

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO PARA EL PACIENTE CON CÁNCER DE ESÓFAGO INOPERABLE

Por:

Dra. María Emilia Fernández Aguilar¹, Dra. Elda Arelys Manrique Rionda² y Dr. Pedro Juan Vázquez González³

1. Especialista de I Grado en Gastroenterología. Hospital Universitario "Dr. Celestino Hernández Robau". Santa Clara, Villa Clara. e-mail: maguilarvenezuela@yahoo.es
2. Especialista de I Grado en Gastroenterología. Hospital Universitario "Dr. Celestino Hernández Robau". Santa Clara, Villa Clara. e-mail: eldarelim@yahoo.es
3. Especialista de I Grado en Gastroenterología. Asistente. ISCM-VC. Hospital Universitario "Dr. Celestino Hernández Robau". Santa Clara, Villa Clara.

Descriptor DeCS:

NEOPLASMAS DEL ESOFAGO/terapia
SOLUCIONES ESCLEROSANTES/uso
terapéutico

Subject headings:

ESOPHAGEAL NEOPLASMS/therapy
SCLEROSING SOLUTIONS/therapeutic use

La incidencia del cáncer de esófago ha aumentado durante las últimas décadas; ello coincide con un cambio en la tipología histológica y la ubicación del tumor primario^{1,2}. Actualmente, en Estados Unidos y Europa Occidental, el adenocarcinoma del esófago es más observado que el carcinoma de células escamosas, y la mayoría de los tumores se presentan en el esófago distal. Se desconocen las causas de este aumento en la incidencia del adenocarcinoma de esófago y de los cambios demográficos observados. A pesar de que se han identificado los factores de riesgo para desarrollar carcinoma de células escamosas del esófago (tabaco, alcohol, alimentación, entre otros), los relacionados con el adenocarcinoma del esófago son menos obvios³. La presencia de la lesión conocida como esófago de Barrett constituye un riesgo para desarrollar adenocarcinoma del tercio inferior del esófago, y el reflujo crónico se considera la causa predominante de la metaplasia de Barrett. Es el cáncer de esófago una enfermedad tratable, pero raras veces curable. La supervivencia general a los cinco años, en los pacientes que pueden recibir un tratamiento definitivo es de 5 % a 30 %; se diagnostica con frecuencia siendo ya una enfermedad sistémica, por lo que menos del 40 % de estos pueden ser resecados quirúrgicamente con intención curativa, pues en el 90 % de los enfermos casi siempre se encuentra en estadio avanzado^{4,5}. Las modalidades principales de tratamiento son la intervención quirúrgica sola y la quimioterapia con radioterapia¹⁻⁶. La supervivencia media de los pacientes con tumores malignos del esófago no tratados es de unos 9-10 meses después del diagnóstico⁵. La disfagia es uno de los síntomas que más agobia a estos enfermos, y los lleva a la desnutrición, complicaciones respiratorias frecuentes e incluso la muerte; los tratamientos paliativos casi siempre son su única opción. Las técnicas endoscópicas pretenden mejorar la calidad de vida al mejorar la disfagia, aunque no influyen sobre la supervivencia, que depende del estado general del paciente, las enfermedades asociadas y las complicaciones que condicionen el crecimiento del tumor. Estas incluyen: dilatación,

