

# *Cáncer esofágico*

**Ricardo Veas C.<sup>1</sup> Dr. Humberto Flisfisch F.<sup>2</sup>**

## **1.- Introducción**

El Cáncer de Esófago ocupa el quinto lugar entre las neoplasias digestivas más frecuentes, pero a pesar de su infrecuencia es uno de los tumores con peor pronóstico, principalmente debido al retardo en el diagnóstico, ya que es una enfermedad silente que sólo se manifiesta en estadios muy avanzados. En EEUU corresponde al 1% de los cánceres diagnosticados, sin embargo, ocupa el 7º lugar en mortalidad por cáncer. Actualmente la sobrevivencia general a 5 años es del 17%.

## **2.- Factores de riesgo**

Existen factores que están fuertemente asociados al desarrollo de esta enfermedad. Los más importantes son el consumo de alcohol y tabaco. El alcohol aumenta 18 veces el riesgo respecto de la población general y el tabaco en 5 veces. La asociación de ambos factores produce un efecto sinérgico aumentando el riesgo en 44 veces.

Algunas patologías se asocian a un mayor riesgo de desarrollar cáncer esofágico como el esófago de Barrett, que corresponde a una metaplasia intestinal en el esófago distal producto del reflujo del contenido ácido desde el estómago, la esofagitis crónica y la acalasia, esta última debido a la esofagitis crónica producida por la descomposición de los alimentos retenidos en el esófago.

Además se ha visto asociación con otros factores de contaminación por hongos, entre otros, que aumentan el riesgo en menor magnitud.

## **3.- Presentación clínica**

En la gran mayoría de los pacientes la enfermedad comienza a manifestarse en etapas avanzadas como disfagia (hasta en un 90% de los casos), traduciendo un grado importante de estenosis en el lumen esofágico. Otras manifestaciones frecuentes son la

---

<sup>1</sup> Interno del Dpto. de Cirugía Sur. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

<sup>2</sup> Prof. Dpto. de Cirugía Sur. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

baja de peso, dolor retroesternal o hemorragia digestiva. Si la ubicación del tumor es por sobre la bifurcación bronquial puede aparecer tos, disfonía o estridor como consecuencia de la extensión local del tumor en el árbol respiratorio.

En un bajo porcentaje de los casos los pacientes refieren sintomatología en etapas tempranas, pero lamentablemente son molestias leves e inespecíficas como discomfort o dolor retroesternal, sensación de fricción o quemadura. Estos síntomas no se presentan en más del 2% de los casos en cáncer incipiente.

#### **4.- Diagnóstico**

El gold standard para el diagnóstico es la Endoscopia Digestiva Alta (EDA) con biopsia. Con este estudio de imágenes pueden observarse las características del tumor, clasificarlo en avanzado o incipiente, tomar muestras para biopsias y determinar el tipo histológico.

La Radiología permite hacer el diagnóstico diferencial con Acalasia, Estenosis Benigna o Candidiasis. Su importancia radica en la evaluación de la extensión del tumor a través del largo, el compromiso circunferencial, localización y presencia de fístulas bronquiales. Estas características son fundamentales a la hora de definir el pronóstico del paciente.

#### **5.- Anatomía patológica**

El lugar de presentación más frecuente del cáncer esofágico es el tercio medio (60% de los casos). Los de tercio superior e inferior se presentan con una frecuencia similar, aunque cada vez aumenta la frecuencia de cáncer de tercio inferior asociado con Reflujo Crónico y Esófago de Barrett.

Aproximadamente un 75% de los tumores corresponden a un carcinoma escamoso, que puede ser exofítico, ulcerado o infiltrante. Este tipo histológico produce precozmente invasión local y metástasis a distancia.

El segundo tipo en frecuencia es el adenocarcinoma que se produce generalmente en el tercio inferior en asociación con Esófago de Barrett. También es un tumor muy agresivo en forma local y rápidamente se disemina a los linfonodos regionales.

Otros tipos histológicos como carcinomas adenoescamosos, melanomas o sarcomas son mucho más infrecuentes y se presentan en menos del 1% de los casos.

#### **6.- Estadificación**

Clásicamente la localización del cáncer esofágico se clasifica en esófago cervical (desde el esfínter cricofaríngeo hasta el manubrio esternal) y esófago toracoabdominal, este último a su vez dividido en tercios superior, medio e inferior. Actualmente el aspecto más importante es su ubicación respecto de la carina debido a que los supracarinales producen frecuentemente invasión a la vía aérea. Los estudios complementarios que ayudan a la estadificación son la tomografía axial computada que permite visualizar la extensión hacia el mediastino y órganos vecinos, compromiso de linfonodos regionales y metástasis a distancia. Otro aspecto importante es la evaluación de planos de clivaje que permiten planificar la cirugía.

En caso de que el tumor tenga una localización supracarinal está indicada la broncoscopia que evalúa la compresión, invasión y fistulización de la vía aérea.

