

ARTÍCULO ORIGINAL

**Caracterización clínico-histológica de pacientes con cáncer esofágico del Hospital Nacional “Guido Valadares”, Timor Oriental**

**Clinical-histological features in patients with esophageal cancer at the Guido Valadares National Hospital, Timor-Lester**

**Caracterização clínico-histológica de pacientes com câncer de esôfago no Hospital Nacional “Guido Valadares”, Timor Leste**

Yunier Acosta-Hernández<sup>1\*</sup> , Miguel Vanterpool-Héctor<sup>2</sup> , Augusta Soares-Menezes<sup>3</sup> 

<sup>1</sup> Hospital General Docente “Dr. Mario Muñoz Monroy”. Matanzas, Cuba.

<sup>2</sup> Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Comandante Faustino Pérez Hernández”. Matanzas, Cuba.

<sup>3</sup> Hospital Nacional “Guido Valadares”. Dili, Timor Oriental.

\*Autor para la correspondencia: [yunieraco2017@gmail.com](mailto:yunieraco2017@gmail.com)

**Recibido:** 4 de enero de 2022  
**Aprobado:** 25 de enero de 2022

**RESUMEN**

**Introducción:** el cáncer de esófago es una enfermedad descrita desde hace 2 000 años y en la actualidad ocupa el octavo lugar en incidencia a nivel mundial. **Objetivo:** describir las características clínico-histológicas de los pacientes con cáncer esofágico del Hospital Nacional “Guido Valadares” de Timor Oriental. **Método:** se realizó un estudio observacional-descriptivo y retrospectivo en 106 personas con diagnóstico endoscópico e histológico de cánceres esofágicos atendidos en la Unidad de Endoscopia del servicio de Gastroenterología de dicha institución, desde junio de 2016 hasta mayo de 2021. Se analizaron variables como: grupo etario, sexo y otros factores de riesgo (manifestaciones clínicas, tiempo de comienzo de los síntomas, localización, tipo endoscópico y tipo histológico). **Resultados:** el cáncer de esófago fue más frecuente en hombres de 60 y más años de edad (65,1 %). El tabaquismo y la

ingestión de alcohol fueron los factores de riesgo predominantes con el 64,2 % y 57,5 %, respectivamente. La mayoría de los casos se diagnosticaron entre los 3 y 6 meses del inicio de los síntomas, la disfagia el principal motivo de consulta (98,1 %). Desde el punto de vista endoscópico predominó el tipo polipoide o vegetante localizados en el tercio medio esofágico (45,3 %), constituyendo el carcinoma de células escamosas el tipo histológico más frecuente. **Conclusiones:** el estudio de las características clínico-histológicas de los pacientes con cáncer esofágico permite un adecuado enfoque diagnóstico de esta enfermedad, así como el desarrollo de acciones de salud preventivas sobre los principales factores de riesgo identificados.

**Palabras clave:** cáncer esofágico; carcinoma de células escamosas; tipo polipoide; Timor Oriental



**ABSTRACT**

**Introduction:** esophageal cancer is a leading cause of cancer-related illness that has been described for two thousand years and currently set at the eighth place in incidence worldwide. **Objective:** to describe the clinical-histological features in patients with esophageal cancer at the Guido Valadares National Hospital in Timor-Leste. **Method:** an observational-descriptive and retrospective study was conducted in 106 patients with esophageal cancer related endoscopic and histological diagnosis. All of them attended in the Endoscopy Unit at the Gastroenterology service, from June 2016 to May 2021. Variables such as age group, sex and other risk factors like (clinical manifestations, the onset of symptom, location, endoscopic type and histological type) were analyzed. **Results:** esophageal cancer was more frequent in male aged 60 and older (65.1%). Smoking and alcohol intake were the predominant risk factors (64.2% and 57.5%, respectively). Most of cases were diagnosed between 3 and 6 months after the onset of symptoms, with dysphagia as the main reason for consultation (98.1%). From the endoscopic point of view, polypoid mass or vegetating lesions found in the middle third of the esophagus predominated (45.3%), with squamous cell carcinoma as the most frequent histological type. **Conclusions:** study of clinical-histological features in patients with esophageal cancer allows an adequate diagnostic approach to this illness, as well as the development of preventive health actions on the main risk factors identified.

