

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Cáncer de esófago, tratamiento en el Hospital Clínico Regional de Valdivia durante el período 1982-2001

Drs. ALIRO VENTURELLI I, SEBASTIÁN SOTO G, JUAN DÍAZ B,
BERNARDITA CARDEMIL J, ALFONSO SÁNCHEZ H, LUIS JIMÉNEZ V

Instituto de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Servicio de Cirugía y
Servicio de Oncología, Hospital Clínico Regional de Valdivia

RESUMEN

El cáncer esofágico es uno de los tumores de peor pronóstico debido a su bajo porcentaje de resecabilidad y baja sobrevida a 5 años plazo. Durante los últimos 20 años se han analizado tratamientos multimodales incluyendo quimioterapia y radioterapia pre y postoperatoria. El objetivo de este trabajo es analizar nuestra experiencia en el manejo de esta patología durante los últimos 20 años. Se incluye en este estudio a 51 pacientes, 27 hombres y 24 mujeres cuyas edades fluctúan entre 42 y 83 años, presentan un período sintomático promedio previo a la consulta de 13,4 meses. Disfagia se presentó en 83,3% de los casos. En 31 casos el tumor se localizó en el tercio inferior del esófago y el resto en el tercio medio; 44 casos fueron cánceres escamosos y 7 adenocarcinomas. Treinta y seis pacientes se operaron a través de toracotomía derecha y en 15 se hizo una resección transhiatal, 3 casos resultaron irreseccables. En todos los pacientes se usó un tubo gástrico y yeyunostomía de alimentación por 26 días en promedio. Radioterapia pre y postoperatoria se hizo en 40 casos. La sobrevida promedio fue de 40 meses y 7 casos vivieron más de 10 años. Esta sobrevida es similar a publicaciones nacionales e internacionales y concluimos que ésta podría atribuirse a la asociación de cirugía y radioterapia.

PALABRAS CLAVES: **Cáncer de esófago, tratamiento, radioterapia, cirugía, sobrevida**

SUMMARY

Esophageal cancer is one of the worst tumors because of his low percentage of resecability, and poor survival rate in a 5 years follow-up. During the last 20 years, multimodal therapy has been analyzed, including chemo and radiotherapy before and after surgery. The aim of this study is to analyze our experience in the management of this pathology during the last 20 years. We include in our study 51 patients, 24 female and 27 male, with ages between 42 an 83 years, with a mean symptomatic period before the first evaluation of 13.4 months. Dysphagia was present in 83.3% of the cases. In 34 cases the tumor was localized in the lower third of the esophagus and the rest in the middle third. Seven cases were adenocarcinoma and 44 squamous cell carcinoma, 36 cases were operated through right toracotomy and 15 underwent transhiatal resection, 3 cases had no chance of resection. Gastric tube was used in all patients. Every patient had a yeyunostomy with a mean of 26 days after surgery. Radiotherapy before and after surgery was performed in 40 cases. The mean survival rate was 40 months, with 7 cases superior to 10 years. The survival rate of our study is very similar with national and international studies, and we conclude this can be due to the association between surgery and radiotherapy.

KEY WORDS: **Esophageal cancer, treatment, radiotherapy, surgery, survival**

INTRODUCCIÓN

El cáncer esofágico, a pesar de no estar entre los más prevalentes, representa una causa de muerte importante por cáncer del tracto digestivo, siendo una de las neoplasias de peor pronóstico debido a su bajo porcentaje de resecabilidad que fluctúa entre 25 y 30% con una mortalidad operatoria que varía entre 5 y 10%.¹ Además, esta patología se caracteriza porque más del 90% de los pacientes que la presentan fallecen a causa de ella² y la supervivencia global a largo plazo, oscila entre un 10 a 15% a 5 años.¹

Frente a lo anterior, en los últimos años se han realizado múltiples estudios con terapias multimodales, que asocian, cirugía con radioterapia pre y postoperatoria, cirugía con radioquimioterapia y en algunos radioquimioterapia exclusiva.³⁻⁵

En nuestro hospital desde 1982 se aplica un protocolo de manejo del cáncer esofágico, que se ha presentado previamente y que considera la asociación de cirugía más radioterapia pre y postoperatoria.⁶

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados obtenidos con este protocolo al cumplir 20 años de iniciada su aplicación.

