

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA

CANCER DEL ESOFAGO

Revision de 50 casos ocurridos en el
Hospital Rosales en el periodo 1955 - 1964

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

ARTURO EMILIO AVILES

PREVIA OPCION AL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA

SEPTIEMBRE DE 1966



T
616.994
A 958C
1966
F. need.
aj. 3

48258

UES BIBLIOTECA CENTRAL



INVENTARIO: 10125553

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Rector:

Dr. Fabio Castillo

Secretario General:

Dr. Mario Flores Macal

FACULTAD DE MEDICINA

Decano:

Dr. Juan José Fernández

Secretario:

Dr. Enrique Muyschondt C.

JURADOS QUE PRÁCTICARON LOS EXAMENES
PRIVADOS DE DOCTORAMIENTO

I. CLINICA MEDICA:

Dr. Juan José Fernández h.

Dr. Donaldo Moreno Bulnes

Dr. Gustavo Oriqni

II. CLINICA QUIRURGICA:

Dr. Carlos González Bonilla

Dr. Alejandro Gamero Orellana

Dr. Guillermo Rodríguez Pacas.

III, CLINICA OBSTETRICA:

Dr. Salvador Batista Mena

Dr. Narciso Díaz Bazán

Dr. Angel Quan.

DOCTORAMIENTO PUBLICO

Dr. Carlos González Bonilla

Dr. Alejandro Gamero Orellana

Dr. Guillermo Rodríguez Pacas

DEDICATORIA

A MI MADRE

Rosa Emilia Torres

A MI PADRE

José Arturo Ávilés

A MIS MAESTROS

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS.

AGRADECIMIENTO

A LOS DOCTORES:

Carlos González Bonilla

Alejandro Gamero Orellana

Guillermo Rodríguez Pacas.

Por su valiosa colaboración en el
desarrollo de este trabajo.

CANCER DEL ESOFAGO

CANCER DEL ESOFAGO

Revisión de 50 casos ocurridos en el
Hospital Rosales en el período de 1955-1964.

- PROLOGO

- I- ANATOMIA Y FISILOGIA DEL ESOFAGO
- II - CUADRO CLINICO
- III - TRATAMIENTO
- IV - MATERIAL Y METODOS
- V - CAUISTICA
- VI - RESUMEN
- VII- CONCLUSIONES
- VIII - RECOMENDACIONES Y
- IX - BIBLIOGRAFIA

PROLOGO.

En Mayo de 1955, el Dr. José Eduardo Ortiz en su tesis doctoral, presentó el primer trabajo sobre Cáncer del Esófago - en El Salvador.

Un año más tarde el Doctor Carlos González Bonilla in forma en los archivos del Colegio Médico de El Salvador, un es tudio sobre diez pacientes por él operados. A partir de entonces no se encuentran publicaciones sobre esta enfermedad.

Considerando la enorme importancia que esta enfermedad tiene desde el punto de vista clínico y terapéutico, el avan ce de la cirugía y el perfeccionamiento de los métodos de diag- nóstico en nuestro medio, me impulsan a un nuevo estudio so- bre este tema.

Considérese este trabajo como una contribución al es- tudio del Carcinoma Esofágico en El Salvador y a la vez un reco- nocimiento a la habilidad quirúrgica del Cirujano Salvadoreño.

San Salvador, 15 de Agosto de 1966.

I.- ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL ESOFAGO.

El esófago es un tubo muscular que mide aproximadamente 25 cm. de longitud, se inicia a continuación de la faringe a nivel de la 6a. vértebra cervical y por detrás del cartilago Cricoides, luego desciende verticalmente por delante de la columna vertebral a través del mediastino superior y posterior, atraviesa el diafragma, entra al abdomen y termina en el orificio cardíaco por medio del cual se une al estómago a nivel de la 11a. ó 12a. vértebra torácica. Presenta dos constricciones, una a nivel de la 6a. vértebra cervical y la otra, en el diafragma. Además tiene dos zonas de compresión antero-posterior:-- a nivel del arco aórtico y en el cruce del bronquio principal izquierdo.

Posee cuatro capas: Adventicia, Muscular, Submucosa y Mucosa.

La capa externa o adventicia está constituida por tejido areolar y vasos sanguíneos y linfáticos. La muscular está compuesta por una capa externa de fibras longitudinales y una interna de fibras circulares.

En el tercio superior del órgano la musculatura es estriada, en el inferior, es lisa y en el tercio medio hay una mezcla de los dos.

La submucosa posee numerosas glándulas de tipo mucoso y la mucosa constituida por un epitelio plano estratificado, tiene en su lámina propia las glándulas cardíacas muy si-

RELACIONES:

A - Esófago cervical: tráquea, glándula tiroides, columna vertebral, músculos largos del cuello, arteria carótida común, nervios recurrentes, conducto torácico.

APORTE SANGUINEO: Fundamentalmente a través de arteria tiroidea inferior. Las arterias esofágicas se pueden originar de la arteria faríngea ascendente o de la arteria carótida común.

B - Esófago Torácico: Tráquea, bronquio izquierdo, pericardio, diafragma, columna vertebral, arterias intercostales derechas, conducto torácico, vena hemiazygos, arco aórtico, arteria subclavia izquierda, pleura izquierda, aorta torácica descendente, pleura derecha y vena azygos. Ambos nervio vagos.

El esófago en su porción torácica recibe irrigación de la aorta torácica, principalmente a través de los A. Bronquiales. Hay tres arterias bronquiales, dos a la izquierda y una a la derecha. También recibe sangre de las Arterias intercostales derechas en 20% de los casos,

Escepcionalmente las A. esofágicas se originan de la mamaria interna, el tronco costo-cervical y la subclavia. Estos vasos tienden a cursar longitudinalmente y se anastomosan con los vasos que riegan la porción abdominal del esófago.

En consecuencia, es aparente que el esófago torácico entre la ramificación vertebral y el arco aórtico es el que

ESOFAGO ABDOMINAL: Se relaciona con el hígado y el peritoneo en su cara anterior y lateral.

IRRIGACION: Se lleva a cabo principalmente a través de la arteria gástrica izquierda y A. frénica inferior izquierda. Ocasionalmente se origina de la hepática izquierda accesoria, esplénica y tronco celíaco.

El sistema venoso sigue paralelo al arterial. Las venas esofágicas terminan en la V. tiroidea inferior, V. azygos, v. Hemiazygos y venas gástricas, formando conexión entre el sistema portal y el sistema venoso sistémico.

INERVACION: El músculo estriado del esófago recibe inervación del nervio recurrente y la musculatura lisa recibe el vago y tronco simpático.

Las fibras craneales parasimpáticas y simpáticas forman plexos entre las dos capas musculares y en la submucosa. (Plexos de Meissner y Auerbach).

LINFATICOS: Hay un rico plexo de vasos linfáticos alrededor del esófago. Se dividen en 3 troncos principales: 1) tronco supraclaviculares. 2) tronco medio: el cual termina en los nódulos linfáticos posteromediastinales y en los nódulos linfáticos retrotraqueales. 3) El tronco inferior: el cual termina en los nódulos linfáticos del cardias y de la curvatura menor del estómago.

La función del Esófago consiste esencialmente en la conducción de los alimentos y líquidos de la faringe al estómago.

La deglución se inicia por una contracción voluntaria de los músculos faríngeos, asociados de la lengua y el piso de la boca, lo que impulsa los alimentos hacia el esófago, por vía nerviosa; hay relajación del músculo cricofaríngeo una vez el alimento entra al esófago, su progresión obedece fundamentalmente a la acción de ondas peristálticas esofágicas y a la gravedad.

Se han descrito tres tipos de contracciones esofágicas: primarias, secundarias y terciarias.

Las ondas primarias se inician con la deglución y son responsables de la progresión del bolo alimenticio, se inician a nivel de los músculos faríngeos y progresan hasta el cardias. Actúan independientemente de la gravedad.

