

Caracterización de pacientes con cáncer de esófago en el bienio 2013-2014

Characterization of patients with esophagus cancer in the biennium 2013-2014

Dra. Ana María Nazario Dolz, Dr. Carlos Gilberto Falcón Vilariño, Dr. Modesto Elmer Matos Tamayo, Dr. Hernán Oliú Lambert y Dr. Lázaro Ibrahím Romero García

Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el cáncer de esófago es uno de los más "agresivos" y de menor supervivencia a escala mundial; en Cuba es de 3,9 por cada 100 000 habitantes.

Objetivo: caracterizar a los pacientes con ese diagnóstico, según variables seleccionadas.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo y transversal de 51 pacientes ingresados con neoplasia de esófago en el Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, desde enero de 2013 hasta diciembre de 2014.

Resultados: predominaron los afectados de 60-69 años (39,1 %), el sexo masculino (84,3 %), los que refirieron dificultad para tragar (76,6 %) y el carcinoma epidermoide como forma histológica (76,5 %). Durante su estadía en la institución fallecieron 19,6 % de los pacientes. La disfagia se presentó en estadios muy avanzados de la enfermedad.

Conclusiones: a pesar de la importancia y vigilancia de los factores de riesgo del cáncer de esófago en Cuba, aún se diagnostica en etapas avanzadas cuando las posibilidades terapéuticas son muy reducidas y poco eficaces.

Palabras clave: cáncer de esófago, carcinoma, neoplasia, disfagia, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

Introduction: the esophagus cancer is one of the "most aggressive" and of less survival worldwide; in Cuba it is 3.9 out of 100 000 inhabitants.

Objective: to characterize the patients with that diagnosis, according to selected variables.

Methods: a descriptive and cross-sectional study of 51 patients admitted with esophagus neoplasm in "Saturnino Lora Torres" Teaching Clinical Surgical Provincial Hospital in Santiago de Cuba, was carried out from January, 2013 to December, 2014.

Results: the age group 60-69 (39.1%), the male sex (84.3%), those referring difficulty to swallow (76.6%) and the epidermoid carcinoma as histologic type (76.5%), prevailed. During their stay in the institution, 19.6% of the patients died. The dysphagia was presented in very advanced stages of the disease.

Conclusions: in spite of the importance and surveillance of the esophagus cancer risk factors in Cuba, it is still diagnosed in advanced stages when the therapeutic possibilities are very reduced and not very effective.

Key words: esophagus cancer, carcinoma, neoplasm, dysphagia, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

Generalmente, el cáncer es un término designado para referirse a las enfermedades oncoproliferativas, que pueden llegar a ser malignas o no y afectar cualquier parte del organismo. Esta afección constituye la primera causa de muerte en el mundo. Entre los distintos tipos de neoplasias, la de esófago es una de las más "agresivas" y de menor supervivencia, pues en 5 años llega a ser de solo 15 %. Se ha señalado que el tiempo de vida de cada paciente globalmente se encuentra entre 5 y 7 meses.¹⁻⁴

El cáncer de esófago comienza en el revestimiento interior de esta parte del sistema digestivo (la mucosa) y se disemina hacia afuera a través de las otras capas (muscular y adventicia) a medida que crece. Según el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, las 2 formas más comunes de esta neoplasia se denominan de acuerdo con el tipo de células malignas:⁵

- Carcinoma de células escamosas: se forma en las células escamosas, delgadas y planas que revisten el esófago. Este tipo de cáncer se encuentra con mayor frecuencia en la parte superior y media del esófago, pero se puede presentar en cualquier lugar de este. También se denomina carcinoma epidermoide.
- Adenocarcinoma: comienza en las células glandulares (secretoras). Habitualmente se forma en la parte inferior del esófago, cerca del estómago, o en la unión esofagogástrica.

Desde hace varias décadas se habla sobre el cáncer de esófago en la bibliografía médica. Resano *et al*,⁶ en un artículo publicado en 1950 refieren que Chevalier Jackson en 1886 diagnostica por esofagoscopia el primer tumor de esófago, mientras que Nasiloff en 1888, describe la técnica para la esofagectomía torácica basada en operaciones cadavéricas. Esto demuestra que desde fechas tempranas existía una preocupación en la comunidad científica por el estudio de la entidad y la implementación de técnicas para su tratamiento, pues desde entonces la incidencia y mortalidad eran elevadas.