MATERIAL Y MÉTODO

Al iniciar el protocolo se elaboró una ficha computacional, utilizando el programa Microsoft Excel, en el cual se han registrado las variables que se consideran convenientes en cada caso. Estas son principalmente: nombre, RUT, sexo, edad, tiempo de evolución, sintomatología, patología asociada, estudio efectuado, tamaño tumoral, tratamiento quirúrgico y radioterapia, complicaciones postoperatorias, mortalidad y estudio histológico. En esta revisión se tabulan y analizan los datos que contiene este registro a diciembre de 2001.

El número total de casos registrados entre 1 de enero de 1982 y 31 de diciembre de 2001 es de 51; 27 pacientes de sexo masculino y 24 de sexo femenino. La edad fluctúa entre 42 y 83 años, con un promedio de 64,94 años (Tabla 1).

En todos los pacientes se practicó radiología contrastada de esófago-estómago-duodeno, endoscopia digestiva alta y biopsia de la lesión.

Técnica quirúrgica

La vía de abordaje fue toracotomía derecha, laparotomía media supraumbilical y cervicotomía izquierda en 36 pacientes (71%), en los 15 restantes el abordaje fue transhiatal (29%).

En todos los casos se practicó esofagectomía, con sección esofágica a nivel cervical.

En todos los casos se reemplazó esófago con tubo gástrico. En 38 de ellos, el ascenso de éste se realizó por vía retroesternal y en 10 por mediastino posterior. En la mayoría de los casos la anastomosis esófago-gástrica cervical fue terminolateral con Vicryl a punto separado.

Todos los pacientes operados quedaron con yeyunostomía de alimentación.

Los pacientes sometidos a radioterapia pre y postoperatoria reciben 2 Gy diarios por 15 días, cumpliendo 30 Gy, 10 a 15 días de finalizada ésta son sometidos a cirugía, completando 60 Gy postoperatorios con 2Gy diarios por 15 días.

Para la curva de supervivencia se corroboró fecha de muerte con el Registro Civil e Identificación de Chile y se utilizó curva de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

El motivo de consulta más frecuente (83,3%) fue disfagia. La baja de peso promedio fue de 6,75 kg, fluctuando entre 2 y 26 kg. Dieciséis pacientes presentaban patologías asociadas, 12 de ellos (23,3%) eran hipertensos y 4 (6,66%) diabéticos.

Según el estudio radiológico el tamaño tumoral fluctúa entre 1 y 10 cm, con un promedio de 5,8 cm, 25 casos presentaban tumor menor a 5 cm y en 26 midió entre 6 y 10 cm. De acuerdo a la endoscopia la distancia promedio desde la arcada dentaria superior al tumor fue de 31,7 cm, fluctuando entre 22 y 39 cm. En 34 casos el tumor se localizó en el tercio esofágico inferior (66,66%) y en los 17 restantes en el tercio medio (33,34%).

Todos los pacientes recibieron asistencia nutricional preoperatoria, 46 de ellos por vía oral y 5 por yeyunostomía.

Cuarenta pacientes (76,92%) cumplieron con el protocolo de radioterapia pre y postoperatoria, los 11 restantes (23,08%) no la recibieron por las razones expuestas en la Tabla 2.

El estadio más frecuente fue el Ila según se detalla en la Tabla 3.

Tabla 1
DISTRIBUCIÓN POR EDAD

Años	n pacientes
40-50	2
51-60	18
61-70	20
71-80	10
81-90	1

Tabla 2
CAUSAS PARA NO RECIBIR RADIOTERAPIA

<i>Causas</i>	<i>n pacientes</i>
Perforación esofágica	1
Esófago abdominal	2
Adenocarcinoma	7
Radioterapia previa	1

La complicación quirúrgica postoperatoria más frecuente fue la fístula de la anastomosis esófago gástrica cervical que se presentó en 12 pacientes (Tabla 4), por otro lado, la complicación médica más frecuente fue la bronquitis en 3 pacientes (Tabla 5). La hospitalización fluctuó entre 16 y 120 días.

