

Tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago. Revisión estadística de 5 años
Surgical treatment of the esophagus cancer. Statistical revision 5 years old

Dr. Fidel Raúl Valdés Leiva(1), Dr.René Noa Concepción(1), Dr.Humberto Márquez Romero(2), Dr.Claudio Cordero Jiménez(3), Dr.Juan Carlos Estenez Esquivel(4).

RESUMEN

Se realizó un estudio de los resultados obtenidos con el tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago y cardias durante el período de 1991 a 1995 ambos inclusive.El trabajo abarcó 11 enfermos,con mayor predominio entre los 60 y 69 años y un 81,8% del sexo masculino.Al carcinoma epidermoide correspondieron 6 casos predominando en el tercio medio,mientras que en el adenocarcinoma con 5 casos se localizó al tercio inferior y cardias.La esofagectomía subtotal con sustitucion esofágica inmediata fue la técnica más utilizada,y el estómago el órgano empleado mayoritariamente para sustituirlo.El nemotórax intraoperatorio y la sepsis de la herida quirúrgica en las toracotomías fueron las complicaciones más frecuentes,siendo la mortalidad operatoria de un 36,3% .La supervivencia media de los pacientes que continuaron vivos fue de 13,6 meses.

Palabras clave: CANCER DE ESOFAGO; ESOFAGECTOMIA; SUSTITUCION ESOFAGICA.

1 Especialista de I Grado en Cirugía General

2 Especialista de I Grado en Medicina Interna.Verticalizado en Cuidados Intensivos.Instructor.

3 Especialista de I Grado en Cirugía General.Instructor

4 Especialista de I Grado en Medicina Interna.Verticalizado en Cuidados Intensivos.

Calle 9 No.5 entre A y C . Morón .Ciego de Avila.Cuba.

INTRODUCCION

El carcinoma es una de las enfermedades más frecuentes del esófago, sin embargo, es hoy todavía objeto de controversia su tratamiento y en gran medida se considera paliativo.

Desgraciadamente, en más del 75% de los pacientes con esta enfermedad, la invasión local del tumor o las metástasis a distancias, hacen imposible la resección curativa (1,2). Por tanto,el tratamiento para la mayoría de estos enfermos es paliativo.

Casi el 50% de todos los cánceres que afectan al esófago se localizan en la unión esofagogástrica, y la mayor parte son adenocarcinomas, mientras que el carcinoma de células escamosas predomina en el cuerpo del órgano.

Se dice que esta enfermedad dejada a su evolución natural, sin tratamiento, alcanza una mortalidad de alrededor del 100% en el término de un año (3). Este aspecto y el hecho de que un síntoma tan desesperante como la disfagia domina el cuadro clínico, ha servido de motivación para los

cirujanos, por la cirugía del cáncer de esófago. Este informe considera el tratamiento quirúrgico de las lesiones malignas del esófago con particular insistencia en la técnica quirúrgica.

MATERIAL Y METODO

Para la realización de este trabajo se revisaron las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con cáncer de esófago y cardias, ingresados en el Hospital Provincial Docente de Morón en la etapa comprendida entre 1991 y 1995 ambos inclusive.

El universo del trabajo estuvo inicialmente constituido por 35 historias clínicas de las cuales se seleccionaron 11; aquellas en quienes fue posible realizar la extirpación quirúrgica del segmento interesado y que constituyeron nuestra unidad de análisis.

En la revisión individual de los expedientes se precisaron las siguientes variables: Edad, sexo, color de la piel, factores de riesgo tipos istológicos.

Síntomas principales, medios diagnósticos, intervenciones quirúrgicas (técnica), morbilidad, mortalidad operatoria y supervivencia.

Se tomaron en cuenta en la muestra los adenocarcinomas de los cardias y fundus gástrico que infiltraban el esófago inferior, no fue analizado el estado TNM de cada tumor.