Actualmente, esta incidencia se ha incrementado a escala mundial. Es la cuarta causa de muerte en el Reino Unido; en Holanda en 1990 se diagnosticaron algo más de 807 pacientes con esta enfermedad y para el 2005 el número se incrementó a 1 546. En África, la mayor ocurrencia se observa en la parte oriental y en el sur; en España, aunque no existe un registro fiel, continúa siendo una neoplasia poco frecuente.³

Asimismo, en Sudamérica la tasa de incidencia general es baja, se estima en 7,1 por cada 100 000 habitantes en varones y 2 por cada 100 000 habitantes en mujeres; Colombia, Chile, Argentina y Uruguay, son considerados los países con mayor riesgo.³ En Perú la tasa de incidencia estandarizada por edad para el género masculino varía

entre 1,4 - 2,5 casos por cada 100 000 habitantes; es por ello que se sitúa entre las áreas de bajo riesgo.⁷ Según el Instituto Nacional del Cáncer, durante el 2015 en los Estados Unidos se han presentado 16 980 casos nuevos y fallecieron 15 590 por esta afección.⁵

En Cuba, se diagnostican unos 440 casos nuevos por año y la incidencia es de 3,9 por cada 100 000 habitantes.⁸ En el 2013 fallecieron 758 personas por esta causa, 17 más que en el 2012, y fue para el sexo masculino la quinta causa de muerte dentro de los tumores malignos; mientras que en las mujeres ocupó el lugar 16.⁹

De igual manera, varios estudios de autores extranjeros^{5,10} reconocen a escala mundial, que entre los principales factores de riesgo relacionados con la aparición del cáncer de esófago figuran: edad por encima de 50 años, sexo masculino, así como consumo de cigarro y alcohol. También autores cubanos 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, que cuando se combinan tienden a incrementar el riesgo desde 25 a 100 veces más.¹¹

Investigaciones recientes han hallado nuevos factores predisponentes para las neoplasias esofágicas. Una de ellas refiere que entidades, tales como acalasia, estenosis esofágica y gastrectomía previa pueden conllevar al desarrollo de la enfermedad.¹² Mientras que en otras se han referido factores genéticos, como los mencionados en la Revista de la Asociación Médica Americana, donde para llevar a cabo el estudio los investigadores ubicaron 3 genes importantes (MSR1, ASCC1 y CTHRC1) asociados al cáncer de esófago y al esófago de Barrett. De los 116 pacientes analizados, en 13 de ellos se hallaron mutaciones de esos 3 genes.¹³

De igual modo, se han mencionado otros factores predisponentes para la aparición de las neoplasias esofágicas, entre los cuales figuran: un fármaco contra la osteoporosis que se administra regularmente en el Reino Unido, el cual podría duplicar el riesgo de desarrollar cáncer de esófago en más de un millón de personas;¹⁴ también el papel de la interleucina 1b,¹⁵ así como el virus del papiloma humano (VPH) que, según investigación efectuada en Camagüey, la relación entre ese virus y el carcinoma de células escamosas de esófago se sospecha desde los informes iniciales de Syrjanen *et al*, en 1982. Al respecto, en un estudio correspondiente al año 2002, se notificó positividad al VPH en 22,9 % de los 11 485 casos de carcinomas escamocelulares analizados por hibridación *in situ* y en 15,2 % de los 2 020 pacientes con carcinomas de células escamosas analizados por reacción en cadena de la polimerasa.¹⁶

Otras investigaciones ofrecen especial importancia a la esofagitis de reflujo que conduce a un esófago de Barrett. Esta es una afección en la cual las células que revisten la parte inferior del esófago cambian o son remplazadas por células anormales, que pueden conducir a un cáncer de esta parte del sistema digestivo. Ahora bien, el reflujo gástrico puede irritar el esófago y, en el decursar del tiempo causar esófago de Barrett.⁵

Estos pacientes en su generalidad se diagnostican de manera tardía, debido a que cuando aparece su síntoma cardinal (la disfagia) se encuentran en estadios avanzados. Es por esto que un elevado porcentaje de afectados no permiten una resección curativa, hecho que obliga a utilizar algún método paliativo que alivie la disfagia y conserve la nutrición como la yeyunostomía o gastrostomía.³

Según Arantes *et al*,² el gran desafío en Latinoamérica y en los países occidentales consiste en establecer el diagnóstico de cáncer de esófago en una etapa temprana, cuando los pacientes son asintomáticos y los cambios macroscópicos de difícil reconocimiento. El mejor método para su detección es la endoscopia, especialmente si se combina con las técnicas de cromoscopia. El empleo de este método en la población en general para el tamizaje de la citada enfermedad no está justificado por los costos del procedimiento, pero en una población de alto riesgo, un programa de tamización endoscópica puede ser costo - efectiva.