**Keywords:** esophageal cancer; squamous cell carcinoma; polypoid type; Timor Leste

**RESUMO**

**Introdução:** o câncer de esôfago é uma doença descrita há 2.000 anos e atualmente ocupa o oitavo lugar em incidência mundial. **Objetivo:** descrever as características clínico-histológicas dos pacientes com câncer de esôfago no Hospital Nacional "Guido Valadares" em Timor Leste. **Método:** foi realizado um estudo observacional-descriptivo e retrospectivo em 106 pessoas com diagnóstico endoscópico e histológico de câncer de esôfago atendidas na Unidade de Endoscopia do serviço de Gastroenterologia da referida instituição, no período de junho de 2016 a maio de 2021. Variáveis como: foram analisadas: faixa etária, sexo e outros fatores de risco (manifestações clínicas, tempo de início dos sintomas, localização, tipo endoscópico e tipo histológico). **Resultados:** o câncer de esôfago foi mais frequente em homens com 60 anos ou mais (65,1%). O tabagismo e o consumo de álcool foram os fatores de risco predominantes com 64,2% e 57,5%, respectivamente. A maioria dos casos foi diagnosticada entre 3 e 6 meses do início dos sintomas, sendo a disfagia o principal motivo de consulta (98,1%). Do ponto de vista endoscópico, predominou o tipo polipóide ou vegetativo localizado no terço médio do esôfago (45,3%), sendo o carcinoma espinocelular o tipo histológico mais frequente. **Conclusões:** o estudo das características clínico-histológicas de pacientes com câncer de esôfago permite uma adequada abordagem diagnóstica desta doença, bem como o desenvolvimento de ações preventivas de saúde sobre os principais fatores de risco identificados.

**Palavras-chave:** câncer de esôfago; carcinoma de células escamosas; tipo polipóide; Timor Leste

**Cómo citar este artículo:**

Acosta-Hernández Y, Vanterpool-Héctor M, Soares-Menezes A. Caracterización clínico-histológica de pacientes con cáncer esofágico del Hospital Nacional "Guido Valadares", Timor Oriental. Rev Inf Cient [Internet]. 2022 [citado día mes año]; 101(1):e3765. Disponible en: <http://www.revinfscientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3765>



## INTRODUCCIÓN

El cáncer de esófago es una enfermedad descrita desde hace 2 000 años<sup>(1)</sup> y en la actualidad, debido a su naturaleza extremadamente agresiva, constituye a nivel mundial el octavo lugar en incidencia, la sexta causa de mortalidad por cáncer con tasas de supervivencia desalentadoras (menos del 5 % a largo plazo) y el tercer lugar entre las neoplasias del tubo digestivo con una distribución geográfica heterogénea.<sup>(2,3)</sup>

Constituye una de las neoplasias de peor pronóstico debido a su diagnóstico tardío, pues la distensibilidad de la pared de este órgano conduce a que las manifestaciones clínicas no aparezcan hasta el momento en que la enfermedad esté localmente avanzada y afecte el 60 % o más de su circunferencia.<sup>(4)</sup>

Más del 95 % de los casos se deben a dos variedades histológicas: el carcinoma epidermoide y el adenocarcinoma. El primero es el más frecuente y presenta una gran variabilidad geográfica en su incidencia, siendo zonas hiperendémicas, países asiáticos como: Japón, Irán, India y el Norte de China (más de 100 casos por 100 000 habitantes/año).<sup>(5)</sup>

El adenocarcinoma ha experimentado en los últimos años un incremento en los países occidentales como Estados Unidos y México, principalmente a expensas del esófago de Barret.<sup>(6)</sup> Mientras que el primero de ellos se distribuye de forma similar en los distintos segmentos del esófago, el segundo asienta en el esófago distal en tres cuartas partes de los casos. Otras estirpes tumorales, como el linfoma, el carcinoma de células fusiformes, los tumores neuroendocrinos y los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son muy poco frecuentes.<sup>(7)</sup>

Respecto a la etiología del cáncer de esófago<sup>(7,8)</sup>, reconocen a escala mundial que entre los principales factores de riesgo relacionados con su aparición se encuentran: la edad por encima de 50 años, el sexo masculino, las dietas inadecuadas, el consumo de alcohol y el hábito de fumar. También, otros autores se refieren a la trascendencia de estos factores y plantean que tanto el alcohol como el cigarro son los mayores factores etiológicos del carcinoma esofágico y, que cuando se combinan, tienden a incrementar el riesgo desde 25 a 100 veces más.<sup>(4)</sup>

Otros factores de riesgo que predisponen al desarrollo de esta neoplasia son: obesidad, tilosis o queratodermia palmoplantar, síndrome de Plummer-Vinson, esofagitis por cáusticos, acalasia esofágica, infección por virus del papiloma humano, enfermedad celiaca, tumores de cabeza y cuello y el esófago de Barret, este último supone un riesgo de evolución a adenocarcinoma de 30 a 125 veces y es el resultado de una enfermedad por reflujo gastroesofágico de larga data que da lugar a una esofagitis por reflujo y, luego, a la sustitución del epitelio escamoso del esófago distal por un epitelio de tipo columnar (Barret).<sup>(4,9)</sup>

