y en casos avanzados se encuentra a un paciente caquético o con adenopatía supraclavicular, además se puede observar desplazamiento de la tráquea en los cánceres del tercio superior del esófago, un diagnóstico exacto sólo se puede observar con exámenes especiales que son la esofagoscopia, biopsia, lavado esofágico y rayos X. (2,26,27,28)

Entre las técnicas o exámenes de laboratorio para poder diagnosticar el cáncer del esófago hay varias, mencionaremos las más importantes:

Fluoroscopia y trago de bario:

Es frecuente y bastante característico encontrar un llenado irregular, estrechés del lumen del esófago así como la alteración de los movimientos peristálticos. Cuando el examen sale positivo se debe repetir previa la administración de antiespasmódicos. (2,5)

Esofagoscopia con biopsia:

La esofagoscopia está indicada en todos los pacientes con problemas del tracto digestivo alto, y particularmente arriba de los 40 años de edad, el procedimiento tiene muchas complicaciones por lo que lo debe practicar personas con experiencia y diestras en la técnica, ya que el peligro de perforación es alto. Al mismo tiempo que se practica la esofagoscopia se toma el espécimen para su estudio microscópico, esto no siempre es posible o fácil, ya sea por el tipo de lesión donde se puede encontrar edema de la mucosa con hipertrofia de la muscularis, por la dificultad en remover el material y las limitaciones del endoscopio, por eso la biopsia negativa no tiene valor absoluto sino solamente nos indica que hay que repetir la técnica. (2,26,5,15,36)

En todos los casos se recomienda hacer un lavado esofágico para estudio citológico. (5)

Broncoscopia:

Una broncoscopia está indicada a todos los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente. Se puede encontrar una compresión de la tráquea o compresión del bronquio izquierdo. También se puede observar fistulas a estructuras vecinas. (2,5)

Laringoscopia:

Este examen nos puede ayudar si detectamos hemiparesis de la laringe y es debido a una compresión del nervio recurrente laríngeo. No es frecuente una parálisis bilateral. (2,5)

Citología Exfoliativa:

La utilidad de la citología exfoliativa en el

diagnóstico del cáncer esofágico es un hecho irrefutable y unánimemente aceptada, pero puede dar falsos positivos, ya sea por la técnica en sí, por la tinción o por las entidades patológicas concomitantes como la esofagitis. () La muestra se puede obtener por lavado, biopsia por esponja y frotis por esponja. (26,2,5,24,36)

CLASIFICACION DEL CANCER

T.N.M. DE LA UNION INTERNACIONAL CONTRA EL CANCER. (5)

SISTEMA DE ESTADIOS:

ESTADIO 1 T 1. N 0. M 0.

ESTADIO 2 T 1. N 1. ocon N 2

ESTADIO 3 T 3. N 3. M 3.

T 1 El tumor es menor de 5 cms. y no obstruye y no envuelve la circunferencia esofágica entera, no hay evidencia de síntomas extraesofágicos.

T 2 El tumor mide mas de 5 cms. o cualquier tamaño causando obstrucción o invadiendo alrededor de la circunferencia esofágica.

T 3 Cualquier tumor con diseminación extraesofágica.

N 1 Ganglios linfáticos unilaterales móviles.

N 2 Ganglios linfáticos bilaterales móviles

N 3 Ganglios linfáticos fijos.

M 1 Metastasis a ganglios linfáticos fijos y a sitios remotos.

- TECNICAS RECOMENDADAS PARA ESTABLECER EL ESTADIO:

- 1) Trago de bario para comprobar la lesión longitudinal, en extensión y circunferencia.
- 2) Esofagoscopia, laringoscopia, broncoscopia para determinar diseminación extraesofágica.
- 3) Radiografía de tórax penetrada para detectar ganglios mediastínicos.
- 4) Hematología completa, Q.Q.S.S. y pruebas hepáticas.

- PROCEDIMIENTOS OPCIONALES:

- 1) Laparatomía exploradora para biopsia de ganglios celiacos.
- 2) Biopsia de ganglios escalenicos.
- 3) Medianoscopia y biopsia de ganglios mediastínicos.
- 4) Cinegrafía del esofagomediastínicos.
- 5) Centellografía del esófago para determinar peristaltismo.

