

CANCER DE ESOFAGO EN EL HOSPITAL "JOSE RAMON VIDAL"

Carmen Elizabeth Machado, Paola Elisabeth Lazaroff, Emilio José Pomarada
Dr. Guillermo Eduardo Harvey

Dpto de Oncología. Hospital "José Ramón Vidal". Cátedra I de Cirugía. U.N.N.E. Corrientes-Argentina.

RESUMEN

Introducción: El cáncer de esófago es una patología relacionada con los hábitos higiénico-dietéticos y el nivel socioeconómico del paciente. **Objetivos:** determinar la epidemiología del cáncer de esófago, estadio al momento del diagnóstico y el tratamiento recibido por los pacientes.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio longitudinal con casos aportados por el Departamento de Oncología del Hospital "José Ramón Vidal", abarcando el período comprendido entre 01/2000 y 06/2004. Durante dicho período se suscitaron 40 casos. El diseño empleado para la realización de este trabajo se basa en un estudio descriptivo retrospectivo.

Resultados: El 60% de los pacientes residía en el interior de la provincia y el 40% en la ciudad de Corrientes; el 70% de sexo masculino y el 30% femenino; el 72,5% entre los 50 a 70 años; forma anatomopatológica epidermoide 90% y adenocarcinoma 10%; hábitos higiénico-dietéticos alcohol 60%, mate 40% y tabaco 82,5%; estadios al momento del diagnóstico: I 0%, II 22,5%, III 45% y IV 32,5%; Recibieron tratamiento quirúrgico 50%; en estadio II 22,5%, estadio III 17,5%, en estadio IV 10%; no quirúrgico 50%; adyuvante 90%, en estadio II 17,5%, en estadio III 15%.

Conclusiones: Las características que presentaron la mayoría de los pacientes registrados en el hospital "José Ramón Vidal" fueron: sexo masculino, edad mayor de 50 años, residentes del interior de la provincia de Corrientes, tabaquistas, consumidores de alcohol e infusiones calientes (mate); carcinoma epidermoide como forma anatomopatológica, diagnosticados en estadios avanzados, razón por la cual el tratamiento que recibieron fue con criterio paliativo.

Palabras claves: cáncer, esófago, epidermoide.

ABSTRACT

Introduction: The esophagus cancer is a related pathology to the hygienic-dietetics habits and to the social-economic standard of the patient. **Objectives:** Determination of the esophagus cancer incidence, the related risk factors, the states at the moment of diagnosis and treatment received for the patients.

Materials and Methods: A longitudinal test of cases provided by the Department of Oncology of the "José Ramón Vidal" Hospital was done, containing the period from 01/2000 to 06/2004. 40 cases were caused during that period. The design for this work is based upon an descript retrospective study.

Results: From wich 60% were people from the inner region of the province and 40% were people from Corrientes city. The 70% were masculins and 30% were femenines. 72,5% were between 50 and 70 years old; epidermoide anatomy pathologic from the 90% and esophageal adenocarcinoma 10%; hygienic-dietetics habits: alcohol 60%, mate 40%, and tobacco 82,5%. State at the moment of diagnosis: I 0%, II 22,5%, III 45%, and IV 32,5%; surgical treatment applied to 50%; in the state II 22,5%, state III 45%, state IV 32,5%; non surgical treatment 50%; adjuvant 90%, in state II 17,5%, state III 15%.

Conclusions: The characteristics that presented the majority of the patients registered in the hospital José Ramón Vidal were: male sex, age over 50 years, residents of the interior of the province of Corrientes, smooking, consumers of alcohol and hot infusions (matt); carcinoma epidermoide as form anatomopathological, diagnosed in stadiums advanced, reason by which the processing that received was with mitigating criterion.

Key words: Cancer, Esophagus, epidermoide.