Desde el punto de vista clínico el síntoma principal lo constituye la disfagia y, aunque es el síntoma inicial, cuando aparece, la enfermedad suele estar muy avanzada. Suele ser constante y progresiva, primero a alimentos sólidos y posteriormente a los líquidos, acompañada de sialorrea, astenia, anorexia y pérdida de peso relacionada con la estenosis esofágica. Pueden aparecer otras manifestaciones clínicas como: odinofagia, que indica ulceración del tumor, dolor torácico, anemia y manifestaciones de sangrado activo



como melena y hematemesis, hipo por afectación diafragmática, voz bitonal por afectación del laríngeo recurrente, tos por invasión del árbol traqueobronquial, neumonía aspirativa por fístulas esofagorrespiratorias y adenopatías cervicales, supraclaviculares o axilares.<sup>(2,10,11)</sup>

Dado el mal pronóstico que presenta esta neoplasia, lo ideal sería realizar un diagnóstico precoz de la misma, pero esto resulta difícil. La aplicación de nuevas técnicas endoscópicas que incluyen la cromoendoscopia con solución del lugol, imágenes de banda estrecha (NBI), magnificación endoscópica, entre otras, asociadas a citología exfoliativa permiten la detección de estas lesiones en un estadio inicial, con tasas de supervivencia de 5 años en el 95 % de los casos. Sin embargo, dado su elevado coste, solo es aplicable a los pacientes con lesiones precancerosas o a toda la población en las áreas geográficas hiperendémicas.<sup>(12,13)</sup>

Teniendo en cuenta que en Timor Leste no existen antecedentes de estudios anteriores sobre la incidencia y características del cáncer de esófago, se realiza esta investigación que permite reportar la experiencia en el diagnóstico de la neoplasia maligna de esófago en pacientes atendidos en la Unidad de Endoscopia del servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional "Guido Valadares", en el periodo comprendido de junio de 2016 a mayo de 2021 y, de esta forma, aportar información para medidas de prevención y tratamiento oportuno de esta enfermedad.

## MÉTODO

Se realizó un estudio observacional-descriptivo y retrospectivo en pacientes atendidos en la Unidad de Endoscopia del servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional "Guido Valadares", de la ciudad de Dili, Timor Oriental, en el periodo comprendido de junio de 2016 a mayo de 2021.

El universo estuvo constituido por 106 pacientes con diagnóstico endoscópico e histológico de cáncer de esófago atendidos en dicha unidad asistencial. Los pacientes fueron remitidos desde la consulta externa de Gastroenterología y las salas de Medicina Interna y Cirugía. Se admitieron pacientes de todos los distritos del país.

Para la recogida de la información se revisaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de esófago localizadas en el archivo del Hospital Nacional "Guido Valadares". Con la información obtenida se confeccionó una planilla de recolección de datos que tuvo en cuenta las siguientes variables estudiadas: grupo etario, sexo y otros factores de riesgo como: (consumo de alcohol, hábito de fumar, enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), antecedentes patológicos familiares (APF) de neoplasias), manifestaciones clínicas, comienzo de los síntomas, localización, tipo endoscópico y tipo histológico. Las variables objeto de estudio se registraron en una tabla de Excel del paquete Office 2003 de sistema operativo Windows.

Se utilizaron definiciones y clasificaciones endoscópicas e histológicas internacionales en la distribución de las variables.<sup>(5)</sup> Los resultados fueron expuestos en número y porcentajes, y se resumieron en tablas y gráficos estadísticos para su mejor interpretación.



Se pidió autorización al departamento de Medicina Interna y a la dirección del hospital para realizar este estudio. Se realizó de acuerdo con los cuatro principios de la Bioética Médica: el respeto a la persona (autonomía y consentimiento informado), la beneficencia, la no maleficencia y justicia. También estuvo guiada por declaraciones de principios internacionales, como fueron el código de Nuremberg y la Declaración de Helsinki.<sup>(14)</sup>

Los datos obtenidos durante la investigación fueron confidenciales, no exponiéndose en ningún momento la identidad de los participantes, y utilizados solo por el personal de salud que llevó a cabo el trabajo. A los pacientes incluidos al estudio se les solicitó su consentimiento escrito para la endoscopia digestiva superior, luego de haber sido instruidos debidamente acerca de las características del proceder endoscópico, objetivos, beneficios y riesgos posibles, e informados sobre su derecho a participar o no y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerlos a limitaciones para su atención u otro tipo de represalia. Esta acta de consentimiento se hizo vigente con la firma autorizada del paciente, la firma del médico que realizó el proceder y un testigo que en este caso correspondió a la enfermera endoscopista.

Se respetó la integridad de los pacientes dentro de la investigación, asegurando la confidencialidad de toda la información personal recogida durante la misma. Ningún investigador participante en el estudio utilizó formas coercitivas o influyó sobre el paciente para obtener su participación en la investigación. El investigador obtuvo el consentimiento oral del paciente después de asegurarse que entendió toda la información ofrecida. El lenguaje que se utilizó durante el interrogatorio médico no fue técnico, sino práctico y comprensible por el paciente, en la mayoría de los casos a través del dialecto local *tetun*.

