

## Supervivencia de pacientes con tumores de esófago y tratamiento recanalizante

Survival of patients with esophageal tumors and recanalizing treatment

Danely Mendoza Jiménez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-3610-8078>

Lissy Lisbet Rodríguez Rodríguez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-2409-0402>

Ramón Romero Borges<sup>2\*</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3723-8226>

<sup>1</sup>Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau”. Santa Clara, Cuba.

<sup>2</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Santa Clara, Cuba.

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

### RESUMEN

El cáncer de esófago constituye la sexta causa de muerte por cáncer en el mundo. El tratamiento quirúrgico no siempre resulta eficaz, debido a los riesgos por el estado desfavorable de los enfermos y la irreseccabilidad del tumor; además, conlleva a complicaciones, acompañadas de una mortalidad importante. El objetivo del presente estudio fue describir la supervivencia de los pacientes con tumores de esófago, sometidos a tratamiento recanalizante desde enero de 2018 hasta junio de 2022. El Servicio de Gastroenterología del Hospital “Celestino Hernández Robau” aplicó el tratamiento recanalizante de los tumores de esófago a través de la técnica de inyectoterapia con 5-fluorouracilo. Durante el tratamiento recanalizante, se destacó la supervivencia de los pacientes con menos de 10 años de enfermedad, mientras que los que la habían padecido por

más de 10 años fallecían con mayor frecuencia. El cáncer de esófago aún se diagnostica de forma tardía en estadios avanzados, y prevalece el carcinoma epidermoide sobre el adenocarcinoma. Esto indica pocas acciones de salud preventivas sobre los factores de riesgo en la población, y la relación entre el estadio avanzado de la enfermedad y el poco tiempo de vida de los pacientes posterior al diagnóstico.

**Palabras clave:** inyectoterapia; neoplasia de esófago; tratamiento recanalizante.

## ABSTRACT

Esophageal cancer is the sixth leading cause of death due to cancer in the world. Surgical treatment is not always effective, due to the unfavorable medical condition of the patients and the unresectability condition of the tumor. In addition, it leads to complications, accompanied by a significant mortality. The aim of the present study was to describe the survival of patients with esophageal tumors, undergoing recanalizing treatment from January 2018 to June 2022. The Gastroenterology Service of the “Celestino Hernández Robau” Hospital applied recanalizing treatment of esophageal tumors through the technique of 5-fluorouracil injection therapy. During the recanalizing treatment, the survival of patients with less than 10 years of disease was outstanding, while those who had suffered from it for more than 10 years died more frequently. Esophageal cancer is still diagnosed late in advanced stages, and squamous cell carcinoma prevails over adenocarcinoma. This indicates few preventive health actions on risk factors in the population, and the relationship between the advanced stage of the disease and the short life span of patients after diagnosis.

**Keywords:** injection therapy; esophageal neoplasia; recanalizing treatment.

Recibido: 29/03/2023

Aceptado: 25/06/2024

## Introducción

Entre las causas de muerte por cáncer a nivel mundial, el cáncer esofágico ocupa la sexta posición. Más del 90 % son escamocelulares o adenocarcinomas. El 75 % de los adenocarcinomas se ubica en el tercio distal del esófago, y los escamocelulares se distribuyen entre el tercio medio e inferior. El esófago cervical constituye un sitio inusual para esta enfermedad.<sup>(1)</sup>

El pronóstico del cáncer de esófago resulta desalentador pues menos de 50 % de los pacientes se curan al momento del diagnóstico, y la supervivencia a cinco años no supera el 10 %. Entre las complicaciones se encuentra la fístula traqueoesofágica y, cuando se realiza la esofagectomía, se observa recidiva en la anastomosis.<sup>(2)</sup> En el 10 y el 20 % de los casos con lesiones tempranas se alcanzan excelentes resultados. El manejo clásico de esta patología ha sido la cirugía abierta con esofagectomía y reemplazo esofágico con estómago, intestino delgado, o colon complementado con radioterapia o quimioterapia.