TRATAMIENTO:

Los avances de la cirugía y las técnicas radio-terapéuticas no han influido sobre la sobrevida de los pacientes con cáncer del esófago, además la habilidad que ha adquirido el cirujano para reseca y reconstruir el esófago han incrementado la operabilidad del paciente, pero no han alterado la sobrevida del mismo.

La introducción de radioterapia con alto voltaje, es el tratamiento más agresivo en el manejo del cáncer, habiendo modificado muy poco la sobrevida del paciente con cáncer del esófago. (9,10,19)

Los criterios de operabilidad y resecabilidad en el cáncer del esófago han aumentado, aunque todo el esfuerzo se encamina a un tipo de tratamiento paliativo y no curativo. (32)

El uso de la cirugía combinado con una irradiación agresiva es parte del tratamiento actual. (8,18,10,19,29)

La sobrevida de los pacientes que han completado todo el tratamiento es de 5 años, aunque se han reportado casos que han logrado sobrevivir más de 15 años. (9)

Cirugía:

La cirugía en el cáncer del esófago tiene muy mal pronóstico, sin tomar en cuenta el procedimiento, ya que cuenta con varios factores en su contra, ya sea por la presencia de lesiones muy grandes como consecuencia de un diagnóstico tardío. (9)

El estado nutricional del paciente por lo general es malo en la mayoría de los pacientes. (9)

Además presentan otras enfermedades concomitantes al cáncer del esófago como lo son problemas cardiorrespiratorios. Un factor importante es el equilibrio emocional del paciente que sufre una ansiedad y angustia por desconocer su pronóstico de vida y a la vida miserable que se le ofrece vivir. (9)

En el manejo moderno del paciente con cáncer del esófago sólo la cirugía está relegada para aquellos pacientes que por el estado tan avanzado de la enfermedad sólo se puede ofrecer una gastrostomía para aliviarle su obstrucción, ya que el manejo actual del paciente con cáncer del esófago es responsabilidad del cirujano conjuntamente con el radioterapista. (9)

La radioterapia preoperatoria ha subido el pronóstico de sobrevida de aquellos pacientes en que sólo se practicaba cirugía. Nakayama en el Japón, practicó un estudio de pacientes a quienes se les aplicaba radioterapia preoperatoria concentrada, el porcentaje de sobrevida a los 4 años fue de 31.8% y de 37.5% a los 5 años de sobrevida, en contraposición a aquellos pacientes que sólo se les practicó cirugía, los resultados obtenidos fueron de 15.4% a los 4 años de sobrevida y de 19.1% para 5 años de sobrevida por consiguiente los autores concluyen que la irradiación preoperatoria en pacientes que presentan lesiones a nivel del tercio superior y medio del esófago, hay que administrarla, ya que suben el pronóstico de sobrevida. (18,10)

Los criterios para utilizar cirugía o radioterapia son varios, los cuales son muy importantes de considerar para poderle ofrecer el mejor tratamiento a estos pacientes; los parámetros son los siguientes: extensión del tumor, sexo, sitio del tumor, tipo histológico y condición del paciente.

Extensión del tumor. Lo pequeño o grande del

tumor nos puede decir la posibilidad de curación; si el tumor es de 10 cms. o menos es posible darle radioterapia, la presencia de metástasis es de mal pronóstico. La presencia de nódulos linfáticos arriba de 2 a 3 cms. del tumor primario no es compatible con la radiocurabilidad del paciente, un criterio muy importante es la radiosensibilidad o resistencia del tumor, para decidir cirugía o radioterapia. (24)

Sexo. La mujer tiene mejor pronóstico que el hombre, independiente al lugar del tumor y al tratamiento de radioterapia o cirugía que se le haya practicado. (10)

Localización

del sitio anatómico: La localización del tumor va a influir en el tipo de conducta de tratamiento que se va a seguir ya que en el tercio superior del esófago si se emplea radioterapia tendrá un 30% de sobrevida de 5 años, no así los pacientes que se les practique cirugía que tendrán un 21% de sobrevida de 5 años.

En pacientes que presentan la lesión en el tercio medio del esófago tienen un 16% de sobrevida, a los que se les practica radioterapia un 8% de sobrevida, de quienes se les ofrece cirugía.

En las lesiones del tercio inferior del esófago el porcentaje de sobrevida con radioterapia es de 12%, no así con cirugía que es de un 11%. (10)

Tipo Histológico. El adenocarcinoma se trata quirúrgicamente y menos con radioterapia, porque este tipo de tumor no es tan radiosensible en comparación con el de tipo escamoso.