RESULTADOS Y DISCUSION

En nuestra serie de 11 enfermos que presentaron cáncer de esófago y cardias, las edades de mayor incidencia fueron las de 60 a 69 años, representando este grupo de pacientes el 45,4% del total. No hubo en este estudio pacientes por debajo de 40 años afectados de la enfermedad en cuestión lo que coincide con otros trabajos realizados en Cuba y en el extranjero (3-9). Hubo un amplio predominio del sexo masculino sobre el femenino en esta investigación; representando el 81,8% de la totalidad de los enfermos; estos resultados son similares a los obtenidos en la literatura médica revisada (3,7,9,10). En los últimos años existe la tendencia de aumentar la incidencia de la enfermedad en el sexo femenino, incluso tiende a igualar a la del masculino debido a que la mujer está sometida a los mismos factores de riesgo que el hombre, sobre todo el hábito de fumar y tomar café (9,10).

Al analizar los factores de riesgos estudiados encontramos que el 100% tomaban café, el 90,9% fumaban, el 72,7% ingerían bebidas alcohólicas de forma habitual y un 45,4% preferían tomar y comer los alimentos calientes. Estos resultados se corresponden con los reportados en otros estudios de similar diseño a nivel nacional (3-5) e inclusive a nivel internacional (1,8-10) lo que nos permite afirmar que los principales factores de riesgo en la aparición de esta enfermedad son los hábitos de tomar café, de fumar y tomar bebidas alcohólicas.

Los pacientes de piel color blanca fueron más afectados por esta enfermedad presentándose en 8 enfermos para un 72,7% y solamente en 3 enfermos de piel negra.

Con respecto a la localización del tumor según el sitio de origen, en 5 casos el tumor se localizó al tercio inferior y cardias representando alrededor de la mitad de la serie estudiada (45,4%), en 3 al tercio medio y en otros 3 casos; 2 al tercio inferior y uno al tercio superior respectivamente. Histológicamente los tumores del tercio inferior y cardias correspondieron a adenocarcinomas, en el resto de las localizaciones fueron carcinomas epidermoide (Cuadro 1).

Actualmente se considera al adenocarcinoma primario del esófago como una entidad bien definida que se desarrolla sobre una metaplasia de Barret o más raramente en un esófago tapizado íntegramente por epitelio pavimentoso, o excepcionalmente tener origen en islotes de epitelio gástrico ectópico (11).

En el presente trabajo todos los adenocarcinomas fueron de los cardias con invasión al esófago inferior; estos resultados se corresponden con los encontrados en estudios de similar diseño (1-5,7).

Los síntomas y signos más frecuentemente encontrados fueron: disfagia progresiva (100%), anorexia y pérdida de peso (81,8%), pirosis (45,4%) y un 18,1% que presentó hematemesis y halitosis respectivamente.

A todos nuestros pacientes se les realizó estudio contrastado de esófago y estómago así como esofagogastroscofia con biopsia por ponche de la lesión reflejando un 100% de positividad diagnóstica en ambos exámenes. Solo en un caso de localización del tumor al tercio inferior y cardias, no se visualizó en el estudio radiológico la clásica imagen de estenosis tipo IV caracterizada por defecto de lleno irregular en sacabocados pero, pero si se apreciaba cierta dilatación del esófago por encima de la zona sospechada lo cual unido a la clínica sugería el diagnóstico el cual lo confirmó la endoscopia.

Nueve pacientes presentaban anemia en el momento del ingreso (81,8%) y en todos la eritrosedimentación estaba acelerada, resultando de tres cifras en 5 casos.

Desde el punto de vista quirúrgico se realizaron en el presente trabajo 7 esofagectomías subtotales con sustitución esofágica inmediata, 3 esofagogastrectomías tipo Sweet y una gastrectomía total con esofagectomía inferior. Estos dos últimos procedimientos técnicos se realizaron con anastomosis pacientes donde la lesión se originaba en los cardias e invadía el esófago inferior (Cuadro 2).

