

**Carcinoma esofágico primario: clínica y diagnóstico**

**Carcinoma esofágico primario: clínica y diagnóstico**

**Dr. Rafael Pila Pérez.; Dr. Rafael Pila Peláez.; Dr. Boris Suárez Sorí; Dr. Aquiles Rodríguez López**

Hospital Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. Cuba.

**RESUMEN**

Se estudiaron 28 pacientes con carcinoma esofágico primario, excluyendo los adenocarcinomas de cardias y fundus gástrico, entre los años 1990 al 2000 en los hospitales Manuel Ascunce Domenech, Amalia Simoni y Madame Curie de la ciudad de Camagüey, Cuba. El tiempo medio de evolución desde la aparición de los primeros síntomas hasta el diagnóstico fue de  $5 \pm 3$  meses. La mayoría de los casos eran hombres entre los 55-64 años (67, 9 %), y la piel blanca fue la más representativa (60, 7 %). El 75 % ingería bebidas alcohólicas diariamente, mientras que 22 enfermos (78, 6 %) procedían de áreas urbanas. El 21, 4 % tenía lesiones precancerosas previas. El 92,8 % de los pacientes presentó disfagia en el momento del diagnóstico. Otros síntomas importantes fueron: pérdida de peso (87, 7 %), regurgitación (67, 8 %) y dolor retroesternal (50 %). La sensibilidad diagnóstica fue similar para la imagenología y la endoscopia, pero fue del 100 % para la combinación endoscopia, biopsia y citología.

**DeCS:** NEOPLASMAS DEL ESÓFAGO/diagnóstico.

## **ABSTRACT**

Twenty-eight patients with primary esophageal neoplasia excluding adenocarcinomas of cardias and gastric fundus, from 1990 to 2000 at Manuel Ascunce Domenech, Amalia Simoni and Madame Curie Hospitals, of Camagüey city, Cuba, were studied. The mean time of evolution since the diagnosis was the primary symptoms until the diagnosis  $5\pm 3$  months. The great majority of cases were men among 55-64 years old (67, 9 %) and the white skin was the most representative (60, 7 %). The 75 % drank alcohol daily, while 22 sick-patients (78, 6 %) came from urban areas. The 21, 4 % had previous preneoplastic lesions. The 92, 8 % patients presented dysphagia at the moment of diagnosis. Other important symptoms were lose weight (87, 7 %), regurgitation (67, 8 %), and retrosternal pain (50 %). Diagnostic sensibility was similar for imaging and endoscopy, but it was of 100 % for the endoscopic combination and biopsy and/or cytology.

**DeCS:** ESOPHAGEAL NEOPLASMAS/diagnosis

## **INTRODUCCIÓN**

El cáncer del esófago es uno de los más frecuentes. En un estudio a nivel internacional se le ha situado en séptimo lugar en frecuencia de aparición <sup>1</sup> y es el que presenta peor pronóstico de todo el tubo digestivo. <sup>2</sup> Su diagnóstico se hace tardíamente, por lo que la cirugía pocas veces puede ser más que un paliativo.

Se han descrito variaciones geográficas importantes en la distribución mundial de esta localización de cáncer, tanto de frecuencia como de mortalidad. Así se estima que el 60 % de los ocurridos en el mundo aparecen en China. <sup>3</sup> Otras localizaciones importantes, con alta frecuencia y mortalidad, son Irán, Unión Soviética, Afganistán, Estados Unidos, Puerto Rico, Brasil, el sureste de África, Francia y Suiza. <sup>4</sup>

El cáncer de esófago es un claro ejemplo que reafirma la creciente responsabilidad que se otorga en los últimos años, a los factores ambientales y de estilo de vida en la patogenia del cáncer. Es evidente la importancia que se le ha dado al alcohol como factor causal, <sup>5</sup> así como a otros factores de riesgo ambientales (alimentarios y agentes carcinogénicos del medio laboral). <sup>6</sup> El objetivo de este trabajo es dar a conocer las características de este tipo de cáncer en nuestro medio.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio retrospectivo a 28 pacientes con cáncer de esófago, entre los años 1990 y 2000 en los hospitales Manuel Ascunce Domenech, Amalia Simoni y Madame Curie, de la ciudad de Camagüey.

El diagnóstico se fundamentó en el estudio histopatológico de la neoplasia, por biopsia endoscópica, estudio de la pieza de resección operatoria o estudios necrópsicos, igualmente se destacó en el diagnóstico el estudio de esófago–estómago y duodeno (EED) y la citología.

