

HOSPITAL GENERAL DOCENTE  
“DR. AGOSTINHO NETO”  
GUANTANAMO

## CANCER DE ESOFAGO. ESTUDIO DE 20 AÑOS EN CASOS INTERVENIDOS CON LESIONES RESECABLES

*Dr. Leonardo Carballosa Espinosa<sup>1</sup>, Dr. Servio Tulio Cintra Brooks<sup>2</sup>, Dr. Félix Odio Santell<sup>3</sup>, Dr. Rafael Moró Vela<sup>3</sup>, Dr. Jacinto Robinson Jay.<sup>4</sup>*

### RESUMEN

Se realiza un estudio en 39 pacientes operados por cáncer de esófago con proceder resecativo en el servicio de Cirugía General del Hospital General Docente Dr. “Agostinho Neto” de la provincia Guantánamo, desde enero de 1981 hasta enero de 2001, con la finalidad de dar a conocer algunos aspectos clínicos y quirúrgicos relacionados con esta enfermedad. Se estudian diferentes variables, tales como: total de pacientes ingresados por cáncer de esófago, resecciones realizadas, mortalidad hospitalaria por resecciones, egresados vivos después de las resecciones, supervivencia al primer, segundo y tercer año. Las edades de la muestra están comprendidas entre los 26 y 79 años, con una media de 52.2 años, con mayor frecuencia de la entidad entre los 50 y 69 años, elevado discretamente elevado entre los 50 y 59 años. El tiempo medio de la evolución de la sintomatología fue de 3 meses. En el 76.8 % de los casos se encontró disfagia.

*Palabras clave:* NEOPLASMAS DEL ESOFAGO/diagnóstico, NEOPLASMAS DEL ESOFAGO/ cirugía, NEOPLASMAS DEL ESOFAGO/epidemiología, NEOPLASMAS DEL ESOFAGO/mortalidad.

---

<sup>1</sup> *Master en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.*

<sup>2</sup> *Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar.*

<sup>3</sup> *Especialista de I Grado en Cirugía General. Asistente.*

<sup>4</sup> *Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.*

## INTRODUCCION

El cáncer de esófago es un problema de salud global.<sup>1</sup> Es una de las neoplasias de peor pronóstico y la afección quirúrgica más frecuente en este órgano. En estudios recientes se ha encontrado situado en el séptimo lugar en frecuencia de aparición entre todos los cánceres.<sup>2</sup>

Es la esofagopatía más frecuente del adulto, origen del 70 % de las disfagias en esta etapa de la vida. Es mayor en el hombre que en la mujer, en la relación de 4 a 1 y se desarrolla comúnmente entre los 50 y 65 años, aunque no es raro observarlo en edades más tempranas o más avanzadas.<sup>3</sup>

En nuestro medio, sin que puedan determinarse las razones, aparece con mayor incidencia en personas de condiciones humildes o procedentes de medios rurales. No debe descartarse que en estos núcleos humanos existe un mayor número de alcohólicos y que, asimismo, se hayan sometidos a dietas carenciales.

El alcohol y el cigarro son los mayores factores etiológicos del carcinoma esofágico y cuando se combinan tienden a incrementar el riesgo desde 25 a 100 veces más y, en opinión de los gastroenterólogos americanos, resulta un agente cancerígeno potente.<sup>4,5</sup> Además, en los niveles altos y de exposición de asbestos, radiaciones ionizantes y, excepcionalmente, bebidas calientes (té), también se ha encontrado una correlación positiva.<sup>6</sup>

Se han descrito variaciones geográficas y raciales importantes en la distribución mundial de esta localización de cáncer, tanto de frecuencia, como de mortalidad, y en algunos países alcanza proporciones epidémicas. Se estima que el 60 % de los casos de cáncer de esófago aparecen en China. Otras localizaciones importantes con alta frecuencia y mortalidad son: Irán, repúblicas ex-soviéticas, Afganistán, Estados Unidos, Puerto Rico, Brasil, Sudáfrica, Francia y Suiza.<sup>7</sup>

En Cuba, en el año 1995, se informaron 377 pacientes nuevos con cáncer de esófago, 297, del sexo masculino y, 80, del sexo femenino. La tasa es de 5.38 por 100 000 habitantes y la mayor incidencia se encontró en las provincias: Santiago de Cuba, Granma y Holguín.<sup>2</sup>

## **METODO**

Se realiza un estudio en pacientes adultos de ambos sexos, intervenidos quirúrgicamente con un proceder resecativo por cáncer de esófago en el servicio de Cirugía General del Hospital General Docente " Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo, en el período comprendido desde enero de 1981 hasta enero de 2001, con el propósito de dar a conocer algunos aspectos clínicos y quirúrgicos relacionados con esta enfermedad.

