

## Caracterización y oportunidad del tratamiento quirúrgico en pacientes con cáncer de esófago

### Characterization and Chances for Surgical Treatment in Patients with Esophageal Cancer

Orlando Mesa Izquierdo<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-0084-3185>

Tania Martínez Martínez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5522-7451>

Yaimara Macías Ochoa<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-4094-8114>

Ana Olivia Ramos Rodríguez<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5631-4696>

Onelia Escalona Ferro<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-2436-1586>

<sup>1</sup>Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR). La Habana, Cuba.

\*Autora para la correspondencia: [anao@infomed.sld.cu](mailto:anao@infomed.sld.cu)

#### RESUMEN

**Introducción:** El cáncer de esófago es una de las neoplasias más agresivas del tracto digestivo, presenta alta morbilidad y mortalidad a nivel mundial.

**Objetivo:** Determinar las características clínico epidemiológicas de los pacientes con cáncer de esófago y su oportunidad del tratamiento.

**Métodos:** Se realizó una investigación básica de tipo descriptiva y retrospectiva en los pacientes con cáncer de esófago hospitalizados en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología durante el período enero 2016 - enero 2017. Se obtuvieron los datos necesarios de las historias clínicas individuales de los casos que cumplieron los criterios de inclusión. Se aplicaron frecuencias absolutas y porcentajes para permitir los análisis estadísticos de variables seleccionadas.

**Resultados:** El diagnóstico en las edades entre 60 y 69 años fue más frecuente, con el 44,8 % de los casos; el 73,7 % eran hombres y el 52,3 % de la raza negra. En el 71,0 % se encontró antecedentes de esofagitis de reflujo; 78,9 % eran fumadores y 52,6 % bebedores abusivos. La disfagia fue el síntoma más común y

el carcinoma epidermoide se presentó con mayor frecuencia alcanzándose el 82,1 % de la muestra estudiada. La mayoría de los casos se diagnosticó en estadio III.

**Conclusiones:** Esta neoplasia constituye un problema de salud en Cuba, se incrementa su incidencia en los últimos años. Se recomienda aplicar el programa de detección y diagnóstico precoz de la enfermedad.

**Palabras clave:** cáncer de esófago; estadio; oportunidad del tratamiento quirúrgico.

## ABSTRACT

**Introduction:** Esophageal cancer is one of the most aggressive neoplasms of the digestive tract; it accounts for high morbidity and mortality worldwide.

**Objective:** To determine the clinical-epidemiological characteristics of patients with esophageal cancer and their chances for treatment.

**Methods:** A descriptive and retrospective basic research was carried out, during the period from January 2016 to January 2017, in patients with esophageal cancer hospitalized at the National Institute of Oncology and Radiobiology. The necessary data were obtained from the individual medical records of the cases. that met the inclusion criteria. Absolute frequencies and percentages were applied for the statistical analyses of the selected variables.

**Results:** The diagnosis at ages between 60 and 69 years was more frequent, accounting for 44.8% of the cases. 73.7% were men and 52.3% were of black race. A history of reflux esophagitis was found in 71.0%. 78.9% were smokers and 52.6% were abusive drinkers. Dysphagia was the most common symptom, while squamous cell carcinoma presented more frequently, reaching 82.1% of the sample studied. Most of the cases were diagnosed in stage III.

**Conclusions:** This neoplasm is a health concern in Cuba; its incidence has increased in recent years. It is recommended to apply the program of early diagnosis and detection of the disease.

**Keywords:** esophageal cancer; stage; chances for surgical treatment.

Recibido: 06/01/2021

Aceptado: 10/02/2021

## Introducción

El cáncer de esófago es una de las neoplasias más agresivas del tracto digestivo, presenta alta morbilidad y mortalidad, ocupa el octavo lugar dentro de los cánceres a nivel mundial.<sup>(1)</sup>

Se reportó más de 462 000 casos nuevos en el mundo lo que corresponde al 4,2 % del total de neoplasias.<sup>(1)</sup>

Su incidencia varía considerablemente incluso entre las regiones del mismo país, la incidencia más alta se encuentra en China y Sudáfrica (130 por 100 000 habitantes), siendo el tipo histológico más frecuente el carcinoma de células escamosas, mientras que las cifras más bajas (5 por 100 000 habitantes) se registran en Europa y Estados Unidos, en estos países el adenocarcinoma del tercio inferior del esófago se ha incrementado significativamente en las últimas tres décadas, ha llegado a ocupar hasta el 40 % de todas las neoplasias de esófago. El 85 % de las muertes ocurren en los países subdesarrollados.<sup>(2,3)</sup>