INTRODUCCION

El cáncer de esófago es la sexta causa de muerte por cáncer a nivel mundial ocupando el octavo lugar en incidencia, y dentro de las neoplasias del tubo digestivo ocupa el tercer lugar siguiendo en orden al de colon rectal y gástrico; con una distribución geográfica heterogénea¹.

Sus tasas de incidencia y mortalidad varían considerablemente no solo entre distintas áreas geográficas sino también entre poblaciones de un mismo país. El 80% de las muer-

tes por cáncer de esófago ocurren en países en vías de desarrollo².

La edad de presentación de esta patología es entre los 50 a 70 años, en el sexo femenino ocurre a una edad más temprana y excepcionalmente se presenta antes de los 30 años^{2,3}. Las evidencias han demostrado que hay cierta predominancia del sexo masculino sobre el femenino que en distintas estadísticas varía entre 3:1 y 7:1².

En Estados Unidos estudios realizados por Harvey y Blattie hallaron una incidencia 3 ve-

ces mayor en negros que en blancos que lo atribuyen al bajo nivel socioeconómico².

En algunos estudios se demostró que existe una influencia genética relacionada al género masculino, a la raza negra, asiática y a mutaciones del gen supresor de tumores p53².

De todas las esofagopatías, el cáncer de esófago es la más común y la porción del esófago en que asienta con mayor frecuencia es su parte media, siguiendo la porción inferior y por último el esófago cervical³.

Las dos formas anatomopatológicas en orden de frecuencia son: el cáncer epidermoide o pavimentoso y el adenocarcinoma. El carcinoma epidermoide representa aproximadamente el 75-85% de los tumores malignos de esófago mientras que el adenocarcinoma constituye el 10% a 15%; de los cuales el 10% se ubica en el tercio superior, 50% en el tercio medio y el 40% restante en el tercio inferior³.

Las áreas de mayor incidencia de carcinoma epidermoide en el mundo corresponden a China, Irán y Sudáfrica¹.

En China los mayores índices registrados fueron de 139 por 100.000 habitantes, probablemente relacionados con alimentos ricos en compuestos de nitrosaminas característicos en esa región^{1,4}.

Argentina debe ser considerada una zona de moderada incidencia, 15 casos por cada 100.000 habitantes por año¹.

A pesar de que no se conoce la etiología real del cáncer de esófago, existen varias hipótesis sobre la patogenia de esta enfermedad. En la mayoría de los países se lo ha relacionado e inclusive se ha demostrado que ciertos hábitos, factores nutricionales y ambientales, como ser el consumo de bebidas con alta graduación alcohólica, tabaquismo, alimentación rica en N-nitrobencilmetilamina (se encuentran en aditivos, conservas de carnes y pescados), carnes asadas e infusiones calientes, ahumados que contienen tanino, grasas animales, desempeñan un papel importante en la etiología del carcinoma^{1,5,6,7}.

En algunas zonas que se caracterizan por suelos desérticos y salinos con déficit de zinc, molibdeno, hierro, magnesio; la ausencia de estos minerales y vitamina C y E, betacaroteno, retinos y selenio puede aumentar la incidencia de 1 a 5 veces^{1,2,5,6}.

Distintas patologías del esófago son consideradas preneoplásicas. Las lesiones cáusticas (5-30%) pueden originar un carcinoma epidermoide en forma tardía incluso hasta 50 años después de la presentación de la lesión inicial. La acalasia también es predisponente; esta suele aparecer en personas jóvenes, se asocia con una frecuencia del 20% (Just, Viera y Haight), el cáncer aparece 10 a 20 años posterior a la lesión inicial. La tilosis se asocia

en el 95% de los casos con dicho carcinoma. El síndrome de Plummer Vinson se presenta en mujeres premenopáusicas y en el 10% de los casos se asocia con un carcinoma epidermoide o de la hipofaringe^{1,2,5,8,9}.