Es muy importante saber que el adenocarcinoma

en casos avanzados tiene una alta incidencia de metástasis a distancia. (10)

Condición del paciente. Los pacientes generalmente presentan enfermedades cardiopulmonares además el fumar y el alcoholismo acompañan a estos pacientes que los predisponen a desarrollar cáncer del pulmón y del árbol respiratorio superior así como insuficiencia pulmonar por bronquitis crónica.

En resumen, podemos decir que el tipo de tratamiento o conducta que vamos a seguir se condiciona a los factores anteriores y se pueden describir criterios más generales los cuales son:

Cáncer de esófago cervical y del tercio superior: Se recomienda radioterapia en altas dosis. (24, 29, 31)

Cáncer del tercio medio del esófago: Se recomienda radioterapia preoperatoria a una dosis de 500 rads. diarios por 5 días; 8 a 10 días después se le practica laparatomía exploradora y si no hay metástasis se puede optar por la sustitución del esófago por colon o estómago en tórax; ya que el colon y el estómago tienen en común que pueden sustituir el esófago. (9, 1, 4, 20, 34)

Cáncer en el tercio inferior del esófago: No se practica radioterapia preoperatoria y se procede a una resección del tercio distal del esófago y si es muy avanzado una gastrectomía total con anastomosis término terminal y piloroplastia. (21, 9)

OBJETIVOS

1. Conocer qué incidencia tiene el cáncer del esófago en nuestro medio.
2. Conocer qué manejo se les da a los pacientes de cáncer del esófago en Guatemala.
3. Conocer qué métodos diagnósticos se están utilizando para la detección de cáncer del esófago.
4. Conocer cual es la sobrevida de pacientes con cáncer del esófago en Guatemala.

MATERIAL Y METODOS

Este trabajo sobre Carcinoma del Esófago fue realizado en los departamentos de Patología de los hospitales: Roosevelt, INCAN, Helmut Herman del IGSS y Dr. Carlos Martínez Durán del hospital General San Juan de Dios; analizándose los casos reportados durante el período de 1968 - 1978. Durante este período de tiempo se encontraron 139 pacientes con cáncer del esófago, en quienes se analizaron varios parámetros, como fueron: edad, sexo, ocupación, síntomas y signos, tratamiento y sobrevida. En relación con esta última fue difícil de determinarla con exactitud, debido a que los pacientes dieron direcciones inexactas. Los casos de carcinomas del estómago que se extendieron al esófago fueron excluidos.

RESULTADOS

En nuestro estudio de los años sobre carcinomas del esófago encontramos 139 pacientes con esta condición clínica cuyas edades se encuentran en la tabla #1.

TABLA #1

CANCER DEL ESOFAGO Estudio de 139 casos

<u>Edad en años</u>	<u>Total Casos</u>	<u>%</u>
Menores de 20	1	0.7
20 - 29	2	1.4
30 - 39	10	7.1
40 - 49	17	12.2
50 - 59	28	20.14
60 - 69	51	36.6
70 - 79	26	18.70
80 - 89	3	2.15
90 y +	1	0.7
Total	139	

La agrupación por edad es muy importante, y en el estudio se hizo por décadas. Como se puede observar en la tabla #1 es en la sexta década de la vida donde es más frecuente el cáncer del esófago con 51 pacientes o sea un 36.6% de la serie estudiada, lo sigue la quinta década con 28 pacientes o sea 20.4% y de la séptima década con 26 pacientes que es un 18.7% de la serie.

Los 139 casos estudiados retrospectivamente fueron de acuerdo a su condición agrupados por sexo. Se puede observar en la tabla #2 los resulta-

dos para el sexo masculino fueron 98 pacientes o sea 70.5% mientras que para el sexo femenino es de 29.4% o sea que se guarda una proporción de 2.3 por 1, siendo el hombre más propenso en nuestro medio para sufrir la enfermedad.

TABLA #2

CARCINOMA DEL ESOFAGO Estudio de 139 casos

<u>SEXO</u>	<u>Total casos</u>	<u>%</u>
Masculino	98	70.5
Femenino	41	29.49
Total	139	

Como se puede observar en la Tabla Nº3 en el Departamento donde más se reportó fue en la Ciudad Capital con 73 casos o sea un 62.3%, le sigue en importancia Quetzaltenango con 9 pacientes o sea un 7.6%. Luego Escuintla con 7 pacientes o sea un 5.9% y Suchitepéquez con 5 pacientes o sea un 4.2% de la serie estudiada.