La supervivencia sin tratamiento a 5 años es del 16 %. En Sudamérica la tasa de incidencia general es baja, se estima en 7,1 por 100 000 habitantes para hombres y en 2 por 100 000 habitantes para mujeres. Colombia, Chile, Argentina y Uruguay son considerados los países de mayor riesgo.<sup>(1,4)</sup>

En Cuba, según el anuario nacional de estadísticas de salud, el cáncer de esófago aparece entre las causas de muerte por tumores malignos en la población general, ocupa el décimo lugar, según la localización más frecuente del tumor, con una tendencia ascendente en los últimos años si comparamos las 760 defunciones ocurridas en el año 2017 con respecto a las 830 del pasado año.<sup>(5)</sup>

En relación con los indicadores de mortalidad por esta enfermedad la tendencia también ha sido al incremento durante el año 2000 se produjeron 393 muertes por cáncer de esófago con una tasa por 100 000 habitantes de 3,5, para el 2011 aumenta a 658 fallecidos con tasa de 5,9 y en el 2012 alcanza las 739 muertes con una tasa de 6,6, en 12 años se duplica el número de pacientes fallecidos fundamentalmente del sexo masculino. Los registros estadísticos del país reflejan que esta es la 4ta causa de muerte por tumores malignos en hombres, superado

solamente por los tumores de tráquea, bronquios y pulmón; intestino excepto recto y laringe reportándose 408 casos, la mayoría de los cuales estaba entre 60 y 79 años de edad (293 fallecidos) y 211 casos entre 40 y 59.

En el caso de las mujeres ocurrieron en ese año 131 casos de muertes, predominando las mayores de 60 años, con 72 casos entre 60 y 79 y 41 muertes en mayores de 80 años.<sup>(5)</sup>

*Gutiérrez* y otros analizaron información retrospectiva de 25 pacientes con cáncer de esófago, la relación hombre/mujer fue de 26/1; la edad promedio 69 años y el tiempo promedio de la enfermedad de 3 a 7 meses. La disfagia es el síntoma más frecuente y se presenta en el 96 % de los casos y la caquexia el síntoma más común en el 72 % de los casos.<sup>(6)</sup>

Existe una gran variabilidad geográfica en cuanto a su incidencia y prevalencia. En el mundo occidental es más frecuente en varones, aparece en la sexta década de la vida y se asocia a un status socioeconómico bajo.<sup>(7)</sup>

En cuanto a su etiología, los factores más claramente relacionados son el alcohol y el tabaco, habiéndose relacionado también con la ingestión de ciertos carcinógenos como nitritos, opiáceos fumados y determinadas micotoxinas. En situaciones de daño físico a la mucosa como la ingestión de alimentos muy calientes, tras secuelas de ingestión por cáusticos (multiplica el riesgo por 40, condicionante precanceroso más potente), estenosis por radiación, acalasia crónica y, aunque no está probado, existe la sospecha de que el reflujo gastroesofágico sin esófago de *Barrett* también puede aumentar el riesgo. Existe una susceptibilidad individual en el síndrome de *Plummer-Vinson*, en la tilosis (hiperqueratosis de palmas de las manos y plantas de los pies) y en las enfermedades tiroideas; parece que en determinadas deficiencias nutritivas (molibdeno, zinc, vitamina A) y en el esprue celíaco puede haber un leve aumento del riesgo de cáncer epidermoide de esófago.<sup>(8)</sup>

Múltiples estudios publicados sobre las resecciones esofágicas a nivel mundial han sido de gran utilidad para establecer nuevas estrategias terapéuticas y técnicas quirúrgicas, han logrado disminuir la morbilidad y la mortalidad, así como complicaciones en los pacientes con afecciones de esófago. Motivados, decidimos realizar el estudio del tema con el objetivo de determinar las características clínico epidemiológicas de los pacientes con cáncer de esófago y su oportunidad del tratamiento.

## Métodos

Se realizó una investigación básica de tipo descriptiva y retrospectiva sobre el cáncer de esófago en el período comprendido entre enero del 2016 a enero del 2017. Se contó con la aprobación de la dirección del centro.

El universo y la muestra estuvieron conformado por los 38 pacientes atendidos por neoplasia maligna de esófago que fueron hospitalizados durante el período de estudio en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR).

Los criterios de inclusión fueron los pacientes hospitalizados en el INOR durante el período descrito que contaron con resultados registrados en anatomía patológica con relación al cáncer de esófago.