En la actualidad se abren otras posibilidades de tratamientos curativos o paliativos, según el momento del diagnóstico. Las resecciones mucosas endoscópicas se consideran el procedimiento curativo menos agresivo, pero solo pueden emplearse en ausencia de metástasis e invasión a vasos linfáticos. El número de lesiones del paciente también influye para la elección del método: si presenta múltiples lesiones y son pequeñas, se pueden reseccionar tres o cuatro de ellas en una sola sesión; en cambio, se recomiendan varias sesiones cuando excede las cinco lesiones.

Asimismo, se emplea el grado del tumor para describir el cáncer y el plan de tratamiento. Los siguientes estadios se usan para el carcinoma de células escamosas de esófago:

- Estadio 0 (displasia de grado alto)
- Carcinoma de células escamosas de esófago en estadio I
- Carcinoma de células escamosas de esófago en estadio II
- Carcinoma de células escamosas de esófago en estadio III

- Carcinoma de células escamosas de esófago en estadio IV

Se habla de terapia paliativa cuando el tumor se considera irresecable, particularmente cuando hay enfermedad metastásica o cuando el paciente no tolera un proceso agresivo con intención curativa.<sup>(4)</sup> En las neoplasias esofágicas se realiza la paliación de la disfagia y el dolor, considerados síntomas secundarios.

La cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y las terapias endoscópicas constituyen alternativas de tratamiento. Para el alivio de la disfagia los procedimientos endoscópicos se dividen en mecánicos, químicos y térmicos. Entre los mecánicos se encuentran las dilataciones, las prótesis esofágicas y la gastrostomía, indicada para las lesiones del esfínter esofágico superior o cricofaríngeo que no responden a otras terapias; también se aplica cuando la anorexia prima sobre la disfagia.<sup>(6,7)</sup>

Las dilataciones utilizan bujías conducidas con guía (Savary Guillard) o balones hidrostáticos. Estos tienen la ventaja de realizar una fuerza radiada más uniforme con similares resultados a los dilatadores de Savary, pero a un mayor costo. Se recomiendan las guías angiográficas semiflexibles por ser menos traumáticas y más adaptables que las guías metálicas.<sup>(8,9)</sup> El efecto favorable de las dilataciones solo dura unos pocos días; por tanto, debe indicarse dos o tres veces por semana lo que incrementa sus costos y riesgos.

Las inyecciones intratumorales endoscópicas aplican de 0,5 a 1 ml de alcohol al 100 % en las porciones protuberantes de la neoplasia para fijar el tejido con ulceración y necrosis. El Servicio de Gastroenterología del Hospital “Celestino Hernández Robau” utiliza el 5-fluoracilo, medicamento que se administra por inyección para el tratamiento de cánceres de mama, colon, recto, estómago y páncreas. El 5-fluorouracilo constituye un antimetabolito que impide la elaboración de ADN y destruye las células cancerosas. También se le conoce como 5-FU y fluorouracilo. Actualmente se encuentra en estudio para el tratamiento de otras enfermedades y tipos de cáncer.<sup>(10,11)</sup>

El tratamiento endoscópico de la estenosis tumoral se realiza con fulguración endoscópica por calor, tratamiento fotodinámico, ablación de la lesión con argón plasma, Nd-YAG láser (neodimio: itrio-aluminio-granate) o colocación de

endoprótesis metálicas autoexpansibles,<sup>(12,13,14,15,16)</sup> todos muy costosos en el mercado internacional. La inyección de sustancias químicas, como el alcohol absoluto, el polidocanol o el 5- fluororacilo, se utiliza en lugares donde los tratamientos más sofisticados se hallan limitados. El objetivo del presente estudio fue describir la supervivencia de los pacientes con tumores de esófago, sometidos a tratamiento recanalizante durante enero de 2018 y junio de 2022.

## Métodos

Se realizó una investigación-desarrollo de tipo descriptivo a 135 pacientes con cáncer de esófago, atendidos en consultas externas y con tratamiento. Se utilizaron las historias clínicas individuales del Hospital Oncológico “Celestino Hernández Robau” (Guía de revisión documental) para obtener el dato primario en relación con las variables de interés en el estudio: sociodemográficas, hábitos tóxicos, resultados anatomopatológicos y de tratamiento.