Las ondas peristálticas secundarias se originan en la región del arco aórtico y se cree que se originan por estímulos sensoriales de las paredes. Generalmente están asociadas a trastornos fisiológicos u orgánicos del esófago inferior.

Las ondas terciarias son pequeñas indentaciones que se observan particularmente en el esófago inferior y se parecen a las contracciones segmentales del intestino. Se han visto en este tercer tipo de onda en el cardiospasma y en individuos viejos con enfermedad del esófago.

Las contracciones esofágicas están bajo el control de un mecanismo nervioso extrínscico, los impulsos motores son transmitidos a través del vago y los sensoriales, a tra-

por el núcleo dorsal (16), (1), (23).

II. - INCIDENCIA Y ETIOLOGIA.

Los tumores malignos del esófago constituyen la lesión mas importante desde el punto de vista clínico y patológico de este órgano. De todos los tumores que lo afectan, el carcinoma epidermoide escinocelular, representa el 80 a 90% de ellos (9)-(12). En 1940 hubo 2.304 muertes por carcinoma del esófago en los Estados Unidos de Norte América. (15) En 1958 se reportaron en ese país 4.500 muertes por dicha enfermedad. (20) La mortalidad por cáncer del esófago en relación con otros tipos de cáncer varía del 2 al 4% (21-22-23-7).

Infante (18) hizo una revisión de 480 autopsias por cáncer, encontrando 7 casos de carcinoma del esófago o sea el 2.5% - Sosa (30) encontró en su revisión 18 casos, (1.33%) y Astacio (3), 11 casos (0.37%). En otros países se han encontrado una incidencia mayor de esta enfermedad, en China, - excluyendo los tumores de la cavidad oral, constituye el 50% de los neoplasmas del tubo digestivo (21).

La mayoría de pacientes con carcinoma del esófago se encuentran entre la 4a. y 6a. década de la vida, presentándose a edad un poco menor en la mujer. El promedio de edad es variable, Merendino establece 63 años (23), Lang encontró 54 años. En la mayoría de los casos la enfermedad se encuentra en individuos mayores de 50 años (28,35)

Existe predominio del sexo masculino sobre el femenino en una relación (12-1) (2). Cuizes encontró una relación

Ahibom (2) reporta el 40% de cáncer del esófago en el sexo femenino. Infante (18) encontró predominio del sexo femenino en un estudio sobre 34 casos de carcinoma del esófago en el Hospital Rosales. Ortiz (25) de 24 casos analizados reporta 15 casos del sexo masculino (62.5%) y 9 casos del sexo femenino 37.5%.

FACTORES ETIOLOGICOS: su etiología es oscura y muchos son los factores que se han traído a cuenta en el desarrollo del cáncer del esófago. Se ha encontrado gran incidencia en pacientes con Acalasia (35). Rake (27) en 15 casos de Acalasia encontró 8 carcinomas del esófago, factor irritante continuo que ejercen los alimentos retenidos por arriba de la estenosis. Se ha señalado el desarrollo de carcinoma en esófagos que sufren estenosis por cáustico. Benedic (5) ha reunido 33 casos. La ingestión de alimentos sólidos e irregulares desempeñan algún papel, probablemente traumático en el origen de cáncer. Esta hipótesis tiene una base anatómica, puesto que los sitios más frecuentes de ocurrencia de la enfermedad, son aquellos que están más expuestos a traumatismo (12). 1 - a nivel de la 6a. vértebra cervical; 2 - en el cruce del bronquio principal izquierdo, a nivel de la 5a. vértebra torácica. 3 - a nivel del diafragma. Una evidencia en favor de esta teoría es que los estenosis por cáustico se producen generalmente en esos sitios.

Se ha encontrado un aumento en la incidencia del carcinoma esofágico en Rusia y Japón, países en los cuales se to-

té, etc) (39, 21, 37, 34).

El síndrome Plummer Vinson es una enfermedad que se asocia frecuentemente a carcinoma (9). En Escandinavia donde este síndrome es muy frecuente en las mujeres, hay mayor incidencia de carcinoma del esófago.

Se ha citado también el desarrollo de carcinoma a través de un divertículo esofágico (14,5). La esofagitis péptica y la hernia del hiato esofágico (19,9) también se han encontrado en raras ocasiones, asociada a carcinoma esofágico.

Por último, Tomlinson (33) encontró asociación frecuente de sífilis y carcinoma esofágico en negros de las Indias Británicas Occidentales.

PATOLOGIA: El esófago está compuesto por diferentes tejidos y cada uno de ellos, puede dar origen a un tumor maligno. La Neoplasia más frecuente es el carcinoma epidermoide. en segundo lugar se encuentra el adenocarcinoma (29,35). Otros tumores constituyen una rareza: el sarcoma puede presentarse como Rhabdomyosarcoma en los 2/3 superiores o como leiomyosarcoma. Ocasionalmente se han encontrado linfomas. El adenocarcinoma puede ser primario en un pequeño porcentaje de los casos (5-10%) (23,4) o secundario a un adenocarcinoma del estómago. Ha sido motivo de controversia la existencia de los adenocarcinomas primarios del esófago. Azzopardi (4) ha podido demostrar 7 casos, su origen primitivo en el esófago. La localización más frecuente del carcinoma epidermoides es en el tercio medio (23-30).

Torak (31) reporta igual distribución del tumor en los tres tercios del esófago, en el sexo femenino. En el masculino predominó en el tercio inferior. Terracol reporta (32) una distribución similar.

La característica histológica del carcinoma epidermoide esofágico es su gran anaplasia. Broders y Vinson (10) en 200 casos de carcinoma del esófago, el 90% de las lesiones fueron catalogadas en los grados III ó IV y ninguno de los casos fue lo suficientemente diferenciado para colocarlo en la categoría Grado I.

El carcinoma esofágico puede adoptar usualmente tres formas principales: polipoides, ulcerante y escirrosa (35). En la forma ulcerante generalmente no produce obstrucción. Estos últimos se presenta en 5 a 20% de los casos (23).

La diseminación de estos tumores es inicialmente a través de la submucosa en una extensión variable, de unos centímetros a varias pulgadas y luego se extiende a través de los ganglios linfáticos y estructuras vecinas: mediastino, tráquea y bronquios. La invasión de la tráquea puede dar origen a una fístula traqueo-esofágica. En el 60% de los casos estudiados por Boyd en 7014 casos, encontró extensión del tumor a los nódulos linfáticos vecinos.

Mc Affe (12) señala ó causas atómicas muy importantes que aceleran rápidamente el curso de la enfermedad:

1) El grosor de la pared esofágica es de 4 mm. aproximadamente.

- 2) No hay capa serosa que limite la extensión del carcinoma, una vez se ha infiltrado en la pared muscular.
- 3) En íntima proximidad del esófago están muchas estructuras vitales: grandes vasos, pericardio, tráquea y los pulmones. La penetración de estos órganos puede conducir a una rápida diseminación de la enfermedad.
- 4) La extensión directa del nervio recurrente laríngeo o la perforación en el Mediastino pueden ocurrir tempranamente.
- 5) El aporte sanguíneo es pobre en ausencia de capa serosa y este factor impide una buena cicatrización después de cirugía.
- 6) El abastecimiento linfático es libre y los vasos se distribuyen circular y longitudinalmente en todo el órgano. El carcinoma esofágico tiene gran tendencia a diseminarse a considerable distancia del sitio de origen.

SINTOMATOLOGIA:

El cáncer del esófago es una enfermedad que comienza silenciosamente y cursa en sus inicios con molestias poco específicas, no atribuibles a lesiones esofágicas. Generalmente el primer síntoma que llama la atención del enfermo y lo hace recurrir a la consulta médica, es la disfagia. En este síntoma pre

tivo esofágico y lo obliga a investigar su etiología.