El resultado se recopiló y procesó con el uso de una base de datos y microprocesador de información, *Microsoft Word 2007*, procediéndose a analizar e interpretar las variables cualitativas. Se utilizaron números, porcentos y la técnica estadística chi cuadrado ( $X^2$ ), con un 95 % de confiabilidad en los casos que sea pertinente, acorde a la asociación de variables que se establecieron.

Los datos que se manejaron en esta investigación no tuvieron ninguna referencia personal con pacientes en particular. Se le explicó a cada paciente o al familiar autorizado, las técnicas a realizar, así como sus posibles complicaciones. Se le llenó una ficha con el consentimiento informado a todos los pacientes. Los que en el transcurso de la investigación desearon retirarse se les llenó el formulario de revocación, el responsable principal de este proyecto de investigación se encontró capacitado, técnica-científica y moralmente para realizar la labor pertinente, los cuales se rigen según los preceptos de la Declaración de *Helsinki*.<sup>(9)</sup>

## Resultados

La tabla 1 relaciona edad y sexo. Como se puede apreciar 17 pacientes se encontraban en edades comprendidas entre 60 y 69 años de edad, que representó el 44,8 % de la muestra estudiada, de los cuales 12 casos pertenecieron al sexo masculino y 5 al sexo femenino, siendo la edad más frecuente para ambos sexos.

Durante el período se hospitalizaron por esta enfermedad 10 mujeres y 28 hombres, constituyó el 26,3 y 73,7 %, respectivamente.

**Tabla 1-** Distribución de los pacientes hospitalizados por cáncer de esófago según sexo y edad, INOR, 2016 - 2017

Grupos de edad	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
40 a 49	2	5,3	5	13,5	7	18,4
50 a 59	2	5,3	9	23,7	11	28,9
60 a 69	5	13,1	12	31,6	17	44,8
70 a 79	1	2,6	2	5,3	3	7,9
Total	10	26,3	28	73,7	38	100

Fuente: Historias clínicas individuales.

Según se aprecia en la tabla 2, 20 pacientes resultaron ser bebedores abusivos de cerveza y ron (52,6 %) de los cuales 17 eran hombres. El tabaco estuvo relacionado con el 78,9 % de los pacientes con cáncer de esófago ingresados y el 60,5 % (23 casos) refirieron fumar más de 1 caja de cigarrillos al día; las dos mujeres fumadoras fumaban esta misma cantidad.

**Tabla 2-** Distribución de los pacientes hospitalizados por cáncer de esófago según hábitos tóxicos y sexo, INOR, 2016 - 2017

Hábitos tóxicos	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Bebedores						
Cerveza	2	5,3	3	7,9	5	13,1
Ron	0	0	7	18,4	7	18,4
Ambos	3	7,9	17	44,7	20	52,6
Fumadores	2	5,3	28	73,7	30	78,9
Cigarro	2	5,3	3	7,9	5	13,1
Tabaco	0	0	1	2,6	1	2,6
Ambos	0	0	24	63,1	24	63,1
< 1 caja	0	0	7	18,4	7	18,4
> 1 caja	2	5,3	21	55,3	2,3	60,5

Fuente: Historias clínicas individuales.

La tabla 3 señala que 35 pacientes refirieron la disfagia como síntoma, representándose el 92,1 % de la muestra estudiada, seguido de los vómitos que estuvieron presentes en 31 casos (81,6 %). El dolor no fue frecuente.

**Tabla 3-** Distribución de los pacientes hospitalizados por cáncer de esófago según sintomatología clínica, INOR, 2016 - 2017

Sintomatología	No	%
Disfagia	35	92,1
Pérdida de peso	18	51,4
Vómitos	31	81,6
Regurgitación	28	73,7
Dolor	7	18,4
Otros	23	60,5

Fuente: Historias clínicas individuales.

Como se refleja en la tabla 4, los 8 pacientes en estadio IV solamente recibieron tratamiento paliativo, las oportunidades del tratamiento quirúrgico estuvieron centradas en los pacientes con estadio I y II. Se realizó solo resección del tumor en 13 casos que representan el 34,2 % de la muestra. Aun cuando resulta más frecuente, la mayoría de los casos requirió tratamiento con radio y/o quimioterapia neoadyuvante o adyuvante.

**Tabla 4-** Distribución de los pacientes hospitalizados por cáncer de esófago según tratamiento aplicado y estadio, INOR, 2016 - 2017

Tipo de tratamiento	Estadio I		Estadio II		Estadio III		Estadio IV		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Resección del tumor	4	10,5	9	23,7	0	0	0	0	13	34,2
Resección, quimio y radioterapia	0	0	3	7,9	8	21,0	0	0	11	28,9
Resección y radioterapia	0	0	0	0	6	15,8	0	0	6	15,8
Paliativo	0	0	0	0	0	0	8	21,0	8	21,0
Total	4	10,5	12	31,6	14	36,8	8	21,0	38	100

Fuente: Historias clínicas individuales.