TABLA #3

CARCINOMA DEL ESOFAGO

Estudio de 139 casos

RESIDENCIA HABITUAL

<u>Departamento</u>	<u>Total casos</u>	<u>%</u>
Guatemala	73	62.3
Quetzaltenango	9	6.8
Escuintla	7	5.9
Suchitepéquez	5	4.2
Retalhuleu	5	4.2
Chimaltenango	4	3.4
Santa Rosa	4	3.4
San Marcos	4	3.4
Izabal	4	3.4
Jutiapa	4	3.4
Jalapa	4	3.4
Chiquimula	4	3.4
Sacatepéquez	3	2.5
Alta Verapaz	2	1.7
Honduras	2	1.7
El Progreso	1	0.85
Huehuetenango	1	0.85
El Quiché	1	0.85
Baja Verapaz	1	0.85
Zacapa	1	0.85
Sololá	-	-
El Petén	-	-
Totonicapán	-	-

TABLA #4

CANCER DEL ESOFAGO

Estudio de 139 casos

SINTOMAS

<u>Sintomas</u>	<u>No</u>	<u>%</u>
Disfagia	117	100.00
Anorexia	100	86.00
Pérdida de peso	83	71.00
Malestar general	78	67.00
Vómitos	33	28.5
Dolor retroesternal	32	27.4
Dolor epigástrico	4	3.2
Apetito	2	2.1
Cefalea	1	1.0

En el 100% de los casos los pacientes refirieron disfagia; el 86% refirió anorexia; el 2.1% tenía apetito; la pérdida de peso como el malestar general fueron referidos en el 71% y en el 67% respectivamente; tanto el dolor retroesternal como el dolor epigástrico lo refirieron en un 27.4% y en un 3.2% respectivamente; los vómitos y cefalea también se hicieron manifiestos en un 28.5% y en un 1% de la serie estudiada.

TABLA #5
CARCINOMA DE ESOFAGO
Estudio de 139 casos

<u>Signos</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Masa en cuello	7	6.5
Adenopatía generalizada	4	3.2
Desviación de la tráquea	4	3.2
Afonía	3	2.1
Disnea	3	2.1
Psialorrea	3	2.1
Hipoventilación	1	1.0

Como se puede observar el 6.5% de la serie presentó masa en el cuello; un 3.2% de la serie tenía adenopatía generalizada, así como una desviación de la tráquea; 2.1% presentaron psialorrea, afonía y disnea; y el 1% tenía hipoventilación pulmonar.

TABLA #6
CANCER DEL ESOFAGO
Estudio de 139 casos

<u>Métodos diagnósticos</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Biopsia	117	100.00
Esofagoscopia	117	100.00
Rx de Torax	117	100.00
Trago de Bario	110	94.5
Citología exfoliativa	25	21.9
Laringoscopia	4	3.2
Broncoscopia	6	5.4

Los métodos diagnósticos como se puede observar en la tabla #6 en el 100% de los casos estudiados se les practicó esofagoscopia con biopsia y rayos X de tórax; en el caso del trago de bario sólo se les practicó al 94.5%; la citología exfoliativa sólo se practicó en el 21.9%; y la broncoscopia y laringoscopia en un 5.4% y en 3.2% respectivamente.

TABLA #7

CANCER DEL ESOFAGO
Estudio de 139 casos

<u>Lugar de Lesión</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Tercio superior	55	39.00
Tercio medio	48	34.5
Tercio inferior	36	25.8

Como se puede observar en el cuadro No.7 el lugar de lesión más frecuentemente fue el tercio superior del esófago con 55 casos o sea un 39% de la serie estudiada. En segundo lugar podemos observar que es en el tercio medio con 48 pacientes y un 34.5% de la serie; y el tercio inferior con 36 pacientes con un 25.8% de la serie estudiada.

TABLA #8

CANCER DEL ESOFAGO
Estudio de 139 casos

<u>Tipo de carcinoma</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Epidermoide	102	73.3
Adenocarcinoma	22	15.8
Indiferenciado	15	10.7

Se puede observar en la tabla Nº 8 que el carcinoma epidermoide o escamoso fue el más frecuente con 102 casos o sea un 73.3%. El segundo en frecuencia fue el adenocarcinoma con 22 pacientes o sea un 15% y el carcinoma indiferenciado con 15 pa-

cientes o sea un 10.7% de la serie estudiada.

