

## **Cáncer del esófago.**

**RUHERI PEREZ TAMAYO\***

**E**L CÁNCER del esófago no es desgraciadamente, una lesión excepcional. De todas las neoplasias del tubo digestivo solo los tumores del estómago y el colon son más frecuentes que el cáncer del esófago<sup>5</sup>. Una de cada 50 muertes anuales de cáncer es por cáncer del esófago<sup>11</sup>. En la mayoría de los países la enfermedad es 5 veces más frecuente en el hombre que en la mujer, pero en Suecia, donde el síndrome de Plummer-Vinson se encuentra con frecuencia asociado a tumores de la porción cervical del esófago, más del 50% de los casos se presentan en la mujer (1.7). Los tumores del esófago se presentan en enfermos desde 20 hasta más de 85 años de edad; la edad promedio oscila entre los 40 y 70 años<sup>1</sup>.

### **ANATOMÍA Y PATOLOGÍA**

El cáncer puede presentarse en cualquier punto de los 25 cms. del esófago, aunque en algunos lugares la lesión es más frecuente. La evolución, el pronóstico, el método de tratamiento así como los resultados, dependen de la localización del tumor. Los tumores del esófago torácico son más frecuentes de abajo a arriba. En la serie de Ochsner<sup>12</sup> los tumores del tercio inferior, medio y superior torácico, se presentaron en 43, 37 y 20% de los casos respectivamente. El esófago se extiende verticalmente desde el VI cuerpo vertebral cervical hasta el IX cuerpo vertebral dorsal. En su recorrido forma parte de las diversas regiones topográficas del cuello y el tórax. La diseminación por continuidad del tumor sobre las diversas estructuras en relación anatómica con el esófago, explican que la sintomatología presentada a las lesiones varíe de acuerdo con el tercio afectado. En el cuello, el esófago está en estrecha relación con la tráquea, laringe, tiroides y nervios recurrentes; en los tercios torácicos superior y medio

---

\* Profesor de Radiología de la Universidad Nacional de México.

esta en relación con la tráquea y el pedículo vascular la bifurcación bronquial, el pericardio, el conducto torácico y las pleuras mediastínicas. Más abajo, una porción del esófago penetra al diafragma y por tener vías linfáticas comunes con el cardias del estómago y continuarse con el recibe el nombre de "esófago-gástrica".

La capa histológica más externa del esófago, la adventicia, ofrece poca resistencia a la invasión tumoral, y por eso las infiltraciones tempranas son comunes. Los ganglios linfáticos tributarios de las redes mucosa y submucosa del esófago pueden dividirse en tres grupos: 1) un grupo superior que incluye ganglios cervicales y supraclaviculares; 2) un grupo medio de ganglios retromediastinales e intertraqueo-bronquiales; 3) y un grupo inferior formado por ganglios subdiaframáticos del grupo celiaco y de la curvatura menor del estómago.

La inmensa mayoría de los tumores esofágicos, más del 80%, son espinocelulares y menos diferenciados aún que los tumores de la cavidad oral<sup>11</sup>. A ello se debe que más del 70% de los tumores extirpables den metástasis linfáticas regionales<sup>4</sup>. Los tumores benignos del esófago, así como los sarcomas son poco frecuentes. En el tercio inferior del esófago se desarrollan adenocarcinomas que para algunos autores partieron de la mucosa gástrica. Es común encontrar en el cáncer del esófago infiltración microscópica submucosa 4 a 7 centímetros por encima y por debajo de la región reconocible clínicamente. Las variedades clínicas macroscópicamente son: *a)* proliferante exofítica, la cual obstruye la luz del esófago. *b)* la estenosante fibrosa y *c)* la ulcerante, de bordes ligeramente elevados. La diseminación de los tumores esofágicos se hace primordialmente por continuidad, por vías linfáticas o por vasos sanguíneo. En las autopsias de los enfermos muertos por cáncer del esófago, se han encontrado metástasis por vía hematogena en el 57.5% de los casos<sup>1</sup>. Una tercera parte de los tumores del tercio inferior dan metástasis subdiafragmáticas. Las estructuras más frecuentemente afectadas por metástasis, son, de acuerdo con Dormans<sup>14</sup> las siguientes:

ÓRGANO O TEJIDOS	TERCIO ESOFÁGICO		
	Superior	Medio	Inferior
Hígado	16%	29%	43%
Pulmón y pleura	31	20	20
Huesos	9	7	9
Ganglios abdominales	9	24	42
Riñones	4	7	8

