

## VII. CÁNCER DE ESÓFAGO

Dr. Federico Hernández Fonseca

### A. Epidemiología

El cáncer del esófago (CE) representa el 1.0 % de todos los cánceres diagnosticados en USA, y el 1.8 % de las muertes por cáncer en ese país. Constituye el 4.5 % de los carcinomas del tubo digestivo, y el 7.7 % de las muertes por ese tipo de cánceres. En el mismo país se presenta en 6 por 100.000 hombres y en 1.5 por 100.000 mujeres. Las prevalencias más altas se observan en algunas regiones de Irán (160 a 180 por 100.000 hab.) y en el norte de China (109 por 100.000 hab.); igualmente altas son en Sudáfrica, en Ceilán y en algunas zonas de Europa (Normandía y Britania).

En Chile tiene una tasa de 5.3 por 100.000 hab. ocupando el 6° lugar de todos los cánceres. Su incidencia porcentual es del 6 % en hombres y el 4 % en mujeres, ocupando el 4° y 7° lugar de todos los cánceres, respectivamente. Entre los factores causales o relacionados, se encuentra el alcohol: el consumo exagerado se ve 3 veces más en los pacientes con CE que en portadores de otros cánceres, y el riesgo de desarrollar la enfermedad es ingesta de nitrosaminas, hidrocarburos policíclicos aromáticos, la ingesta de bebidas muy calientes y algunas deficiencias nutricionales relacionadas con elementos trazas y algunas vitaminas, estarían relacionados con la aparición de la enfermedad.

Algunas enfermedades esofágicas benignas constituyen factores predisponentes para adquirir un carcinoma epidermoide. En los portadores de Acalasia por más de 25 años de evolución, se observa un 7 % de CE en el tercio medio; los pacientes con estenosis cáustica tienen entre un 1 y un 5 % de riesgo. La existencia de esofagitis u otro proceso inflamatorio, está también aso-

ciada a una mayor incidencia de CE. Finalmente, la presencia de islotes heterotópicos de epitelio columnar en la mucosa esofágica, y muy en especial el Esófago de Barret, tienen un riesgo 40 veces mayor que la población general.

### B. Anatomía patológica

Para efectos estadísticos, para planificar el tratamiento y para orientarse en el pronóstico, el esófago se ha dividido en tres segmentos: el cervical o tercio superior, desde la faringe hasta la carina, el tercio medio desde la carina hasta la vena pulmonar inferior, y el tercio inferior desde ésta hasta el cardias, incluyendo el esófago abdominal.

La macroscopía del tumor corresponde en general a lesiones duras y ulcerativas, con un proceso infiltrativo que finalmente compromete todas sus capas y las zonas vecinas, y de allí la importancia de las relaciones anatómicas de vecindad con el árbol respiratorio, con el nervio laríngeo recurrente, con la aorta y el pericardio, estructuras que, una vez comprometidas, determinan su inoperabilidad, su irreseccabilidad, serias dificultades técnicas en la resección y ensombrecimiento ominoso del pronóstico. Tiene entonces el CE, un crecimiento local amplio y un compromiso linfático precoz, determinando ambos la condición de enfermedad localizada, avanzada local, o con metástasis. (Cuadro 1).

Cuadro 1

|                 | Enf. localizada | Avanzada local | Metástasis |
|-----------------|-----------------|----------------|------------|
| Tumores < 5 cms | 40 %            | 25 %           | 35 %       |
| Tumores > 5 cms | 10 %            | 15 %           | 75 %       |

El tipo histológico predominante es el carcinoma epidermoide originado en el epitelio pluriestratificado del esófago, representando sobre el 90 % de los casos, estando el grupo restante constituido por el adenocarcinoma que asienta en islotes heterotópicos de mucosa gástrica ubicados en el esófago, y otros más raros, como los sarcomas, los linfomas o el melanoma; las lesiones de la unión gastroesofágica se consideran como invasión de tumores originados en el estómago y tienen por lo tanto un comportamiento similar al cáncer gástrico. Establecida esta premisa, son excluidos de la distribución de frecuencia de localización del CE; quedan entonces, cifras de 11-17 % para el tercio superior, 47-61 % para el tercio medio y 28-37 % para el tercio inferior, siendo la localización más frecuente, en el tercio medio. El grado de diferenciación no afecta la sobrevida, no se relaciona con el compromiso linfático y no tiene significación clínica.