Cuando el enfermo consulta por primera vez, proporciona una historia sintomática de 4 a 6 meses de duración caracterizada por el inicio de molestias vagas retrosternales, sensación de opresión y llenura, seguidos de disfagia, vómitos y regurgitaciones alimenticias, .

La disfagia es un síntoma relativamente tardío, aunque es el primer síntoma que llama la atención hacia el esófago.

Se presenta en el 90% de los casos en su primera consulta. El enfermo nota que ingiere con dificultad los alimentos sólidos y cambia voluntariamente a una dieta blanda o líquida. La disfagia puede instalarse en forma permanente o transitoria; ser inicialmente para los líquidos o para los sólidos, y en ciertos casos nunca existe, cuando se trata de carcinomas no estenosantes (1,23, 29),

La disfagia puede en ocasiones ser dolorosa (Odinofagia). Poco más del 50% de los casos se quejan de dolor que reviste características variables: puede ser como una molestia vaga o sorda, aguda o terebrante, como sensación de quemadura o de tipo anginoso. Puede estar localizada retrosternalmente, o en el tórax, espalda, cuello, cara o en región subcostal.

Una tercera parte de los enfermos presentan vómitos y regurgitaciones alimenticias que están en relación con el

de la lesión el órgano está dilatado en mayor o menor grado, lo que favorece la acumulación de saliva y mucus con subsecuentes regurgitaciones, psialorrea y aspiración de mucosidades por el árbol bronquial.

El estancamiento de sustancias alimenticias puede dar lugar a fermentaciones y producir halitosis.

El enfermo tempranamente desarrolla marcada emaciación que se debe principalmente a tres factores:

1) Vómitos alimenticios frecuentes, que le llevan a la deshidratación.

2) Ingesta alimenticia inadecuada y restringida por el enfermo con el objeto de evitar los vómitos y el dolor que ocasionalmente acompaña a la disfagia, y

3) Por los efectos propios del tumor sobre el estado general del enfermo.

La tos que a veces se presenta puede ser debida a la existencia de una fístula traqueo-esofágica condicionada por invasión del tumor a la tráquea o por una bronconeumonía. La invasión del nervio recurrente produce hemiparálisis laríngea con subsecuentes trastornos de la voz. (Ronquera, afonía, voz bitonal) la hematemesis es rara, aunque puede ser el motivo de la primera consulta del enfermo (23)

En muy raras ocasiones un carcinoma del esófago puede no dar síntomas locales y ser descubierto únicamente por sus metastasis(1).

Las complicaciones más importantes son: (1.35)

- 2) Neumonitis aspirativa.
- 3) Bronconeumonía Necrotizante
- 4) Empiema
- 5) Fístula esófago-bronquial o esófago-pulmonar y
- 6) Hemorragia de grandes vasos intratorácicos.

DIAGNOSTICO:

El síntoma más importante por el cual el enfermo consulta es la disfagia en mayor o menor grado. El médico está en la obligación ante todo caso en que ésta se presente, de establecer la causa que la produce.

CAUSAS DE DISFAGIA:

Como podemos apreciar por las múltiples causas de - disfagia, el clínico debe valerse de procedimientos diagnósticos accesorio, para esclarecer la verdadera etiología del proceso.

La disfagia (2) puede deberse a:

- 1) Alteración del mecanismo superior de la deglución.
La disfagia es debida a la interferencia en la deglución del bolo alimenticio a nivel del esófago cervical.

A - Alteración del mecanismo Neuromuscular

Miastenia Gravis

Dermatomiositis y

Disfagia Sideropénica, síndrome de Kelly Paterson

o Plummer Vinson.

B- Por obstrucción mecánica

Divertículo de la hiófaringo

Cuerpos extraños

Espindilo-artrosis cervical

Bocio intratorácico o cervicotorácico

Tumores del mediastino, adenopatías, abscesos
fríos, etc.

2) Afecciones del esófago medio (torácico)

A- Causas extrínsecas (compresión)

Tumores mediastínicos

Cáncer broncopulmonar de forma disfágica

Aneurisma de la Aorta

Doble arco aórtico

Mega-aurícula por estrechez mitral

Linfomas, etc.

B- Procesos intrínsecos

Estrechez benigna del esófago

Esclerodermia

Tumores del esófago: benignos o malignos

3) Mecanismo inferior de la deglución

Iguales lesiones estenosantes del esófago torá-
cico

Cardiospasma o Acalasia

Hernia del hiato esofágico

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

1) Estudio Radiológico. Fluoroscopia y Radiología. Permite el diagnóstico correcto en 75% de los casos (23). La Fluoroscopia es un procedimiento muy útil para el diagnóstico y localización de lesiones que obstruyen la luz esofágica. Se puede ver a través de ella la existencia de una fístula tráqueoesofágica. A nivel del cardias ciertas lesiones pueden ser disimuladas por el bario, particularmente en sus límites inferiores, siendo de gran valor en estos casos la fluoroscopia con ingestión de bebidas efervescentes, para llenar el estómago de gas y poder visualizar de esta manera las irregularidades del cardias y fondo gástrico (7).

2) Dependiendo de la forma del tumor obtendremos una imagen radiológica más o menos característica (29). En los tumores polipoides o vegetantes se observará la luz del esófago anfractuosa, estrechada y excéntrica; los bordes de la lesión irregulares con espulones proyectados hacia afuera y dilatación del órgano por arriba de la estenosis. La forma infiltrativa o escirrosa, se manifiesta por una disminución del calibre esofágico, dando una imagen tubular. Hay moderada dilatación por arriba de la estenosis. A la fluoroscopia se observa detención de las ondas peristálticas a nivel de la zona infiltrada. La tercera variedad o forma ulcerante, se manifestará con una imagen de nicho plano, --

La radiografía es también de valor para establecer la evidencia de metástasis mediastinales y pulmonares (7).

La esofagoscopia es uno de los procedimientos más útiles en el diagnóstico del cáncer del esófago, confirma la sospecha radiológica, por visualización directa del tumor, establece el diagnóstico en casos dudosos o detectados radiológicamente y permite la toma de biopsia para estudio histopatológico. Esta se deberá practicar solamente después de estudio radiológico.

Citología Exfoliativa: Este método diagnóstico ha demostrado muy buenos resultados en el diagnóstico del cáncer del esófago (29) (30) (35). Se basa fundamentalmente en el estudio histopatológico del líquido obtenido por lavado esofágico. Naturalmente que un resultado negativo, no niega la existencia del cáncer.

BIOPSIA: El estudio microscópico del espécimen obtenido por la esofagoscopia, establecerá el diagnóstico histológico definitivo. Una biopsia negativa, tampoco niega la existencia de cáncer, ya que la esofagoscopia tiene sus limitaciones y particularmente en el cáncer infiltrativo la toma de biopsia es difícil. En estos casos debe de tomarse un nuevo fragmento de tejidos (1).

La laringoscopia se ha utilizado para comprobar hemiparálisis laríngea producida por compresión del nervio recurrente. En ciertos casos puede haber una parálisis bilateral.

La Broncoscopia es útil para investigar invasión a

TRATAMIENTO:

El cáncer del esófago constituye hasta el momento una de las neoplasias más difíciles de tratar exitosamente. Los factores más importantes que empobrecen el pronóstico de estos enfermos son:

- 1) El diagnóstico se hace generalmente cuando la enfermedad está avanzada.
- 2) Cuando el paciente consulta por primera vez se presenta en la mayoría de los casos deshidratado y demaciado, lo que retarda una intervención quirúrgica cuando está indicada.
- 3) Es una enfermedad que comienza en pacientes de edad avanzada, lo que favorece las complicaciones cardíacas y pulmonares.
- 4) No todos los casos operables son reseccables, esto debido a la extensión del tumor tempranamente.
- 5) Por razones anatómicas y Patológicas existe una elevada mortalidad operatoria y una tasa muy baja de supervivencia de 5 años.