## EVOLUCIÓN

La sobrevida promedio de un enfermo con cáncer del esófago, cuando no es sometido a tratamiento alguno, es de 12 meses<sup>6, 7</sup>. La enfermedad tiene una evolución clínica rápida por tratarse de tumores poco diferenciados. Por desgracia, 40% de los enfermos acuden a consulta médica tres meses después de iniciados los síntomas, y más del 20% consultan seis meses después<sup>1</sup>, a este retardo se añade el tiempo que perdió el médico general con tratamientos sintomáticos, antes de llegar a una decisión apropiada<sup>16</sup>, que varía entre tres o cuatro meses. Por otra parte, aún cuando la evolución clínica de estos tumores es rápida, la sintomatología esofágica no es solo relativamente tardía sino una sintomatología prestada, pues el esófago es una viscera silenciosa. El síntoma inicial temprano más frecuente es la sensación de presión, molestia o plenitud retroesternal en el sitio correspondiente al nivel afectado. Ya el 96% de los enfermos se quejan de disfagia cuando acuden a consulta<sup>11</sup>. Cuando la enfermedad avanza van apareciendo otros síntomas. Echeverría<sup>5</sup> cita que 75% de sus enfermos tienen vómito y dolor retroesternal. La obstrucción progresiva del esófago es responsable de que la disfagia siendo inicialmente para sólidos llegue a ser para líquidos y termine en sialorrea cuando la obstrucción es absoluta. La extensión de la neoplasia hacia las ramas nerviosas principales puede provocar tos, hemiparálisis laríngea, hipo o dolores de tipo radicular. Ya en la etapa final los cánceres del esófago se perforan causando problemas inflamatorios u obstructivos de mediastino; hemorragias severas terminales o daño metastásico generalizado con invasión a hígado, pulmones y linfáticos.

## DIAGNÓSTICO

La única posibilidad de efectuar un diagnóstico oportuno de cáncer de esófago descansa en el empleo temprano del examen radiográfico y la esofagoscopia; la mínima sensación retroesternal persistente, justifica exámenes clínicos cuidadosos que incluyen laringoscopia indirecta, búsqueda de metástasis linfáticas regionales, radioscopia de esófago, y esofagoscopia. La eficacia de la radioesofagografía se ha comprobado en el 95% de los casos<sup>5</sup> y la de la esofagoscopia en el 92.8%<sup>24</sup>.

El diagnóstico diferencial abarca condiciones tales como cardioespasmo, cuerpos extraños, esofagitis, hernias diafragmáticas, úlceras esofágicas; lesiones causadas por ingestión de cáusticos y enfermedades del colágeno.

## TRATAMIENTO

Fuera del esófago cervical los autores concuerdan que el tratamiento de elección del cáncer del esófago es quirúrgico. Torek<sup>18</sup>, efectuó con éxito la primera resección del esófago con cáncer en el año de 1913. A partir de entonces se han empleado diversas técnicas quirúrgicas y la mortalidad operatoria ha disminuído. Según Carey<sup>10</sup>, la mitad de los enfermos son inexplorables; la mitad del grupo restantes son inoperables, y los operados tienen un riesgo quirúrgico promedio que alcanza un 20% de mortalidad operatoria. La mortalidad operatoria, sin embargo, depende del tipo de intervención quirúrgica y del segmento esofágico operatorio, para solo mencionar dos de los factores. Se consideran operables los cánceres del segmento cervical cuando son pequeños y no tienen metástasis; son inoperables las lesiones de todos los otros segmentos, según Franklin<sup>19</sup>, cuando presentan metástasis a distancia o debilidad irreversible.

Sweet<sup>4</sup> afirma que la mortalidad operatoria del segmento cervical debería ser cero; el Dr. del Regato<sup>11</sup>, refiere que la mortalidad operatoria del cuarto torácico superior es de 40%; la del tercio medio es del 24% para Sweet y la del tercio inferior se ha reportado desde 12%<sup>4</sup> hasta 19%<sup>21</sup>. Sin embargo, las cifras de mortalidad operatoria publicadas son muy diversas. Algunos autores llegan a 79% (Lortat)<sup>21</sup> mientras que Nakayama publicó una mortalidad operatoria sorprendentemente baja, el 4.7%<sup>22</sup>.

Los cánceres del tercio superior del esófago pueden ser controlados con radioterapia. Lederman<sup>8</sup> obtuvo cifras de sobrevida a los 5 años del 30%. El tratamiento de elección de estas lesiones es pues radioterapia, a pesar de que los resultados sean menos atractivos que los obtenidos con cánceres de otras regiones<sup>20</sup>. El tratamiento del cáncer del tercio superior del esófago aún está en la fase quirúrgica de investigación. La cirugía es peligrosa y frecuentemente ineficaz; la radioterapia de este segmento es principalmente paliativa. Las lesiones de los tercios medio e inferior, cuando son operables, deben ser sometidos a un intento quirúrgico radical. Las lesiones inoperables pueden ser tratadas con radioterapia.