TABLA #9

CANCER DEL ESOFAGO
Estudio de 139 casos

<u>Tratamiento</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Gastrectomía	32	27.4
Gastrectomía mas radiación	24	20.8
Sin tratamiento	22	18.6
Sustitución de esófago por colon	17	14.2
Exploración de tórax	8	6.8
Laparotomía exploradora	7	5.9
Radiación	6	5.4
Radiación-Quimioterapia-Gastrectomía	1	1.0

Como se puede observar en el 27.4% de la serie fue - practicada sólo gastrectomía; al 20.8% se le practicó gastrectomía mas radiación; en un 18.6% los pacientes no recibieron ningún tratamiento por solicitar su salida; en un 14.2% se sustituyó esófago por colon; en un 6.8% se exploró tórax; un 5.4% recibió únicamente radiación y el mismo porcentaje se practi-caron laparatomías exploradoras. En el 1% de la se-rie se administró radiación, quimioterapéutico y gas-trectomía.

TABLA #10

CANCER DEL ESOFAGO
Estudio de 139 casos

Condición de egreso	Nº	%
Vivo	86	73.50
Muerto	31	26.49

Como se puede observar en la tabla Nº 10 la condición de egreso del hospital fue de 86 pacientes los que salieron vivos o sea un 73.5% de la serie estudiada y 31 muertos o sea un 26%. De éstos no sabemos cuántos viven actualmente por no poderlos localizar debido a direcciones inexactas.

DISCUSION

En la serie estudiada retrospectivamente se puede observar que el sexo masculino predominaba con relación al sexo femenino en una proporción de 2.3 por uno. En la República de Guatemala ya Beteta y Cruz en estudios de cáncer del esófago en nuestro país reportaban con relación de cáncer del esófago y sexo una proporción de 1.7 por uno (3) y de 1.1 por 1(6). Como se puede observar los resultados varían entre ellos y los resultados obtenidos en nuestro estudio, esta variación se puede atribuir que los trabajos anteriores fueron realizados en un hospital en particular y con las características de la atención en salud; en nuestro país cada hospital atiende a un grupo social determinado y las muestras que se analizaron eran válidas sólo para el hospital en particular y no pueden ser representativas del conjunto.

Con lo que reportan otros países la proporción reportada en nuestro estudio es muy similar a la observada en los Bantú donde la relación es de 2 a 1 predominando el hombre, no así en Chile que es de 3 por 1, o Kenya donde la proporción es de 10.6 por 1. (7,22)

La razón de que por qué la distribución del carcinoma del esófago por sexo en nuestro país es bastante similar no lo sabemos, pero se puede afirmar que muchos factores tales como una mala nutrición, mala higiene oral o ingestión de bebidas calientes, juegan un papel importante, y éstas son comunes para ambos sexos en nuestro medio (2).

En lo que se refiere a la edad el grupo más afectado en nuestro estudio fue en la sexta década de la vida, lo cual viene a corroborar de los estudios realizados por Chang y por Beteta, observándose pues

que el carcinoma del esófago es una enfermedad de la senectud como en la mayoría de enfermedades neoplasmativas.

Acerca de la residencia habitual en nuestra serie estudiada se puede observar que el 62.3% eran residentes en la Capital, sigue en importancia Quetzaltenango con un 7.6% y Escuintla con un 5.9%. Como podemos observar éstas son las ciudades más importantes del país y es de mencionar que en estos lugares son donde se centralizan los recursos sanitarios y socioeconómicos de nuestro país. Además se observa que en el área rural no se cuenta con tales prestaciones, por lo tanto no se puede detectar un porcentaje de éstos casos.

Acerca del tipo de carcinoma más frecuente en nuestro estudio fue el epidermoide o escamoso en un 73.3% de la serie estudiada, estando en segundo lugar de frecuencia el adenocarcinoma con un 15.8% y en un tercer lugar estuvo el carcinoma indiferenciado con un 10.7% que son similares los resultados del estudio a los reportados por Beteta (3).

Acerca de la localización más frecuente fue el tercio superior en un 39% de la serie y un 34.5% en el tercio inferior con un 25%; no coincide con la literatura acerca de que el tercio medio es más frecuente, pero sí que el tercio superior y medio es donde se localiza el cáncer del esófago más frecuentemente (2).