De las 7 sustituciones esofágicas subtotales inmediatas realizadas, en 1 caso la lesión se localizaba al tercio superior, en 3 al tercio medio, en 2 al tercio inferior y en otro al tercio inferior y cardias; de ellas 5 se realizaron en forma de gastroesofagoplastia transhiatal roma sin toracotomía (técnica de M. Orringer) y en 2 se practicó una intervención tipo Lewis-Tanner (esofagectomía y esofagogastrostomía por vía abdominal y torácica derecha).

Resultan bastantes controvertidas las vías de acceso al tumor esofágico y la técnica quirúrgica que se debe realizar, lo que está en dependencia del criterio que tenga el cirujano. Las opiniones en la actualidad si bien justifican el tratamiento quirúrgico en la mayoría de pacientes siempre que sus condiciones físicas lo permitan, aparecen divididas en dos grandes grupos: A) Los que comparten la filosofía de que el tratamiento del carcinoma del esófago y cardias es primordialmente paliativo puesto que son raras las curaciones y proponen la técnica de la esofagectomía sin toracotomía (blunt esophagectomy) basados en en gran medida en el postulado de que la morbilidad y la mortalidad quirúrgica de esta operación significativamente menores que las de las resecciones transtorácicas por lo que proporcionan al paciente el mejor de los procedimientos paliativos; la resección del tumor, con el menor riesgo posible. En otras ocasiones (tumores el tercio superior y cardias), la esofagectomía subtotal de principio se practica para cumplir objetivos oncológicos de exéresis visceral ampliada (2,7,8,12-16). B) Los que sostienen que la esofagectomía sin toracotomía tiene un rol limitado en el tratamiento de los pacientes con cáncer del esófago debido a que esta técnica no permite una disección adecuada del mediastino y niega toda intención de curar aquellos pacientes con lesiones invasivas localizadas que podrian ser curados con resecciones ampliadas. Este grupo propone la resección radical transtorácica del esófago ("en bloc" esophagectomy) incluyendo los pacientes con invasión de los ganglios linfáticos regionales que pueden ser curados por medio de la resección radical (1,17-19).

De un total de 8 esofagectomías realizadas, 7 fueron consideradas subtotales para un 87,5% y se utilizó al estómago como sustituto esofágico, la restante sustitución se consideró parcial y se utilizó el yeyuno como sustituto después de una gastrectomía total con esofagectomía inferior (Cuadro 3).

En nuestro trabajo prevaleció el criterio de usar el estómago como sustituto cuando la lesión esofágica requiere la resección, como ocurre en el cáncer. Las ventajas por todos ya conocidas del estómago

para la plastia (2,6,13,16), han relegado al colon para aquellos casos en que no es necesario extirpar el esófago (sustituciones derivativas) o donde no se pueda usar el esotómago porque su dimensión o vascularización es insuficiente, o cuando este órgano es asiento de alguna enfermedad, o fue objeto de alguna operación previa (7,17,20). En todos los casos el sustituto fue colocado en el mediastino posterior.

Las complicaciones no letales que registramos fueron: neumotórax por apertura intraoperatoria de la pleura mediastónica en 2 casos (18,1%); sepsis de la herida quirúrgica, de las toracotomías, en 2 enfermos (18,1%); hemoneumotórax intraoperatorio pequeño en un caso y ronquera transitoria por paresia recurrencial también en un caso para un 9,1% respectivamente. Los neumotórax y el hemotórax fueron resueltos con pleurotomía mínima alta.

