

Efectividad del alcohol absoluto para canalizar los tumores irresecables de esófago

Effectiveness of absolute alcohol to canalize the esophageal non-resectable tumors

Juan Carlos Barrera Ortega,^I Orestes Noel Mederos Curbelo,^{II} José Manuel Da Costa Fernández,^{III} Anniuska Gigato Díaz^{IV}

^I Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar de Cirugía. Hospital Universitario «Manuel Fajardo». La Habana, Cuba.

^{II} Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Titular de Cirugía. Hospital Universitario «Manuel Fajardo». La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario «Manuel Fajardo». La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Gastroenterología. Asistente de Gastroenterología. Hospital Universitario «Manuel Fajardo». La Habana, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. En más del 75 % de los pacientes con cáncer de esófago, los procedimientos que se realizan son paliativos y existe un dilema ético sobre la forma de solucionar el problema fundamental: la alimentación. El objetivo de esta investigación fue señalar la importancia de las infiltraciones con alcohol absoluto para lograr la implantación de prótesis esofágicas artesanales por el método de tracción.

MÉTODOS. Se realizó un estudio prospectivo y lineal con pacientes con cáncer de esófago irresecable, ingresados entre 1995 y 2009. Fueron evaluados 112 pacientes, de los cuales 65 fueron tratados con métodos paliativos. Se colocaron 55 prótesis esofágicas y en 10 de estos casos fue necesario canalizar previamente el

tumor con infiltraciones de alcohol absoluto.

RESULTADOS. Se consiguió pasar la sonda nasogástrica en el 90 % de los pacientes que necesitaron infiltraciones de alcohol absoluto. Fueron necesarias entre 1 y 2 sesiones, pero uno de los pacientes necesitó 3 sesiones de infiltración. No hubo complicaciones.

CONCLUSIONES. La combinación de alcohol absoluto y prótesis permite eliminar la disfagia en el cáncer avanzado de esófago y cardias. Cuando existe estenosis total, el alcohol absoluto es un método adecuado para canalizar la estenosis tumoral de esófago antes de colocar la prótesis. En la mayoría de los casos son suficientes 1 o 2 sesiones de infiltración.

Palabras clave: Cáncer de esófago, canalización, infiltración, alcohol absoluto.

ABSTRACT

INTRODUCTION. In more than 75% of patients presenting with esophageal cancer the procedures performed are of type palliative and there is a ethical dilemma on the way to solve the major problem: the feeding. The objective of present paper was to emphasize the significance of infiltrations with absolute alcohol to achieve the implantation of handmade esophageal prostheses using the traction method.

METHODS. A linear and prospective study was performed in patients presenting with non-resectable esophageal cancer admitted between 1995 and 2009. A total of 112 patients were assessed with 65 of them treated using palliative methods. Fifty five esophageal prostheses were placed and in 10 of these cases it was necessary to tunnelled previously the tumor with absolute alcohol infiltrations.

RESULTS. The nasogastric tube was passed in the 90% of patients needing infiltrations of absolute alcohol. One or two sessions were necessary but one of them need three sessions of infiltrations without complications.

CONCLUSIONS. The combination of absolute alcohol and prosthesis allows to eliminate the dysphagia in cases of advanced cancer and cardias. When there is a total stenosis, the absolute alcohol is a appropriate method to canalize the esophageal tumoral stenosis before to place the prosthesis. In most of cases are enough 1 or 2 sessions of infiltrations.

Key words: Esophageal cancer, canalization, infiltration, absolute alcohol.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de cáncer de esófago y de cardias ha aumentado en los últimos decenios. La enfermedad es tratable y se registra una baja frecuencia de curación debido a que en la mayoría de los casos el diagnóstico de la enfermedad es tardío.¹⁻
² Por tal motivo se hace necesario un tratamiento paliativo para la obstrucción maligna, el cual tiene como objetivo esencial mejorar la disfagia, lograr un estándar

de vida adecuado y eliminar la gastrostomía como alternativa de tratamiento, lo que constituye un verdadero reto.¹⁻⁷

En más del 75 % de los pacientes con cáncer de esófago, los procedimientos que se realizan son paliativos y existe un dilema ético sobre la forma de solucionar el problema fundamental: la alimentación. Las estrategias más usadas como métodos paliativos son el láser, la coagulación bipolar, coagulación con plasma argón, terapia fotodinámica, prótesis plásticas, metálicas o autoexpandibles y las derivaciones paliativas.