En lo que respecta a los síntomas y signos se puede observar que el síntoma que refirieron en el 100% de los pacientes fue la disfagia; el 86% de los pacientes refirió anorexia, no así el apetito que sólo se encontró en el 2.1%, contrario a lo informado en la literatura acerca que el paciente para sobreponerse a la molestia de la disfagia presenta un hambre desmoderada (2).

La pérdida de peso como el malestar general fueron referidos en un 71% y 67% respectivamente; así mismo el dolor retroesternal como el dolor en el epigastrio fueron referidos en un 27.4% y un 3.2% respectivamente.

Los vómitos y la cefalea representaron en nuestro estudio un 28.5% y un 1% respectivamente de la serie estudiada.

Cuando observamos los resultados del examen físico nos podemos dar cuenta que es de poca ayuda para llegar a un diagnóstico, sólo en casos avanzados podemos observar a un paciente caquético y con adenopatía (2). En nuestro estudio esto concuerda, ya que se encontró que sólo el 6.5% de los pacientes presentaba una masa en el cuello; un 3.2% presentaba una desviación de la tráquea y en el mismo porcentaje una adenopatía generalizada; el 2.1% presentó afonía y en el mismo porcentaje se observó psialorrea y disnea; y en un 1% hipoventilación.

En lo que respecta a métodos diagnósticos se puede observar en nuestra serie que al 100% se les practicó una esofagoscopia con biopsia, así como rayos X de tórax, no así el trago de bario donde sólo se practicó en el 94.5% de los casos.

En lo que respecta a la citología exfoliativa, broncoscopia y laringoscopia sólo se practicaron en un 5.4% y 3.2% respectivamente.

El tratamiento que se les dió a los pacientes estudiados se pudo observar de que al 27.7% se le practicó sólo gastrostomía; en un 20.8% se practicó gastrostomía e irradiación; un 18.6% de los pacientes no se les practicó ningún tratamiento por solicitar su salida; en un 14.2% se sustituyó esófago por colon; en un 5.4% sólo se aplicó radioterapia y con el mismo porcentaje se practicaron laparatomías ex-

ploradoras; en un 1% se administraron quimioterapéu-
tico combinado con radiación y cirugía.

Como se pudo observar el tratamiento se orientó
más que todo a un tratamiento de orden paliativo y
no curativo, además del alto grado de deserción de
los pacientes antes de recibir un tratamiento. Cuan-
do observamos estos resultados nos damos cuenta que
los pacientes de cáncer del esófago no podemos ofre-
cerles mucho para su enfermedad, ya que cuando ésta
se diagnostica el cáncer está en etapa tardía.

Como se puede observar en la tabla de egreso del
hospital el 73.5% salió vivo y el 26.4% fallecieron.
Desconociéndose el estado actual de los primeros, -
presumiéndose que la mayoría de los mismos ya falle-
cieron debido al curso natural de la enfermedad, ti-
po de tratamiento que recibieron y otras condicio-
nantes.

CONCLUSIONES

1. En nuestro medio al igual que en otras áreas geo-
gráficas, el mayor número de pacientes con car-
cinoma del esófago se encuentra entre la 5a. y 7a. de-
cadas, siendo la que más predomina la 6a. década de
la vida.
2. En nuestra serie predominó el sexo masculino en
una proporción de 2.3 por 1.
3. De acuerdo al presente estudio la localización
más frecuente es del tercio superior y medio del
esófago.
4. Los carcinomas más frecuentes son el epidermoi-
de o escamoso y el adenocarcinoma.
5. El síntoma cardinal en el carcinoma esofágico -
es la disfagia, la cual tiene como característi-
ca de ser progresiva y casi siempre evoluciona con
la incapacidad de deglutir sólidos primero, y luego
líquidos, hasta la obstrucción total.
6. Los signos físicos al examen son en su mayoría
negativos, salvo el estado de malnutrición pro-
teínico-calórico de grado variable que siempre acom-
paña y la palpación de ganglios linfáticos en el cue-
llo.
7. El diagnóstico se complementa con esofagoscopia
y biopsia, y el esofagograma con trago de bario.
8. El tratamiento del cáncer del esófago en nues-
tros pacientes fue en su mayoría paliativo, ya
que cuando fue diagnosticado estaba en etapas avanza-
das de la enfermedad.