El tratamiento se divide fundamentalmente en dos aspectos: 1- SSCurativo, 2- Paliativo.

El tratamiento curativo consiste esencialmente en cirugía radical y radioterapia.

Para el tratamiento paliativo se han empleado diferentes métodos: 1) Sonda nasogástrica para alimentación, 2) dilataciones 3) intubación, 4)gastrostomía, 5) intervenciones quirúrgicas

CIRUGÍA RADICAL: Por cirugía radical se entiende la extirpación completa del tumor, juntamente con los ganglios linfáticos que suelen ser invadidos por la lesión, seguida de restauración de la continuidad del tracto gastrointestinal.

Por razones terapéuticas se ha dividido el esófago en dos segmentos (24) 1.) segmento cervical y 2.) segmento torácico. Este último se divide en superior, medio e inferior. El tercio superior se extiende por arriba del arco aórtico, el inferior por abajo de la vena pulmonar inferior y el tercio medio, entre los dos límites anteriores.

El tratamiento quirúrgico de las lesiones neoplásicas del esófago, en sus diferentes porciones, ha proporcionado distintos resultados. La cirugía del cáncer esofágico cervical e intratorácico, particularmente por arriba del arco aórtico, ha sido descorazonador (19) debido a su elevada mortalidad y poca supervivencia. (20, 12, 35, 23).

Sweet, en 152 casos de lesiones por arriba del arco aórtico, reportó una tasa de reseccabilidad del 66%, con una mortalidad operatoria de 25% y una tasa de supervivencia de 5 años, de solamente el 6% de las que sobrevivieron la operación.

La cirugía del esófago cervical es particularmente difícil y las resecciones a ese nivel se han acompañado de gran mortalidad (20, 12).

En esta localización la experiencia ha demostrado mejores resultados con radioterapia ya que la cantidad de tejidos que la radiación debe atravesar en el cuello, para llegar al esó

fago, es relativamente pequeña. En el esófago torácico superior, es decir por arriba del arco aórtico, por razones anatómicas, particularmente por su drenaje linfático hacia el cuello y mediastino; la cirugía radical es virtualmente imposible. También en estos casos se prefiere la radioterapia externa, ya que el órgano a este nivel no está tan profundamente situado y por tanto accesible a irradiación.

El tratamiento del tercio medio del esófago es motivo de discusión entre cirujanos y radioterapeutas. Se han reportado buenos resultados con ambos procedimientos. Sweet reporta una tasa de reseccabilidad de 66% en 152 casos de lesiones del esófago medio. Resultados comparables se han obtenido con varios métodos de radiación sin los azares de cirugía en términos de morbilidad y mortalidad (12).

En el tercio distal del esófago el tratamiento es sin lugar a dudas quirúrgico. (20,19,26,12).

Las lesiones del tercio medio e inferior, cuando son reseccables, tienen un mejor pronóstico y una menor mortalidad operatoria. Por supuesto el tratamiento de elección en estos casos es el quirúrgico.

Johnson (20) en su serie de pacientes operados por carcinoma del esófago y cardias, en el Hospital de la Universidad de Pensylvania, entre enero de 1964 y enero de 1962 - encontró los siguientes resultados:

	NUMERO	% MORTALIDAD OPERATORIA	% SUPERVIVENCIA MAS DE 5 AÑOS POST OPERATORIA
Anastomosis abajo del			
Arco Aórtico	105	3.8	12.8
Anastomosis arriba del			
Arco Aórtico o en el cuello	28	35	5
Total de Lesiones	132	10	11
Extirpación sin resec-			
ción	28	7	0
Total operaciones	160	10	9

Como puede apreciarse las lesiones de mejor pronóstico por tratamiento quirúrgico son aquellas que están por abajo del arco aórtico.

Además del empleo de la esofagegastroctomía para devolver la integridad al tubo digestivo, se han utilizado, especialmente anastomosis muy altas en el tórax o en el cuello, segmentos de colon derecho o izquierdo, también se ha empleado el yeyuno. Otros han movilizado el estómago dentro del tórax y más recientemente se ha empleado un tubo de la curvatura mayor del estómago. Pocos cirujanos tienen suficiente experiencia con lesiones altas en el esófago y en su mayoría la mortalidad ha sido alta y la tasa de curaciones ha sido baja (20).

Contraindicaciones para cirugía:

- 1) Presencia de parálisis laríngea
- 2) Evidencia broncoscópica de invasión de la tráquea o bronquios.
- 3) LA presencia de metástasis ganglionares en otros órganos

- 5) La existencia de dolor por invasión de estructuras contiguas
- 6) Parálisis diafragmáticos.

RADIOTERAPIA:

El carcinoma del esófago es una forma de tumor que tiene la característica de ser radiosensible y radiocurable, -- esto permite que la terapia por radiación, ocupe un papel -- muy importante en su tratamiento. La experiencia de muchos autores ha demostrado que las lesiones del esófago superior son mejor tratadas por radiación, sin los riesgos de la cirugía y con igual supervivencia (35,12,36,19).

Recientemente ante el poco éxito de la cirugía y la radioterapia aisladas, se ha propuesto un tratamiento combinado; cirugía con radioterapia preliminar o cirugía con radioterapia post-operatoria. Ambos procedimientos encierran el riesgo de complicaciones. Cuando se administre radiación post-operatoria, se irradia una línea de sutura fresca, un tejido con compromiso vascular y a un epitelio gástrico intestinal notoriamente sensible a altas dosis de radiación.

Por otra parte la irradiación pre-operatoria puede conducir a una pobre cicatrización.

De gran importancia es la elección del tiempo de la intervención después de radioterapia. Se ha señalado (12) que el tiempo óptimo para resección después de radioterapia debe ser no menos de 6 semanas y no más de tres meses de completada la radiación. Antes de este tiempo la cirugía puede ser

Si la cirugía es retardada un poco más del tiempo establecido, debido a la fibrosis y pobre vascularidad puede conducir a una mala cicatrización y posible ruptura de la anastomosis.

Se ha establecido a través de estudios necróticos de pacientes irradiados, la tolerancia esofágica a la radiación. (Seaman y Ackerman). La tolerancia de la pared esofágica normal fue de 6000 r dados en 6 semanas, es decir 1000 r por semana. Por arriba de estas dosis, en un tiempo más corto del establecido, se somete al paciente al riesgo de complicaciones por radiación.

Técnicas de Radioterapia:

1) Radiación Intracavitario

- a) Radium intralunimal
- b) Radium Intracavitario en Tendem más Radioterapia externa.
- c) Granos de radón fijados a un tubo de tipo SUTTAR.
- d) Alambre radiactivo de tantalio en un tubo de Suttar
- e) Isotopo radiactivo líquido en un tubo de forma espiral herméticamente cerrado
- f) Implantación directa del tumor con Radón, previa exposición quirúrgica. También se ha usado oro radiactivo.

2) Teleradium

3) Roentgenterapia convencional: Dosis tumorales de ---

6.000 r

4) Terapia de rotación a voltaje convencional.

La dosis se recarte mejor en el tiempo y en el espacio,

5) Terapia de supervoltaje. - de 400 a 1.000 K.v. o dosis mayores. Permite alcanzar una dosis profunda mayor con menor daño orgánico y cutáneo.

Contraindicaciones de Radioterapia

- 1) Fístula
- 2) Infección
- 3) Caquexia
- 4) Tumoración primaria mayor 12 cm. de longitud.

La radioterapia combinada con cirugía radical se ha puesto en práctica con el objeto de mejorar la supervivencia a largo plazo y disminuir la mortalidad. Se han publicado reportes alentadores, particularmente en cirugía precedida de radioterapia con mejoría notable de la mortalidad operatoria (26).