La mortalidad operatoria en la serie estudiada es del 36,3%, pues fallecieron 4 de los 11 enfermos operados. Las causas directas de la muerte fueron: tromboembolismo pulmonar al segundo día de operado en 2 casos, infarto agudo del miocardio al quinto día de una esofagogastrectomía tipo Sweet

en 1 enfermo y hemoperitoneo por sangramiento del lecho esplénico y manifestación clínica tardía y súbita en un caso. Todos fueron comprobados anatomopatológicamente. Es de destacar que tres de las cuatro muertes producidas no fueron como consecuencia directa del proceder quirúrgico utilizado, no por esto dejamos de analizar que la mortalidad operatoria que hemos obtenido del 36,3%, es bastante alta si tomamos en cuenta los resultados de publicaciones revisadas donde la mortalidad utilizando estas mismas técnicas y sobre todo la esofagectomía transhiatal sin toracotomía oscila entre un 4 y un 10% (2,6,7,9,15,19). Sin embargo, en otros trabajos del ámbito nacional e incluso internacional consultados, hemos encontrado una mortalidad operatoria alrededor de la nuestra y en algunos casos mayor (3-5,12). Otro elemento que pudo haber contribuido a estos resultados es el hecho de que la serie estudiada no es demasiado amplia y por ello susceptible de encontrarse artefactada por uno o dos malos resultados consecutivos.

En el momento de redactar este trabajo, ya habían fallecido en el seguimiento dos enfermos. Se obtuvo una supervivencia media de 19,5 meses (entre 15 y 24 meses). Continúan vivos otros 5 pacientes con un intervalo comprendido entre los siete meses (2 casos) y los dos años (3 casos); para una supervivencia media de 13,6 meses. La diseminación neoplásica (metástasis hepática, pulmonar, osea, cerebral, etc.) fue la causa invariable de defunción de todos los pacientes egresados del hospital.

CONCLUSIONES

1-La mayor incidencia de tumores malignos del esófago en nuestro trabajo estuvo comprendida entre las edades de 60 a 69 años, representando este grupo el 45,4% del total.

2-El sexo masculino resultó ser el de mayor afectación con 9 enfermos para un 81,9%.

3-La disfagia progresiva fue el síntoma que dominaba el cuadro clínico en el 100% de nuestros pacientes.

4-La variedad histológica encontrada fue casi igual para los dos tipos: Adenocarcinomas 5 y Carcinoma Epidermoide 6. Este último resultó ser el más frecuente en el tercio medio y el adenocarcinoma en el inferior y cardias.

5-En los tercios superior, medio e inferior, la técnica quirúrgica más utilizada fue la esofagectomía subtotal, seguida de un método de sustitución inmediato correspondiendo en nuestro trabajo a la gastroesofagoplastia transhiatal sin toracotomía. En el tercio inferior y cardias la esofagogastrectomía tipo Sweet fue la más utilizada.

6-El estómago fue el órgano más usado en la sustitución esofágica en el 87,5% de los enfermos estudiados.

7-La mortalidad operatoria fue alta, encontrada en el 36,3%.No hubo muertes transoperatorias.

8-La supervivencia media de los pacientes fallecidos después del egreso hospitalario fue de 19,5 meses y la de los que continúan vivos de 13,6 meses.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1- Boerma EJ. Resection of esophageal carcinoma. Red Tijdschr Geneesk 1993;137(24):1212-3.

2- Davydov MY, Akhvlediari GG, Stdiili IS, Masuri VS.Surgical aspects in the treatment of esophageal cancer. Semin Surg Oncol 1992;8(1):4-8.

3- Mursuli AL. Tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago. Reacción estadística de 1970 a 1986. Rev Cubana Cir 1988;27(6):23-30.

4- Suárez JC. Resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago en el INOR. Rev Cubana Cir 1987;26(6):45-52.

5- Bernot RD. Cáncer del esófago y cardias. Análisis de los casos intervenidos con lesiones resecables en un período de doce años (1970-1982). Rev Cubana Cir 1984;23(3):236-41.

6- Garcia GA, Morandeira MA. Posibilidades de las sustituciones esofágicas. Rev Cubana Cir 1987;26(1):125-51.

7- Imamura M. Resent advancement in surgical treatment for esophageal cancer. Nippon Geka Hokan 1992;61(3):211-2.

8- Zubareo PN, Bicenkov LN, Sinenchenko GI, Kobak M E,Pisareva L V. Simultaneous operations in the surgical treatment of cancer of the esophagus and cardias. Vestn Khir Im Grek 1992;148(4):3-7.