Los resultados se presentaron en tablas y gráficos con el empleo de las técnicas de la estadística descriptiva. Se precisaron algunas variables cuantitativas a través de la medida de tendencia central y de dispersión. De la estadística inferencial se recurrió a la prueba de Chi cuadrado para las variables cualitativas y determinar si las diferencias en las distribuciones de las variables demostraban asociaciones por no homogeneidad. Se aceptó un nivel de significación del 95 %.

## Resultados

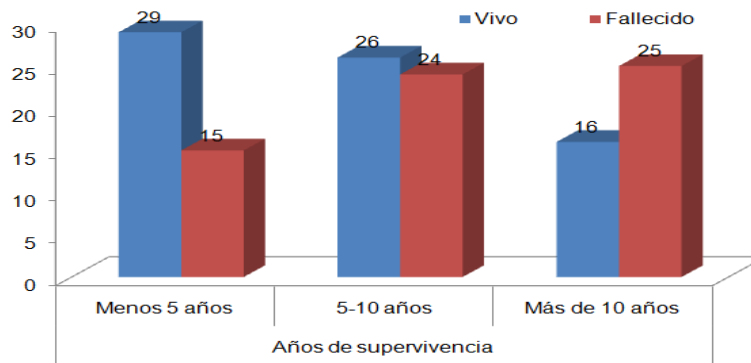
Los casos con cáncer de esófago mostraron una edad media de 63,7 años con mínimo en 27 y máximo en 94. De ellos 78 pertenecían al sexo masculino y 113 eran de piel blanca, que representaba el 83,7 % del total estudiado. El 56,3 % procedía de la ciudad. En cuanto a hábitos tóxicos, se identificaron 79 pacientes que mantenían el hábito de fumar o fueron fumadores; 43 que consumían bebidas alcohólicas, de ellos 11 fumaban; y 41 tomadores de café, de los cuales 14 también eran fumadores.

De los pacientes estudiados, 89 tenían carcinoma epidermoide y 46 adenocarcinoma. Las lesiones, en su mayoría, se localizaron en el tercio medio esofágico. No hubo ningún caso de adenocarcinoma en el tercio superior, como se describe en la literatura, en correspondencia con los factores de riesgo que intervienen en su oncogénesis (tabla).

**Tabla - Localización esofágica según el tipo histológico**

Localización	Tipo histológico				Total	
	Epidermoide		Adenocarcinoma			
	No.	%	No.	%	No.	%
Superior	33	24,5	-	-	33	24,5
Medio	51	37,7	35	25,9	86	63,6
Inferior	5	3,7	11	8,2	16	11,8
Total	89	65,9	46	34,1	135	100

Durante el tratamiento recanalizante se destacó la supervivencia de los pacientes con cáncer de esófago por menos de 10 años; en cambio, los que padecieron la enfermedad por más de 10 años murieron con mayor frecuencia (fig.).



**Fig. - Años de supervivencia de los pacientes con cáncer de esófago sometidos a tratamientos recanalizantes.**

## Discusión

Los resultados de este estudio coinciden con los reportados en la literatura, que señala un predominio de cáncer esofágico en hombres, en una proporción de 4:1 con respecto al sexo femenino; esto se explica porque los hombres se hallan más expuestos a los principales factores de riesgo.<sup>(7,17,18)</sup> Diversas publicaciones refieren pocas probabilidades de padecer cáncer de esófago antes de los 40 años, dato que concuerda con esta investigación. Por lo general, esta enfermedad se presenta entre los 50 y 70 años, según estudios realizados en EE.UU. y Perú, países con una alta incidencia de cáncer esofágico.

En una investigación de iguales características, efectuada en el hospital “Saturnino Lora” de Santiago de Cuba, predominaron el sexo masculino con un 84,3 % y los pacientes con más de 60 años.<sup>(12)</sup> En el hospital “Mario Muñoz Monroy” de Matanzas se reportó la preeminencia del sexo masculino con 30 pacientes (85,7 %) y el grupo etario mayor de 60 años (88,6 %).<sup>(13)</sup>

Los principales factores de riesgo, referidos por la literatura, resultaron el tabaquismo y la ingesta etílica.<sup>(19,20,21)</sup> Varios autores cubanos señalan la trascendencia de estos hábitos tóxicos, y consideran el alcohol y el cigarro importantes agentes causales del carcinoma esofágico; revelan, además, que, cuando se combinan, incrementan el riesgo de 25 a 100 veces.<sup>(1)</sup>