9. El grado de sobrevida es incierto y sombrío para este tipo de pacientes en Guatemala, o en cualquier otra latitud, salvo en aquellos países en que se usa la esofagoscopia de rutina y otros métodos diagnósticos en pacientes que se encuentran en edad de riesgo.

RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios analíticos para determinar factores cancerígenos presentes en la dieta y bebidas espirituosas de nuestra población, especialmente en lo que se refiere a las nitrosaminas.
2. Hacer un diagnóstico más temprano del cáncer - del esófago, pacientes con Acalacia, Tilosis, Estenosis esofágica, síndrome de Plummer-Vinson y a todos los pacientes que sufren irritación crónica de la mucosa esofágica, ya sea por estímulos térmicos, químicos o mecánicos.
3. Para descartar el diagnóstico de cáncer esofágico, practicar esofagoscopia con biopsia, esofagograma con trago de bario y citología exfoliativa.
4. Recomendar la creación de un organismo universitario o nacional, que tenga como función la centralización de todo tipo de estudio que se realiza a nivel del país, como dar la importancia que se merece a los archivos hospitalarios para tener una información adecuada para la realización de estudios, tanto prospectivos como retrospectivos para así tener una concepción más objetiva del problema salud-enfermedad de Guatemala.

BIBLIOGRAFIA

1. AKIYAMA H. Et al use of the stomach as esophageal substitute. Ann. Surgery 188(3): 606 Nov 1978.
2. ANCKERMAN and Regato cáncer diagnosis - Treatment - Prognosis 3 ediccion, San Louis Mosby 1962 PP 556 - 575.
3. BETETA G. E. Carcinoma del esófago, estudio - de 55 casos en el Hospital San Juan de Dios, Tesis, Guatemala Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas 1974 pp. 1-16.
4. BURDETTE W. J. Palliative operation for carcinoma of the cervical and toracic esophagus. - Ann Surgery 173 (5): 714 - 728 May 1971.
5. CASTRO F. Et al Oncología clínica para estudiantes de medicina y médicos generales, estudio multidisciplinario, Hospital San Juan de Dios, pp 182-190. 1978.
6. CRUZ J. C. Cáncer del esófago, tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas 1977, 29 pp.
7. DESAI P. B. Et al Carcinoma of the esophagus in India Cancer 25: 979 - 986 April 1979.
8. DUNHAN L. J. and Bailer, World maps of cancer mortalidad rates and frequency ratios J. Nat. cancer Inst. 41: 155 1968.
9. GOODNER J. T. Surgical principles of resection and reconstruction Jama 227 (2): 176 - 178 Jan 14 1974.

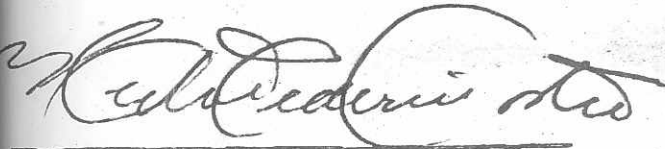
10. GUERNSEY J. Combined treatment of cancer of the esophagus, American J. Surgery. 117 (5): 157 - 160, Feb. 1969.
11. HURLEY D. and Care L. C. Treatment of avanced cancer of the gastrointestinal tract with anti tumor agents gastroenterology 41; 557 1961.
12. KAYS S. Mucoepidermoid carcinoma of the esophagus cancer 22 (5): 1053 - 59 May 1968.
13. KOBAYASHI S. Et al Improved endoscopic diagnosis of gastro esophageal malignancy, Jama 212 (12) 2086 - 2089, 1970 June 22.
14. MARTINEZ I. Factors associated with cancer of the esophagus mouth and pharinx in Puerto Rico J. nat. Cancer inst. 42: 1069, 1969.
15. MASON M. J. and Bailer J. Geografic variation in the incidence of esophageal cancer j cronic dis. 17 p 667 1964.
16. Mc GLASHMAN N. D. Esophageal cancer in Africa lancet 1178 Nov. 29 1969.
17. Mc GLASHAN N. D. Et al Nitrosamines in African Alcoholic spirits and esophageal cancer Lancet 2 (7556): 1017 1978.
18. NAKAYAMA K. Et al surgical treatment combined with preoperative concentrated irradiation, Jama 227 (2): 178 - 181 June 14 1974.
19. NEARLON T. Combined radiation and surgical to treat carcinoma of the esophagus J gastroenterology 13: 380 387 april 1977.
20. NEPTUNE W. Esophageal sustitution American J Gastroenterology 3: 218 0 224 March 1978.

