

Carcinoma esofágico primario: clínica y diagnóstico

Primary esophagic carcinoma: clinics and diagnosis

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

Hospital Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. Cuba

RESUMEN

Se recogieron 28 casos de 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 dos a ocho meses. La mayoría de los pacientes eran hombres; entre los 55-64 años (67, 9 %). Predominó el color de la piel blanca en el 60, 7 % de los enfermos. El 75 % ingería bebidas alcohólicas diariamente, mientras que 22 (78, 6 %) procedían de áreas urbanas. El 21, 4 % tenían lesiones precancerosas previas. El 92, 8 % de los pacientes presentaban 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, citología.

DeCS: NEOPLASIAS ESOFÁGICAS/diagnosis

ABSTRACT

Twenty eight cases of primary esophageal carcinoma excluding adenocarcinomas of the cardia and fundus were collected between 1990 and 2000 in hospitals Manuel Ascunce Domenech, Amalia Simoni and Madame Curie of the city of Camagüey, Cuba. The average time interval from onset of symptoms to diagnosis was two to eight months. Most patients were male; 55-64 years (67, 9%). White skin was the predominant color in 60, 7% of patients; 75% drank alcoholic beverages daily; while 22 (78, 6%) were from urban areas. 21, 4% had previous precancerous lesions. 92, 8% of patients had dysphagia at the time of diagnosis; other important weight loss symptoms were 87, 7%, 67, 8% regurgitation

and chest pain 50%. The diagnostic sensitivity was similar for imaging and endoscopy, but it was 100% for endoscopy, biopsy, and cytology combination.

DeCS: ESOPHAGEAL NEOPLASMS/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 entre todos los cánceres ¹ y es el que presenta peor pronóstico de todo el tubo digestivo. ² Su diagnóstico se hace tardíamente, con lo que la cirugía pocas veces puede hacer más que una paliación.

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 cánceres de esófago ocurridos en el mundo aparecen en China ³. Otras localizaciones importantes, con alta frecuencia y mortalidad por cáncer de esófago son Irán, Unión Soviética, Afganistán, Estados Unidos, Puerto Rico, Brasil, el sureste de África, Francia y Suiza. ⁴

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. Así observamos la importancia que se le ha dado al alcohol como factor causal (5), así como a otros factores de riesgo ambientales (factores alimentarios y agentes carcinogénicos del medio laboral) (cuadro). ⁶

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 de los 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, ya fuera por biopsia endoscópica, estudio de la pieza de resección operatoria o estudios necrópsicos, igualmente se destaca en el diagnóstico el estudio de esófago-estómago y duodeno (EED) y la citología.

En esta serie se estudió la edad, el sexo, el color de la piel, la procedencia, así como los hábitos tóxicos que pudieran tener relación con esta enfermedad, al igual que los antecedentes de otras enfermedades que pudieran predisponer al cáncer de esófago.

Hemos señalado la importancia y la 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.

Nuestro universo de estudio lo constituyeron 28 pacientes. Se rechazaron las infiltraciones esofágicas por otras neoplasias, como las laríngeas, mediastínicas y sobre todo gástricas; igualmente no recogemos los tumores gástricos de fundus y cardias.

RESULTADOS

En cuanto a los sexos, los varones fueron los más afectados en 21 (75 %) y 7 del femenino (25 %) En relación con el color de la piel 17 eran de piel blanca (60, 7 %), mientras negros, mestizos y amarillos estaban representados por 11 enfermos (39, 3 %).

El grupo de edad con cifras más altas fue el de 55-64 años con 19 pacientes (67, 9 %) y el resto estaba por encima de los 70 (32,1). En las historias clínicas se pudo apreciar que 23 (82,1) eran fumadores, mientras que 5 no lo eran (17, 9); por otro lado 21, fueran hombres o mujeres, ingerían bebidas alcohólicas diariamente (75 %) no se pudo determinar la cuantía de las mismas por no recoger este dato nuestras historias clínicas. Siete pacientes 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 enfermos, 20 eran carcinomas epidermoides (71, 4 %), seis indiferenciados (21, 4 %) y dos adenocarcinomas (7, 2 %). De los epidermoides el 44, 3 % eran poco diferenciados, el 30, 6 % medianamente diferenciados y el 25 % bien diferenciados. Según su localización, cinco se encontraron en el tercio superior, tres en el tercio medio y 18 en el tercio inferior. No se encontró ninguno asintomático, el inicio de los datos clínicos procedió al momento del diagnóstico en un período de dos a ocho meses.