## RESULTADOS

En los 106 pacientes estudiados predominó el sexo masculino con 58 casos representando el 54,7 % del total. La mayoría tenía 60 y más años de vida, con 69 personas para un 65,1 % (Tabla 1). El paciente más joven tenía 39 años y el más longevo 81, para un promedio de edad de 64,5 años.

**Tabla 1.** Pacientes con cáncer esofágico según edad y sexo

Grupo etario	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Menos de 40	-	-	2	1,9	2	1,9
40 - 59	18	17,0	17	16,0	35	33,0
60 y más	40	37,7	29	27,3	69	65,1
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>54,7</b>	<b>48</b>	<b>45,3</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>

Los factores de riesgo más frecuentes en estos pacientes (Tabla 2) fueron el hábito de fumar y el consumo de alcohol con 68 y 51 personas, para un 64,2 % y 57,5 %, respectivamente; la mayoría del sexo masculino.



**Tabla 2.** Pacientes con cáncer esofágico según factores de riesgo

Factores de riesgo	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Consumo de alcohol	58	54,7	3	2,8	61	57,5
Hábito de fumar	58	54,7	10	9,4	68	64,2
ERGE	3	2,8	5	4,7	8	7,5
APF de neoplasias	-	-	4	3,8	4	3,8

ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico, APF: antecedentes patológicos familiares.

Entre las manifestaciones clínicas más comunes en estos pacientes (Tabla 3), la disfagia ocupó el primer lugar en el momento del diagnóstico con 104 pacientes para un 98,1 %, seguida en orden de frecuencia de la odinofagia que se presentó en 79 personas para un 74,5 %. El sangrado digestivo alto, los síntomas respiratorios y otras manifestaciones como epigastralgia, pirosis y regurgitaciones no fueron frecuentes.

**Tabla 3.** Pacientes con cáncer esofágico según manifestaciones clínicas al ingreso

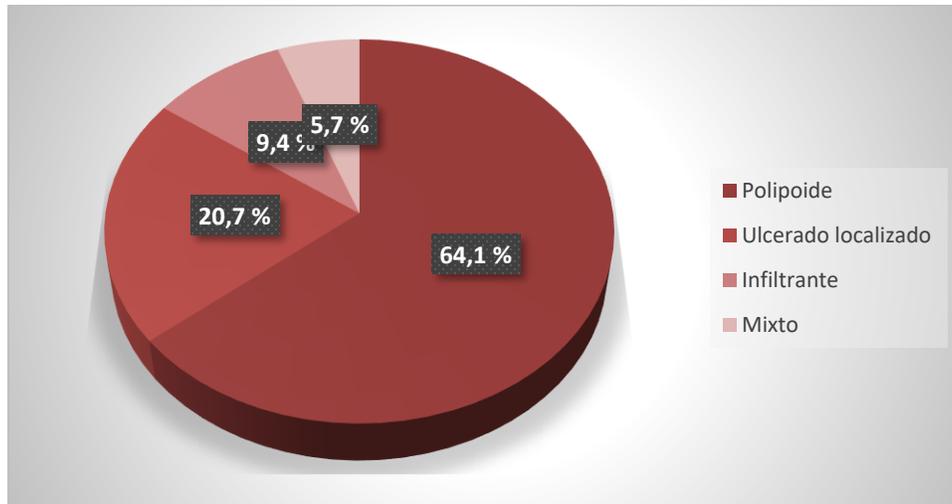
Manifestaciones clínicas	No.	%
Disfagia	104	98,1
Odinofagia	79	74,5
Anorexia	65	61,3
Pérdida de peso	65	61,3
Astenia	30	28,3
Sangrado digestivo alto	15	14,1
Síntomas respiratorios	7	6,6
Otras	5	4,7

En la Tabla 4, se muestra que, de los 106 pacientes estudiados, 96, tenían carcinoma epidermoide para un 90,6 %. El adenocarcinoma fue representando por 10 pacientes para un 9,43 % del total. La localización más frecuente del tumor esofágico fue el tercio medio con 48 casos para un 45,3 %. No hubo ningún caso de adenocarcinoma en tercio superior y medio.