21. PARMER Et al carcinoma of the esophagus, Jama 235(10) 1018-1020, March 8 1976.
22. PARROCHIA E. Cancer del esófago, revisión de 196 casos, revista de investigación clínica 20 (3) 261 - 277 Julio-Sep. 1970.
23. PARVIZ P. Cancer of the esophagus in Iran Cancer 33 (6) 1649 - 1652, June 1974.
24. PEARSON Value of radiation therapy Jama 227(2) 181-183 June 14 1974.
25. PETROV A. Resection of the thoracic esophagus for cancer 20: 789 - 791 May 1967.
26. POLEO J. and Vegas H. Diagnóstico del cáncer del esófago mediante el frotis de esponja Gem 30 (2) 50-55, Julio-Dic 1975.
27. POLEO J. Et al Utilidad de la citología esofágica, Estudio comparativo de varios métodos. Gem 30 (2) 58-60, Julio-Dic 1975.
28. PROLLA J. Currents status of exfoliative cytology in diagnosis of malignant neoplasmas of the esophagus sur Ginec & Obstre 121: 743, 1965.
29. RIDER W. Innovations in irradiation therapy Jama 227 (2) 175-176, June 14 1974.
30. ROBBINS S. Patología tratado 3 edición México Interamericana 1967 pp. 747-749.
31. RODRIGUEZ A. High dose preoperative irradiation of esophageal cancer radiology 926: 377-380 February 1969.

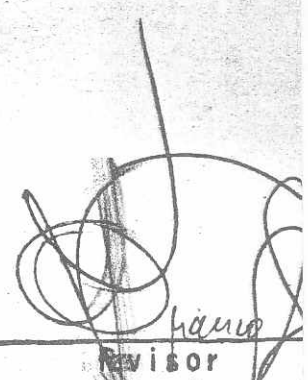
32. RUBIN P. II Esophagus: Treatment localized and advanced 227 (2) 175-176 Jama June 14 1974.
33. SCLAWIDNT W. Et al Tylosis and intrathoracic neoplasms Chest 57 (6) 590-591 May 1970.
34. STEPHENS H. Colon by pass of the esophagus American J. Surgery 129: 394 399 april 1975.
35. WILKINS E. Colon esophageal by pass American J. Surgery 129: 394 - 399 april 1975.
36. WITZEL Et al Evaluation of specific value of the endoscopy biopsies and brush cytology for malignances of the esophagus and stomach. Gut 17: 375 - 377 1976.

Br:

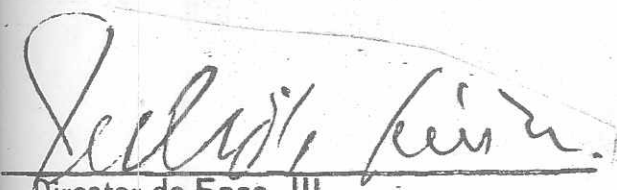
~~Dr. Pedro Joaquín Ezequiel García~~ pl


Asesor

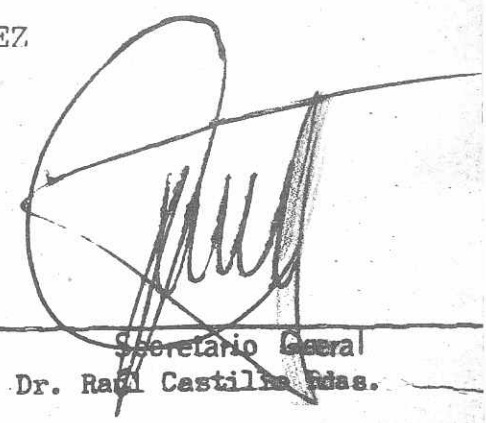
Dr. Federico Castro


Revisor

Dr. Cesar Franco

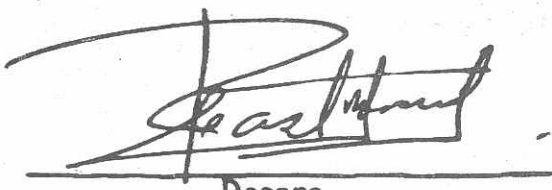

Director de Fase III

DR. JULIO DE LEON MENDEZ


Secretario General

Dr. Raúl Castillo

Vo.Bo.


Decano

Dr. Rolando Castillo Montalvo