

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Recidiva tumoral en tubo gástrico en esofagectomías por carcinoma

Drs. RIMSKY ALVAREZ U, ENRIQUE SEGUEL S, CARMEN GLORIA BETANCUR M, CLAUDIO ZÚÑIGA T, ANA MARÍA GALLARDO O, ROXANA GALLARDO O, CAROLINA LAZCANO G

Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción.
Departamento de Cirugía, Universidad de Concepción

RESUMEN

Se estudian retrospectivamente los pacientes sometidos a esofagectomía transhiatal y gastroplastia tubular transmediastinal entre 1985 y 1999 en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional de Concepción y que presentaron recidiva tumoral con compromiso del tubo gástrico. Se encontraron 5 pacientes, tres varones y dos mujeres, que corresponden al 4,3% de la serie (60 pacientes). Todos ellos tenían tumores avanzados al momento de la intervención, con compromiso profundo hasta la adventicia e invasión vascular y linfática, correspondiendo a etapas III ó IV. Los pacientes presentaron disfagia y hemorragia digestiva alta. La recidiva se diagnosticó por endoscopia digestiva alta y estudio radiológico, a los 16,8 meses de la operación. Tres pacientes requirieron yeyunostomía. La sobrevida media fue de 23,8 meses.

PALABRAS CLAVES: **Cáncer de esófago, recidiva, gastroplastia**

SUMMARY

A retrospective study of patients submitted to transhiatal esophagectomy and transmediastinal tubular gastroplasty for esophageal cancer who presented with local recurrence is done. Between 1985 and 1999, 5 patients (3 males and 2 females) operated on at the surgical department of the Hospital Regional of Concepción were found. They represent 4.3% of the total (60 patients). At the time of surgery, all of them had stage III or IV tumors with infiltration up to the adventitia and vascular invasion. Patients presented with dysphagia and upper gastrointestinal bleeding. Recurrence was diagnosed by upper endoscopy and imaging studies 16.8 months after the operation. Jejunostomy was done in 3 patients. The median survival was 23.8 months.

KEY WORDS: **Esophageal cancer, tumor recurrence, gastroplasty**

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de esófago es una patología de mal pronóstico debido a que, al momento de su diagnóstico, habitualmente se encuentra en un estadio avanzado. A pesar de algunos avances logrados con la quimio y radioterapia, la resección quirúrgica continúa siendo la única modalidad de tratamiento que puede ofrecer curación, y es el

procedimiento que ofrece la mejor paliación a estos pacientes.^{1,2}

La esofagectomía puede realizarse por vía transhiatal o transtorácica. La primera no permite realizar una adecuada linfadenectomía en el mediastino, pero se prefiere en muchos centros porque tiene una menor morbilidad y mortalidad operatoria que la segunda y su utilidad es discutible.³

El estómago es la víscera más utilizada en la reconstitución del tránsito digestivo en estos pacientes. Puede ser ubicado en el mediastino posterior o en posición retroesternal. La vía posterior tendría una menor morbilidad que la retroesternal, sin embargo, algunos autores consideran que el estómago puede quedar expuesto a complicaciones derivadas del tratamiento complementario (radioterapia) y a la recidiva del tumor.⁴

La mayoría de los pacientes operados presentan recidiva de su enfermedad, tanto local como a distancia, y se ha descrito el compromiso tumoral del tubo gástrico en el mediastino posterior.^{1,2}

Se presentan los pacientes portadores de carcinoma esofágico sometidos a esofagectomía transhiatal con gastroplastia tubular transmediastinal que presentaron recidiva tumoral con compromiso del tubo gástrico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudian las fichas clínicas de 60 pacientes, 41 varones (68,3%) y 19 mujeres (31,7%) con carcinoma de esófago, a los que se les realizó una esofagectomía transhiatal con gastroplastia tubular transmediastinal posterior entre 1985 y 1999 en nuestro Hospital Clínico. Se excluyen de esta casuística los pacientes que fallecieron en el postoperatorio (2 casos).

La edad media de la serie fue de 63,1 años (rango 35 a 82 años).

En 20 casos el tumor estaba localizado en el tercio inferior del esófago (33,3%) y en 40 en el tercio medio (66,7%). Los tumores eran menores de 4 cm en 26 pacientes, y mayores de 4 cm en el resto (34 pacientes). Macroscópicamente corresponden a 8 tumores Borrmann I (13,3%), 15 Borrmann II (25%), 24 Borrmann III (40%) y 13 Borrmann IV (21,7%). El tipo histológico predominante fue el epidermoide, que se presentó en 54 pacientes (90%). Además, hubo 3 carcinomas adenoescamosos (5%), 2 adenocarcinomas (3,3%) y un carcinosarcoma (1,7%). De acuerdo al grado de diferenciación, 3 de estos tumores (5%) fueron bien diferenciados (Broders I), 37 (61,7%) moderadamente diferenciados (Broders II), 15 (25%) poco diferenciados (Broders III) y 5 (8,3%) indiferenciados (Broders IV). En 6 casos el tumor sólo comprometía hasta la submucosa (10%) y en 11 la muscular (18,3%). En los otros 43 pacientes el tumor comprometía la adventicia o la sobrepasaba (71,7%). Catorce pacientes no tenían invasión vascular (23,3%) y 46 presentaban invasión venosa y/o linfática (76,7%).