La mortalidad operatoria de los pacientes reseca- dos fue de 6,25% y correspondió a 3 casos que

Tabla 3
DISTRIBUCIÓN POR ESTADIOS

<i>Estadio</i>	<i>n pacientes</i>
I	4
Ila	24
Ilb	5
III	15

Tabla 4
COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

<i>Complicaciones</i>	<i>n pacientes</i>
Neumotórax	1
Quilotórax	2
Hemoneumotórax	1
Fístula cervical	12
Infección herida operatoria	1
Mediastinitis	2

Tabla 5
COMPLICACIONES MÉDICAS

<i>Complicaciones</i>	<i>n pacientes</i>
Neumonía	2
Insuficiencia respiratoria	2
Atelectasia	1
Bronquitis	3
AC x FA	1
Paro cardiorrespiratorio	1

Tabla 6
PROFUNDIDAD DE INVASIÓN

<i>Profundidad</i>	<i>n pacientes</i>
Lástima propia o submucosa	9
Muscular propia	15
Adventicia	24

Tabla 7
COMPROMISO LINFONODAL

<i>Compromiso linfonodal</i>	<i>n pacientes</i>
N _x	5
N ₀	28
N ₁	15

se produjo dentro de los 10 primeros de esta serie.

El estudio histopatológico del compromiso de la pared esofágica se expresa en la Tabla 6 y el compromiso linfonodal en la Tabla 7.

El análisis de sobrevida utilizando la curva de Kaplan-Meier revela que a los 5 años es de un 29,09% y se mantiene constante hasta los 12 años. A los 15 años es de 19,3% y se mantiene hasta el cierre de este estudio (Figura 1).

DISCUSIÓN

El cáncer esofágico constituye una patología frecuente cuya mortalidad en Chile, según datos

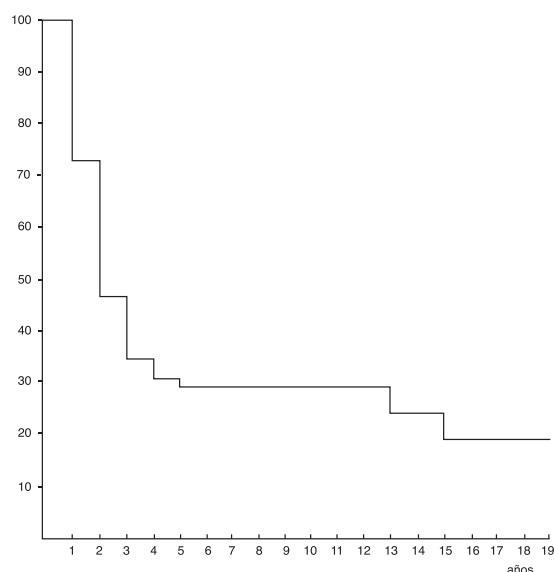


Figura 1. Sobrevida en cáncer de esófago.

aportados por el Ministerio de Salud, es de 4,6 por 100.000 habitantes, siendo mayor en hombres que en mujeres.¹

Según esta cifra en la provincia de Valdivia, población de referencia para nuestro hospital, deberían fallecer 15 pacientes al año por esta causa y según nuestra experiencia, se resecan en promedio 2,4 casos al año, lo que representa un 16%, cifra bastante baja e inferior a lo publicado que oscila alrededor del 30%. Este fenómeno puede atribuirse a que nuestro protocolo es muy estricto en la selección de los pacientes, pero lo más probable es que se deba a que varios pacientes, a pesar de cumplir con los requisitos para operarse rechazan la cirugía, cifra que según nuestra revisión previa es de un 20%.⁶ La radioterapia preoperatoria puede ser un factor que influya en que los pacientes, después de ser sometidos a ella rechacen la cirugía, ya que esta disminuye su sintomatología y pospone la decisión de operarse.

