



Esofagectomía en Pacientes con Cáncer Avanzado del Esófago

L. N. PELAEZ, MD, SCC, FACS.

Palabras claves: Cáncer del esófago, Disfagia, Esofagectomía.

Se presentan 42 casos de cáncer avanzado del esófago (Estado III), tratados en el Hospital San Vicente de Paúl de Medellín, de los cuales 32 (76%) fueron carcinomas escamocelulares, y 10 (24%) de tipo adenocarcinoma.

Predominó la localización en los tercios, medio e inferior. En todos se practicó esofagectomía, con una mortalidad operatoria (ocurrida durante los primeros 30 días postoperatorios) de 14.3%, con predominio para los localizados en el tercio medio del esófago.

INTRODUCCION

El carcinoma de esófago ocurre más frecuentemente en hombres mayores de 50 años. Es relativamente común en China y otros países Orientales y es el tumor digestivo más común en la población bantú (1, 2). El tabaco y el alcohol son factores de riesgo bastante conocidos. Se ha relacionado en asociación con estrecheces, acalasia, síndrome de Plummer-Vinson, divertículos, esprue celiaco, tylosis e historia previa de irradiaciones (3). En Colombia la tasa corregida es aproximadamente de 1.7 x 100.000 (4).

Presentación clínica

El diagnóstico precoz del cáncer del esófago es muy raro. El síntoma principal es la disfagia que está relacionada con la diseminación local y es expresión de un tumor avanzado. Puede presentarse en cualquier parte del esófago pero se encuentra más frecuentemente en los tercios medio e inferior, en las zonas de estrecheces anatómicas. Macroscópicamente aparece en forma circunferencial, ulcerado o en forma polipoide; puede extenderse a los órganos vecinos y da metástasis ganglionares. Es frecuente encontrar las llamadas "metástasis saltonas" en la pared del esófago normal como signo de diseminación submucosa.

Doctor Luis Norman Peláez, Prof. Titular, Jefe de Cirugía Gral., Fac. de Medicina, Univ. de Antioquia, Medellín, Colombia.

Diagnóstico

La citología exfoliativa (5) y la biopsia son los métodos de diagnóstico aceptados. La endoscopia flexible es comparable a la citología (6); la radiología sólo hace el diagnóstico en tumores avanzados. La TAC es útil para la clasificación y planeación del tratamiento, así como la ultrasonografía intraesofágica la cual sirve también para la clasificación del tipo de T y evaluar las metástasis ganglionares periesofágicas.

MATERIAL Y METODOS

Presentamos 42 pacientes operados en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, con diagnóstico comprobado de cáncer del esófago. Menores de 50 años son 10 pacientes (23.8%); de 51 a 60 años, 14 pacientes (33.3%); de 61 a 70 años, 13 pacientes (31%); y mayores de 71 años, 5 pacientes (11.9%). La distribución por sexo es de 25 mujeres (59.5%) y 17 hombres (40.5%).

La clasificación en todos los casos fue estadio III, lo que indica el estado avanzado en el cual consultan los pacientes.

La localización se distribuyó así: en el tercio superior, 2 casos; en el tercio medio, 21 pacientes; y en el tercio inferior, 19 pacientes. La histología es de 32 carcinomas escamocelulares (76.2%), y 10 adenocarcinomas (23.8%).

Se practicó esofagectomía transhiatal en 25 pacientes (59.5%); en 14 (33.3%) se practicó esofagectomía total por toracotomía derecha y en 3 pacientes (7.1%), esofagectomía parcial con anastomosis dentro del tórax.

La mortalidad operatoria, (ocurrida dentro de los primeros 30 días postoperatorios) fue de 6 pacientes (14.28%). Esta mortalidad está relacionada con el tipo de procedimiento efectuado y con la localización del tumor, ya que la mayor frecuencia se presentó en los pacientes con tumores del tercio medio, a los cuales se les practicó resección transhiatal.

La causa de muerte se atribuyó en 5 de ellos a insuficiencia cardiorrespiratoria y en 1 a sepsis intratorácica.

DISCUSION

No se encontró relación estadísticamente significativa entre el sexo y la edad, con la clasificación histológica ni con la localización ($p=0.6508$). El tipo de cirugía practicado frente a la histología no fue significativo ($p=0.5792$).

La mortalidad se considera dentro de los límites establecidos. El estado avanzado de los pacientes no permite una cirugía radical en la cual se asegure la no presencia de tumor residual, factor pronóstico independiente (7, 8).

La atención de los pacientes con cáncer del esófago avanzado se debe centrar en tratamientos multimodales pre y postoperatorios con base en quimioterapia y radioterapia tanto pre como postoperatoria (9, 1).

ABSTRACT

We report on the results of a retrospective study on 42 cases of advanced (stage III) esophageal cancer that underwent surgical treatment at San Vicente de Paúl University Hospital in Medellín, Colombia; 32 (76%) were epidermoid carcinomas and 10 (24%) were adenocarcinomas.

Localization of the primary tumor was as follows: upper third 2, middle third 21, lower third 19. Six patients died, for an operative (30 day) mortality of 14.3%, which was highest in the patients with middle third tumors, all of which received transhiatal resection; cause of death was respiratory insufficiency in 6 patients, and intrathoracic sepsis in two.

REFERENCIAS

1. Mannell A, Murray W: Oesophageal cancer in South Africa. A review of 1.926 cases. *Cancer* 64 1989; 2604-8
2. Schottenfeld D: Epidemiology of cancer of the esophagus. *Semin Oncol* 1984; 11: 92-100
3. Goffman T E, McKeen E A, Curtis R E, Schein P S: Esophageal carcinoma following irradiation for breast cancer. *Cancer* 1983; 52: 1808-9
4. Cancer Incidence in Five Continents. IARC 1987; 5: 190-1
5. Koos L G: Cytologic diagnosis of oral, esophageal and peripheral lung cancer. *J Cell Biochem (Suppl)* 1993; 17F: 66-81
6. Goldman H, Antonioli D A: Mucosal biopsy of the esophagus, stomach and pancreas. *Acta Cytol (Baltimore)* 1978; 22: 327-33
7. Iizuka T, Isono K et al: The Japanese Committee for registration of esophageal carcinoma cases: parameters linked to 10 year survival of resected esophageal carcinoma in Japan. *Chest* 1989; 96: 1005
8. Roder J D, Bush R, Fink U et al: Ratio of invaded and removed lymph nodes: a new predictor of survival in squamous cell carcinoma of the esophagus; results of a multivariate analysis. *Br J Surg* 1994; 81: 410
9. Fink U, Stein H J, Bochtler H et al: Neoadjuvant therapy for squamous cell esophageal carcinoma. *Ann Oncol* 1994; 5: 517
10. Fok M, Sham J S T, Choy D et al: Post-operative Radiotherapy for carcinoma of the esophagus: a prospective randomized controlled study. *Surgery* 1993; 113: 138