MEDIDAS PALIATIVAS: Consisten esencialmente en restaurar la deglución a lo normal o cerca de lo normal y la prolongación de la vida.

La abolición más o menos permanente de la disfagia es la verdadera paliación. A veces la prolongación de la vida por un tiempo más o menos prolongado, puede no tener valor si la muerte es precedida por la miseria de una severa disfagia.

En busca de tales objetivos se han empleado diferentes procedimientos:

- 1) Sonda nasogástrica: es particularmente útil en pacientes cuyas lesiones se han vuelto tan grandes que la luz del esófago está casi completamente obstruida. En estos casos es un buen método para alimentar al enfermo, incluso si recibe radio

2) Dilatación: las dilataciones esofágicas periódicas constituyen un buen método de paliación, aunque se requiere varias sesiones y tiene el riesgo de perforación esofágica y muerte a corto plazo.

3) Intubación: se han usado múltiples tubos de plástico o metal para la intubación protética del esófago con fines paliativos, podemos citar: tubo de Suttar, (36) Tubo de Celestin(5) Tubo de Berman, Tubo de Mousseau - Barbin y otra serie de tubos que son modificación de este último.

El tubo de Mousseau-Barbin fue descrito en 1956 por Mousseau, Le Forestier, Barbin y Hardy (36) consiste en un tubo plástico de "Neoplex" y ha sido usado extensamente en Francia e Inglaterra.

La adaptación del tubo de Mousseau- se lleva a cabo a través de esofagoscopía combinada con gastrostomía. Es particularmente útil en casos operables en los cuales el tumor no es reseccable, en estas circunstancias resulta más fácil adaptarlo, que someter al paciente al riesgo quirúrgico de un procedimiento de derivación. Se acompaña de mejor paliación y mortalidad baja. Cuando la intubación es usada como un método planeado de paliación, hay que valorar la condición general del enfermo, la edad y otros factores, ya que se va a someter al paciente a un procedimiento quirúrgico.

Otras indicaciones para intubación son: en pacientes ocasionales quienes permanecen en buenas condiciones a pesar de invasión del esófago por un carcinoma primario bronquial; en estenosis del esófago post-irradiación; con el objeto de mantener

Los resultados de la intubación ha sido variables, Waddington (36) en su experiencia con 44 casos reporta 33% de mortalidad operatoria en casos seleccionados únicamente para paliación y 24% en casos operados declarados no reseca-
bles.

Bernard (5) en 10 casos intubados reporta el 10% de mortalidad operatoria.

La intubación prostética es un buen método de paliación pero debe ser usada con dicresión.

4) Gastrostomía: es un procedimiento de utilidad limitada en lo que a paliación se refiere. No alivia la disfagia, no impide la regurgitación de saliva ni prolonga la vida. Este procedimiento no está justificado cuando el esófago está completamente obstruido.

Barnard sugiere que debe hacerse gastrostomía: 1) antes del inicio de síntomas de severa deshidratación. 2) durante un curso de radioterapia, si el paciente no tolera el procedimiento bien, algunos autores han reportado el uso de gastrostomía antes de radioterapia paliativa (39). Su valor en estos casos es dudoso y probablemente no es el procedimiento de elección.

5) Intervenciones quirúrgicas de derivación: se han utilizado colon, yeyuno y estómago (tubo gástrico) para anastomosis con el esófago. Estas operaciones se acompañan de gran morbilidad y mortalidad, con mínima paliación (13, 5, 12).

6) Radioterapia paliativa: el objetivo de ésta es únicamen

Se ha logrado aumentar la luz esofágica con una dosis tumoral de 2500 r en 10 días. Este tratamiento puede darse sin incomodar al enfermo, proporcionándole gran alivio físico y mental. La presencia de adenopatías supracarinales u otras metástasis distantes, en la ausencia de síntomas, no justifican la terapia.

7) Cirugía paliativa: todo paciente sometido a intervención quirúrgica en la cual no es posible reseccionar el tumor completamente, está justificado practicar una resección parcial con anastomosis para restablecer la deglución. En las lesiones del esófago inferior y cardias, las resecciones paliativas están indicadas, si la mortalidad operatoria se puede mantener en cifras no mayores del 5 o 10% (20).

PRONOSTICO:

El cáncer del esófago es una enfermedad que tiene un pronóstico muy pobre, a pesar de todas las medidas terapéuticas. En los casos no tratados la supervivencia después de hecho el diagnóstico, tiene un promedio de 6 meses. (12) y una expectativa de vida de 7 a 12 meses desde el comienzo de los síntomas hasta la muerte.

El tratamiento con pocas excepciones, no ha alterado significativamente la mortalidad, si se consideran todos los pacientes, aproximadamente el 80% ha muerto dentro de un año a pesar del mejor tratamiento instituido.

IV - MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo se basa en una revisión de casos de cáncer del esófago durante 10 años (1955-1964), en el Hospital Rosales.

Se han utilizado diferentes fuentes de información con el objeto de obtener una casuística lo más completa posible.

1) Se hizo una revisión de los libros de la Sala de Operaciones, durante los 10 años respectivos de todas las esofagoscopías practicadas, obteniendo así el número de archivo correspondiente. Se procedió a revisar los cuadros del archivo general del Hospital, seleccionando todos aquellos casos en que la esofagoscopía se había practicado por sospecha de cáncer del esófago.

2) Se revisó los archivos de Anatomía Patológica obteniendo los registros de todas las biopsias y autopsias de cánceresofágico.

3) Por último se revisó el archivo general, obteniendo el registro de todas las personas que habían sido dadas de alta con diagnóstico de cáncer esofágico.

Con esta información se procedió a seleccionar los casos y se aceptaron, estrictamente, aquéllos que tenían comprobación histológica, fuera del cáncer primario, secundario o metastásico.

laboró un sistema de cuestionario individual uniforme para todos los casos.

En él se pedían los siguientes datos:

Edad, sexo, síntomas y signos principales, métodos, diagnósticos específicos y laboratorio. Tratamiento, complicaciones y evolución.

Posteriormente estos datos fueron colocados en un cuadro único para su análisis final.

También hemos tratado de averiguar la evolución de los casos con la valiosa ayuda del Servicio Médico Social, citando a los familiares y determinando en todos los casos posibles, el curso evolutivo de la enfermedad de estos pacientes. Desafortunadamente muchas personas dieron direcciones falsas o cambiaron posteriormente de domicilio.

V - CASUÍSTICA

El presente trabajo está basado en el estudio de 50 casos de cáncer del Esófago encontrados durante el período 1955-1964, en el Hospital Rosales de San Salvador, (Tabla 1) Ha sido condición "sinequanon" que cada caso tuviera comprobación histológica, por tanto hemos tenido que rechazar varios casos muy sugestivos de cáncer esofágico ya fuese por la clínica, el examen radiográfico o incluso por laparotomía exploradora, porque no cumplían el requisito establecido.

De los 50 casos, 30 de ellos son carcinomas primarios del tipo epidermoide espinocelular, excepto uno, que fue catalogado como adenocarcinoma primario. Dieciséis tumores son secundarios, 15 de los cuales son adenocarcinomas originados en el estómago y un carcinoma epidermoide originado en la laringe. Los cuatro restantes son tumores metastásicos que fueron hallazgos de autopsia y se encontraron clasificados como tales en el Departamento de Anatomía Patológica. Los tumores originales de estos últimos fueron: 1) carcinoma indiferenciado del tiroides a células gigantes, 2) carcinoma canalicular infiltrante de mama izquierda con metaplasia epidermoide, 3) carcinoma hepático múltiple, y 4) adenocarcinoma de la vesícula biliar.