Uno de los principales procesos patológicos implicado en el cáncer de esófago es el Esófago de Barret. El reflujo gastroesofágico prolongado da lugar a una esofagitis por reflujo y luego a la sustitución del epitelio escamoso del esófago distal por un epitelio de tipo columnar (Barret)^{6,8,10}.

Los pacientes con metaplasia o esófago de Barret tienen hasta 30 o 40 veces incrementado el riesgo de desarrollar un Adenocarcinoma (93%) con respecto a la población en general (5-10%)^{4,6,7}.

La incidencia del adenocarcinoma ha aumentado notoriamente en occidente durante los últimos años debido a la mayor frecuencia de carcinomas originados en epitelios de Barret. Actualmente el 59% a 80% de los adenocarcinomas de esófago se desarrollan en un esófago de Barret^{4,7,11}.

El cáncer es una enfermedad cuya mortalidad se podría disminuir con un diagnóstico precoz. Los **objetivos** planteados para el presente estudio fueron: determinar la epidemiología del cáncer de esófago en el hospital "José Ramón Vidal", estadío al momento del diagnóstico y el tratamiento recibido por los pacientes.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio longitudinal en el cual se incluyeron casos aportados por el Departamento de Oncología-Servicio de Cirugía Oncológica del Hospital "José Ramón Vidal" de la Ciudad de Corrientes.

Fueron analizadas las historias clínicas de 40 pacientes con diagnóstico de Cáncer de Esófago entre el mes de enero de 2000 y junio de 2004 inclusive. El diseño empleado para la realización del trabajo se basa en un estudio longitudinal retrospectivo.

Criterios de exclusión considerados: pacientes sin diagnóstico anatomopatológico, y como criterios de inclusión a los casos atendidos y/o tratados en el Departamento de Oncología de dicho nosocomio, haber sido diagnosticado durante el período comprendido entre el año 2000 y 6/2004.

Las *variables* de estudio consideradas: edad, sexo, hábitos tóxicos, formas anatomopatológicas, el estadío de la enfermedad y terapéutica aplicada.

Para determinar el estadío del paciente se revisaron los resultados del estudio anatomopatológico.

Entre los factores de riesgo nombrados por la bibliografía se tuvieron en cuenta hábitos

tóxicos como el consumo de bebidas alcohólicas, las infusiones calientes (entre ellas el mate), y el tabaquismo.

Se realizó una descripción de los tipos de tratamiento implementado en los pacientes: quirúrgico y no quirúrgico.

RESULTADOS

El número de neoplasias con localización primaria en el esófago ha sido de 40 casos; de los cuales el 40% residían en la ciudad de Corrientes y el 60% en el interior de la provincia; el 70% fueron de sexo masculino y el 30% de sexo femenino; el 72,5% entre los 50 a 70 años de edad, 20% son personas mayores de 70 años, y el 7,5% restante son menores de 50 años.

En relación a las formas anatomopatológicas se halló un gran predominio del *cáncer epidermoide* (90%) con respecto al *adenocarcinoma* (10%).

La cantidad de casos por período de 6 meses se demuestra en el siguiente cuadro. Se encontró mayor incidencia en el período comprendido entre enero-junio de 2002 (17,5%). Cuadro N°1.

Cuadro N°1: Cantidad de casos por períodos de 6 meses.

Períodos	Enero-Junio 2000	Julio-Diciembre 2000	Enero-Junio 2001	Julio-Diciembre 2001	Enero-Junio 2002	Julio-Diciembre 2002	Enero-Junio 2003	Julio-Diciembre 2003	Enero-Junio 2004
Porcentaje	12,5%	15%	5%	5%	17,5%	10%	15%	10%	10%

El análisis de los datos referidos a los hábitos tóxicos demuestra la presencia del tabaquismo en el 82,5% de los pacientes con cáncer de esófago, aumenta el porcentaje en aquellos que presentaban además del tabaquismo, el consumo de mate y alcohol (90%). Cuadro N° 2. (Gráfico N° 1).