Se valoraron todos los síntomas que presentaron los pacientes reuniéndose en la tabla 2 y siendo los principales: disfagia (92, 8 %), pérdida de peso (87, 7 %), regurgitación (67, 8 %), dolor retroesternal (50, 0 %), anorexia (42, 8 %) y odinofagia (35, 7 %) (Tabla 1).

Tabla 1. Síntomas en el momento del diagnóstico

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

Fuente: Expedientes clínicos

El primer síntoma en aparecer también fue la disfagia bien aislada (67,8 %) o asociada a otros síntomas como odinofagia, regurgitación, dolor retroesternal o disfonía (tabla 2).

Tabla 2. Primer síntoma en aparecer

Síntoma	Pacientes	%
Disfagia sola	14	67,8
Disfagia-Regurgitación	5	17,9
Disfagia-Odinofagia	5	17,9
Disfagia-Dolor retroesternal	3	10,7
Disfagia-Disfonía	1	3,6
Dolor retroesternal solo	6	21,4
Odinofagia sola	5	17,9
Disfonía sola	2	7,2

Fuente: Expedientes clínicos.

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

La esofagoscopia se realizó a 26 enfermos, macroscópicamente el 60 % correspondía a la forma vegetante, el 28 % a la úlcero-vegetante, el 10 % era de forma infiltrante y el 2 % ulcerada, esta técnica resultó de gran valor en el diagnóstico. La biopsia endoscópica se llevó a cabo en 26 pacientes, siendo positiva en 24 ocasiones y dudosa en dos. La citología exfoliativa se practicó en 25 ocasiones con cinco negativos que correspondían a pacientes 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 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 siendo una tendencia creciente y esto es explicable por:

- a) Aumento de la expectativa de vida, por lo que la población tiene más probabilidades de padecer enfermedades crónicas degenerativas.
- b) Importancia de la presencia del factor de riesgo demostradamente relacionado con la causa de la enfermedad. En este tipo de cáncer se destaca el sinergismo alcohol-tabaco.^{5,6}
- c) Desarrollo de los aspectos diagnósticos del cáncer, con la aparición de pruebas selectivas de alta especificidad y sensibilidad⁷.

Se ha demostrado que los varones son los más afectados, la proporción varones - hembras es de 3:1¹ como hemos apreciado en esta serie, lo que se debe al aumento de la edad, ya que se trata de una afección propia de pacientes entre la 6^{ta} y la 7^{ma} décadas de la vida,² como apreciamos en este trabajo.

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 de China donde se reporta el mayor número de enfermos.⁸

En esta investigación la mayoría de los enfermos eran de color de piel blanca, lo cual puede estar en relación con las características étnicas de nuestra provincia, pero llamó la atención que tres de ellos eran asiáticos.

En nuestro estudio la mayoría de los enfermos procedían de áreas urbanas, y tenían el mal hábito de fumar y de ingerir bebidas alcohólicas, lo que ha sido demostrado por otros autores.^{5,9}

El 92,8 % de los pacientes recogidos en este estudio presentaban disfagia en el momento del diagnóstico, lo que da una idea de la importancia de este síntoma en la clínica del carcinoma esofágico, mientras el 67,8 % iniciaron sus molestias con la disfagia, bien de forma aislada o acompañada de otros síntomas.

Ojala et al¹⁰ en un estudio, también retrospectivo, encuentran que el 50 % de todas las disfgias corresponden a carcinomas esofágicos,¹¹ este planteamiento coincide con lo afirmado por Roussel,¹¹ por todo esto está plenamente justificada la afirmación de Pope,¹² quien refiere que ante toda disfagia en un paciente de más de 40 años debe tenerse en cuenta una neoplasia esofágica hasta que se demuestre lo contrario.