La distribución del drenaje linfático del esófago es de trascendental importancia para efectos de planificar una cirugía resectiva con vaciamiento ganglionar adecuado que permita acercarse a las limitadas posibilidades de curación de la enfermedad. Su diseminación se hace en forma axial, pudiendo comprometer grupos ganglionares desde el cuello, pasando por el mediastino, hasta los gástricos superiores en el abdomen.

En el estudio de compromiso ganglionar realizado por Akiyama no se encontró diferencia en el número de nódulos positivos en el CE de tercio superior, medio e inferior. Está claro que hay una relación entre la ubicación anatómica del tumor y la frecuencia de ganglios positivos en cada grupo. En el tercio medio es natural encontrarlos en el mediastino y en el abdomen. Sin embargo, en el CE de tercio superior se observó compromiso de los grupos gástricos superiores en el 31 % de los pacientes,

y en los de tercio inferior, un 9.8 % de los mediastínicos superiores. Consecuentemente con esto, es necesario enfatizar que donde quiera que se ubique el tumor, la esofagectomía total es necesaria y una completa disección ganglionar obligatoria, si se pretende realizar un procedimiento con criterio curativo.

### **C. Cuadro clínico**

Se presenta habitualmente en varones mayores de 50 años, con antecedentes de ingestión crónica de alcohol y/o fumadores. El síntoma cardinal del cuadro es la disfagia, síntoma que se presenta tardíamente, cuando la circunferencia del esófago está comprometida en un 50 %, etapa ya lejana a una lesión temprana y de buen pronóstico. La disfagia es lógica y progresiva, primero para sólidos y luego para líquidos, para llegar finalmente a la afagia. Junto con ella aparece lógicamente el segundo síntoma, bastante constante y significativo por lo demás, la baja de peso. El 70 % de los casos en nuestro medio, consulta tardíamente, tragando solo líquidos o en afagia, y con baja importante de peso.

En etapas tempranas de la enfermedad, el paciente puede presentar en forma abrupta y sin antecedentes previos de disfagia, un episodio de impacción alimentaria con afagia total, el que una vez resuelto, sea espontáneamente (regurgitación o deglución) o luego de una extracción endoscópica, obliga a un cuidadoso estudio para precisar la causa del accidente. No es infrecuente que, en casos como éstos, se encuentre finalmente un CE en etapa temprana

A corto andar aparecen síntomas respiratorios, como la tos irritativa, la bronquitis purulenta e incluso neumopatías agudas, todas a consecuencia de la aspiración involuntaria e inadvertida de saliva y alimentos retenidos en el esó-

fago supratumoral, producidas especialmente en el decúbito. La disfonía es un síntoma también tardío y se produce por compromiso del laríngeo recurrente izqdo.

Algunas graves complicaciones producidas por el crecimiento del tumor, producen síntomas adicionales: la fístula esófago-traqueal, aspiración permanente de la saliva deglutida, con infecciones respiratorias graves y eventual asfixia, y la fistulización a la aorta, una muerte brusca por anemia aguda.

En el examen físico son notorios los signos de una desnutrición marásmica, con alteración importante de los índices antropométricos. En el 5 % de los pacientes se puede encontrar adenopatías supraclaviculares. Excepcionalmente, cuando hay clara invasión infradiafragmática y metástasis hepáticas pueden aparecer otros signos clínicos como ictericia, hepatomegalia nodular o matidez desplazable.

#### **D. Diagnóstico**

Frente a la presencia de un paciente con síndrome esofágico, y cuando los antecedentes clínicos hacen sospechar la presencia de una estenosis orgánica del esófago, debe procederse a buscar o descartar la presencia de un CE. Para este efecto existe una variedad de exámenes complementarios que permiten conseguir este trascendente objetivo.

##### 1. Rx de EED

Utilizando una papilla baritada, podrá verse un defecto asimétrico en la superficie interna del órgano o zonas de estenosis excéntricas e irregulares de variada magnitud, ubicadas en algunos de los segmentos del esófago; puede llegar a ser una obstrucción total, anfractuosa, con franca dilatación y retención proximal del medio de contraste e incluso, con desviación del eje axial del órgano. Este último signo debe ser interpretado con cautela en consideración

a algunas situaciones fisiológicas que lo producen, como la senescencia.