Como en todo cáncer la etapificación final se realiza con el sistema TNM que evalúa la extensión del tumor, la presencia de linfonodos comprometidos y metástasis a distancia. Respecto a este punto cabe destacar que la extensión del tumor se mide en profundidad, tamaño y grado de obstrucción, siendo el primero el factor pronóstico más importante. La presencia al examen físico de linfonodos cervicales por metástasis es muy infrecuente, por lo que generalmente la evaluación se limita al estudio con imágenes del TAC.

Actualmente algunos centros cuentan con endosonografía que es el mejor método para evaluar el compromiso en profundidad del tumor en la pared del esófago. La tomografía con emisión de positrones se utiliza para la evaluación de metástasis a distancia y la respuesta a tratamiento con la terapia neoadyuvante.

## 7.- Tratamiento

Existe una amplia gama de alternativas terapéuticas para el Cáncer de Esófago, lamentablemente la mayoría de ellas terminan siendo sólo tratamientos paliativos al momento del diagnóstico, sólo un 40% de los pacientes tienen indicación de cirugía resectiva, ya sea con fines curativos o paliativos. Se realiza la esofagectomía por vía transtorácica o transhiatal. La primera es la única que ofrece alguna posibilidad curativa, ya que la resección esofágica se realiza en bloque, respetando los límites oncológicos. Su desventaja son todas las complicaciones asociadas a la toracotomía. La vía transhiatal se reserva para Cáncer del tercio inferior ya que el tumor se reseca con visión directa y se ahorran las complicaciones de una resección a ciegas intratorácica como mediastinitis, hemorragias, etc.

La reconstrucción del tubo digestivo posterior a la esofagectomía, generalmente se realiza con un ascenso de estómago tubulizado y posterior anastomosis a nivel cervical que presenta menor mortalidad que la anastomosis a nivel torácico debido al altísimo riesgo de complicaciones de esta última (mortalidad 80%), la desventaja de la anastomosis a nivel cervical es el elevado riesgo de fistulizar (más del 50%), pero generalmente no incluye riesgo vital. En casos excepcionales se puede utilizar un injerto de colon para la anastomosis.

La radioterapia se utiliza en forma paliativa en algunos tipos de Cáncer de Esófago. Su mejor indicación se encuentra en los carcinomas escamosos cervicales, donde se evidencia una reducción en el tamaño del tumor, sin afectar mayormente la sobrevida. En algunos casos se utiliza como terapia neoadyuvante para reducir el tamaño del tumor previo a la cirugía.

Actualmente está en estudio la utilización de la asociación de radio y quimioterapia neoadyuvante con resultados dispares. En el mejor de los casos mejoraría la sobrevida a 2 años en un pequeño porcentaje.

Finalmente existen una serie de tratamientos paliativos que sólo tienen como objetivo mejorar la calidad de vida del paciente, como prótesis transtumorales que permitan el tránsito, dilataciones esofágicas periódicas o gastrostomías.

## **8.- Discusión**

El gran problema del Cáncer Esofágico es el diagnóstico tardío, ya que las alternativas terapéuticas en esta condición ofrecen resultados bastante pobres con altas tasas de mortalidad y complicaciones derivadas de cirugías extensas. Al ser esta una enfermedad silente que se manifiesta en etapas avanzadas sería necesario establecer algún examen de screening que adelante el diagnóstico. Epidemiológicamente esta neoplasia no se presenta con mucha frecuencia, pero cabe señalar que el principal método diagnóstico es compartido con el Cáncer de Estómago, que posee la mayor mortalidad por Cáncer en nuestro país. En este sentido si bien no se justifica el estudio endoscópico como tamizaje para el Cáncer de Esófago por sí sólo, si lo hace para el Cáncer de Estómago debido a su alta prevalencia y mejores resultados con la cirugía, como consecuencia se detectarían los tumores esofágicos en estadios precoces y probablemente mejoraría el rendimiento de la terapia.

Debo destacar también que el único elemento a favor que tenemos respecto de esta patología es que los factores de riesgo están muy bien establecidos, como es el consumo de alcohol y tabaco y el Esófago de Barrett, por lo que está en nuestras manos fomentar la supresión de estos factores para prevenir la enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Jobe B. *Esophageal Cancer. Principles and Practice*. Demos Medical Publishing, 2009.
- 2.- Lagarde SM et al. *Evidence – Based Surgical Treatment of Esophageal Cancer: Overview of High – Quality Studies*. Ann Thorac Surg 2010.
- 3.- Braguetto et al. *Sobrevida de pacientes con Cáncer de Esófago sometido a Esofagectomía total torácica*. Rev. Med. Chil. 2000.
- 4.- Kranz Felder M. *Treatment options for squamous cell cancer of the esophagus: a systematic review of the literature*. J. Am. Coll. Surg. 2010.
- Burdiles P. et al. *Displasia de alto grado en Esófago de Barrett: Parte I. Fundamentos para el clínico*. Rev. Chil. Cir. 2007.
- 5.- Flumer P. *Position emission tomography for assessment of the response to induction radio chemotherapy in locally advanced oesophageal cancer*. Ann Oncol. 2002.