Como no disponemos de las prótesis habituales ni de láser para canalizar el tumor, hemos logrado eliminar las gastrostomías con el uso de alcohol absoluto y la colocación de prótesis de construcción artesanal, todas puestas con el método de tracción. El objetivo de esta investigación fue señalar la importancia de las infiltraciones con alcohol absoluto para lograr la implantación de prótesis esofágicas artesanales por el método de tracción.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo y lineal en pacientes ingresados (112) con diagnóstico de cáncer de esófago irresecable, tratados entre el 1995 y el 2009. De éstos, 65 pacientes presentaban lesiones avanzadas; en 55 se decidió poner prótesis esofágicas con el método de tracción por no contar con los medios para ponerlas con el método de pulsión.

Los 10 enfermos restantes presentaban una obstrucción esofágica completa que impedía pasar la sonda esofágica, necesaria para colocar la prótesis por el método de tracción. A éstos se les canalizó el tumor con infiltraciones de alcohol absoluto para necrosar la luz del tumor. La infiltración se realizó en la mucosa, en los cuatro puntos cardinales del tumor, con un consumo promedio de 10 mL en cada sección de infiltración. A las 48 h se repitió la endoscopia pasando una guía por el canal de trabajo del endoscopio y a través de ella, la sonda nasogástrica. Cuando no fue posible se repitió la infiltración y se esperó a las 48 h siguientes para repetir la endoscopia y volver a realizar el procedimiento.

RESULTADOS

En la serie predominó el sexo masculino en una relación con el femenino de 13:1. El 70 % de los pacientes se hallaba en la séptima y octava décadas de la vida, y hubo un predominio significativo de enfermos con lesiones avanzadas irresecables ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Cáncer de esófago y cardias

Tumores de esófago	n	%
Resecables	47	41,9
Irresecables	65	58,1
Total	112	100

Se integraron los procedimientos paliativos en tres grupos: prótesis esofágicas, derivación y estomas alimentarios. La mayoría de las prótesis realizadas fueron artesanales y se utilizó como método estándar el de tracción. Para realizarlo fue indispensable canalizar previamente el tumor con infiltraciones de alcohol absoluto, en 10 enfermos. En 2 de ellos solo fue posible realizar estomas abdominales alimentarios con anestesia local por el mal estado general de los pacientes, quienes fallecieron antes del mes ([tabla 2](#)).

Tabla 2. Procedimientos paliativos realizados

Procedimiento	n	Características
Prótesis esofágica	55	Industriales (3; 1 autoexpandible)
		Artesanales (52)
Derivación	8	Tubo gástrico isoperistáltico (3)
		Clagett (2)
Estoma alimentario	2	Gastrostomía (1)
		Yeyunostomía (1)

En los 10 enfermos fue necesario canalizar previamente el tumor con infiltraciones de alcohol absoluto. Se logró el objetivo de pasar la sonda nasogástrica en 7 enfermos con una sola sección de alcoholización; en 2 pacientes se logró en 2 secciones ([figura 1](#)) y en un paciente se logró pasar la sonda de Levine después de 3 secciones de alcoholización ([figura 2](#)).



Figura 1. Segunda sección de canalización.

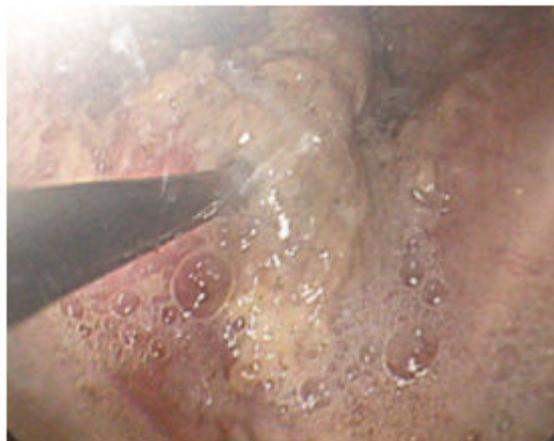


Figura 2. Tercera sección de canalización.