Se estudiaron: la edad, el sexo, el color de la piel, la procedencia, hábitos tóxicos que pudieran tener relación con esta enfermedad, y antecedentes de otras enfermedades predisponentes al cáncer de esófago.

Se señala la importancia y frecuencia de los diferentes tipos histológicos de tumor, su localización, el momento diagnóstico, clínica y el resultado de los exámenes practicados, tales como EED, endoscopia y biopsia, por este medio; así como la citología exfoliativa. Se excluyeron las infiltraciones esofágicas por otras neoplasias (laríngeas, mediastínicas y sobre todo, gástricas); y los tumores gástricos de fundus y cardias.

## **RESULTADOS**

Se observó que los varones fueron los más afectados, 21 (75 %) y siete hembras (25 %); en relación con el color de la piel, 17 eran blancos (60, 7 %), mientras negros, mestizos y amarillos estaban representados por 11 enfermos (39, 3 %).

**Tabla 1. Factores de riesgo del cáncer de esófago**

| Grupos de factores                              | Factores   |
|---|--|
| <b>Genéticos hereditarios</b>                   |  |
| Individuales                                    | Edad, sexo, raza<br>Diferencias urbano rurales<br>Condiciones socioeconómicas                                  |
| <b>Ambientales y agentes físicos y químicos</b> | Alimento, radiación, infecciones,<br>Alcohol, tabaco, nitrosaminas,<br>hidrocarburos aromáticos, Tanino        |
| <b>Lesiones precancerosas</b>                   | Esofagitis, síndrome de Paterson-<br>Kelly,<br>acalasia, Esófago de Barret,<br>hernia del hiato, esclerodermia |
| Actividades profesionales                       |  |

El grupo de edades con cifras más altas se reportó entre 55 y 64 años con 19 pacientes (67, 9 %) y el resto se presentó en los mayores de 70 (32, 1 %). En las historias clínicas se pudo apreciar que 23 (82, 1 %) eran fumadores, mientras que el resto no (17, 9 %). Por otro lado, 21 (hombres o mujeres), ingerían bebidas alcohólicas diariamente (75 %), no se pudo determinar su cuantía por no estar recogido este dato, siete no ingerían bebidas alcohólicas (25 %); 22 enfermos procedían de áreas urbanas (78, 6 %) y 6 (21, 4 %), de zonas rurales.

En tres casos se encontró el antecedente de hernia del hiato, esclerodermia en dos y acalasia en uno.

De los 28 pacientes, 20 presentaron carcinomas epidermoides (71, 4 %), seis indiferenciados (21, 4 %) y dos adenocarcinomas (7, 2 %). De los epidermoides el 44, 3 % era poco diferenciado, el 30, 6 % medianamente diferenciado y el 25 % bien diferenciado. Según su localización, cinco se encontraron en el tercio superior, tres en el tercio medio y 18 en el tercio inferior. No se encontró ningún caso asintomático, el inicio de los datos clínicos precedió al momento del diagnóstico en un período de  $5 \pm 3$  meses. Se valoraron todos los síntomas que presentaron los pacientes. Entre los principales se encuentran: disfagia (92, 8 %), pérdida de peso (87,7 %), regurgitación (67, 8 %), dolor retroesternal (50, 0 %), anorexia (42, 8 %) y odinofagia (35, 7 %) (tabla 2).

**Tabla 2. Síntomas en el momento del diagnóstico**

| Síntomas                   | No. de casos | %    |
|----------------------------|--------------|------|
| <b>Disfagia</b>            | 26           | 92,8 |
| <b>Pérdida de peso</b>     | 24           | 87,7 |
| <b>Regurgitación</b>       | 19           | 67,8 |
| <b>Dolor retroesternal</b> | 14           | 50,0 |
| <b>Anorexia</b>            | 12           | 42,8 |
| <b>Odinofagia</b>          | 10           | 35,7 |
| <b>Astenia</b>             | 9            | 32,1 |
| <b>Sialorrea</b>           | 8            | 28,6 |
| <b>Disfonía</b>            | 6            | 21,4 |
| <b>Otros</b>               | 6            | 21,4 |

Fuente: Expedientes clínicos

El primer síntoma en aparecer también fue la disfagia bien aislada (67, 8 %) o asociada a otros, como odinofagia, regurgitación, dolor retroesternal o disfonía (tabla 3).