La edad de los pacientes varió de 17 a 91 años. El promedio de edad, para todos los casos, fue de 57.1 años, para el sexo masculino, 56.9 años y para el femenino 57.7 años. El 73% de los pacientes tuvieron una edad mayor de 50 años. De

TABLA -ICÁNCER DEL ESÓFAGO

(50 CASOS)

(PRIMARIOS - SECUENDARIOS - METASTÁSICOS)

1) CARCINOMAS EPIDERMÓIDES

<u>ARCHIVO</u>	<u>INICIALES</u>	<u>EDAD</u>	<u>SEXO</u>
D-2297	J.M.C.	67A	M.
D-872	F.V.CH.	38A	M.
A-78727	N.A.A.	43A	M.
A-59616	R.CH.M.	58A	M.
D-23379	J.C.C.	64A	M.
D-11615	G.M.C.	36A	M.
A-8621	S.L.R.	52A	M.
A-103727	F.L.S.	79A	M.
C-251	N.M.M.	55A	M.
A-116963	J.L.M.	17A	M.
A-108332	V.S.M.	38A	M.
A-22692	J.M.C.	68A	M.
C-31175	I.D.A.	56A	M.
13110	F.S.G.	54A	M.
38962	J.S.S.	60A	M.
A-18548	V.P.C.	51A	M.
B-4151	J.D.R.	46A	M.
E-15823	I.V.C.	60A	F.

ARCHIVO	INICIALES	EDAD	SEXO
145191	L.V.Q.	62A	F.
C-19155	M.Q. DE R.	63A	F.
B-87889	T.F.C.	65A	F.
A-95987	M.O. DE R.	50A	F.
A-64367	M.L.B.	50A	F.
150984	M.R. DE C.	55A	F.
B-86678	B.M.O.	74A	F.
C-3255	F.P.S.	75A	F.
A-116961	A.R. DE R.	35A	F.
A-75361	R.M.V. DE M.	55A	F.
36640-64	A.M. DE R.	61A	F.
31624	R.O.V. DE I.	51A	F.

2) CARCINOMAS SECUNDARIOS

E-7115	H.F.V.	59A	M.
A-6450	S.D.C.	91A	M.
B-34801	A.P.C.	55A	M.
E-24269	F.H.J.	73A	M.
A-8348	E.H.J.	77A	M.
A-6408	S.CH.S.	70A	M.
C-27302	C.M.B.	72A	M.
C-25620	T.C.O.	73A	M.
A.45096	M.R.N.	50A	M.
B-4189	A.P.R.	57A	M.
0232	L.C.C.	42	M.

ARCHIVO	INICIALES	EDAD	SEXO
A-33572	M.M.V.	73A	M.
134463	M. DE J.S.	54A	M.
166742	J.C.F.	54A	M.
A-66563	M.C.V. DE R.	75A	F.
A-75705	M.C.M.	36A	F.

3) CARCINOMAS METASTASICOS

E-11666	M.M.N.	62A	F.
A-116099	M.N.	58A	F.
44994	J.M.S.	35A	M.
C-9181	C.R.B.	51A	F.

TABLA II

CARCINOMA PRIMARIO DEL ESOFAGO
(30 casos) 1955 - 1964

<u>EDADES</u>	<u>PORCENTAJE DE DISTRIBUCION</u>	<u>No. DE PACIENTES</u>
10- 20	3.3%	1
21- 30	0%	0
31- 40	13.3%	4
41- 50	13 %	4
51- 60	36.7%	11
61- 70	23.3%	7
71- 80	10 %	3
81- o más	0%	0

Igualmente en los casos con carcinoma secundario (Tabla 3), la mayor incidencia del tumor se encontró en el grupo etario de 51 a 60 años.

TABLA III

CARCINOMA SECUNDARIO DEL ESOFAGO
(16 CASOS)

<u>EDADES</u>	<u>PORCENTAJE DE DISTRIBUCION</u>	<u>No. DE PACIENTES</u>
21 - 30	0. %	0
31 - 40	6.25%	11
41 - 50	0. %	0
51 - 60	37.5 %	6
61 - 70	25 %	4
71 - 80	25 %	4
81 - o más	6.25%	1

Para el grupo de carcinomas metastásicos (Tabla 4) se obtuvo el mismo resultado.

TABLA IV
CARCINOMA METASTASICO
(4 CASOS)

EDADES	PORCENTAJE DE DISTRIBUCION	No. DE PACIENTES.
31 - 40	25%	1
41 - 50	0%	0
51 - 60	50%	2
61 - 70	25%	1
80 o más	0%	0

La distribución del carcinoma primario en los diferentes segmentos del esófago se muestra en la tabla 5.

TABLA V
CARCINOMA DEL ESOFAGO: NIVEL DE LA LESION
30 CASOS PRIMARIO

LOCALIZACION	PORCENTAJE DE DISTRIBUCION	No. de PACIENTES
Tercio superior (cervical)	23.3%	7 casos

Tercio medio (Torácico superior y torácico medio)	26%	8 casos
Tercio distal	50%	15 casos
No determinado	3%	0 casos

Podemos notar que el 50% de los casos se han localizado en el 1/3 distal a diferencia de los reportes extranjeros que están más frecuente en el 1/3 medio.

El 96% de los casos de carcinomas secundarios se originaron en el estómago, uno de los casos (6%) se originó en la laringe. (Tabla 5).

TABLA VI

CARCINOMAS SECUNDARIOS

(16 casos)

<u>LOCALIZACION</u>	<u>PORCENTAJE DE DISTRIBUCION</u>	<u>Nº. DE PACIENTES</u>
Tercio superior	5.75%	1
Tercio Medio	0 %	0
Tercio inferior	94.25%	15

Los carcinomas metastásicos (Tabla 7) se localizaron a diferentes niveles: uno, en el tercio superior; dos en el tercio medio y un caso no determinado.

TABLA VII
CARCINOMAS METASTASICOS
4 CASOS

LOCALIZACION	PORCENTAJE DE DISTRIBUCION	No. DE PACIENTES
Tercio superior	25%	1
Tercio Medio	50%	2
Tercio Inferior	0%	0
No Determinado	25%	1

La distribución de las localizaciones anatómicas de todos los casos se muestra en la tabla 4.

TABLA VIII
CARCINOMA ESOFAGO
(55 CASOS)

6 LOCALIZACION TOPOGRAFICA DE TODOS LOS CASOS
(Primario, Secundario, Metastásico)

LOCALIZACION	PORCENTAJE DE DISTRIBUCION	No. DE PACIENTES
Tercio superior	16%	9 casos
Tercio Medio	20%	10 casos
Tercio inferior	60%	30 casos
No determinado	2%	1 caso

Los síntomas principales en los pacientes con carcinoma primario y secundario (46 casos) se muestran en la tabla 9. Como se ve se han excluido los metastásicos.

TABLA IX
CANCER DEL ESOFAGO
Síntomas principales (46 Casos)
CARCINOMAS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS

SINTOMAS	PORCENTAJE DE DISTRIBUCION	No. DE PACIENTES
Dificultad	67.2%	45 pacientes

Vómitos con o sin		
regurgitación	54.0 %	39
Dolor	59.5 %	32
Molestias vagas re-		
trosternales y dolor		
a la deglución.	43.5 %	20
Psialorrea	26.2 %	13
Ronquera	19.5 %	9
Hematemesis	13. %	6

Como puede notarse la disfagia es el síntoma más frecuente, en nuestros casos se presentó en el 97.0 % de los casos y fue el motivo de la consulta al médico en el 73.9 % de los casos. La pérdida de peso y los vómitos con o sin regurgitaciones siguen a la disfagia en orden de frecuencia. El dolor señalado en la Tabla 5 comprende los diferentes tipos que aquejaron al enfermo, : E pigástrico, torácico, cervical, retrosternal, etc.

Los métodos de tratamiento empleado en los 46 enfermos se sintetizan en la Tabla 10.