Llama la atención que esta casuística incluye 7 casos de adenocarcinoma lo que representa un 14,58% de los resecaos, cifra que apoya el concepto que el adenocarcinoma esofágico ha aumentado en los últimos años, pero aún no llega a porcentajes publicados por otros centros nacionales y extranjeros que llegan a 40% y más.^{1,7}

En los últimos años se ha planteado que la quimioterapia sola tendría mejores resultados que la cirugía, debido a la alta mortalidad operatoria.⁵ Según nuestra experiencia y múltiples experiencias internacionales, la mortalidad por esta cirugía es actualmente muy baja por lo que es perfectamente aplicable y sigue siendo la mejor alternativa terapéutica para esta patología.^{8,9}

En relación a la técnica quirúrgica, nuestra vía de abordaje es la torácica para los tumores de tercio medio y transhiatal para los de tercio inferior. No hacemos disección ganglionar mediastínica. Autores japoneses insisten en que la disección ganglionar en tres campos es la que da mejores resultados de sobrevida a largo plazo, pero con una alta morbilidad.¹⁰

La complicación quirúrgica más frecuente sigue siendo la fístula de la anastomosis esofagogástrica (25%) aunque también ha disminuido, ya que en la primera mitad de nuestra serie ésta se presentó en un 31,3%.⁶

La aplicación de terapias neoadyuvantes o coadyuvantes se encuentra actualmente en discusión, ya que numerosas experiencias no han demostrado que tengan reales ventajas sobre la cirugía sola y se recomienda sólo como protocolos de investigación.³

En relación a la sobrevida a largo plazo esta experiencia permite afirmar que en nuestro medio es posible lograr sobrevida a 10 y 15 años plazo, semejante a lo publicado por autores japoneses y europeos.^{3,8-12}

La sobrevida de 29,09% a cinco años es igual a la publicada por Braghetto y en nuestra experiencia esta cifra se mantiene igual hasta los trece años, etapa en que los pacientes fallecen por otras causas, cáncer del tubo gástrico en uno y cáncer del esófago remanente en otro.¹³

BIBLIOGRAFÍA

1. Braghetto I, Csendes A, Cornejo A *et al*: Sobrevida de pacientes con cáncer de esófago sometidos a esofagectomía total torácica. *Rev Méd Chil* 2000; 128: 64-74.
2. Blom D, Peters J, DeMeester T: Controversies in the current therapy of carcinoma of the esophagus. *J Am Coll Surg* 2002; 195: 241-50.
3. Lehnert T: Multimodal therapy for squamous carcinoma of the esophagus. *Br J Surg* 1999; 86: 727-39.
4. Akakura I, Nakamura Y, Kakegawa T *et al*: Surgery of carcinoma of the esophagus with preoperative radiation. *Chest* 1970; 57: 47-57.
5. Herskovic A, Martz K, Sarraf M *et al*: Combined chemotherapy and radiotherapy compared with radiotherapy alone in patients with cancer of the esophagus. *N Engl J Med* 1992; 326: 1593-8.
6. Venturelli A: Cirugía más radioterapia pre y postoperatoria en el tratamiento del cáncer esofágico intratorácico. *Rev Chil Cir* 1993; 45: 36-41.
7. Galandiuk S, Hermann R, Gassman J *et al*: Cancer of the esophagus. The Cleveland Clinic Experience. *Ann Surg* 1986; 203: 101-8.
8. Akiyama H, Tsurumaru M, Kawamura T *et al*: Principles of surgical treatment for carcinoma of the esophagus. Analysis of lymph node involvement. *Ann Surg* 1981; 194: 438-46.
9. Bolton J, Ochsner J, Abdoh A: Surgical management of esophageal cancer. A Decade of Change. *Ann Surg* 1994; 219: 475-80.
10. Udagawa H, Akiyama H: Surgical treatment of esophageal cancer: Tokyo experience of the three-field technique. *Dis Esophagus* 2001; 14: 110-4.
11. Van Lanschot J, Van Blakenstein M, Oeis H *et al*: Randomized comparison of prevertebral and retrosternal gastric tube reconstruction after resection of esophageal carcinoma. *Br J Surg* 1999; 86: 102-8.
12. Japanese Committee for registration of esophageal carcinoma cases. Chairman: Toshifumi Lizuka. Parameters linked to Ten-Year Survival in Japan of resected esophageal carcinoma. *Chest* 1989; 96: 1005-11.
13. Venturelli A, Sánchez A, Cardemil B *et al*: Cáncer de esófago. Sobrevida a diez años plazo. *Rev Chil Cir* 2001; 53: 241-5.