**Tabla 3. Primer síntoma en aparecer en los pacientes con cáncer esofágico**

| Síntoma                                 | Pacientes | %    |
|---|-----------|------|
| <b>Disfagia sola</b>                    | 14        | 67,8 |
| <b>Disfagia–<br/>regurgitación</b>      | 5         | 17,9 |
| <b>Disfagia–odinofagia</b>              | 5         | 17,9 |
| <b>Disfagia–dolor<br/>retroesternal</b> | 3         | 10,7 |
| <b>Disfagia–disfonía</b>                | 1         | 3,6  |
| <b>Dolor retroesternal<br/>solo</b>     | 6         | 21,4 |
| <b>Odinofagia sola</b>                  | 5         | 17,9 |
| <b>Disfonía sola</b>                    | 2         | 7,2  |

Fuente: Expedientes clínicos

El estudio de EED se le realizó a los 28 enfermos, de ellos 24 eran estenótico vegetantes (85, 7 %); tres, infiltrantes (10, 7 %) y en uno (3, 6%) se presentó una morfología dudosa de carcinoma gástrico.

La esofagoscopia se le realizó a 26 enfermos macroscópicamente, el 60 % correspondía a la forma vegetante; el 28 % a la úlcero-vegetante; el 10 % infiltrante y el 2 % ulcerada, por esta técnica de gran valor en el diagnóstico. La biopsia endoscópica se llevó a cabo en 26 pacientes, resultó positiva en 24 ocasiones y dudosa en dos. La citología exfoliativa se practicó en 25, con cinco negativos que correspondían a casos ya diagnosticados endoscópicamente y cuya negatividad se relacionó con superficies tumorales muy necróticas o grandes sangramientos.

La endoscopia, los estudios citohistológicos y el EED demostraron que todos los casos fueron diagnosticados correctamente, resultando un 100 % de sensibilidad diagnóstica del conjunto de las técnicas empleadas.

## **DISCUSIÓN**

Según se ha observado la mortalidad y morbilidad por cáncer de esófago sigue una tendencia creciente y esto es explicable por:

1. Aumento de la expectativa de vida por lo que la población tiene más facilidad de padecer de enfermedades crónicas degenerativas.
2. Importancia de la presencia del factor de riesgo demostradamente relacionado con la causa de la enfermedad, en este tipo de cáncer destaca el sinergismo alcohol - tabaco.<sup>5, 6</sup>
3. Desarrollo de los aspectos diagnósticos del cáncer, con la aparición de pruebas selectivas de alta especificidad y sensibilidad.<sup>7</sup>

Se ha demostrado que los varones son los más afectados, con una proporción varones/hembras de 3:1<sup>1</sup> como se aprecia en esta serie, lo cual ocurre con la edad, ya que se trata de una afección propia de pacientes entre la sexta y séptima décadas de vida.<sup>2</sup>

No existen criterios específicos para señalar una mayor preponderancia racial, pero se ha señalado una mayor predisposición en los enfermos provenientes del Asia, y fundamentalmente en China donde se estima que el mayor número de casos se reporta en ese país.<sup>8</sup> En nuestra investigación la mayoría era blanca, lo cual puede estar en relación con las características étnicas de nuestra provincia, pero llamó la atención que tres de nuestros casos eran asiáticos. También procedía de áreas

urbanas, y tenía el mal hábito de fumar e ingerir bebidas alcohólicas, lo que ha sido demostrado por otros autores.<sup>5,9</sup>

El 92,8 % de los casos recogidos en este estudio presentó disfagia en el momento del diagnóstico, lo que da una idea de la importancia de este síntoma en la clínica del carcinoma esofágico, igual que el 67,8 %, bien de forma aislada o acompañada de otros síntomas. Ojala y colaboradores,<sup>10</sup> en un estudio, también retrospectivo, encuentran que el 50 % de todas las disfgias corresponden a carcinomas esofágicos.<sup>11</sup> Por todo esto, está plenamente justificada la afirmación de Pope<sup>12</sup>, quien refiere que ante toda disfagia en un paciente de más de 40 años debe tenerse en cuenta que es un portador de una neoplasia esofágica hasta que se demuestre lo contrario. Se ha podido demostrar que incluso los carcinomas esofágicos precoces, descubiertos mayormente en estudios de screening, son sintomáticos en un 38 %, con predominio de disfagia leve y dolor torácico.<sup>13</sup> Esto significa que muchos pacientes podrían ser diagnosticados tempranamente si se tuvieran en cuenta estos síntomas, sobre todo cuando se trata de enfermos mayores de 50 años y son portadores de factores predisponentes como tabaquismo, alcoholismo, hernia del hiato, esclerodermia, acalasia, etc. como lo indicamos en nuestros pacientes y es señalado por otros autores.<sup>3-7</sup>