En Cuba sobresale el carcinoma epidermoide. Esto puede relacionarse con los factores de riesgo que más inciden en la población, no así de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y el Esófago de Barrett, tratados muy de cerca por los gastroenterólogos.<sup>(2,3,4)</sup> El mayor número de lesiones neoplásicas se asienta en la porción torácica y se corresponde con carcinomas epidermoides; las localizadas en la porción abdominal se vinculan, por lo general, con los adenocarcinomas.<sup>(5)</sup>

La expectativa de vida depende del estadio en el que se efectúa el diagnóstico y la agresividad del tumor; se puede evaluar con relativa certeza durante el período final de la enfermedad, porque en otros momentos influyen demasiadas variables. En el caso de un paciente en estadio IV, la esperanza de vida se calcula alrededor de seis meses después de la diagnosis; sin embargo, en este estudio más de la mitad de los pacientes en estadio IV falleció en menos de 30 días, quizás por su deterioro nutricional y el estadio avanzado de la enfermedad cuando se descubrió el tumor.<sup>(22,23,24)</sup>

En conclusión, el cáncer de esófago aún se diagnostica de forma tardía. Se mantiene la elevada prevalencia del carcinoma epidermoide sobre el adenocarcinoma, lo cual sugiere la insuficiencia de acciones de salud para prevenir los factores de riesgo en la población. Igualmente, se relaciona el estadio avanzado de la enfermedad con el corto tiempo de vida de los pacientes posterior al diagnóstico.

## Referencias bibliográficas

1. Goense L, van Dijk WA, Govaert JA, van Rossum PS, Ruurda JP, van Hillegersberg R. Hospital costs of complications after esophagectomy for cancer. *Eur J Surg Oncol.* 2017;43(4):696-702. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2016.11.013>
2. Internacional Agency for Research on Cancer, World Health Organization (WHO). Oesophagus. Source Globocan 2020. Ginebra: WHO; 2020 [acceso 08/03/2022]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/6-Oesophagus-fact-sheet.pdf>
3. Koury LK, Hernández CR, López VD. Complicaciones de Esofagectomías. *Rev Venez Oncol.* 2017 [acceso 08/03/2022];29(4):252-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3756/375652706006/html/>
4. Norero E, Ceroni VM, Martínez BC, Mejía MR, Muñoz CR, Godoy SC, *et al.* Complicaciones postoperatorias en esofagectomía por cáncer. Evaluación de 215 casos según definiciones del grupo de consenso internacional. *Rev Cir.* 2020;72(5):427-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492020005600>
5. Yokoyama A, Kakiuchi N, Yoshizato T. Age-related remodelling of oesophageal epithelia by mutated cancer drivers. *Nature.* 2019;565:312-7. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41586-018-0811-x>
6. Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Anuario Estadístico de Salud 2018. La Habana: MINSAP; 2019 [acceso 08/03/2022]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2018-ed-2019-compressed.pdf>



7. American Cancer Society. Cáncer de esófago. 2020 [acceso 08/03/2022]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-esofago.html>
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer. Ginebra, Suiza: OMS; 2017 [acceso 20/04/2022]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es>
9. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Cáncer. Washington, D.C.: PAHO; 2017 [acceso 20/04/2022]. 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)
10. Gallego J. Cáncer de esófago. Sociedad Española de Oncología Médica; 2021 [acceso 06/04/2022]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/esofago>
11. Rice TW, Ishwaran H, Ferguson M. Cancer of the Esophagus and Esophagogastric Junction: An Eighth Edition Staging Primer. *J Thorac Oncol*. 2017;12(1):36-42. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jtho.2016.10.016>
12. Nazario AM, Falcón CG, Matos ME, Oliú H, Romero LI. Caracterización de pacientes con cáncer de esófago en el bienio 2013-2014. *MEDISAN*. 2016 [acceso 30/05/2022];20(2):143-53. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192016000200003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000200003)
13. Avalos R, Bouza C, Umpierrez I. Caracterización clínico-patológica de los pacientes con cáncer esofágico en el Hospital Mario Muñoz Monroy, Matanzas. *Rev Méd Electrón*. 2015 [acceso 30/05/2022];36(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242015000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000400005)
14. Gómez JM, Manrique A, Chávez MA, Cerna J, Pérez T, Hernández NN, *et al*. Epidemiología del cáncer de esófago en el Hospital Juárez de México. *Endoscop*. 2017 [acceso 30/05/2022];29(1):11-5. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=109166>
15. Pech O, Behrens A, May A, Nachbar L, Gossner L, Rabenstein T, *et al*. Long-term results and risk factor analysis for recurrence after curative endoscopic therapy in 349 patients with high-grade intraepithelial neoplasia and mucosal