Cuadro N° 2: Proporción por antecedente

Antecedente	Proporción
Tabaco	82,5%
Alcohol	60%
Mate	40%
Tabaco, mate y alcohol	90%

Los motivos de consulta en orden de frecuencia: disfagia (80%), regurgitación (10%), vómitos (2,5%) y epigastralgia (2,5%). Otros motivos de consulta de menor importancia no referidos en la bibliografía fueron: hemóptisis y diarreas.

Entre los síntomas asociados se evidencian: disfagia, vómitos, disnea, tos, afagia, diarrea, expectoración, fatiga, regurgitación, náuseas, astenia, pérdida de peso, epigastralgia, sensación de cuerpo extraño, dolor retroesternal, pirosis, hipoorexia y disfonía. Algunos de ellos relacionados directamente con

la invasión local o locoregional y otros con posibles metástasis.

El estadio en el cual se encontraba el mayor porcentaje de los pacientes al momento del diagnóstico fue el *Estadio III* (45%), 32,5% en el Estadio IV, y 22,5% en estadio II; mientras que no se encontraron casos en Estadio I (0%), (Gráfico N° 2).

La terapéutica consistió en realizar cirugía, cirugía más tratamiento adyuvante (radioterapia o quimioterapia), o solamente tratamiento adyuvante (no quirúrgico).

Los tipos de tratamiento que se aplicaron a los diferentes pacientes según el estadio diagnosticado, se refleja en el correspondiente cuadro.

Cuadro N° 3: Tipos de tratamiento

Estadios	Cirugía	Cirugía y adyuvante	No quirúrgico
II	5%	17,5%	0%
III	2,5%	15%	27,5%
IV	2,5%	7,5%	22,5%
Totales	10%	40%	50%

Veinte pacientes (50%) recibieron tratamiento quirúrgico. De los cuales los pacientes en estadio II (22,5%) recibieron tratamiento con criterio curativo en cambio en estadio III y IV (77,5%) el tratamiento fue con criterio paliativo.

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos a partir del análisis de las historias clínicas son concordantes con la bibliografía consultada.

La incidencia y la prevalencia no pudieron ser determinadas ya que no todos los casos de cáncer de esófago de la provincia de Corrientes son registrados en este hospital.

Si bien existen otros factores epidemiológicos importantes relacionados a la patología, muchos de ellos no pudieron ser analizados ya que las historias clínicas no contaban con los datos suficientes para tal fin; como ser: raza, nivel socioeconómico y las patologías preneoplásicas asociadas.

El mayor porcentaje de los pacientes residía en el interior de la provincia de Corrientes (60%).

El carcinoma epidermoide fue la forma anatomopatológica del 90% de los pacientes.

El período en el cual se registraron la mayor cantidad de casos fue entre enero y junio de 2002 (17,5%).

Se encontró un aumento progresivo de la frecuencia con la edad hasta la mitad del quinto decenio de la vida momento a partir del cual se eleva rápidamente. La edad de los pacientes oscila entre los 38 a 84 años, veinte y nueve pacientes tenían entre 50 a 70 años (72,5%) con un pico de incidencia en el sexto decenio, diez y nueve pacientes (47,5%).

Se puede observar claramente la predominancia del sexo masculino (70%) sobre el sexo femenino (30%). Se deduce una relación hombre/mujer de 3:1.

Entre los factores asociados se encuentra el tabaco (82,5%), el alcohol (60%) y al mate (40%), en ese orden, datos que coinciden con estudios previos realizados¹³; el 90% de los pacientes con Cáncer de Esófago presentaron los 3 hábitos tóxicos nombrados.

El estadio en el cual se encontraba el mayor porcentaje de los pacientes al momento del diagnóstico fue el estadio III (45%), mientras que no se encontraron casos en el estadio I.

