

Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Miguel Enríquez", Ciudad de La Habana

RESULTADOS DEL USO DE LA PRÓTESIS TRANSTUMORAL EN EL CÁNCER DE ESÓFAGO AVANZADO*

Dr. Radamés I Adefna Pérez,¹ Dr. Armando Leal Mursulí,² Dra. Nélide Ramos Díaz,³ Dr. Esteban Goitzolo Vildostegui,³ Dra. Rosalba Roque González³ y Dr. Reinaldo Rodríguez Varela³

RESUMEN

El cáncer de esófago constituye una de las neoplasias más frecuentes, y alcanza en algunos países proporciones epidémicas. A pesar de los adelantos diagnósticos, en el 50 % de los pacientes se realizará sólo un tratamiento paliativo. Una de estas técnicas la constituye la intubación transtumoral, para aliviar la disfagia y permitir la deglución. Con el objetivo de evaluar su utilidad, se realizó una investigación prospectiva, desde 1993 hasta 1997, en pacientes con carcinoma de esófago avanzado. Se seleccionaron a 22 pacientes: en estadio IV, 15 (68,1 %); con fistulas traqueoesofágicas, 3 (13,6 %) y 4 por no consentimiento para una operación curativa (18,1 %). La prótesis utilizada fue la de Häring, colocada por tracción. El sexo masculino fue el más afectado, 81,8 %; la localización más común fue en el tercio medio, 63,6 %; en todos los pacientes se diagnosticó carcinoma epidermoide; no existió mortalidad operatoria. La supervivencia al año fue de 3 enfermos (13,6 %). No existieron complicaciones relacionadas con el uso de la prótesis.

Descriptor DeCS: NEOPLASMAS DEL ESOFAGO/complicaciones; CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS/complicaciones; ATENCION PALIATIVA/métodos; IMPLANTACION DE PROTESIS/métodos; TRASTORNOS DE DEGLUCION/cirugía.

El cáncer de esófago constituye una enfermedad debilitante, de manejo difícil y controversial, con un comportamiento errático en el nivel mundial.¹ A causa de la demora en ocurrir manifestaciones clínicas, el diagnóstico suele

hacerse de forma tardía donde sólo un tratamiento paliativo podría ser realizado.

El alivio de los síntomas está dirigido fundamentalmente a resolver la disfagia, ya sea por métodos receptivos, derivativos u otros. Dentro de estos últi-

* Trabajo presentado en el VI Congreso Cubano de Cirugía y XIII Congreso Latinoamericano de Cirugía, Ciudad de La Habana, 1999.

¹ Residente de 4to. año en Cirugía General.

² Especialista de II Grado en Cirugía General. Asistente.

³ Especialista de I Grado en Cirugía General.

mos, se encuentra la intubación transtumoral del esófago, que surge como una respuesta simple a un problema quirúrgico complejo.

MÉTODOS

En el año 1993 se comenzó una investigación propectiva, que culminó en 1997, con el objetivo de evaluar la utilidad de la intubación transtumoral en el cáncer de esófago avanzado. La selección de los pacientes estuvo basada en las siguientes indicaciones:

- Grado de disfagia: a partir del grado 4, es indicación de un proceder paliativo para aliviar ésta.²

- Localización de la lesión en el esófago torácico o abdominal: la colocación de prótesis en el esófago cervical provoca malestar y dificultad respiratoria.
- Presencia de fistula esofagorrespiratoria.
- Irresecabilidad demostrada en la evaluación preoperatoria.
- No consentimiento familiar para una intervención quirúrgica.

El método se realizó a 22 enfermos, y en algunos de ellos se complementó con radioterapia y citostáticos.

La prótesis utilizada fue la de Häring (fig.1); el método que se utilizó para su colocación fue el de tracción,³ que consiste en la introducción de la prótesis de abajo hacia arriba, previa realización de una gastrostomía y paso de un Levin que permita traccionar de ésta hasta quedar fija al sitio de la estenosis (fig.2).



FIG. 1. *Tubo de Häring.*



FIG. 2. Radiografía de tórax que muestra tubo de Haring colocado en el tercio medio del esófago.

TABLA 1. Distribución por sexo

Sexo	No.	%
Masculino	18	81,8
Femenino	4	18,2
Total	22	100

RESULTADOS

En general, las características epidemiológicas de los enfermos se corresponden con la enfermedad que presentaban: predominó en el sexo masculino con el 81,8 % (tabla 1), y en edades avanzadas. El 68,2 % tenía entre 70 y 80 años de edad (tabla 2).

TABLA 2. Distribución por grupos de edades

Edad	No.	%
60-70	3	13,6
70-80	15	68,2
> 80	4	18,2
Total	22	100

En el 63,6 % la lesión se localizaba en el tercio medio esofágico (tabla 3) y la principal indicación para un colocación fue la enfermedad avanzada (tabla 4).