**Tabla 4.** Pacientes con cáncer esofágico según tipo histológico y localización del tumor diagnosticado

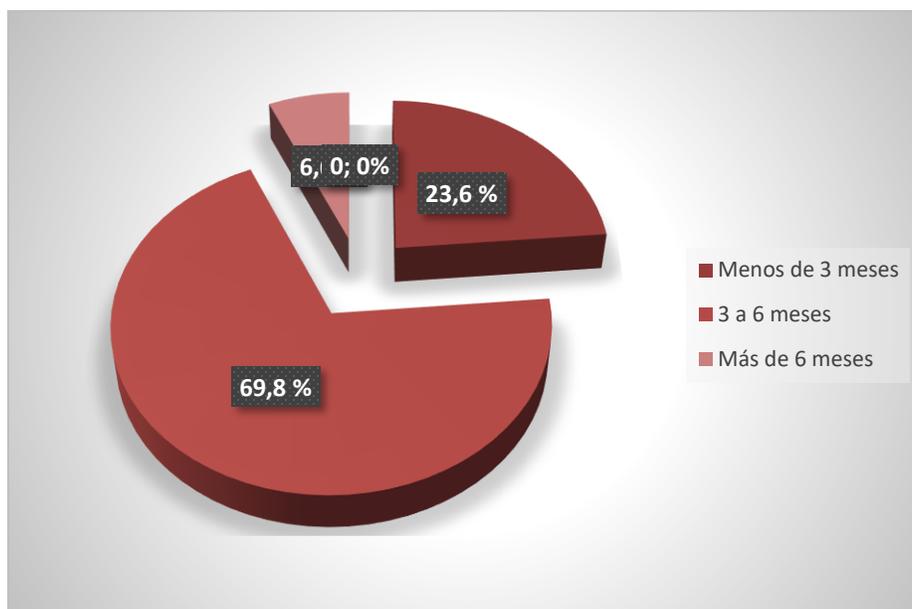
Localización	Tipo histológico				Total	
	Epidermoide		Adenocarcinoma		No.	%
	No.	%	No.	%		
Tercio Superior	23	21,7	-	-	23	21,7
Tercio Medio	48	45,3	-	-	48	45,3
Tercio Inferior	25	23,6	10	9,4	35	33,0
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>90,6</b>	<b>10</b>	<b>9,4</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>

Teniendo en cuenta el aspecto macroscópico o tipo endoscópico de lesión, se constató un franco predominio del tumor polipoide o vegetante en 68 pacientes para un 64,1 %. No hubo tumor inclasificable en el estudio realizado (Gráfico 1).



**Gráfico 1.** Pacientes con cáncer esofágico según tipo endoscópico del tumor diagnosticado.

Según el tiempo de comienzo de los síntomas (Gráfico 2) la mayoría de los casos fueron diagnosticados en estadios intermedios de la enfermedad, entre 3 y 6 meses del comienzo de las manifestaciones clínicas, con 74 pacientes para un 69,8 %.



**Gráfico 2.** Pacientes con cáncer esofágico según tiempo de comienzo de los síntomas al diagnóstico.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta investigación coinciden con los expuestos en la mayoría de las bibliografías consultadas, donde se señala que el cáncer de esófago es más frecuente en hombres, lo cual parece depender de una mayor exposición del sexo masculino a los factores de riesgo para esta enfermedad.<sup>(3,15,16,17)</sup>

Un estudio de cohorte de cinco años realizado en el 2017 en China por Rui Pan, *et al*<sup>(18)</sup>, sobre incidencia y mortalidad del cáncer en dicha nación, destaca a la neoplasia maligna de esófago como la segunda más frecuente en áreas rurales, siendo el sexo masculino el predominante, lo cual concuerda con nuestro trabajo desarrollado en el mismo continente.

Sin embargo, en nuestra serie, al realizar un análisis del sexo desde el punto de vista cuantitativo, a pesar del predominio del sexo masculino, la relación hombre/mujer (1,2 a 1) no coincide con la mayoría de las investigaciones, en las cuales existe una diferencia notable entre ambos sexos.<sup>(15-18,19,20)</sup>

Rubenstein<sup>(21)</sup> en un estudio realizado sobre la epidemiología del cáncer de esófago plantea que esta relación no siempre se comporta así, pues se estrecha en zonas de alta incidencia. En Timor Oriental no existen estudios epidemiológicos anteriores sobre esta enfermedad, de ahí, que se considera este resultado en relación al sexo como una motivación para investigaciones posteriores, pues pudiéramos estar frente a una nación con una alta incidencia como ocurre en otros países del continente asiático como China, Japón, India e Irán.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la incidencia del cáncer aumenta con la edad, por lo cual el envejecimiento es un factor fundamental en su aparición y desarrollo, ya que implica una exposición acumulada a factores de riesgo para determinados tipos de cáncer, además, los mecanismos de reparación celular, que impiden el crecimiento anormal de células, pierden eficacia con la edad.<sup>(19)</sup> En nuestro estudio la mayoría de los pacientes superan los 60 años, lo cual concuerda con lo expuesto en la literatura revisada<sup>(2,3,15,16)</sup>, donde el rango de edad para el desarrollo de esta neoplasia oscila entre 50 y 70 años, principalmente en las naciones de alta incidencia como Estados Unidos y Perú.<sup>(19,20)</sup>