El 50% de los pacientes recibieron tratamiento quirúrgico, de los cuales la mayoría (77,5%) fue con criterio paliativo.

CONCLUSION

Las características que presentaron la mayoría de los pacientes registrados en el hospital "José Ramón Vidal" fueron: sexo masculino, edad mayor de 50 años, residentes del interior de la provincia de Corrientes, tabaquistas, consumidores de alcohol e infusiones calientes (mate); carcinoma epidermoide como forma anatomopatológica, diagnosticados en estadios avanzados, razón por la cual el tratamiento que recibieron fue con criterio paliativo.

BIBLIOGRAFIA

1. Ferraina P, Oría A. Cirugía de Michans 5° ed. Buenos Aires: El Ateneo, 2002:404-409.
2. Tamames Escobar S, Martínez Ramos C. Cirugía 1° ed. Bs. As.: Panamericana, 2000:30-45.
3. Deschamps J, Ortiz F, Grinfeld D, Wilks A. Cirugía Escuela quirúrgica Christmann 1° ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1982:515-523.
4. De Vita V, Hellman S, Rosenberg S. Cáncer. Principios y Prácticas de Oncología. 1° ed. Salvat, 1984: Tomo 1:468-499.
5. Cotran R, Kumar V. Robbins Patología Estructural y Funcional. 4° ed. Madrid: Interamericana. Mc Graw-Hill, 1990: Vol 2:880-884.
6. Pérez V, Arabehety J y col. Gastroenterología Exploración del Esófago y Estómago. 3° ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1984: 32-38.
7. Jansson S et. al. Cáncer Epidemiology. Socioeconomic Factors and Risk of Esophageal Adenocarcinoma. A Nationwide Swedish. Biomarkers Prev. 2005; 14:1754-1761.
8. Alvarez Gardiol E. Cirugía 4° ed. Buenos Aires: Editorial Beta S.R.L. 1981:209-224.
9. Engel Ls, Chow WH, Vaughan TI et al. Population Attributable Risks of Esophageal and Gastric Cancers. Journal of the National Cancer Institute; 2003; 95(18):1404-1413.

10. Bockus H. y col. Gastroenterología Exploración del Esófago, estómago. 3° ed. Barcelona: Barcelona, 1980: 167-187.
11. Sewram V, De Stefani E, Brennan P, Boffeta P. Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention Mate Consumption and the Risk of Squamous Cell Esophageal Cancer in Uruguay. American Association for Cancer Research. 2003; 12: 508-5.
12. Brisco L, Zimerman J, Harvey G. Protocolo Terapéutico para el Cáncer de Esófago. Congreso de Cirugía del Litoral Iguazú Misiones. 2004: 2-30.
13. Ebel Ortiz CG, Ebel Ortiz MD, Vanni N, Gorodner A. Estudio de Neoplasia de Esófago en el Nordeste Argentino. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2006; 157: 1-2.

Gráfico N° 1 Porcentaje de casos por antecedentes tóxicos

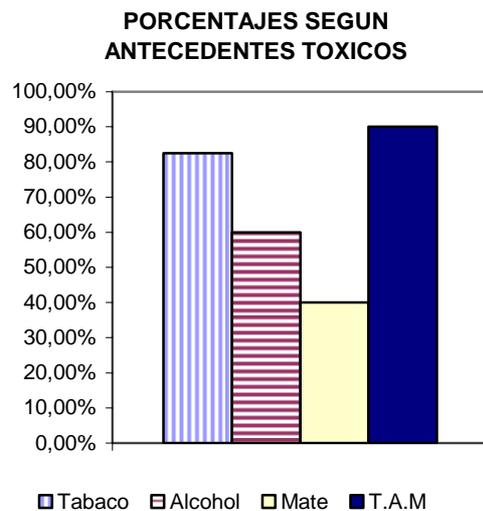


Gráfico N° 2 Porcentaje según Estadio al momento del diagnóstico