Teniendo en cuenta que la bibliografía existente sobre el cáncer de esófago no está actualizada y aún son escasas las investigaciones sobre el tema tanto en el país como en la provincia, además de la trascendencia social de esta entidad que genera serias limitaciones a los pacientes desde los puntos de vista biológico (al no poder muchos de ellos alimentarse de manera fisiológica, sino a través de sondas), social y laboral, se decidió realizar este estudio para caracterizar a los pacientes con cáncer de esófago ingresados en el Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres".

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de los pacientes con cáncer de esófago, ingresados en el Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, desde el 1ro de enero de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2014. La muestra coincidió con el universo, conformado por 51 pacientes que presentaron esta entidad nosológica.

Para la búsqueda de información se utilizaron las historias clínicas de los afectados, los registros estadísticos del hospital antes citado correspondientes a los años 2013 y 2014, así como la planilla de recolección de datos elaborada por los autores, la cual permitió obtener, recepcionar y organizar la información de las historias clínicas. Además, se establecieron las coordinaciones necesarias con los departamentos de Admisión, Archivo y Estadística de mencionado hospital.

La información obtenida fue organizada en tablas de frecuencia, se realizó el procesamiento estadístico y empleó el porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

En la casuística (tabla 1) predominaron el grupo etario de 60-69 años (39,1 %) y el sexo masculino (43 para 84,3 %).

Tabla 1. Pacientes según edad y sexo

Grupos etarios (en años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
40-49	2	3,9	7	13,7	9	17,6
50-59			10	19,6	10	19,6
60-69	2	3,9	18	35,3	20	39,1
70-79	2	3,9	5	9,8	7	13,8
80 y más	2	3,9	3	5,8	5	9,8
Total	8	15,7	43	84,3	51	100,0

Según el color de la piel, primaron los pacientes mestizos (58,8 %) seguidos de los negros (27,5 %), mientras que los blancos fueron solo 7 para 13,7%.

En cuanto a la talla de los afectados (tabla 2), el mayor número se encontró en el rango de 160-169 cm de estatura (47,1 %), seguido de los que medían 170-179 cm para 33,3 %.

Tabla 2. Pacientes según talla y sexo

Tallas (en centímetros)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
140-149	1	1,9			1	1,9
150-159	3	5,9	4	7,8	7	13,7
160-169	3	5,9	21	41,2	24	47,1
170-179	1	1,9	16	31,4	17	33,3
180 y más			2	3,9	2	3,9
Total	8	15,7	43	84,3	51	100,0

Prevalcieron los pacientes que procedían de la ciudad (64,7 %), pues solo 35,3 % eran de la zona rural.

El mayor porcentaje (76,6 %) de los afectados refirieron dificultad para tragar como motivo de ingreso, mientras que 23,4 % presentaron otros síntomas, entre los cuales figuraron: falta de aire, dolor torácico, dolor abdominal y pérdida del apetito (tabla 3).

Tabla 3. Pacientes según motivo de ingreso

Motivo de ingreso	Pacientes	
	No.	%
Dificultad para tragar	39	76,6
Falta de aire	3	5,9
Dolor torácico	2	3,9
Dolor abdominal	2	3,9
Pérdida del apetito	2	3,9
Fiebre	1	1,9
Tos	1	1,9
Vómitos	1	1,9
Total	51	100,0

Como muestra la figura, hubo un predominio de los pacientes fumadores (84,3 %). De igual forma se evidenció un elevado porcentaje en el consumo de café y bebidas alcohólicas, este último también con más de 50,0 %.

19. Thrift AP, Risch HA, Onstad L, Shaheen NJ, Casson AG, Bernstein L. Risk of esophageal adenocarcinoma decreases with height, based on consortium analysis and confirmed by Mendelian randomization. Clin Gastroenterol Hepatol. 2014; 12(10):1667-76.

Recibido: 7 de septiembre de 2015.

Aprobado: 24 de noviembre de 2015.

Ana María Nazario Dolz. Hospital Provincial Docente Clinicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: nazariod@medired.scu.sld.cu