9- Lerut T, De Leyn P, Coosemans W, Lesaffre E. Surgery for esophageal carcinoma. Belge Radiol 1991;74(5):389-96.

10- Ernst M, Dollinger P, Schill S, Koch C, Haring R. Results of surgical therapy of esophageal carcinoma.Zentralbl Chir 1991;116(23):1315-23.

11- Olaciregui JC, Badaloni AE, Cenoz MC, Loviscek LF. Adenocarcinomas primarios del esófago. Análisis clínico y anátomo-patológico. Rev Esp Cir 1988;44(3):367-77.

12- Suárez A, Torres AJ, Cuberes R, Hernández F, Rodriguez A, Moreno A. Esofagectomía sin toracotomía en el Cáncer de esófago y cardias. Rev Esp Cir1986;40(1):129-34.

13. De Leyn P, Coosmans W, Van Raemdonck D, Gruwez J A, Lerut T. Functioning of the tube stomach following esophagus resection for carcinoma. Ned Tijdschr Geneesk 1993;137(9):455-9.

14- Sevilla P, Pirig A, Urgelles P, Elias G, Torres J, Sevilla L. Esofagectomía sin toracotomía. Informe de 4 casos. Rev Cubana Cir 1985;24(6):574-84.

15- Orringer MB. Tranhiatal esophagectomy without thoracotomy for carcinoma of the thoracic esophagus. Ann Surg 1984;200:282-8.

16- Osinowo O, Alonge T. Esophageal reconstruction using the stomach. West Afr Med 1992;11(4):235-43.

17- Shi G N. Total esophagectomy and colon transplantation in treatment of upper neck esophageal carcinoma. Report of 16 cases. Chung Hua Wai Ko Tsa Chih 1992;30(4):214-5,254.

18- Skinner D B. En bloc resection for neoplasms of the esophagus and cardias. J Thorac Cardiovasc Surg 1983;85:59-71.

19- Lozac'h P, Topart P, Etienne J, Charles JF. Ivor Lewis operation for epidermoid carcinoma of the esophagus. Ann Thorac Surg 1991;52(5):1154-7.

20- Del Genio A, Fei L, Cosenza A, Maffettone V, Izzo G, Allarias A. Current views and controversies about reconstruction after esophagectomy. G Chir 1991;12(3):103-5.

Anexos

Cuadro 1. Tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago. Distribución de

pacientes según localización del tumor y variedad histológica.

Hospital General Provincial Docente de Morón. 1991-1995.

LOCALIZACION DEL TUMOR	VARIEDAD HISTOLOGICA	TOTAL	
		No	%
Tercio superior	C.Epidermoide	1	9,1
Tercio Medio	C.Epidermoide	3	27,3
Tercio Inferior	C.Epidermoide	2	18,2
Tercio Inferior y cardias	Adenocarcinomas	5	45,4
TOTAL		11	100,0

Fuente: Historias Clínicas.

Cuadro 2. Distribución de pacientes según técnica quirúrgica empleada en relación con el sitio de origen del tumor.

TECNICA QUIRURGICA	T. SUPERIOR		T.MEDIO		T.INFERIOR		T.INF.Y CARDIAS		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Esofagectomía subtotal con sustitución esofágica inmediata	1	9,1	3	27,3	2	18,2	1	9,1	7	63,6
Esofagogastrectomía (Sweet)	-	-	-	-	-	-	3	27,3	3	27,3
Gastrectomía total y esofagectomía inferior	-	-	-	-	-	-	1	9,1	1	9,1

TOTAL	1	9,1	3	27,3	2	18,2	5	45,4	11	100,0
-------	---	-----	---	------	---	------	---	------	----	-------

Cuadro 3. Distribución de pacientes según órganos usados como sustituto esofágico.

ORGANO	No DE PACIENTES	%
Estómago	7	87,5
Yeyuno	1	12,5
TOTAL	8	100,0