El universo de estudio está conformado por el total de pacientes operados con un proceder resecativo por cáncer de esófago, confirmado con biopsia el 100 % de los pacientes en esos 20 años.

Para desarrollar esta investigación se establecen las coordinaciones necesarias con los departamentos de Admisión, Archivo y Estadística de dicho hospital. Se realiza una amplia revisión bibliográfica del tema objeto de estudio utilizando los sistemas MEDLINE y LILACS.

Se estudiaron diferentes variables como: total de pacientes ingresados por cáncer de esófago, resecciones realizadas, mortalidad hospitalaria por resecciones, egresados vivos después de las resecciones, supervivencia al primer, segundo y tercer año.

La información de los pacientes se recoge en un formulario confeccionado al respecto, en el cual se plasman los datos obtenidos de las historias clínicas y los certificados de defunción.

Los resultados se muestran en las tablas de distribución de frecuencias y datos de asociación en los cuales se utiliza el porcentaje como medida de resumen de las variables cualitativas.

## **RESULTADOS Y DISCUSION**

En el período de estudio se encontró un total de 47 565 ingresos, de estos, 303 (0.63 %) por cáncer de esófago y 39 (12.8 %) de ellos fueron resecados (Tabla 1).

La mortalidad hospitalaria por resecciones fue de 12 casos (30.3 %). De los 27 que egresaron vivos, la supervivencia al primer año fue de 12 pacientes

(44.4 %), al segundo año, 8 (37.7 %), y al tercer año, 3 (11.1 %). No se pudo ofrecer cifra de sobrevivencia a los cinco años, aunque actualmente vive un paciente que lleva 14 años de operado.

Según la distribución de los pacientes en grupos de edad y sexo resultó con mayor incidencia el grupo etario 50-59 años con 15 pacientes (38.5 %), de ellos: 11 hombres (42.3 %) y 4 mujeres (30.8%); seguido por el grupo 60-69 años con 13 casos (33.3%): 10 (38.5%) y 3 (23.1%), respectivamente. En el grupo 70-79 sólo se encontraron 6 enfermos (15.4 %) (Tabla 2).

En total hubo 26 pacientes masculinos (66.7 %) y 13 femeninos (33.3%). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre edad y sexo.

En la Tabla 3 se muestra la distribución según procedencia y color de la piel. Se halló que 20 pacientes (51.2 %) proceden del área urbana, de ellos: 5 blancos (25 %), 7 (35 %), 6 mestizos (30 %) y 2 amarillos (10 %). En el área rural hubo 19 casos (48.8 %), de los cuales 2 eran blancos (10.5 %), 9 negros (47.3 %) y 8 mestizos (42.1 %). En total se encontraron 7 de raza blanca (17.9 %), 16 de raza negra (41.0 %), 14 mestizos (35.8 %) y 2 de raza amarilla (5.1 %). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la procedencia y el color de la piel.

En relación con los hábitos tóxicos y el sexo (Tabla 4), es notorio señalar que 36 pacientes ingerían bebidas alcohólicas (92.3 %), de ellos: 23 varones (63.8%) y 13 féminas (36.1 %); 35 (89.7 %) fumaban: 24 (68.5 %) y 11 (31.5 %); 27 tomaban café (69.2%): 15 (55.5 %) y 12 (44.4 %), respectivamente. Por otro lado, 4, tomaban té (10.2 %) con 2 pacientes en ambos sexo (50 %). Como se puede apreciar los hábitos tóxicos estaban más concentrados en los pacientes del sexo masculino con relación al sexo femenino.

El primer síntoma en aparecer fue disfagia, de forma aislada, en 21 pacientes (53.8 %), o acompañada de otros síntomas como: regurgitación, 5 (12.8 %); odinofagia, 2 (5.1 %), y dolor retroesternal, 2 (5.1 %) (Tabla 5).