Al ser la pérdida de peso el segundo síntoma en importancia que afectó al 87,7 % de los enfermos, demuestra el estado avanzado en que se encontraba la enfermedad cuando se diagnosticó y explica la mala evolución de estos pacientes. Otros autores<sup>9,10,12</sup> han reportado este síntoma en 50-90 % de los casos, en dependencia del momento en que se haga el diagnóstico.<sup>3-14</sup>

No podemos valorar la especificidad de los métodos diagnósticos utilizados, ya que los falsos positivos que han presentado estas técnicas no han sido reportados. La sensibilidad diagnóstica fue igual para la radiología y la endoscopia, esto puede ser debido al estado avanzado de los procesos cuando fueron atendidos los casos. Por el contrario, cuando el diagnóstico se desea realizar en etapas precoces, esta similitud se desplaza a favor de la endoscopia, que llega a diagnosticar hasta el doble de carcinomas precoces que la radiología; los estudios radiológicos con contraste son capaces de llegar al 73 % de positividad en lesiones precoces, tales como las menores de 5 mm,<sup>7,13</sup> mientras la endoscopia encuentra hasta el 93 % para este tipo de lesiones precoces.<sup>14,15</sup> Hay que añadir que la descripción macroscópica de la endoscopia se asocia generalmente a las tomas de biopsias y citologías durante la misma,<sup>13-15</sup> como se pudo evidenciar en este trabajo. A pesar de que el tiempo que ha mediado entre el inicio de la clínica y el diagnóstico ha sido mucho mayor que el

deseable, éste se encuentra dentro de lo descrito para la neoplasia por otros autores.<sup>2, 8, 10, 11</sup>

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Nicholas E. The geographic pathology of cancer of the esophagus. International Agency of Cancer. 1999;12:329-34.
2. Day N. Some aspects of the epidemiology of esophageal cancer. Cancer Res. 1997;55:3304-8.
3. Armstrong B. The epidemiology of cancer in the Peoples Republic of China. Int J Epidemiol. 2000;29:305-15.
4. Tuyns A, Vernhes J. La mortalité par cancer de L'Oesophage dans le departament du calvados et de LOrne. Gastroenterol Clin Biol. 1998;22:257-65.
5. Tuyns A, Pequignot G, Abbatocci J. Esophageal cancer and alcohol consumption: importance of type of beverage. Int J Cancer. 1999;43:443-7.
6. Romeder J, McWhinnie J. Potential years of life lost between 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning. Int J Epidemiol. 1997;26:143-51.
7. Moss A, Koehler R, Margulis A. Initial occurrence of oesophagograms in detection of small esophageal carcinoma. Am J Roentgenol 1997;147:909-13.
8. Group of Henan province. Tumor prevention, treatment and research.: pathology of early esophageal squamous cell carcinoma. Chinese Med J. 2000;26:180-9.
9. Appelquist P. Carcinoma of the esophagus and gastric cardia. Act Chir Scand. 1998;456:1-12.
10. Ojala K, Borri M, Jodinen K. Symptoms and diagnostic in patients with carcinoma of esophagus and gastric cardia: a retrospective study of 225 patients. Posgraduate Med J. 1997;73:264-9.
11. Roussel A, Gignox M, Verwaer DJ, Segol P, Abbatucci J, Villa A. Le cancer de L'Oesophage dans IOuest de la France: analyse retrospective D'Une population de 1400 cas. Bull Cancer. 1997;84:61-7.
12. Pope C, Sleisenger W, Fordtran J. Tumors of the esophagus: gastrointestinal disease: pathophysiology, diagnosis, management. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders; 1993.
13. Wang G. Endoscopic diagnosis of early esophageal carcinoma. Jr Soc Med. 1998;91:502-5.



14. Nishizawa M, Nomoto K, Hosci T, Okada T, Yamada K, Mahino T. Effectiveness of the upper gastrointestinal tract. *Endoscopy*. 1997;29:19-22.
15. Yang Guanrei T, Huang H, Qui S, Chang Y. Endoscopic diagnosis of 115 cases of early esophageal carcinoma. *Endoscopy*. 1997;29:157-61.

Recibido: 23 de marzo de 2002

Aprobado: 12 de abril de 2002

*Dr. Rafael Pila Pérez*. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Hospital Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.