Tal como se representa en la tabla 5, de los 30 pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico, 18 tuvieron una evolución no satisfactoria (el 60,0 % de los casos) relacionado con la presencia de alguna complicación de la cirugía. Fallecieron 3 pacientes en el postoperatorio y el resto estuvo relacionado con las recidivas locales o la aparición de metástasis a distancia, entre otras.

**Tabla 5-** Distribución de los pacientes hospitalizados por cáncer de esófago que recibieron tratamiento quirúrgico según su evolución, INOR, 2013 - 2014

Evolución	No (n = 30)	%
Satisfactoria	12	40,0
No satisfactoria	18	60,0
Total	30	100

Fuente: Historias clínicas individuales.

## Discusión

En plena correspondencia con la literatura revisada se ofrece relación hasta de 16/1 de frecuencia del cáncer de esófago para el sexo masculino. La mayor parte de las estadísticas revisadas presentan la enfermedad con mayor incidencia en hombres que en mujeres en elevadas proporciones, así lo refleja en anuario nacional de estadísticas de salud en Cuba, esto podría guardar relación con algunos hábitos tóxicos que constituyen factores de riesgo de la enfermedad y son más frecuentes en el sexo masculino. También se reporta el mayor número de casos en adultos mayores, entre 60 y 69 años y más de 60.<sup>(5,10)</sup>

Existe un consenso entre los autores de la literatura revisada de una asociación demostrada sobre la relación de esta enfermedad con la ingestión abusiva de bebidas alcohólicas y la exposición al humo del tabaco propio o ajeno. En ambos casos estos factores de riesgo se encuentran presentes con gran frecuencia en esta enfermedad.<sup>(6,11,12)</sup>

En este caso en correspondencia con los resultados emitidos por otros autores la disfagia es el síntoma más común. *Gutiérrez* y otros encontraron la disfagia presente en el 96 % de los casos estudiados, la literatura reporta este como el síntoma más frecuente encontrado en los pacientes con cáncer de esófago.<sup>(6)</sup>

En la investigación no predominó el dolor como síntoma, esto está relacionado sin lugar a dudas con el estadio en que se diagnostica la enfermedad, siendo la dificultad para tragar la primera manifestación que preocupa al paciente. Como la mayoría beben y fuman se atribuyen estas molestias con una elevada frecuencia a estos hábitos y no se relaciona con la enfermedad en sus etapas iniciales, esta casuística coincide con otros resultados.<sup>(13)</sup>

En otros estudios se refleja que la mayoría de los pacientes requieren de tratamiento de radioterapia antes de la operación y los resultados de supervivencia alcanzan solamente los 3 a 4 meses y se demuestra que el diagnóstico en estadios precoces de la enfermedad garantiza una mayor recuperación sobre la base del empleo de la cirugía como tratamiento definitivo.<sup>(13,14)</sup>

La evolución final de los casos, la supervivencia y la oportunidad que ofrece la resección total del tumor está muy relacionada con el estado clínico del paciente, su estadio y el tipo histológico de tumor como refleja la literatura.<sup>(15,16,17,18)</sup>

Se demostró que los hombres son los más afectados y es más frecuente el diagnóstico en las edades entre 60 y 69 años. Se observó el vínculo con el hábito de fumar y el consumo de alcohol, más de las dos terceras partes fumaba y casi en su totalidad más de una caja de cigarrillos al día. La esofagitis de reflujo es el antecedente más común y la disfagia el síntoma más frecuente seguido de los vómitos. La mayor parte de los casos se diagnostican en estadios II y III de la enfermedad. La cirugía se emplea en la mayoría de los casos, aunque la mayor parte no evoluciona satisfactoriamente.

## Referencias bibliográficas

1. López Andino WM, Ricardo Hijuelos E, Velázquez Basterrechea M, Almeida Arias DA. Tratamiento quirúrgico de enfermedades benignas y malignas del esófago. Rev. Cub. Cir. 2014 [acceso 18/12/2018];53(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/233>
2. Maule D, Boccola M, Lord RV. Oesophageal Adenocarcinoma: A Patient and Physician's Perspective. Oncol Ther. 2017;5(1):79-84. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40487-017-0044-4>
3. Wu N, Zhu Y, Kadel D. The prognostic influence of body mass index, resting energy expenditure and fasting blood glucose on postoperative patients with esophageal cancer. BMC Gastroenterol. 2016;16(142):[aprox. 0 p.]. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12876-016-0549-6>
4. Ruíz Torres JF, Brizuela Quintanilla RA, Piñol Jiménez FN, García-Menocal Hernández JL, Alonso Contino N, Obregón Moreno Á, et al. Experiencia del uso de