## PRONÓSTICO Y RESULTADOS

De todos los tumores del tubo digestivo el cáncer del esófago tiene el peor pronóstico. Las estadísticas mundiales dan sobrevidas generales de 5 años para los enfermos de 4%<sup>6</sup> cuando son tratados con radioterapia o

cirugía. El resultado global es malo a pesar del método. Sin embargo, son encomiables e interesantes los resultados publicados por Sweet en grupos de enfermos altamente seleccionados:

Los tumores esofagogástricos sin metástasis	34%	5 años	sobrevida.
Los tumores esofagogástricos con metástasis	3%	„ „	„
Los tumores del tercio medio sin metástasis	14%	„ „	„
Los tumores del tercio medio con metástasis	0%	„ „	„

Las cifras anteriores suponen que el tratamiento quirúrgico oportuno, temprano de lesiones sin metástasis puede arrojar sobrevividas en 5 años de 14 a 34%. Palmer<sup>23</sup> presentó una serie de 16 casos tempranos (cuatro descubiertos incidentalmente y doce en dos semanas de síntomas) de los cuales solo sobreviven más de dos años el 12%.

#### REFERENCIAS

1. Raven, R. W.: *Malignant Tumors of the Oesophagus, Chapter 5, Vol. IV: 55-64.*
2. Smithers, D. W.: *Brit. J. Radiol.* 1955, 28: 554.
3. Crenshaw, J. F. y Booher, R. J.: *Gastroenterology*, 1953. 25: 385.
4. Sweet, R. H.: *Cancer. Cancer of the Esophagus.* American Cancer Society: 1956, 94.
5. Echevarría, E.: *Gastroenterología.* Mario Rebolledo, 1958: 56.
6. Magmanus, J. E., Paine, J. R., Dunn, J. y Merdinger, W.: *Carcinoma of the Esophagus, Surgery* 40: 510-514 (Tomado Y. B. 1958: 149).
7. Pérez Tamayo, Ruy.: *Gastroenterología*, 1958: 59.
8. Leberman, M.: *Epi-esophageal Cancer with Special Reference to tumors of Postcricoid Region.* *Brit. J. Radiol.* 1955. 28: 1773-183.
9. Scanlon, E. F., Morton, D. R., Walker, J. M., Watson, W. L.: *Surg. Gynec. & Obst.* 1955. 101: 290-296.
10. Carey, J. M., Clagett, O. T.: *Carcinoma of lower portion of esophagus and cardia of stomach.* *Ann. Surg.* 1955. 142: 2-5.
11. Regato, J. A.: *Carcinoma of the esophagus.* *Cancer. Cap. X*, 1954: 514-536.
12. Ochsner, A., de Bakey, M.: *Surgical Aspects of Cancer of the esophagus.* *J. Thoracic Surgical*, 1941. 10: 401-445.
13. Churchill, E. D. y Sweet, R. H.: *Transthoracic. Resection of Tumors of the Stomach and Esophagus,* *Ann. Surg.* 1942, 115: 897-920.
14. Dormans, E.: *Das Oesophagus carcinom.* *Ergebnisse der unter mitarbeit von 39 pathologischen. Instituten Deutschlands durchgeführten Erhebung über das oesophagus carcinom.* (1925-33). *Ztschr. f. Krebsforsch.*, 1939. 49: 86-108.
15. Jackson, C.: *Carcinoma and Sarcoma of the Esophagus: A plea for early diagnosis.* *Am. J. M. Sc.* 1925, 169: 625-648.

16. Merendino, K. A. y Marr, V. H.: *An analysis of 100 cases of squamous-Cell Carcinoma of the esophagus.* Cancer, 1952, 5: 52-61.
17. Mc Millen: *En del Regato,* J. A.
18. Torek, F.: *The first successful case of Resection of the thoracic portion of the Oesophagus for carcinoma.* Surg. Gynec. & Obst. 1913, 16: 614-617.
19. Franklin, R. H. y Shipman, J. J.: *Carcinoma of the esophagus,* Brit. M. J. 1952, 1: 947-951.
20. Smithers, D. W.: *The treatment of carcinoma of the esophagus.* Ann. roy. Coll. Surg. Eng. 1957, 20: 36-49.
21. Lortat-Jacob, J.: *Resultats du traitement chirurgical du cancer de l'oesophage.* Mem. Acad. Chir. 1957, 348-355.
22. Nakayama, K. y Yanagisawa, F.: *Resultado del tratamiento quirúrgico del ca. de esófago.* Chir. Clin. der Chiba-Univ. Japan Chirurg. 241-250, 1957.
23. Palmer, E D.: *Cáncer del esófago, sobrevida y el error de "Diagnóstico temprano".* Armed Forces Med. J. 1317-1322, 1957.
24. Weber, H.: *La importancia de la esofagoscopia en el diagnóstico del cáncer del esófago.* Pract. Otorhinolaryng. (Basel) 1957, 357-375.
25. Kisugi, T.: *Estudio clínico-patológico de la pieza quirúrgica de cáncer esofágico especialmente en referencia a factores pronósticos.* Tohoku med. j. 1957, 670.