En los accidentes de afagia abrupta, puede observarse una obstrucción por un "bolo alimentario impactado" que se caracteriza por dar una imagen de cuerpo extraño embebido de medio de contraste, con convexidad superior y que deja pasar lentamente la papilla baritada a distal.

Por una doble razón se puede observar una imagen broncográfica (contraste de tráquea, bronquios fuentes y secundarios), sea por regurgitación y aspiración involuntaria de la papilla baritada, o por la presencia de una fístula esófago traqueal por compromiso tumoral. También se puede ver una salida del medio de contraste por perforación "ciega" del tumor, sin que se establezca una comunicación con otro órgano o espacio anatómico libre (pleura - mediastino).

Los signos radiológicos observados deben ser evaluados pensando siempre en un diagnóstico diferencial con otras estenosis orgánicas, como aquella por esofagitis de reflujo o cáusticos, o funcionales como la acalasia.

##### 2. Endoscopia - Biopsia

Es fundamental para establecer el diagnóstico. La endoscopia puede informar algún grado de dilatación y eventual retención de saliva o restos alimentarios en el esófago proximal, o algún defecto irregular o rigidez en la mucosa con variados grados de obstrucción, habitualmente asimétrica, excéntrica e irregular, que puede llegar a ser infranqueable y total. Las lesiones deben ser ubicadas en cms. de la arcada dentaria, para precisar su localización topográfica en el esófago, lo que permite definir mejor el resto del estudio y planificar una eventual cirugía.

La toma de biopsia es indispensable, aunque no siempre posible por la imposibilidad de hacerlo en la zona tumoral

misma. La condición infranqueable de las estenosis moderadas / severas obligan a repetir el examen, previa dilatación y o fulguración de la lesión, en lo posible endoscópica, cuando la primera vez ha sido informada como esofagitis. En casos dudosos se puede utilizar el escobillado de la zona mucosa sospechosa, para realizar un estudio citológico.

### **E. Etapificación**

Una vez diagnosticada la lesión, es necesario conocer su extensión y profundidad en la pared esofágica, y la magnitud de la diseminación hematológica o linfática, condición indispensable para planificar el tratamiento.

1. Rx de tórax: Realizada en posición de pie, puede evidenciar un nivel hidroaéreo en el mediastino, siendo representación de un residuo alimentario en el esófago supraestenótico, que puede corresponder tanto a una lesión orgánica o funcional, como la acalasia. También puede mostrar lesiones parenquimatosas como metástasis pulmonares y ocasionalmente, deformaciones del mediastino a consecuencia de compromiso ganglionar metastásico.

2. Ultrasonografía abdominal: Debe estar incluida en los protocolos de etapificación, en consideración a la ya mencionada invasión linfática de los grupos ganglionares del tronco celíaco y gástricos superiores a veces presente, y para la pesquisa de metástasis hepáticas, elementos que contraindican la resección, o el agregado de vaciamientos ganglionares extendidos.

3. Laringoscopia indirecta: De gran utilidad, bastante simple y bien tolerada, la realiza el otorrinolaringólogo con un espejo dental y tracción de la lengua ayudado por una gasa; está especialmente indicada en los casos de lesiones de

tercio superior, con o sin alteraciones de la voz, y pretende pesquisar una parálisis de la cuerda vocal izda. que de estar presente indicaría compromiso del nervio laríngeo recurrente izquierdo y que estamos fuera de momento de planificar una cirugía resectiva.

4. Traqueobroncoscopia: Este examen es obligatorio en pacientes con CE ubicado en zonas relacionadas con la tráquea y los bronquios fuentes, especialmente si la cirugía resectiva está contemplada como tratamiento. Más del 50 % de los portadores de lesiones en el tercio superior tienen anomalías en el árbol respiratorio, incluyendo el 25 % que tiene invasión tumoral directa. El examen puede demostrar lesiones en la mucosa y también distorsiones de la carina a consecuencia de adenopatías neoplásicas subcarinales.