El estudio histológico de la neoplasia se realizó por biopsia endoscópica o por estudio de la pieza resecada en los 39 pacientes. De ellos: 27 eran carcinomas epidermoides (69.2 %), 3 indiferenciados (7.4 %), 5 adenocarcinomas (12.8 %) y 1 leiomioma de bajo grado de malignidad (3.8 %). De los epidermoides: 15 eran bien diferenciados (55.5 %), 7 moderadamente diferenciados (25.9 %) y 5 pobremente diferenciados (18.5 %) (Tabla 6).

## CONCLUSIONES

1. El tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago se mantiene con una alta mortalidad y, hasta tanto no sea posible el diagnóstico precoz, toda intervención será paliativa.
2. Predominó el sexo masculino y en los comprendidos entre la quinta y sexta década la vida.
3. La raza negra fue la más afectada en los pacientes.
4. El uso de los hábitos tóxicos estuvo presente en la mayoría de los enfermos, predominando el alcohol y el tabaco en el sexo masculino.
5. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma epidermoide, de igual forma la localización tumoral más frecuente en el segmento torácico medio.

## RECOMENDACIONES

1. Trabajar en equipo de gastroenterólogos, oncólogos, anestesistas, intensivistas y cirujanos, con la ayuda de la nutrición parenteral para disminuir las cifras de complicaciones y mortalidad.
2. Mantener un equipo quirúrgico estable que gane en experiencia a fin de disminuir la mortalidad operatoria.
3. Fomentar la educación higiénica sanitaria en la población e insistir en los factores de riesgo como el alcohol y el tabaco, provocadores de la irritación de la mucosa esofágica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Blot WJ. Epidemiology of esophagus cancer. In: Roth J, Rukeschelf WT (eds). Philadelphia : WB Sanders; 1999.p.295-304.
2. Nicholas ED. The geografic pathology of esophagus cancer. International Agency of Research of Cancer. 2004:329-34.
3. Michans JR. Patología Quirúrgica. La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 2005.

4. Rogot E. Smoking and cancer of death among U.S. Veterans: 16 years of observation. *Representative Public Health*. 1996; 95 : 1525-36.
5. Van Rensbury SJ. Epidemiology and dietary evidence for specific nutritional predisposition to esophagic cancer. *Journal National Cancer Institute*. 2002; 67 : 243-51.
6. Sella CJ. Estudio Epidemiológico Descriptivo de la mortalidad y morbilidad por cáncer de esófago en España. 2005.
7. Grande VC. Carcinoma del esófago. Análisis de 120 casos tratados con radioterapia exclusiva post-operatoria. 1999.
8. Barreras OJC. Estrategia en el cáncer del esófago torácico y cardias irresecable. *Rev Cubana Cir*. 2001.
9. Bernot RD. Cáncer del esófago y cardias. Análisis de los casos intervenidos en un período de 12 años. *Rev Cubana Cir*. 2004;23:3.
10. Devesa SS, Blot WJ, Fraoment JR. Changing patterns in the incidence of esophagic and gastric carcinoma in the United States. *Cancer*. 1998; 83(10): 2049-053.
11. Blot WJ, Mc Langhlin JK. The changing epidemiology of esophagic cancer. *Seminar in Oncology*. 2005; 26(5 Suppl 15) : 2-8.
12. Barajas MJN. Carcinoma esofágico primario, presentación clínica y valoración de los métodos diagnósticos. 1997.
13. Cortés GR. Cáncer del esófago. *Rev Cubana Cir*. 2001.
14. Lagengren J, Bergstran R, Lindgren A. Simptomatic gastroesophagic reflux as a risk factor for esophagic adenocarcinoma. *New England Journal Medicine*. 1999; 340(11) : 825-31.
15. López GJ. Esofagectomía total por cáncer. Nuestra experiencia en 84 esofagectomías totales. *Rev Cubana Cir*. 1986; 40(6).
16. Muller JM. Surgical therapy of esophagic carcinoma. *Br J Surg*. 1990; 77:845-57.
17. García GA. Esofagocoloplastia. Resultados en 108 pacientes. *Rev Cubana Cir*. 1986; 25(5):464- 80.
18. Zarazaga C, López R, Torres C, Domínguez Y, Carmona M. Estudio epidemiológico de la mortalidad por tumor maligno del esófago en el período de 1951 - 1979. *Rev San Pub*. 1984; 58:1069-86.

