

Hospital Universitario "Comandante Manuel Fajardo", Ciudad de La Habana

ESTRATEGIA EN EL CÁNCER DE ESÓFAGO TORÁCICO Y CARDIAS IRRESECCABLE

Dr. Juan Carlos Barreras Ortega,¹ Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo,² Dr. Carlos Romero Díaz,³ Dr. Alexis Cantero Ronquillo,³ Dr. José Luis Menchaca Díaz¹ y Dr. Juan Castellano⁴

RESUMEN

Se presenta la estrategia ante el cáncer de esófago irresecable y se exponen los resultados en 24 enfermos con mal estado general, en los que se utilizó prótesis transtumorales, combinada en 8 casos previamente con infiltración de alcohol absoluto al tumor, sin presentar mortalidad quirúrgica y una supervivencia del 75 % a los 6 meses y del 33,3 % al año. Todos los enfermos tuvieron control endoscópico previo, utilizando el método de tracción en la colocación de la prótesis.

DeCS: NEOPLASMAS DEL ESOFAGO/cirugía; NEOPLASMAS DEL ESOFAGO/terapia; TASA DE SUPERVIVENCIA; ATENCION PALIATIVA.

El cáncer de esófago es una enfermedad grave, de diagnóstico generalmente tardío, por lo que en un elevado porcentaje de enfermos resulta imposible realizar una resección curativa, lo que nos obliga a utilizar métodos paliativos.^{1,2}

Por otro lado la mayoría de esos pacientes llegan a nuestras manos con un alto grado de deterioro físico, por la imposibilidad de ingerir alimentos, por lo que hace mucho más complejo el manejo quirúrgico.^{3,4}

En nuestro hospital como línea de trabajo el no uso de gastrostomía que disminuye la calidad de vida de estos enfer-

mos predestinados a morir antes del año. A pesar de no contar con las prótesis habituales ni con láser para tunelizar el tumor, hemos logrado eliminar las gastrostomías con el uso de alcohol absoluto y prótesis de construcción artesanal. Los resultados se muestran en este trabajo.

MÉTODOS

Se realiza un estudio prospectivo y lineal en pacientes ingresados con el diagnóstico de cáncer de esófago no resecable,

¹ Especialista de I Grado en Cirugía.

² Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar.

³ Especialista de I Grado en Cirugía. Asistente.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de Cirugía.

en el período comprendido entre enero de 1995 y diciembre de 1999.

Para el manejo de estos pacientes se confeccionó una metodología que se muestra en la figura.

En los pacientes desnutridos intensamente, se comienza a administrar de inmediato nutrición parenteral total en la terapia quirúrgica. Se realiza endoscopia para utilizar estenosis⁵ pasando una sonda nasogástrica, que de no poder hacerlo, se inyecta alcohol absoluto en la mucosa

tumoral, con el propósito de que se necrose. Una vez que se logra este objetivo se coloca una prótesis trastumoral con el método de tracción.⁶ En los casos en que sea posible un *bypass* gástrico paliativo, es de preferencia incluso a la prótesis, porque el tipo de alimentación es normal por la prótesis que se limita a alimentos líquidos y blandos.⁷ En estos enfermos la decisión de irresecabilidad fue tomada a la exploración quirúrgica.

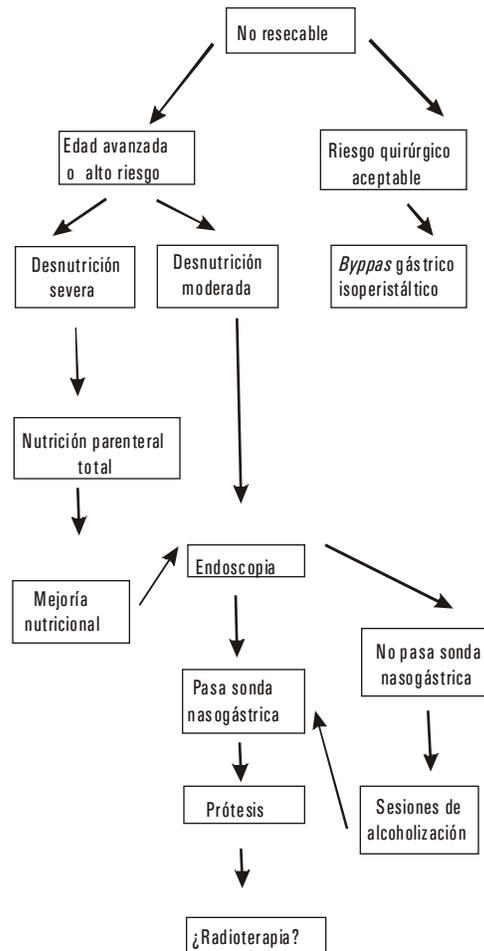


FIG. Algoritmo del tratamiento del cáncer de esófago y cardias irresecable.

La mayoría de las prótesis de nuestro estudio son de construcción personal y se utiliza material plástico de teflón.