Seis pacientes se encontraban en estadio I

(10%), 14 en estadio II (23,3%), 21 en estadio III (35%) y 19 en estadio IV (31,7%).

Seis pacientes fueron tratados con radioterapia preoperatoria y ninguno recibió tratamiento complementario en el postoperatorio.

RESULTADOS

Se encontraron cinco pacientes (3 hombres y 2 mujeres) que presentaron recidiva local con compromiso del tubo gástrico, correspondiendo al 4,3% de la serie.

La edad promedio fue de 62 años (rango 52 a 69 años).

El tumor primario estaba localizado en el tercio medio en cuatro pacientes, y en el tercio inferior en uno. Los tumores medían en promedio 7,1 cm (rango 2 a 12 cm). Macroscópicamente correspondieron a tres tumores Borrmann III y dos Borrmann IV. Dos casos correspondían a carcinomas moderadamente diferenciados (Tipo II de Broders) y tres casos a lesiones poco diferenciadas (Tipo III de Broders). En todos los pacientes el tumor comprometía hasta la adventicia o la sobrepasaba. Todos los tumores presentaban invasión vascular venosa y/o linfática y sólo uno no presentaba metástasis ganglionares.

Dos pacientes fueron etapificados en etapa III y los otros pacientes estaban en etapa IV al momento de la resección.

Sólo un paciente recibió radioterapia preoperatoria.

El período libre de enfermedad fue de 16,8 meses (rango 10-30 meses). La recidiva de la enfermedad se manifestó clínicamente en tres pacientes por disfagia, uno por hemorragia digestiva alta y otro presentó ambos síntomas. En dos pacientes existió fistulización del tubo gástrico a la vía aérea (Figura 1).

La recidiva fue diagnosticada por endoscopia digestiva alta y radiografía de esófago-estómago-duodeno.

En tres pacientes que presentaban disfagia grave fue necesario realizar una yeyunostomía.

La supervivencia media de los pacientes fue de 23,8 meses (rango 18 a 35 meses) (Tabla 1).

DISCUSIÓN

El carcinoma de esófago es una patología de mal pronóstico. Al momento del diagnóstico muchos pacientes presentan extensión tumoral local y a distancia. La cirugía se realiza con intención curativa sólo en un reducido número de pacientes, que oscila entre el 15 y el 42% en las distintas



Figura 1. Fístula gastrobronquial.

series. El resto de los pacientes puede ser sometido a cirugía paliativa, cuyo objetivo es la conservación del tránsito digestivo.^{1,2}

La víscera de elección para la reconstitución del tránsito es el estómago, que puede ser localizado en mediastino posterior o anterior (retroes-ternal). Estudios radiológicos baritados han demostrado que la velocidad del vaciamiento del tubo gástrico es similar con ambas técnicas y los

resultados son similares en cuanto a función y calidad de vida.^{4,5}

A pesar del tratamiento quirúrgico la sobrevida a 5 años es de 10 a 30%, dependiendo del estadio tumoral.⁶

El factor que más afecta la sobrevida de los pacientes operados es la recidiva de la enfermedad. Esta se presenta entre el 55 y 63% de los pacientes operados al primer año, y entre el 63 y 88% al segundo año. Un 10% de los pacientes que sobreviven 5 años presentan recidiva.^{2,3,6-9}

El 21 al 50% de los pacientes presentan recidiva intratorácica, con compromiso de mediastino, ganglios intratorácicos, pulmón o pleura. Entre el 9 y el 50% presenta compromiso a distancia, destacando las metástasis hepáticas, peritoneales y óseas. El 23 al 30% de los pacientes presentan metástasis múltiples tanto en el tórax como fuera de él.^{2,3,6-8,10,11}

Los factores que se relacionan con la recidiva local son la profundidad de invasión del tumor primario y el compromiso ganglionar al momento de la resección. Los pacientes que son sometidos a linfadenectomía radical y aquellos que han sido sometidos a radioterapia en el preoperatorio presentan una menor recidiva a ese nivel. Sin embargo, no hay diferencias en la sobrevida con los pacientes no sometidos a esos procedimientos.^{1,2,6,8-10,12,13}

El compromiso del tubo gástrico es poco frecuente, y se describe sólo en un 7% de los pacientes operados. Los síntomas principales son la disfagia y la hemorragia digestiva, pero pueden ser asintomáticos. El estudio baritado puede mostrar