TABLA 3. Localización de la lesión

Localización	No.	%
Tercio medio	14	63,6
Tercio inferior	8	36,4
Total	22	100

TABLA 4. Indicaciones

Indicación	No.	%
Enfermedad avanzada	15	68,2
No consentimiento familiar	4	18,2
Fístula esofagorrespiratoria	3	13,6
Total	22	100

En nuestro estudio, en todos los pacientes el tipo hístico hallado fue el de carcinoma epidermoide; no existieron complicaciones transoperatorias o posoperatorias relacionadas con el proceder. La supervivencia al año fue de 13,6 % (3 pacientes). En todos los enfermos se logró conservar la deglución, con algunas restricciones en el patrón alimentario.

DISCUSIÓN

Desde los primeros reportes en 1887,⁴ el desarrollo de este método se ha dirigido hacia el perfeccionamiento de las prótesis, y la simplificación en las técnicas de colocación de ellas.⁵

En nuestra investigación, a pesar de tratarse de pacientes debilitados y con enfermedad avanzada, no se presentaron complicaciones relacionadas con el proceder,

por la colaboración estrecha entre cirujanos y otorrinolaringólogos durante la intervención, donde se colocó sin brusquedad en el sitio exacto de la oclusión y se verificó su posición por esofagoscopia una vez introducida ésta.

El poco tiempo de supervivencia justifica la no ocurrencia de complicaciones tales como migración, obstrucción o necrosis por presión y perforación,⁶ lo que es una razón más para la realización de esta técnica.

Se critican las restricciones alimentarias a las cuales se ven obligados estos enfermos, que necesita ingerir alimentos semisólidos, para evitar la obstrucción. No obstante, esta dieta no es esencialmente diferente, y quizás algo superior a los pacientes con gastrostomías, aquí no se priva al paciente de la alimentación oral.

Existe una indicación absoluta que es la fístula esofagorrespiratoria, y se logra un gran alivio del enfermo. Para este fin se han introducido nuevas prótesis rodeadas por un balón inflable que cierran aún más el orificio fistuloso.⁷

Finalmente, debido a los buenos resultados obtenidos con esta técnica, recomendamos su realización en aquellos pacientes en los cuales operaciones mayores no estarían justificadas. La técnica utilizada por nosotros, debe ser la escogida para aquellos centros que no cuenten con instrumental endoscópico avanzado. No ignoramos que el desarrollo tecnológico incorporado a la medicina, simplificará en un futuro y en gran medida, la colocación de estos dispositivos.

SUMMARY

Esophagus cancer is one of the most frequent neoplasias and it reaches epidemic proportions in some countries. In spite of the diagnostic advances, 50% of the patients will receive only a palliative treatment. Transtumoral intubation is one of these techniques used to alleviate dysphagia and to allow deglutition. A prospective research was made among patients with advanced esophagus carcinoma from 1993 to 1997 in order to evaluate its usefulness. 22 patients were selected: 15 (68,1%), in stage IV; 3 (13,6%), with tracheoesophageal fistulas; and 4 (18,1%), with no consent for a curative operation. The prosthesis used was that of Häring, which was placed by traction. Males were the most affected, 81,8%. The commonest localization was the mean third, 63,6%. Epidermoid carcinoma was diagnosed in all patients. There was no operative mortality. Survival after a year was of 3 patients (13,6%). There were no complications related to the use of the prosthesis.

Subject headings: ESOPHAGEAL NEOPLASMS/complications; CARCINOMA, SQUAMOUS CELL/complications; PALLIATIVE CARE/methods; PROSTHESIS IMPLANTATION/methods; DEGLUTITION DISORDERS/surgery.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boring CE, Squires TS, Tong T, Montgomery S. Cancer statistic 1994. *Cancer J Clin* 1994;44:7-26.
2. Takita H, Vincent RG. Squamous cell carcinoma of the esophagus: a study of 153 cases. *J Surg Oncol* 1977;9:547-60.
3. Angorn IB. Intubation in the treatment of carcinoma of the esophagus. *World J Surg* 1981;5:553-41.
4. Symonds CJ. The treatment of malignant structure of the oesophagus by intubation tubaje or permanent catheterism. *Br Med J* 1870;1:870.
5. Ponec RJ, Kimmey MB. Endoscopic therapy of esophageal cancer. *Surg Clin North Am* 1997;77(5):1197-217.
6. Kozarek RA, Raltz S, Brugge WR. Prospective multicenter trial of esophageal z-stent placement for malignant dysphagia and tracheoesophageal fistula. *Gastrointest Endosc* 1996;44:562-70.
7. Lux G, Wilson J, Demling L. A cuffed tube for the treatment of oesophageal-bronchial fistula. *Endoscopy* 1987;19:28-36.

Recibido: 14 de diciembre de 1999. Aprobado: 14 de febrero de 2000.

Dr. Radamés I. Adefna Pérez. Santa Catalina 162, entre Heredia y Saco, municipio 10 de octubre, Ciudad de La Habana, Cuba.