5. Tomografía Axial Computada (TAC): Especialmente del tórax, ojalá abdominal, tiene alto rendimiento para evaluar la pared del esófago y las estructuras vecinas. Además, proporciona información sobre el compromiso ganglionar, pulmonar o hepático. En cuanto al tumor mismo, define con claridad el grosor de la pared y la extensión de la lesión: los engrosamientos de la pared > 5 mms. y especialmente si son asimétricos, están presentes en 2/3 de los pacientes con CE.

El rendimiento para precisar la invasión de órganos vecinos es variable, pero la capacidad de predicción de compromiso traqueobronquial o aórtico, alcanza al 80 %, pero con una sensibilidad de sólo el 55 %.

La capacidad de detectar adenopatías mediastínicas se basa en el aumento del tamaño de los linfonodos (> 1 cm.), y en el CE este compromiso suele observarse con tamaño normal; así, la capacidad predictiva para pesquisar compromiso ganglionar, es < 60 %, con una

sensibilidad < 30 %. Las metástasis viscerales se detectan en el 95 % de los casos, pero con una sensibilidad del 40 %; el compromiso ganglionar a distancia, como los del tronco celíaco, se pesquisan en un 82 % con sensibilidad > 60 %. Cuadro 2.

Cuadro 2. Rendimiento del TAC en la etapificación del CE

|                                   | Capacidad predictiva | Sensibilidad |
|-----------------------------------|----------------------|--------------|
| Invasión órganos vecinos          | 80 %                 | 55 %         |
| Compromiso ganglionar mediastino  | < 60 %               | < 30 %       |
| Compromiso visceral               | 95 %                 | 40 %         |
| Compromiso ganglionar a distancia | 82 %                 | > 60 %       |

6. Ultrasonografía endoscópica: Iniciada en 1980 en Japón y en 1987 en USA, es un nuevo recurso para etapificar la lesión, tanto para determinar su profundidad en la pared del órgano, como el compromiso ganglionar mediastínico y de órganos vecinos. Utiliza un transductor especial para ser introducido en el extremo de un endoscopio modificado. En el esófago normal se pueden identificar con este método, cinco capas: mucosa, lámina propia, muscularis mucosa, muscularis propia y adventicia. El examen tiene la limitación a aquellos pacientes en que el transductor puede ser introducido hasta la zona tumoral. Su rendimiento global para precisar la profundidad de la penetración mural es del 87 %, y para detectar compromiso ganglionar (ganglios >3-5 cms.), es mayor que el 84 %.

7. Tanto la Laparoscopia como la Toracoscopia han sido utilizadas para efec-

tos de etapificación, pero no están definitivamente incluidas en los protocolos habituales.

#### F. Tratamiento

Para definir el tratamiento del CE es indispensable contar con un diagnóstico bien definido y con la enfermedad debidamente etapificada, de manera de precisar las reales expectativas de beneficios para el paciente.

El tratamiento más efectivo del CE es el quirúrgico, exclusivo o asociado a radioterapia y/o quimioterapia, y su objetivo principal es mejorar la enfermedad o prolongar el tiempo y la calidad de la sobrevida, proporcionando al menos, la recuperación de la ingesta oral. Aunque la curación puede obtenerse en algunos pacientes con lesiones tempranas, los esfuerzos deben dirigirse en la gran mayoría de los casos a una rápida y efectiva paliación.

La oportunidad del diagnóstico juega un papel fundamental en el pronóstico del paciente: por una parte, la experiencia china con estudios masivos, ha llegado a cifras de 94 % de resecabilidad y sobrevida a 5 años del 64 % cuando no hay compromiso linfático; y en el otro extremo, nuestra experiencia histórica, con una operabilidad del 25 % y una resecabilidad del 20 % de las admisiones y del 80 % de los operados (104 casos tratados entre 1978-1990). En el Cuadro 3 se muestra el perfil habitual de nuestro consultante.

Tabla 3. Perfil habitual del consultante.