La probabilidad de padecer cáncer de esófago es baja por debajo de los 40 años, lo que coincide con esta investigación y un estudio realizado por Cora Estupiñán<sup>(16)</sup> en Cuba, en los cuales no se presentaron casos con edades inferiores. A pesar de que el grueso de los trabajos sobre el tema exponen que los pacientes más afectados por esta afección son los que arriban a la tercera edad, existen estudios como el realizado por Vanterpool, *et al*, en Botsuana<sup>(15)</sup>, donde hubo porcentaje significativo de casos entre 40 y 60 años, de ahí, que la quinta década de la vida debe considerarse en el rango de edad para el desarrollo de esta neoplasia maligna.

El estilo de vida de las personas constituye un pilar importante en la salud de las mismas, por lo que factores externos modificables como una alimentación inadecuada y los hábitos tóxicos pueden influir de manera negativa ocasionando enfermedades que reducen la calidad de vida y producen la muerte. En cuanto a los factores de riesgo, los resultados obtenidos son similares a los expuestos por la mayoría de los trabajos publicados, entre ellos, el estudio realizado en México por Gómez Urrutia<sup>(5)</sup> sobre



epidemiología del cáncer de esófago, en el cual el consumo de alcohol y el tabaquismo fueron identificados en más del 50 % de la población estudiada, con un 68,1 % y 64,9 %, respectivamente; otro autor con un resultado semejante fue Cora Estupinán<sup>(16)</sup>, con un 86,4 % de personas consumidoras de bebidas alcohólicas y 67,7 % de fumadores.

Numerosos estudios de autores extranjeros reconocen a escala mundial que entre los principales factores de riesgo relacionados con la aparición del cáncer de esófago figuran la edad por encima de 50 años, sexo masculino, así como consumo de cigarro y alcohol, estos son los mayores factores etiológicos del carcinoma esofágico, que cuando se combinan tienden a incrementar el riesgo desde 25 a 100 veces más.<sup>(17,22)</sup>

La disfagia de aparición lenta y progresiva, al inicio a los alimentos sólidos y posteriormente a los líquidos, constituye la manifestación clínica más frecuente por la que acuden los pacientes con neoplasia maligna de esófago a las instituciones de salud. Los resultados obtenidos en nuestra serie son similares a los expuestos en la literatura, donde la disfagia fue el síntoma más común.

Según Cintra, *et al*,<sup>(22)</sup> la odinofagia se presenta alrededor del 50 % de los pacientes y en nuestra investigación ocupó el segundo lugar con más de la mitad de los casos. Nazario<sup>(17)</sup> coincidió con la disfagia como síntoma principal (76,6 %), aunque el dolor torácico siguió en orden de frecuencia. Por otro lado, Montiel Roa<sup>(3)</sup>, en su estudio sobre prevalencia del cáncer de esófago y su tratamiento quirúrgico en un hospital de alta complejidad de Paraguay, reportó a la disfagia en el 89,2 % y la hemorragia digestiva alta, aunque fue la segunda manifestación clínica más común se presentó en un número bajo de personas con esta afección (8,1 %).

La localización de los tumores malignos de esófago guarda estrecha relación con su variedad histológica y los factores de riesgo presentes para el desarrollo de los mismos. La mayor incidencia del carcinoma epidermoide y su ubicación en el tercio medio esofágico de nuestro trabajo, concuerdan con los resultados de investigaciones realizadas por varios autores en diferentes regiones del planeta, entre ellos: Vanterpool<sup>(15)</sup> en Botsuana, Cora Estupinán<sup>(16)</sup> en Cuba, Navas Silva<sup>(23)</sup> en Ecuador y Lin<sup>(24)</sup> en China. Sin embargo, Hernández<sup>(2)</sup> y Roca<sup>(11)</sup>, difieren en cuanto a la localización, pues la proximidad anatómica a la región gástrica (tercio inferior del esófago) fue la más frecuente, siendo el carcinoma de células escamosas el más común, según expone en su obra científica el segundo autor.

Aunque el adenocarcinoma es cada vez más frecuente en países del hemisferio occidental, por la elevada incidencia cada vez más creciente de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y el esófago de Barret<sup>(25)</sup>, varios estudios afirman que aún sigue siendo el carcinoma epidermoide el de mayor frecuencia en la población mundial.<sup>(5,12,16,23)</sup>

La localización, así como el aspecto macroscópico de la lesión tumoral juegan un papel importante en la sintomatología de las neoplasias del tubo digestivo. El cáncer de esófago polipoide o vegetante se relaciona con el desarrollo de disfagia mecánica progresiva, tal como ocurre en este trabajo, donde predominó esta forma endoscópica.