adenocarcinoma in Barrett's oesophagus. Gut. 2008;57(9):1200-6. DOI: <https://doi.org/10.1136/gut.2007.142539>

16. Zambrano FC, Vélez MA, Chacha NR, Basurto GG, Pesantez FA. Sintomatología y tratamiento en cada etapa del paciente con cáncer de esófago. RECIAMUC. 2020;4(4):263-72. DOI: [https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.\(4\).noviembre.2020.263-272](https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.(4).noviembre.2020.263-272)

17. Sohda M, Kuwano H. Estado actual y perspectivas futuras para el tratamiento del cáncer esofágico. Ann Thorac Cardiovasc Surg. 2017;23(1). DOI: <https://doi.org/10.5761/atcs.ra.16-00162>

18. Navas DJ. Comportamiento clínico epidemiológico del cáncer de esófago en el Hospital Provincial Docente Ambato período junio-noviembre del año 2016 [Tesis]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2017 [acceso 06/04/2020]. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/6318>

19. Napier KJ, Scheerer M, Misra S. Esophageal cancer: a review of epidemiology, pathogenesis, staging workup and treatment modalities. World J Gastrointest Oncol. 2014;(6):112-20. DOI: <https://doi.org/10.4251/wjgo.v6.i5.112>

20. Bedennel L, Lledo G, Marriette C. Cáncer de esófago. EMC. 2017;21(4):1-7. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(17\)86943-9](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(17)86943-9)

21. Velasco Hernández ND, Horiuchi HR, Rivaletto LA, Zicavo MM, Fernández L. Linfadenectomía mediastinal para el cáncer de esófago mediante un abordaje miniinvasivo. Diferencias entre en el adenocarcinoma y el carcinoma escamoso. Act Gastroenterol Latinoam. 2020 [acceso 20/04/2022];50(2):133-9. Disponible en: <https://actagastro.org/linfadenectomia-mediastinal-para-el-cancer-de-esofago-mediante-un-abordaje-miniinvasivo-diferencias-entre-en-el-adenocarcinoma-y-el-carcinoma-escamos/>

22. Das A. A comparison of endoscopic treatment and surgery in early esophageal cancer. an analysis of surveillance epidemiology and end results data. Am J Gastroenterol. 2018;103(6):1340-45. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2008.01889.x>

23. Peters Y, Schrauwen RWM, Tan AC, Bogers SK, de Jon B, Siersema PD. Detection of Barrett's oesophagus through exhaled breath using an electronic

nose device. Gut. 2020;69(7):1169-72. DOI: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2019-320273>

24. Choi J, Chung H, Lee A, Kim JL, Cho SJ, Kim SG. Role of endoscopic ultrasound in selecting superficial esophageal cancers for endoscopic resection. Ann Thorac Surg. 2021;111(5):1689-95. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2020.07.029>

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

### **Contribución de los autores**

*Conceptualización:* Danely Mendoza Jiménez y Lissy Lisbet Rodríguez Rodríguez.

*Curación de contenidos y datos:* Danely Mendoza Jiménez y Ramón Romero Borges.

*Análisis formal:* Danely Mendoza Jimenez y Lissy Lisbet Rodríguez Rodríguez.

*Metodología:* Lissy Lisbet Rodríguez Rodríguez y Ramón Romero Borges.

*Redacción-borrador original:* Danely Mendoza Jiménez.

*Redacción-revisión y edición:* Danely Mendoza Jiménez, Lissy Lisbet Rodríguez Rodríguez y Ramón Romero Borges.