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 3-6 meses de disfagia lógica progresiva.</li> <li>➤ Baja de peso de 10-20 Kg.</li> <li>➤ Disfagia para sólidos y papillas.</li> <li>➤ Rx EED con estenosis anfractuosa &gt; 5 cms.</li> <li>➤ Endoscopia con estenosis infranqueable</li> </ul> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los objetivos del tratamiento van, desde la curación a la mejoría del tiempo y calidad de la sobrevida, hasta el restablecimiento de la deglución y la posibilidad de alimentarse por cualquier vía. Y los recursos terapéuticos, desde la resección quirúrgica, asociada o no a radioterapia y/o quimioterapia, a las recanalizaciones del tumor (dilatación, electro-fulguración, endoprótesis) y las vías de nutrición enteral (SNG o gastrostomías). Considerando lo tardío de la consulta en la gran mayoría de nuestros pacientes, es aconsejable implementar y desarrollar aquellos recursos de carácter paliativo

Los elementos a considerar para la elección del tratamiento, son: (a) localización, longitud y magnitud de la lesión; (b) diseminación ganglionar; (c) compromiso de órganos vecinos; y (d) diseminación hematógena.

### 1. Cirugía

En los últimos 15 años, la mortalidad operatoria de la cirugía del CE se ha reducido a la mitad. Sin embargo, todos los esfuerzos para mejorar la sobrevida a largo plazo con procedimientos resecivos ampliados, han fracasado. De 100 pacientes que llegan al cirujano, solo 56 son resecables; 7 fallecerán por complicaciones post-operatorias, 27 sobrevivirán el primer año, 12 el segundo y 10 al quinto año. Así, la mejoría del pronóstico en los portadores de CE, se ve como improbable. (Müller J.M. Br.J.Surg. 1990, vol 77, Aug, 845-847).

El tratamiento quirúrgico actual contempla: (a) una esofagectomía subtotal, basada en el comportamiento de la diseminación linfática axial, y para evitar el dejar una anastomosis en el mediastino, cuya dehiscencia es causa de mediastinitis con alta mortalidad; (b) el reemplazo del esófago con estómago "tubulizado" o colon, ascendidos por mediastino posterior o vía retroesternal; y (c) una anastomosis esófago-gástrica

por cervicotomía izquierda. Puede ser realizado con criterio curativo o paliativo. Al primer grupo corresponde la llamada Esophagectomía en bloque (o ampliada), y al segundo, la Esophagectomía standard.

Para la elección de la técnica se deben considerar, las complicaciones intraoperatorias, la morbilidad global y respiratoria, el dolor postoperatorio, la estadía hospitalaria y el reintegro a la actividad laboral, la mortalidad operatoria y la sobrevida a 5 años.

Para cumplir los objetivos planteados y considerando los aspectos expuestos en los párrafos precedentes, se dispone de varias formas técnicas de realizar la esophagectomía, todas ellas con el agregado de los tiempos abdominal, para preparar el órgano de reemplazo, y el cervical para realizar la reconstitución:

➤ La Esophagectomía transtorácica (ETT): bastante traumática por la resección costal (o fractura) de la toracotomía, evoluciona con importante dolor postoperatorio y dificultades en la dinámica respiratoria, lo que aumenta las complicaciones; la disección del tumor bajo visión directa, disminuye las complicaciones intraoperatorias y permite realizar una cirugía más oncológica, lo que la hace estar especialmente indicada en los tumores del tercio medio con expectativas de curación.

➤ La Esophagectomía transhiatal (ETH), o sin toracotomía, o stripping esofágico: reaparece para ser usada por primera vez en CE (1974), como una alternativa de la ETT, con el objeto de suprimir el trauma de la toracotomía y las complicaciones respiratorias que se le atribuyen; su limitación principal es la disección ciega del esófago torácico lo que aumenta los accidentes intraoperatorios y hace imposible un vaciamiento ganglionar mediastínico. Se describe un 2 % de hemorragia fatal y un 3 % de lesión traqueal, y una mortalidad del 10%

(Perachia). Su uso aparece como razonable en las lesiones de los tercios superior e inferior, cuando la disección del tumor se puede hacer bajo visión directa, por el cuello o por el abdomen, respectivamente. A pesar de que se han comunicado experiencias en CE de tercio medio, nosotros como la gran mayoría de los autores, la tenemos absolutamente contraindicada en esa localización.

➤ La Esofagectomía Toracoscópica (ET) es una técnica recién en desarrollo (1991) que aprovecha, en general, las ventajas de la cirugía videoendoscópica. Es menos traumática que la ETT, produce menos dolor y menos complicaciones respiratorias. Una vez asentada la técnica y adiestrado el equipo quirúrgico, será la opción ideal para las lesiones del tercio medio toda vez que la disección del tumor se hace bajo visión directa; sin embargo, todavía mantiene limitaciones para realizar una resección oncológicamente satisfactoria.