En este trabajo sólo mostraremos los resultados de los pacientes que por sus condiciones solo fue posible implantarles una prótesis a través del tumor. Excluyendo las derivaciones paliativas, la muestra está constituida por 24 enfermos a los cuales se les colocaron prótesis.

RESULTADOS

En nuestra serie predominó el sexo masculino en 22 enfermos en una relación con el femenino de 11:1; el 75 % de los pacientes se hallaba en la séptima y octava décadas de la vida y el resto en la sexta década.

En 16 enfermos fue posible pasarles la sonda nasogástrica, lo que permitió implantar la prótesis mediante el método de tracción, al día siguiente. En los 8 restantes se hizo necesario tunelizar previamente con infiltraciones de alcohol absoluto, y se logró el objetivo de pasar la sonda nasogástrica a 7 con una sola sección de alcoholización y el último con 2 secciones.

Las complicaciones ocurridas fueron escasas (33,3 %), ninguna mortal, 4 de ellas fueron por procesos respiratorios infecciosos.

Con este procedimiento se logró eliminar la disfagia en el 100 % de los pacientes con el 75 % de supervivencia a los 6 meses y el 33,3 % al año, y mantuvieron toda la posibilidad de alimentarse por vía fisiológica hasta su defunción.

Los resultados verificados en 2 enfermos con la radioterapia, posterior a la co-

locación de prótesis, fueron no significativos, por lo escaso de la muestra y la pobre sobrevivencia.

DISCUSIÓN

La cirugía exéretica del esófago es un reto para el cirujano, por su complejidad y alta movilidad;¹ a pesar de estos elementos el enfermo recibe una atención esmerada y cuidadosa por la posibilidad de recuperación.^{1,4} El paciente con la enfermedad avanzada precisa tener la misma atención, aunque la máxima oportunidad es lograr eliminar la disfagia. Nosotros centralizamos la atención del enfermo según su edad y estado nutricional, y coincidimos con *Portlewart* en que el tubo gástrico isoperistáltico es una buena alternativa, que le permite ingerir todo tipo de alimentos, a diferencia de los tubos protésicos sintéticos,⁷ pero como regla es infrecuente un enfermo con un cáncer irresecable avanzado que no tenga un alto riesgo para este *bypass*. Los resultados obtenidos con las prótesis de construcción artesanal mediante utilización del método de tracción son óptimos y similares a otros autores.^{5,6}

En conclusión podemos decir:

1. La combinación de alcohol absoluto y prótesis permite eliminar la disfagia en el cáncer avanzado de esófago y cardias.
2. El alcohol absoluto es un método adecuado para lograr tunelización de la estenosis tumoral de esófago.
3. La posibilidad de alimentación oral justifica la utilización de prótesis trastumoral con baja morbilidad y mortalidad.

SUMMARY

The authors present the strategy used in the non-resectable esophagus cancer and show the results obtained in 24 patients with a poor general state, among whom transtumor prostheses were utilized. These prostheses were previously combined with infiltration of absolute alcohol to the tumor in 8 cases. There was no surgical mortality and it was attained a survival of 75 % at 6 months and of 33.3 % at a year. All patients had a previous endoscopic control. Prostheses were placed by using the traction method.

Subject headings: ESOPHAGEAL NEOPLASMS/surgery; ESOPHAGEAL NEOPLASMS/therapy; SURVIVAL RATE; PALLIATIVE CARE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ellis FH, Gibb SP, Watkins E. Esophagogastrectomy. A safe, widely applicable and expeditions form of palliation for patients with carcinoma of the esophagus and cardia. *Ann Surg* 1983;198:531-40.
2. Leal MA, Rivas TO, Mederos CON, Díaz MM, Bernot RD, Alvarez VP. Tratamiento quirúrgico de cáncer de esófago. *Rev Cubana Cir* 1988;27(6):23-30.
3. Saa VR, Mederos CON, Barrera OJ, Rodríguez HT, Martín GL. Implantación de prótesis transtumoral en el cáncer de esófago irresecable. *Rev Cir Esp* 1996;59(3):94-5.
4. Narbona AB. Cáncer de esófago. ¿Qué hacer? *Rev Esp Enferm Apar Digest* 1987;72(1):57-8.
5. Thomas AN. Treatment of malignant esophageal obstruction by endoesophageal intubation. *Ann Surg* 1980;(7):507-8.
6. Cabrera HP, Murales DL. Uso de la prótesis transtumoral en el cáncer irresecable de esófago. *Rev Cubana Cir* 1987;26:115-23.
7. Postletwait RV. Technique for isoperistaltic gastrictube for esophageal bypass. *Ann Surg* 1979;G:673-6.

Recibido: 22 de febrero del 2000. Aprobado: 27 de abril del 2000.

Dr. *Juan Carlos Barreras Ortega*. 23 No. 413, apartamento 21, entre J e I, Vedado, CP10400, municipio Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana, Cuba.