- endoprótesis metálica autoexpandibles en esófago. Rev. Cub. Cir. 2015 [acceso 18/12/2018];54(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/351>
5. Dirección Nacional de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario estadístico de salud, 2017. La Habana. 2017 [acceso 18/12/2018]. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/estadísticas>
6. Gutiérrez C, Ruiz R, Arellano S, Romero H, Hall RT, García B, et al. Medicina paliativa en Cirugía. Cir Cir. 2017;85(2):186-9.
7. Ma L, Luo GY, Ren YF, Qiu B, Yang H, Xie CX, et al. Concurrent chemoradiotherapy combined with enteral nutrition support: a radical treatment strategy for esophageal squamous cell carcinoma patients with malignant fistulae. Chin J Cancer. 2017 Jan 11;36(1):8. DOI: 10.1186/s40880-016-0171-6.
8. Nazario Dolz AM, Falcón Vilariño CG, Matos Tamayo ME, Oliú Lambert H, Romero García LI. Caracterización de pacientes con cáncer de esófago en el bienio 2013-2014. MEDISAN. 2016 [acceso 18/12/2018];20(2):143-153. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102930192016000200003&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192016000200003&lng=es)
9. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta bioeth. 2000 [acceso 05/08/2021];6(2):321-34. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2000000200010&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000200010&lng=es)
10. Oliva Anaya CA, Mederos Curbelo ON, García Sierra JC, Barrera Ortega JC, Castellanos González JA. Soporte nutricional y calidad de vida en pacientes con cáncer de esófago y cardias. Rev. Cub. Cir. 2016 [acceso 18/12/2018];55(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/424>
11. Anaya OC, Mederos ON, Barrera JC, Romero DC, Cantero RA, Da Costa JM, et al. Nutrición preoperatoria del cáncer de esófago. Sección Conferencias. Portal de la Cirugía General Cubana en Infomed. 2007 [acceso 15/05/2017]. Disponible en: <http://www.cirured.sld.cu>

12. Arredondo Bruce AE, Piñero Pérez EC, Cuenca Álvarez LM. Fístula aorto-esofágica en un paciente con cáncer de esófago. Rev. Ele. Zoilo. 2016 [acceso 05/08/2021];41(10):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/900>
13. Cintra Brooks S, Cintra Pérez A, Cintra Pérez S, Revé Machado J, Sarría Lamorú S. Morbilidad y mortalidad por cáncer de esófago en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” de Guantánamo. Rev. Inf. Cient. 2015 [acceso 18/12/2018];93(5). Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/183>
14. Owen RM, Love TP, Perez SD, Srinivasan JK, Sharma J, Pollock JD, et al. Definitive surgical treatment of enterocutaneous fistula: outcomes of a 23-year experience. JAMA Surg. 2013;148(2):118-26.
15. Cintra Brooks S, Cintra Pérez A, Cintra Pérez S. Adenocarcinoma de unión esofagogástrica con supervivencia postquirúrgica de 26 años. Rev. Inf. Cient. 2015 [acceso 18/12/2018];90(2). Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/253>
16. Braghetto MI, Figuera GM, Sanhueza PB, Valladares HH, Cardemil HG, Cortés LS, et al. Evolución y pronóstico oncológico de fístulas anastomóticas esofágicas en el tratamiento del cáncer de esófago. Estudio comparativo según vía de ascenso de tubo gástrico. Rev Chil Cir. 2018;70(1):19-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262018000100019>
17. Arredondo Bruce AE, Piñero Pérez EC, Cuenca Álvarez LM. Fístula aortoesofágica en un paciente con cáncer de esófago. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2016 [acceso 18/12/2018];41(10). Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/900>
18. Migliaro M, Romano M, Dávila OE, Migliaro OE. Engrosamiento de la línea para traqueal posterior por cáncer de esófago. Buenos Aires: Medicina. 2017 [acceso 20/02/2019];77(5):422. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S002576802017000500011&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002576802017000500011&lng=es)

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

### Contribución de los autores

*Orlando Mesa Izquierdo*: Redacción - borrador original.

*Tania Martínez Martínez*: Conceptualización.

*Yaimara Macías Ochoa*: Metodología.

*Ana Olivia Ramos Rodríguez*: Redacción - revisión y edición.

*Onelia Escalona Ferro*: Análisis formal.