DISCUSIÓN

El paciente con la enfermedad avanzada precisa tener la misma atención para lograr eliminar la disfagia. Es conocido que no es posible aspirar a la curabilidad en un enfermo con cáncer avanzado de esófago y cardias pero sí a mejorar la calidad de vida de un pacientes que debe fallecer en corto tiempo, pero la ausencia de medios de primer nivel, como prótesis industriales o láser no debe lastrar este objetivo.

Aunque el alcohol absoluto es un producto barato, se ha utilizado como tratamiento único de la estenosis debido a que libera el tránsito esofágico por la necrosis del tumor, con similar eficiencia que el láser.^{8,9} Consideramos que es un paso previo para poner la prótesis esofágica, con el que se eliminan las infiltraciones reiteradas al volver a crecer el tumor.^{10,11}

En conclusión, la combinación de alcohol absoluto y prótesis permite eliminar la disfagia en el cáncer avanzado de esófago y cardias. El alcohol absoluto es un método adecuado para lograr canalizar la estenosis tumoral de esófago y logra ser el paso previo para poner la prótesis esofágica en la mayoría de los casos, con una o dos sesiones de infiltración de alcohol.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barrera JC, Mederos ON, Menchaca JL, Romero CA, Cantero RA, Valdez JJ. Resultados quirúrgicos en el cáncer de esófago y cardias. Rev Cubana Onc. 2000; (16): 116-9.
2. Mederos Curbelo ON, Leal MA, García GA, Barrera JC, Valdés JJ, Romero CA, Cantero RA, Adefna PR, Castellano JA. ¿Qué hacen y qué hacemos en el cáncer de esófago y cardias? Rev Cubana Cir. [seriada en Internet] 2005; 44(4) [consultada el 3 de marzo de 2009] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932005000400010&lng=es&nrm=iso&tng=es

3. Barrera JC, Mederos ON, Romero CA, Cantero RA, Menchaca JL, Castellano JA. Estrategia en el cáncer de esófago torácico y cardias irresecable. Rev Cubana Cir. 2001; 40(2): 119-22.
4. Mederos ON, Barrera JC, Romero CA, Menchaca JL, Cantero RA. Bypass gástrico tubular isoperistáltico (Postlethwait) en el cáncer de esófago irresecable. Rev Cubana Onc. 2001; 17(2): 135-7.
5. Saa Vidal R, Mederos Curbelo O, Barreras Ortega J, Menchaca Díaz J, Martín Gil LM, Rodríguez PT. Implantación de prótesis transtumorales. Rev Cir Esp 1996; 59(3): 94.
6. Saa Vidal R, Mederos Curbelo O, Barreras Ortega J, Romero Díaz CA, Cantero Ronquillo A, Valdez Jiménez J. Afecciones quirúrgicas del esófago y cardias. Estudio de una década. Rev Cubana Cir. 2002; 41(3): 135-40.
7. Barreras JC, Mederos ON, Romero CA, Cantero RA, Del Campo RJ, Valdés JJ. Cáncer no resecable de esófago y cardias. ¿Prótesis o tubo gástrico? Arch Cir Gen Dig. [en línea] [Consultada el 24 de enero de 2005] Disponible en: <http://www.cirugest.com/revista/2005/02/2005-01-24.htm>
8. Conio M, Repici A, Battaglia G, De Pretis G, Ghezzi L, Bittinger M, *et al.* A randomized prospective comparison of self-expandable plastic stents and partially covered self-expandable metal stents in the palliation of malignant esophageal dysphagia. Am J Gastroenterol. 2007; 102(12): 2667-77.
9. Anzures LM, Pineda BE, Espino CH, Rodríguez LL. Cáncer del esófago. Análisis de 167 casos del Hospital General de México Rev Med Hosp Gen México. 1999; 62(1): 11-5.
10. Güitrón A, Adalid R, Huerta F, Macías M, Sánchez Navarrete M. Tratamiento paliativo de cáncer esofágico mediante inyección transendoscópica de alcohol. Rev Gastroenterol México. 1996; 61(3): 208-11.
11. Wadleigh RG, Abbasi S, Korman L. Palliative ethanol injections of unresectable advanced esophageal carcinoma combined with chemoradiation. Am J Med Sci. 2006; 331(2): 110-2.

Recibido: 20 de enero de 2010.

Aprobado: 16 de marzo de 2010.

Juan Carlos Barrera Ortega. Hospital Universitario «Manuel Fajardo». Calle Zapata y D, El Vedado. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: noemed@infomed.sld.cu