TABLE X
METHODS OF TREATMENT

TREATMENT	No. OF CASES
Resection without radiotherapy	0
Resection followed by radio-	

cirugía paliativa	11
Radioterapia	4
Tratamiento médico de sostén	18
Ningun tratamiento	1
No determinado	1
<hr/>	
TOTAL	46

El tratamiento predominante fue quirúrgico 11 casos con cirugía curativa y 11 con cirugía paliativa.

De los 11 casos a los cuales se trató con cirugía curativa, uno de ellos fue sometido a faringolaringoesofagectomía; a los 10 restantes se les practicó esofagogastrectomía con esofagogastrostomía. De los 11 pacientes que únicamente tuvieron cirugía paliativa a un caso se le hizo yeyunostomía y a los 10 restantes, gastrostomía.

En la tabla 11 podemos notar que de 46 enfermos fueron aptos para cirugía únicamente 17 (37%) y se encontraron lesiones resecables únicamente en 10 casos o sea en el 59 % de los casos operables.

TABLA XI

OPERABILIDAD Y RESECABILIDAD EN CARCINOMAS DEL ESOFAGO (46 casos)

Primarios y Secundarios

TIPO		<u>OPERA</u>	<u>RESECA</u>	PORCENTAJE	PORCENTAJE
CANCER	CASOS	BLES.	BLES.	OPERABILIDAD	RESECABILIDAD
Primario	30	9	6	30 %	67 %
secundario	16	8	4	50 %	50 %
Todos	46	17	10	37 %	59 %

En 20 pacientes se encontraron metástasis a diferentes órganos principalmente al mediastino, pericardio, aorta, páncreas, hígado, y ligamentos gastrohepáticos y gastroesplénico.

En 18 casos el diagnóstico de las metástasis se hizo a través de la laparotomía exploradora; un caso de los cuales, fue confirmado por la autopsia. En 2 de los casos, las metástasis fueron reveladas únicamente por autopsia.

De los casos tratados con cirugía curativa la supervivencia más alta conocida, fue de 2 años, 4 meses, llamando nuestra atención el hecho de que este enfermo recibió además radioterapia post-operatoria, por otra parte hay otro enfermo con una supervivencia de 2 años, 2 meses después de la operación, quien recibió radioterapia. Tres pacientes murieron en el post-operatorio temprano. Un paciente murió al tercer día en shock con probable ruptura de anastomosis. El segundo murió al 7o. día, encontrándosele a la autopsia, además de su lesión neoplásica, una pleuresía seropurulenta derecha, neumotórax y atelectasia del pulmón derecho, deficiencia de herida operatoria e infartos pulmonares múltiples. El tercer caso murió 9 días después con ruptura esplénica. De un caso no fue posible conocer la evolución de su enfermedad, los restantes tuvieron, 4, 5, 5, y 6 meses de supervivencia (Tabla 12)

TABLA XII
SUPERVIVENCIA EN CARCINOMA DEL ESOFAGO
II Casos de Cirugía Curativa

Esofagogastrectomía	Adenocarcinoma gástrico.	3 días
Esofagogastrectomía	Carcinoma epidermoide.	7 días
Esofagogastrectomía	Carcinoma epidermoide.	9 días
Esofagogastrectomía más cobaltoterapia	Carcinoma epidermoide.	2 años 4 meses
Esofagogastrectomía	Carcinoma epidermoide.	1 año 3 meses
Esofagogastrectomía	Carcinoma epidermoide.	2 años 2 meses
Esofagectomía con esofagoctomía doble	Carcinoma epidermoide.	4 meses
Esofagogastrectomía	Adenocarcinoma	

Esofagogastrectomía	Adenocarcinoma gástrico.	5 meses
Esofagogastrectomía	Adenocarcinoma gástrico	6 meses
Faringolaringoesofagostomía más radioterapia.	Carcinoma epidermoide.	5 meses

Los pacientes tratados con cirugía únicamente como medida paliativa (Tabla 13) tuvieron una supervivencia muy corta. La sobrevida mayor fue de 7 meses en solo un paciente.

TABLA XIII

CARCINOMA DEL ESOFAGO

11 casos de cirugía paliativa.

OPERACION	TUMOR	SUPERVIVENCIA
Yeyunostomía	Carcinoma epidermoide	2 días
Gastrostomía	Carcinoma epidermoide	2 meses
Gastrostomía	Carcinoma epidermoide	1 mes
Gastrostomía	Carcinoma epidermoide	1 mes
Gastrostomía	Carcinoma indiferenciado	1 día
Gastrostomía	Carcinoma epidermoide	?
Gastrostomía	Carcinoma epidermoide	4 $\frac{1}{2}$ meses
Gastrostomía	Adenocarcinoma gástrico	7 meses
Gastrostomía	Carcinoma epidermoide	?
Gastrostomía	Carcinoma epidermoide	9 días
Gastrostomía	Adenocarcinoma gástrico	3 meses

En relación a los pacientes tratados con radioterapia (Tabla 14) sólo podemos afirmar que los resultados son de primentes; de cuatro -

TABLA XIV

CANCER DEL ESOFAGO

Cuatro casos tratados con Radioterapia

TUMOR	SUPERVIVENCIA	PROCEDIMIENTOS ACCESORIOS
Carcinoma epidermoide	?	Gastrostomía
Carcinoma epidermoide	vivió 3 meses después	Ninguno
Carcinoma epidermoide	3 meses	Gastrostomía
Carcinoma epidermoide	5 meses	Gastrostomía

VI- RESUMEN

1) Se revisa la literatura sobre cáncer de esófago y se estudian 50 casos de esta neoplasia encontrados en una revisión de 10 años (1955-1964), en el Hospital Rosales. Treinta casos pertenecen al grupo del carcinoma epidermoide primarios. Dieciséis casos a carcinoma secundarios 15 adenocarcinomas originados en el estómago y un carcinoma epidermoide espino-celular originado en faringe y 4 carcinomas metastásicos.

2) Existe predominio del sexo masculino sobre el femenino y se encuentra, que poco menos del 70% de los casos se encuentran a una edad por arriba de los 50 años.

3) La lesión se localizó predominantemente en el 1/3 distal del esófago en el 60% de los casos.

4) El síntoma más frecuente encontrado fue la disfagia en el 97.1%.

5) Se analizan los diferentes métodos de tratamiento y se concluye que los en la fase de diagnóstico. Se encarece que la única alternativa provechosa para el paciente es el quirúrgico. El tratamiento por Radioterapia se empleó poco y con pésimos resultados.

6) La cirugía paliativa consistió únicamente en practicar gastrostomías con poco beneficio para el enfermo.

7) En ninguno de todos los casos estudiados no fue supervivencia mayor de 3 años.

VII- CONCLUSIONES

- 1) El cáncer del esófago es una enfermedad de gran malignidad, que no da síntomas tempranamente y que cuando se cree que el paciente ya es avanzado.
- 2) Es una enfermedad difícil de tratar quirúrgicamente y se acompaña de gran mortalidad operatoria y baja supervivencia a largo plazo.
- 3) Entre las condiciones que favorecen la mortalidad operatoria se encuentran, la edad del paciente con sus complicaciones cardiopulmonares, la deshidratación y caquexia que presentan gran parte de los enfermos en su primera consulta y las rupturas de las anastomosis esofagoyélicas o esofagoduodenales.
- 4) No se ha encontrado un tratamiento definitivo y satisfactorio del cáncer del esófago. Tanto la radioterapia y la cirugía radical, únicos métodos disponibles por el momento para el control de esta enfermedad, cuando se usan cuidadosamente y de acuerdo a la experiencia se ha logrado mejorar la supervivencia, particularmente en los últimos años.