➤ Se han utilizado también, la Esofagectomía por Mediastinoscopía y la Esofagectomía por laparotomía con asistencia laparoscópica transhiatal.

#### 1.1. Cirugía Curativa:

La Esofagectomía en bloque debe ajustarse a los preceptos de Akiyama, vale decir, debe incluir una esofagectomía total con resección de la c. menor proximal y cardias, una disección ganglionar del mediastino posterior, gástricos superiores y celíacos, y reemplazo esofágico en un tiempo. Sin embargo, numerosos grupos piensan que la magnitud y gravedad del procedimiento producen un aumento importante de la morbimortalidad operatoria, y no se traduce necesariamente en una mejoría sustancial de la sobrevivida a largo plazo, a menos que se trate de lesiones que no sobre-

pasen la pared y que tengan <5 ganglios comprometidos (Skinner).

#### 1.2. Cirugía Paliativa:

La idea generalizada de los autores dedicados al manejo del CE, es que la esofagectomía es una operación paliativa para resolver la disfagia, y mejorar el tiempo y la calidad de la sobrevivida.

➤ La Esofagectomía standard no incluye vaciamiento ganglionar alguno, y se limita a la resección del esófago hasta 3 cms. caudal a la unión faringoesofágica, con reemplazo con estómago ascendido por vía retroesternal o mediastínica.

Es éste el procedimiento que usa la mayoría de los grupos, "ahorrándose" la mortalidad de otros más extendidos, asumiendo un efecto paliativo y basando sus expectativas de curación en la presencia de una lesión pequeña, limitada a la pared esofágica y sin adenopatías metastásicas.

➤ El By-pass de la lesión tumoral, generalmente con estómago y por vía retroesternal, no remueve el órgano enfermo, pretende restablecer la capacidad de deglución, y está indicado en pacientes con estenosis completas, con compromiso de órganos vecinos y muy especialmente frente a una fístula esófago-traqueal. Considerando que se trata de pacientes con enfermedad avanzada, seriamente desnutridos y habitualmente con patología asociada importante, tiene una mortalidad considerable (28-71 %), la media de supervivencia es 6 meses y su estadía postoperatoria, de 4-6 semanas.

➤ La Gastrostomía, bastante desprestigiada, tiene como único objetivo el obtener una vía de alimentación que permita retrasar la llegada de un estado caquético por inanición, y hacer posi-

ble y llevadera su manejo en su domicilio.

➤ La colocación de una SNG como vía para nutrición enteral, es el último recurso disponible para alimentar al paciente; descartados los que pudieran permitir la deglución y desechada la Gastrostomía, se puede recurrir a ella, aunque su presencia en la zona de estenosis termina por obstruir totalmente el lumen agravando la regurgitación de la saliva deglutida. De esta manera, no representa un aporte significativo.

## 2. Radioterapia (Rô)

Múltiples ensayos se han realizado con esta terapia coadyuvante en el manejo del CE, haciendo la salvedad que sólo los carcinomas epidermoides son radiosensibles, quedando los adenocarcinomas fuera de esta alternativa.

Se ha utilizado en el preoperatorio, a concentración de corta duración (4-5 días) hasta la fraccionada de larga duración (4-5 semanas), atribuyéndole ventajas como: (a) reducción de tamaño hasta uno que lo haga extirpable, (b) evitar la diseminación de células tumorales viables durante la operación y reducir la diseminación metastásica a distancia, y (c) destruir los acúmulos microscópicos de células tumorales y la invasión de estructuras adyacentes no accesibles a la resección. A pesar de estos antecedentes, no se ha logrado cifras de su-pervivencia significativamente superiores, por lo que no se aconseja su uso rutinario.

Es necesario considerar además, que su aplicación tiene contraindicaciones formales como la mediastinitis, la fístula esófago-traqueal y la enfermedad diseminada; igualmente, se le atribuyen complicaciones graves, como la esofagitis, la perforación, la fístula esófago-traqueal, la hemorragia y la neumonitis. La radioterapia postoperatoria, según un estudio japonés, habría mostrado

mejores índices de sobrevida a 5 años que la Rô aplicada en el pre y postoperatorio, pero igualmente son necesarios estudios estadísticamente adecuados para llegar a una conclusión valedera.