Se ha podido demostrar que incluso los carcinomas esofágicos precoces, descubiertos en su mayor parte en estudios de screening, son sintomáticos en un 38 %, con predominio de la disfagia leve y el dolor torácico.¹³ 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 con factores predisponentes como tabaquismo, alcoholismo, hernia del hiato, esclerodermia, acalasia, etc.; como lo indicamos en nuestros pacientes y que es señalado por otros autores.³⁻⁷

El segundo síntoma en importancia fue la pérdida de peso, que afectaba al 87,7 % de los enfermos, lo que demuestra el estado avanzado en que se encontraba la enfermedad cuando se diagnosticó y explica la mala evolución de estos pacientes; otros autores^{9,10,12} han reportado este síntoma entre el 50-90 % de los pacientes, dependiendo del momento en que se haga el diagnóstico.^{13,14}

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 para la endoscopia, pero 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.^{7,13} Los estudios radiológicos con contraste son capaces de llegar al 73 % de positividad en lesiones precoces, tomando en esta ocasión, como tales, a las lesiones menores de 5 mm^{7,13}, mientras la endoscopia encuentra hasta el 93 % para este tipo de lesiones precoces^{14,15}. Habría que añadir que la descripción macroscópica de la endoscopia se asocia generalmente a las tomas de biopsias y citologías durante la misma,¹³⁻¹⁵ como se pudo evidenciar en este trabajo. A pesar de que creemos 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 por otros autores.^{2,8,10,11}

Cuadro**Factores de riesgo del cáncer de esófago**

Grupos de Factores	Factores
Genéticos hereditarios	
Individuales	Edad, Sexo, Raza, Diferencias urbano rurales, Condiciones socioeconómicas
Ambientales y agentes físicos y químicos	Alimento, Radiación, Infecciones, Alcohol, Tabaco, Nitrosaminas, Hidrocarburos aromáticos, Tanino
Lesiones precancerosas	Esofagitis, Síndrome de Paterson- Kelly, Acalasia, Esófago de Barret, Hernia del hiato, Esclerodermia
Actividades profesionales	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Nicholas E. The geographic pathology of cancer of the esophagus. International Agency of Cancer 1999; 12: 329-34.
- Day N. Some aspects of the epidemiology of esophageal cancer. Cancer Res 1997; 55: 3304-8.
- Armstrong B. The epidemiology of cancer in the Peoples Republic of China. International Journal of Epidemiology 2000; 29:305-15.
- Tuyns A, Vernhes J. La mortalité par cancer de L'Oesophage dans le departament du calvados et de L'Orne. Gastroenterol Clin Biol 1998; 22: 257-65.
- Tuyns A, Pequignot G, Abbatocci J. Esophageal cancer and alcohol consumption: Importance of type of beverage. Int J Cancer 1999; 43:443-7.
- 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.
- Moss A, Koehler R, Margulis A. Initial occurrence of oesophagograms in detection of small oesophageal carcinoma. Am J Roentgenol 1997; 147: 909-13.
- Group of Henan province. Tumor prevention. Treatment and Research. Pathology of early esophageal squamous cell carcinoma. Chinese Med J 2000; 26: 180-9.
- Appelquist P. Carcinoma of the oesophagus and gastric cardia. Act Chir Scand 1998; 456: 1-12.
- Ojala K, Borri M, Jodinen K. Symptoms and diagnostic in patients with carcinoma of esophagus and gastric cardia. A retrospective study of 225 patients. Postgraduate Medical Journal 1997; 73: 264-9.
- Roussel A, Gignox M, Verwaer De J, Segol P, Abbatucci J, Villa A. Le cancer de L'Oesophage dans I'Ouest de la France. Analyse retrospective D'Une population de 1400 cas. Bull Cancer 1997; 84: 61-7.
- Pope C. Tumors of the esophagus. Gastrointestinal disease. Pathophysiology. Diagnosis. Management. Sleisenger W, and Fordtran J. 4ed. Philadelphia: Saunders; 1993. p. 479-90.

13. Wang G. Endoscopic diagnosis of early oesophageal carcinoma. J. R. Soc Med 1998; 91: 502-5.
14. Nishizawa M, Nomoto K, Hosci T, Okada T, Yamada K, Mahino T, Shiga 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: 8 de noviembre de 2002

Aprobado: 24 de abril de 2003

Dr. Rafael Pila Pérez. Especialista de II grado en Medicina Interna. Profesor Titular del ISCM. Camagüey. Hospital Manuel Ascunce Domenech, Camagüey. Cuba.