19. Tuyns AJ, Pequignet G, Abbatucci JS. Esophagic cancer and alcohol consumption: Importance of type of beverage. *Int J Cancer*. 1979;23:443-7.
20. Barajar MJM, Loeches PN, Alcalá SR. Carcinoma esofágico primario; frecuencia y factores etiológicos. Revisión de 180 casos. *An Med Intern*. 1986;2:68-71.
22. Gea RF. Tumores esofágicos. *Tratado de medicina interna*. 4ªed 1984; 116-123.

**TABLA 1. MORBILIDAD, MORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA.**

<b>VARIABLES</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Total de pacientes ingresados	47 565	100
Ingresos por cáncer de esófago	303	0.63
Resecciones realizadas	39	12.8
Mortalidad hospitalaria por resecciones	12	30.7
Egresados vivos después de las resecciones	27	69.7
Supervivencia al primer año	12	44.4
Supervivencia al segundo año	8	37.7
Supervivencia al tercer año	3	11.1

*Fuente: Planilla de obtención de dato primario.*

**TABLA 2. GRUPOS DE EDAD Y SEXO.**

<b>GRUPO DE EDADES</b>	<b>MASCULINO</b>		<b>FEMENINO</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Menos de 40	1	3.8	-	-	1	2.6
40 - 49	2	7.7	2	15.4	5	10.3
50 - 59	11	42.3	4	30.8	15	38.5
60 - 69	10	38.5	3	23.1	13	33.3
70 - 79	2	7.7	4	30.3	6	15.4
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>66.7</b>	<b>13</b>	<b>33.3</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

*Fuente: Planilla de obtención de dato primario.*

$\chi^2=4.915$   $P=0.296$

*Paciente de menor edad: 26 años*

*Paciente de mayor edad: 79 años*

*Edad promedio: 52.5 años*



**TABLA 3. PROCEDENCIA Y COLOR DE LA PIEL.**

PROCEDENCIA	COLOR DE LA PIEL									
	Blanca		Negra		Mestiza		Amarilla		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Urbana	5	71.4	7	43.7	6	42.8	2	100	20	51.2
Rural	2	28.5	9	56.2	8	57.1	-	-	19	48.8
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

*Fuente: Planilla de obtención de dato primario.*

$X^2=3.798$      $P=0.284$

**TABLA 4. HABITOS TOXICOS Y SEXO.**

HABITOS TOXICOS	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Alcohol	23	63.8	13	36.1	36	92.3
Tabaco	24	68.5	11	31.5	35	89.7
Café	15	55.5	12	44.4	27	69.2
Té	2	50.0	2	50.0	4	10.2

*Fuente: Planilla de obtención de dato primario.*

*Nota: Total de pacientes: 39*

*Sexo masculino: 26*

*Sexo femenino: 13*

**TABLA 5. MOTIVO DE INGRESO: PRIMER SINTOMA EN APARECER.**

<b>SINTOMA</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Disfagia	21	53.8
Disfagia – regurgitación	5	12.8
Disfagia – odinofagia	2	5.1
Disfagia – dolor retroesternal	2	5.1
Disfagia aislada o acompañada de otros síntomas	30	76.8
Dolor retroesternal	4	10.3
Odinofagia	2	5.1
Otros síntomas o combinaciones	3	7.7
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

*Fuente: Planilla de obtención de dato primario.*

*Nota: Total de pacientes: 39*

**TABLA 6. TIPO HISTOLOGICO.**

<b>TIPO HISTOLOGICO</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Carcinoma epidermoide:</b>	<b>27</b>	<b>69.2</b>
- Bien diferenciado	15	55.5
- Moderadamente diferenciado	7	25.9
- Pobremente diferenciado	5	18.5
Carcinoma indiferenciado	3	7.4
<b>Adenocarcinoma:</b>	<b>5</b>	<b>12.8</b>
- Bien diferenciado	3	(60.0)
- Moderadamente diferenciado	2	(40.0)
Leiomiocarcinoma de bajo grado de malignidad	1	3.8
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100.0</b>