Este resultado coincide con los expuestos en estudios de caracterización clínico-patológica desarrollados en pacientes con tumor maligno esofágico avanzado, en los cuales la forma vegetante fue identificada en más del 50 % de los pacientes al realizar el diagnóstico endoscópico.<sup>(13,16)</sup> Sin embargo, Navas Silva<sup>(23)</sup> en su estudio multicéntrico realizado en el año 2016 en Ecuador encontró un predominio significativo de la forma ulcerada localizada sobre la vegetante. Recientes investigaciones plantean la posibilidad de la ulceración y necrosis de lesiones vegetantes, que pueden llegar a tener una apariencia ulcerada durante el proceder endoscópico.

En esta investigación predominó el diagnóstico del cáncer de esófago entre 3 y 6 meses de iniciado los síntomas, lo cual se produjo por la sospecha de la enfermedad por los médicos de atención primaria de los diferentes distritos del país, quienes remitieron a los pacientes para su manejo en el nivel secundario. Ávalos García<sup>(13)</sup>, en su serie realizada en Cuba expuso datos similares, con un 68,6 % de pacientes diagnosticados en ese periodo de tiempo. Gómez Urrutia<sup>(5)</sup>, en su trabajo desarrollado en México, obtuvo un resultado diferente, pues el tiempo transcurrido entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico fue más prolongado, ya que solamente el 9,5 % de los pacientes acudió antes de los 6 meses, mientras que el 90,5 % lo hizo tardíamente, oscilando entre 7 y 25 meses.

## CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes con cáncer de esófago al momento del diagnóstico presenta una enfermedad localmente avanzada, irreseccable o metastásica y solo son elegibles para medidas paliativas. El hecho de que factores de riesgo como el tabaquismo y el alcoholismo influyan notablemente en su aparición permite un adecuado enfoque diagnóstico de esta enfermedad, así como el desarrollo de acciones de salud preventivas sobre los principales factores de riesgo identificados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sleisenger MH, Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: Pathophysiology, diagnosis, management. 9ed. Philadelphia, PA: Saunders, Elsevier; 2013.
2. Hernández Cortés K, Medina García C, Hernández Cortés N. Caracterización clínica, epidemiológica y anatómica del cáncer de esófago. Rev Cubana Med Gen Int [Internet]. 2020 [citado 25 Ene 2022]; 36(4):e1265. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1265/382>
3. Montiel Roa AJ, Dragotto Galván A, Mereles LM, Mora Garbini SD, Rojas Franco BM, Balmaceda Rodríguez BB. Prevalencia del cáncer de esófago y su tratamiento quirúrgico en un hospital de alta complejidad durante el periodo enero 2016 – diciembre 2018. Cir. Parag [Internet]. 2020 [citado 26 Ene 2022]; 44(1):12-15. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/sopaci/v44n1/2307-0420-sopaci-44-01-12.pdf>
4. Carballosa Espinosa L, Cintra Brooks ST, Odio Santell F, Moró Vela R, Robinson Jay J. Cáncer de esófago. Estudio de 20 años en casos intervenidos con lesiones reseccables. Rev Inf Cient [Internet]. 2018 [citado 20 Abr 2021];