termocoagulación y electrocoagulación, inyección de sustancias, ablación con láser y colocación de prótesis esofágicas. La dilatación es fácil de aplicar, pero debe repetirse con frecuencia. Al igual que en algunas lesiones benignas, las estenosis tumorales pueden dilatarse mediante balones o bujías, pero en la mayoría de ellos los resultados son breves y en general con mayor riesgo de perforación. Para impedir la reaparición de la disfagia después de una dilatación, se puede instalar una prótesis endoluminal en el esófago, a nivel de la estenosis tumoral^{5,6}; estas prótesis son de utilidad relativa en la terapéutica paliativa del cáncer de esófago; no pueden usarse en tumores muy altos, ubicados a menos de 2 cm del esfínter cricofaríngeo, y es en lesiones ubicadas en el cardias donde su eficacia es menor, ya que por la angulación de la zona, la boca superior de la prótesis puede quedar orientada hacia la pared del esófago y no cumplir su función en forma adecuada. Sin embargo, la prótesis esofágica es la técnica endoscópica que mejores resultados ha mostrado hasta el momento⁵. La destrucción de tejidos puede obtenerse con distintos métodos, y de forma ambulatoria. La inyección de alcohol o de sustancias esclerosantes, que provocan la necrosis parcial del tumor, permiten obtener un lumen mayor y mejorar la disfagia, pero los fenómenos inflamatorios asociados suelen producir dolor. La destrucción térmica puede obtenerse con sondas de termocoagulación, aunque los resultados son lentos. La electrocoagulación monopolar o multipolar tiene el mismo inconveniente que la termocoagulación, y se utiliza poco. La electrocoagulación monopolar sin contacto a través de argón ionizado ("argón beam") puede ser útil, pero no hay estudios que demuestren su eficacia. El láser Nd-YAG permite la repermeabilización de la luz esofágica obstruida por tumores extensos, aunque exige experiencia, instrumental y sesiones repetidas⁵. Nuestro país no está exento de esta problemática; en nuestro territorio nos vemos limitados a ofrecer a estos pacientes tratamientos de última tecnología para la recanalización de los tumores esofágicos en estadios avanzados, como las prótesis reexpandibles, tratamiento fotodinámico con el Nd-YAG láser, argón láser, entre otros, ya que resultan muy costosos, pero además, no siempre los pacientes presentan un estado general que aconseje su traslado a zonas distantes, como la capital. Para ofrecer algún alivio a estos enfermos en nuestro hospital, desde noviembre de 1998 el Profesor Pedro Vázquez y su equipo comenzaron a introducir estas técnicas de inyectoterapia de sustancias esclerosantes, que logran restablecer el lumen del esófago al lograr la necrosis química del tumor; para ello se emplea alcohol absoluto en dosis de 4 cc en cada sesión, con una frecuencia semanal. Hasta marzo de 2005 han sido tratados en nuestro servicio un total de 42 pacientes. La edad y sexo predominantes en este grupo fue la de más de 60 años (95 %) y el sexo masculino (78,5 %). El carcinoma epidermoide afectó al 62 % de los enfermos y la localización más frecuente del tumor fue el tercio distal (55 %), aunque en esta serie también se incluyeron los que padecían tumores del fundus gástrico con infiltración secundaria del esófago distal, en los que la disfagia era un síntoma importante y cuya variedad histológica más frecuente era el adenocarcinoma. Todos estos enfermos fueron valorados conjuntamente por oncólogos, cirujanos, entre otros especialistas, y a muchos de ellos se les aplicó radioterapia previa a la recanalización. Con este tratamiento, la supervivencia promedio lograda se mantuvo entre los tres y seis meses en el 29 % de los enfermos, y entre 6 y 12 meses en el 21 %, lo que coincide con lo comunicado por algunos investigadores^{5,6}. Es de destacar que en cinco pacientes se logró una sobrevida entre 18 y 32 meses, pero lo más importante es que el alivio de la disfagia con este procedimiento endoscópico se observó en el 71 %, de lo que se infiere que existió mejoría en la calidad de vida de los mismos. No hubo fallecidos por causa de este método, que requiere solamente de un gastroenterólogo entrenado, el endoscopio y sus accesorios, como inyector, jeringuillas, y de las ámpulas de alcohol absoluto o, incluso, puede emplearse 5-fluoracilo; el primero, por ser barato, se ha considerado como el láser de los pobres; puede practicarse en los locales de endoscopia de los hospitales provinciales y municipales, lo que evita el traslado innecesario de estos enfermos a lugares distantes. Los pacientes generalmente lo aceptan sin titubeos, pues es una técnica sencilla, que se practica en corto tiempo, con anestesia local, no requiere de ingreso hospitalario, y no los condenamos a aceptar su dolencia sin ofrecerles algún tratamiento. Por todo ello, consideramos que debe ser extendido al resto de los hospitales provinciales y municipales de nuestro país, que no cuenten con otras técnicas de terapéutica endoscópica, pues con mínimas condiciones y mucho empeño en nuestro quehacer cotidiano, podemos ofrecer una alternativa más de tratamiento a estos enfermos.

Referencias bibliográficas

1. American Cancer Society. Cáncer facts and figures [article on the Internet]. 2005 [cited 2005 May 20];[about. 4 p.]. Available from: <http://www.acor.org/cnet/256679.html>
2. Devesa SS, Blot WJ, Fraumeni JF. Changing patterns in the incidence of esophageal and gastric carcinoma in the United States. *Cancer*. 1998;83(10):2049-53.
3. Blot WJ, McLaughlin JK. The changing epidemiology of esophageal cancer. *Semin Oncol*.1999;26(5 Suppl 15):2-8.
4. Bixquert Jiménez M, Mearín Manrique F, Pera Román M. Enfermedades del esófago. En: Ferreras Valenti P, Rozman C. *Medicina interna vol.1*. 14^{ta} ed. Madrid: Harcourt; 2000. p. 112-31.
5. Bordas Alsina J, Gines G. Tumores de esófago. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas [artículo en Internet]. 2005 [citado 25 Jul 2005];[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.aegastro.es/cgi-bin/wdbcgi.exe./aeg/libro.indice.revista>
6. Ibáñez Enrique L. Cirugía endoscópica del tubo digestivo. *Bol Esc Med Univ Católica Chile*. 2004;23:90-4.