VII-RECOMENDACIONES

- 1) Agotar sin retardo los métodos de diagnóstico en todo caso de disfgia, para esclarecer rápida y definitivamente su etiología.
- 2) Conocer y poner en práctica el estudio citológico del lavado esofágico, método sencillo y rápido para el diagnóstico de células malignas. La literatura extranjera lo señala como un buen procedimiento diagnóstico.
- 3) Considerando los beneficios que la radioterapia proporciona a las neoplasias con localización superior en el esófago, no solo en el sentido paliativo sino también curativo y de la disminución de la mortalidad y prolongación de la supervivencia más allá de los 5 años, creo que el radioterapeuta en El Salvador debe asumir la responsabilidad que le corresponde en el manejo de estos casos.

El radioterapeuta en los tiempos actuales y en muchas partes del mundo, desempeña un papel preponderante que comparte con el clínico y el cirujano en la evaluación de los casos para su futuro tratamiento.

4) Respecto a las intervenciones quirúrgicas paliativas en nuestros casos considero que en el futuro debe nacer algo más que Gastrostomías, de hecho en la mayoría de las clínicas americanas e Inglesas sus indicaciones son muy limitadas. La intubación con unaprótesis es un procedimiento

5) La cirugía radical para el tratamiento del cáncer del estómago en nuestro medio, por el momento es el único tratamiento disponible y confiable. Los resultados obtenidos en esta revisión son comparables a los reportados en la literatura extranjera en lo referente a la tasa de operabilidad y reseccabilidad del tumor. Probablemente en futuros trabajos sobre el tema podremos apreciar cifras de supervivencia mayores que las encontradas en este trabajo como fruto de la creciente experiencia, el trabajo en equipo y el diagnóstico precoz.

IX - BIBLIOGRAFIA

- 1 - ACKERMAN, L.V., Rogers, J.A.: Cáncer, diagnosis, treatment and prognosis, The C.V. Mosby Co. St. Louis, 93 512, 1967.
- 2 - AHLBOM, H.E.: Simple achlorhydric Anacida, plummer Vinson Syndrome, and Carcinoma of the Larynx Pharynx and Oesophagus in Women: observations at radiument, Stockholm, Brit. M.J. 2: 331-333, 1936.
- 3 - ASTACIO, J.E.: Contribución al estudio del cáncer en El Salvador, Tesis doctora, Julio 1960.
- 4 - AZZOPARDI, J.C. and Menzies, T. Primary Oesophageal adenocarcinomas. The British Journal of Surgery. 49, 479-506, 1962.
- 5 - BERARD, P. M., Kilroy, E. On Inoperable cancer of the esophagus: Use of the moussou-Barbin tube in palliative surgery. J. Thoracic and cardio-vascular surgery. 125, 130, 1966
- 6 - BENEDICT, E.B. Carcinoma of the Esophagus developing in benign stricture, New England J. Med. 223: 408-412, 1961.
- 7 - BERNARD, L., Sargnon, A.: Cáncer de L'Oesophage, Paris, 1927. Gaston Doin & Cie. Citado por Ackerman (1).
- 8 - BOCKUS, H.L.: Gastroenterology. Second Edition. Vol. 1,

- 9 - BOYD, D.P., Adams, M.D., Salzman, F.A.: Carcinoma of the Esophagus Surgical practice of the Lally Clinic. W.B. Saunders Co. 22-219, 1962
- 10 - BRODERS, A. and Vinson, P.P.: Arch. Laring., 3, 79, 1923.
Citado por Dickinson, R.J. (12).
- 11 - CRISTOPHER: tratado de patologia quirúrgica Editorias Interamericana S.A. Vol. 1: 576-577, 1961.
- 12 - DICKINSON, R.J.: Radiation therapy in Carcinoma of the Esophagus. A review Amer. J. Med. Sci. 241-662, 1961
- 13 - FELL, S.C., Gruawald, R.P.: Palliation of esophageal carcinoma by prosthetic intubation. J. Thoracic and cardiovascular surgery. 272-278, 1965 .
- 14 - GARLOCK, J.H. and Rider, R. : Carcinoma in Pharyngo Esophageal. Diverticotomy a case report , 15:259, 1961.
- 15 - GONZALES BONILLA, C.: Cáncer del Esófago. Informe de casos operados. Archivos del Colegio médico de El Salvador 12: 83, 1959.
- 16 - GRAY, H.: Anatomy of the Human Body. Twenty Seventh Ed. Lea and Febiger, Philadelphia. 1251-1263, 1963.-
- 17 - GUISEZ, J.: Fréquence relative des différentes affections de l'oesophage d'après la Statistique des cas observés dans ces six dernières Années, Bull.

- 18 - INFANTE DIAZ, S.: Cáncer en El Salvador. El Salvador .
336-339, 1961.
- 19 - INGELFINGER, F.J.: The esophagus. Gastroenterology ,
-5:241-61, 1963.
- 20 - JOHNSON, J. , Kirby, C.K., Blackmore, W.S.: The sur -
gical treatment of carcinoma of the esoph -
agus and cardiac end of the Stomach. Surg .
Clin North America #2:1937-1905, 1962 .
- 21 - KWAN, K.W. . Carcinoma of the esophagus, Chinese, M.
J. 52:237-254, 1937. Citado por Ackerman (1).
- 22 - LANG, K.C.: Report of 59 cases of Esophageal Carcinoma,
Chinese M.J. 53:57-63, 1938. Citado por -
Ackerman (1).
- 23 - MERENDINO, K.A.: Surgery, Principles and practice. J.B.
Lippincott Co. Philadelphia. 637-659, 1961 .
- 24 - MILLER, C.: Carcinoma of the Esophagus and Cardia
A review 65 cases Brit. J. Surg. 49, 597, 1962.
- 25 - ORTIZ, J.E.: Contribución del estudio de Cáncer del Esó -
fago. Tesis doctoral, 1955.
- 26 - PARKER, E.F., Gregory, H.B.: Combined radiation and
surgical treatment of Carcinoma of the Eso -
phagus. Annals of Surgery, 161:716-722, 1965.
- 27 - RAKE, Geoffrey: Epithelioma of Oesophagus in Association -
with Achalasia of the cardia. Lancet. 682, 1931.
- 28 - ROBBINS, S.L.: Textbook of Pathology W .B. Saunders Co.

- 29 - SCHAFOSNIK, F.: Clínica Médica. Librería Científica Vardai. Buenos Aires 166-173, 1957.
- 30 - SOSA, M.: Cáncer en El Salvador, Tesis Doctoral. Escuela de Medicina Universidad de El Salvador, Septiembre de 1957.
- 31 - THOREK, P.: Diseases of the Esophagus, J.B. Lippincott Co. Philadelphia W.B. Saunders Co. 199 - 235, 1958.
- 32 - TERRACOL, J. and Sweett, R.H.: Diseases of the Esophagus Philadelphia W.B. Saunders Co. 199-235, 1958.
- 33 - TOMLINSON, V. J. Elson, L. A.: Esophageal Carcinoma in British West Indian and Panamanian Negroes. Arch. Path. 39: 79-80, 1954.
- 34 - TURNER, G. Grey: Henry Jacob Bigelow Lecture, Some experiences in the surgery of the Esophagus, New England J. Med 205:657-674, 1931.
- 35 - TUTTLE, S.G.: Diseases of the Esophagus D.M. 1954 - 40. Mar., 64.
- 36 - WADDINGTON, K.B., Bickford, B.J. The use of the Mousseau Barbin tube for palliation in carcinoma of the Oesophagus and cardia. The British Journal of surgery 49. 522-527, 1962.
- 37 - WATSON, V. L., Goodner J.I.: Carcinoma of the Esophagus J. Surg. 93:259, 1957. Citado Por Infante (18).
- 38 - WATSON, V. L., Urgan Jerome: Million volt Roengen Therapy for intrathoracic cancer Am.J. Roetngenol. 19: 299-306 1953. Citado por Ackerman (1)