- 58(2):[aproximadamente 10 p.]. Disponible en:  
<http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3524>
5. Gomez Urrutia JM, Manrique MA, Chávez-García MÁ, Cerna-Cardona J, Pérez-Corona T, Hernández-Velázquez NN, *et al.* Epidemiología del cáncer de esófago en el Hospital Juárez de México. *Endoscopia* [Internet]. 2017 [citado 26 Ene 2022]; 29(1):11-15. Disponible en:  
<http://revista.amegendoscopia.org.mx/index.php/endos/article/view/48/55>
  6. Herrera Elizondo JL, Monreal Robles R, *et al.* Prevalencia de esófago de Barrett: estudio observacional en una clínica de gastroenterología. *Rev Gastroenterol Méx.* 2017; 82(4): 296-300.
  7. Encinas de la Iglesia J, Corral de la Calle MA, Fernández Pérez GC, Ruano Pérez R, Álvarez Delgado A. Cáncer de esófago: particularidades anatómicas, estadificación, y técnicas de imagen. *Radiología* [Internet]. 2016 Sep-Oct [citado 20 Abr 2021]; 58(5):352-365. Disponible en:  
<https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-pdf-S0033833816300741>
  8. SEOM. Las cifras del cáncer en España. *seom.org*. España: SEOM; 2019 [citado 20 Abr 2021]. Disponible en:  
<https://seom.org/dmccancer/wpcontent/uploads/2019/Informe-SEOM-cifras-cancer2019.pdf>
  9. Valdovinos Andraca F, Bernal Méndez AR. Esófago de Barrett: experiencia de 10 años en un centro de tercer nivel en México. *Rev Gastroenterol Méx.* 2018; 83(1):25-30.
  10. Braghetto MI, Figueroa GM, Sanhueza PB, Valladares HH, Cardemil HG, Cortes LS, *et al.* Evolución y pronóstico oncológico de fistulas anastomóticas esofágicas en el tratamiento del cáncer de esófago. Estudio comparativo según vía de ascenso de tubo gástrico. *Rev Chil Circ* [Internet]. 2018 [citado 22 Ene 2022]; 70(1):19-26. DOI:  
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262018000100019>
  11. Roca Goderich R. *Temas de Medicina Interna*. 5ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017.
  12. Arantes V, Espinoza-Rios J. Manejo del carcinoma de células escamosas de esófago precoces a través de la disección endoscópica submucosa. *Rev Gastroenterol Méx.* 2018; 83(3):259-267.
  13. Avalos García R, Caballero Boza C, Umpierrez García I. Caracterización clínico-patológica de pacientes con cáncer de esófago en el Hospital Mario Muñoz Monroy, Matanzas. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2015 [citado 25 Ene 2022]; 37(4):345-355. Disponible en:  
<http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v37n4/rme050415.pdf>
  14. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. France: AMM; 2017 Mar [citado 20 Abr 2021]. Disponible en:  
<https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-laamm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
  15. Vanterpool Héctor M, Sid-Motumise K, Acosta Hernández Y, Avalos García R, Corrales Alonso S. Caracterización clínico-patológica de pacientes con cáncer esofágico avanzado en el Hospital Princess Marina, Botsuana. *Rev Inf Cient* [Internet]. 2021 [citado 25 Ene 2022]; 100(4):e3524. Disponible en:  
<http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v100n4/1028-9933-ric-100-04-e3524.pdf>
  16. Cora Estopiñán S, Avalos García R, Valle Llufrío PDel, Vanterpool HM, Ramos Díaz D. Caracterización clínico-patológica del cáncer esofágico avanzado en el Hospital Universitario Comandante Faustino Pérez. Matanzas. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2019



- [citado 25 Ene 2022]; 41(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_artext&pid=S1684-18242019000200382](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_artext&pid=S1684-18242019000200382)
17. Nazario Dolz AM, Falcón Vilariño CG, Matos Tamayo ME, Lambert HO, Romero García LI. "Caracterización de pacientes con cáncer de esófago en el bienio 2013-2014. MEDISAN [Internet]. 2016 [citado 20 Abr 2021]; 20(2):146-156. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445187003>
18. Rui P, Meng Z, Canqing Y, Jun L, Yu G, Zheng B, et al. Cancer incidence and mortality: A cohort study in China, 2008-2013. Int J Cancer [Internet]. 2017 Oct [citado 20 Abr 2021]; 141(7):1315-1323. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijc.30825>
19. OMS. Cáncer. www.who.int. Ginebra, Suiza: OMS; 2017 [citado 20 Abr 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es>
20. OPS. Cáncer. www2.paho.org. Washington: PAHO; 2017 [citado 20 Abr 2021]. Disponible en: [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=292&Itemid=3904&lang=es](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=292&Itemid=3904&lang=es)
21. Rubenstein JH. Epidemiology, diagnosis, and management of esophageal adenocarcinoma. Gastroenterology [Internet]. 2015 Aug [citado 22 Ene 2022]; 149(2):302-317. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2015.04.053>
22. Cintra Brooks ST, Cintra Pérez A, Cintra Pérez S. Cáncer de esófago. Revisión actualizada. Rev Inf Cient [Internet]. 2016 [citado 30 Nov 2021]; 95(4):635-46. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/97>
23. Navas Silva DJ. Comportamiento clínico-epidemiológico del cáncer de esófago en el hospital provincial docente Ambato período junio-noviembre del año 2016. [Tesis Médicos Cirujanos]. Ambato, Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2017 Jul [citado 20 Abr 2021]. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/6318/1/PIUAMED0542017.pdf>
24. Lin J, Kligerman S, Choung MD. State of the art molecular imaging in esophageal cancer management: implications for diagnosis, prognosis and treatment. J Gastrointest Oncol. 2015; 6(2015):3-19.
25. Hidalgo M, Fleites G, Fernández Z, Solís S, Borges R. Caracterización del cáncer de esófago en pacientes operados. Hospital "Dr. Carlos J. Finlay". Rev Hab Cienc Méd [Internet]. 2014 [citado 25 Mar 2021]; 13(1). Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/50>

**Declaración de conflictos de intereses:**

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

**Contribución de los autores:**

YAH: realizó la conceptualización, investigación, metodología, supervisión, validación, visualización, redacción de borrador original y redacción, revisión y edición.

MVH: hizo la curación de datos, análisis formal, administración del proyecto y metodología.

ASM: participó en la validación y los recursos.

Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final.

**Financiación:**

No se recibió financiación para el desarrollo del presente artículo.