Tabla 1
PACIENTES CON RECIDIVA EN EL TUBO GÁSTRICO

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Edad	69	63	52	62	64
Sexo	M	F	M	F	M
Ubicación	T. med	T. med	T. med	T. med	T. inf
Radioterapia	Sí	No	No	No	No
Tamaño tumor	12 cm	5,5 cm	5 cm	2 cm	11 cm
Borrmann	IV	III	III	III	IV
Broders	III	III	II	II	III
Prof. invasión	> adv.	> adv.	Adv.	Adv.	> adv.
Invasión vascular	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Mtt. ganglionar	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Estadio	IV	IV	III	III	IV
Síntoma	Disfagia	Disfagia	Disfagia	Disfagia-HDA	HDA
Método diagnóstico	EDA-Rx	EDA-Rx	EDA-Rx	EDA-Rx	EDA-Rx
Período libre	18 m	12 m	30 m	10 m	14 m
Yeyunostomía	Sí	Sí	No	Sí	No
Sobrevida	25 m	18 m	35 m	19 m	22 m

destrucción de la mucosa, estenosis, fístula o compromiso masivo del estómago. La endoscopia confirma el diagnóstico. El hallazgo más frecuente en el estudio con TAC es una masa de tejido blando localizada en la zona del tumor primario, que comprime extrínsecamente al tubo gástrico.^{1,3}

El procedimiento de elección para la detección de las recidivas es la TAC de tórax y abdomen con una sensibilidad de 87%. Con éste se pueden detectar metástasis con 3 meses de anterioridad a su evidencia clínica.^{3,14}

Los factores asociados a la recidiva con compromiso del estómago son los mismos descritos para la recidiva local, es decir, profundidad de invasión del tumor y metástasis ganglionares al momento de la intervención.

En nuestra serie, este tipo de recidiva también fue poco frecuente y se presentó sólo en el 4,3% de los pacientes. Todos ellos presentaban enfermedad avanzada (compromiso de adventicia, compromiso linfovascular, estadios III y IV) al momento de la intervención. El objetivo de la intervención en estos pacientes fue paliativo, sin embargo, debido a esta complicación, los resultados no pueden ser considerados satisfactorios en ellos.

Debido a que este tipo de complicación del tubo gástrico no se observa en el estómago ubicado en posición retroesternal y los resultados funcionales son similares a los obtenidos con la localización en mediastino posterior, creemos que los pacientes con enfermedad avanzada, sometidos a cirugía paliativa se benefician con la reconstitución del tránsito digestivo por la vía retroesternal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tam P, Cheung H, Ma L, Siu K, Wong J: Local recurrence after subtotal esophagectomy for squamous cell carcinoma. *Ann Surg* 1987; 205: 189-94.
2. Sanz L, González J, Miyar A, Navarrete F, Martínez E: Pattern of recurrence after esophageal resection for cancer. *Hepato-Gastroenterol* 1999; 46:2393-7.
3. Becker C, Barbier P, Terrier F, Porcellini B: Patterns of recurrence of esophageal carcinoma after transhiatal esophagectomy and gastric interposition. *ARJ* 1987; 148: 273-7.
4. Gawad K, Hosch S, Bumann D *et al*: How important is the route of reconstruction after esophagectomy: a prospective randomized study. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 1490-6.
5. Van Lanschot J, Van Blakenstein M, Oei H, Tilanus H: Randomized comparison of prevertebral and retrosternal gastric tube reconstruction after resection of oesophageal carcinoma. *Br J Surg* 1999; 86: 102-8.
6. Law S, Fok M, Wong J: Pattern of recurrence after oesophageal resection for cancer: clinical implications. *Br J Surg* 1996; 83: 107-11.
7. Fahn H, Wang L, Huang B, Huang M, Chien K: Tumor recurrence in long-term survivors after treatment of carcinoma of the esophagus. *Ann Thorac Surg* 1994; 57: 677-81.
8. Morita M, Kuwano H, Ohno S, Furusawa M, Sugimachi K: Characteristics and sequence of the recurrent patterns after curative esophagectomy for squamous cell carcinoma. *Surgery* 1994; 116: 1-7.
9. Baba M, Yoshinaka H, Tanabe G *et al*: Clinicopathological studies of the recurrence of esophageal squamous cell cancer with special reference to the mode of recurrence and operative procedure. *Nippon Geka Gakkai Zasshi* 1998; 89: 1769-79.
10. Bahansaii M, Fujita H, Kakegawa T *et al*: Pattern of recurrence after extended radical esophagectomy with three field lymph node dissection for squamous cell carcinoma in the thoracic esophagus. *World J Surg* 1997; 21: 275-81.
11. Kauczor H, Mildenerger P, Schweden F, Heintz A, Schild H: Pattern of recurrence of esophageal carcinoma after esophageal resection and gastric interposition: CT findings. *Rofo Fortschr Geb Rontgenstr Neuen Bildgeb Verfahr* 1994; 161: 113-9.
12. Yadava O, Hodge A, Matz L, Donlon J: Esophageal malignancies: is preoperative radiotherapy the way to go? *Ann Thorac Surg* 1991; 51: 189-93.
13. Saeki H, Kawaguchi H, Araki K, Ohno S, Sugimachi K: Treatment strategy for and clinical results in patients with recurrent esophageal cancer. *Nippon Geka Gakkai Zasshi* 1999; 100: 185-90.
14. Carlisle J, Quint L, Francis I *et al*: Recurrent esophageal carcinoma: CT evaluation after esophagectomy. *Radiology* 1993; 189: 271-5.