También la Rô se ha usado como terapia única, sea con espíritu curativo o paliativo. En forma curativa, especialmente reservada para el carcinoma epidermoide de localización cervical, seguida de cirugía en caso de recidiva local. En forma paliativa, aunque sus beneficios no están claramente demostrados y sí sus eventuales complicaciones, es aconsejable su uso en los casos inoperables y en las lesiones irreseca-bles, asociada a otros procedimientos paliativos que se verán a continuación.

## 3. Quimioterapia (QT)

El uso de la Quimioterapia (QT) preoperatoria, sola o con Rô, se basa en la demostración en necropsias, de una diseminación difusa en algunos pacientes recientemente resecados; parece razonable entonces, agregar un tratamiento sistémico. Dado que algunas drogas tienen propiedades tanto citotóxicas como radiosensibilizantes, una combinación de QT/Rô podría resultar óptima para controlar el crecimiento regional del tumor y destruir las micrometástasis sistémicas.

Los efectos tóxicos de la QT son variados, frecuentes y graves, por lo que a menudo el tratante la suspende o el paciente la rechaza.

La QT preoperatoria no aumenta la resecabilidad y no hay ninguna prueba que mejore en forma sustancial el pronóstico a largo plazo. Cierta grupo de pacientes con enfermedad limitada y no bien identificados, responden extraordinariamente bien y sobreviven durante más tiempo que los tratados solo con cirugía.

La respuesta con QT/Rô preoperatoria es superior a la QT sola, pero no mejora la resecabilidad. Comparados los pa-

cientes tratados con cirugía sola con un grupo que recibió bleomicina y Rô, se observó una mortalidad 16 % mayor en este último, mientras que las medianas de supervivencia eran similares. También fue descrita por Poplin, la observación de 18 remisiones completas en 113 pacientes tratados con Rô, cisplatino y 5 FU en el preoperatorio, y los resultados a largo plazo de ése subgrupo fueron excelentes, con supervivencias del 84 % al año, del 67 % a los 2 años y del 45 % a los 3 años.

#### 4. Otros procedimientos no quirúrgicos

Están destinados a pacientes con lesiones avanzadas cuyo estudio de etapificación los ha ubicado en el grupo de los inoperables, o que siendo operados, fueron irresecables; también aquellos que siendo operables, dejaron de serlo por su edad avanzada y/o por ser portadores de severa patología asociada; y también los que rechazan la cirugía.

La importancia de estos recursos terapéuticos adicionales, todos paliativos, radica en lo reiteradamente mencionado en relación a lo tardío de la consulta, y a que no más del 60 % de los pacientes son resecables al momento de ingresar al hospital. Así, un gran número de pacientes serán tributarios de estos procedimientos, siendo nuestra ineludible obligación implementarlos y desarrollarlos en consecuencia. Ahora se trata de resolver necesidades más básicas, aunque sea por un tiempo breve, como satisfacer el deseo de tragar y/o la necesidad de alimentarse, y tener la opción de reintegrarse a su grupo familiar. Varias son las opciones terapéuticas actuales para resolver estas necesidades:

4.1. Dilatación anterógrada Es un recurso simple que puede resolver una disfagia intensa, en forma ambulatoria y por lapsos breves permitiendo al paciente la ingesta de alimentos "algo más sólidos".

Idealmente debe hacerse con apoyo endoscópico y radiológico, y con un set de dilatadores con guía metálica, que disminuya el riesgo de perforación instrumental. En caso de no contar con ello, sí es indispensable tener un tránsito baritado del esófago que muestre al operador las características de la estenosis, para proceder en forma más segura con una dilatación anterógrada "a ciegas".

El procedimiento puede repetirse periódicamente según solicitud del paciente, y si las condiciones anatómicas de la obstrucción lo permitiesen, asociarse con las técnicas siguientes.

#### 4.2. Electrofulguración (Tunelización):

En este caso se trata de tunelizar la estenosis tumoral con electrofulguración por vía endoscópica, para efectos de permitir iniciar o continuar con las dilataciones. La elección del paciente pasa por un análisis cauteloso de las características de la obstrucción, para asegurarse de reducir los riesgos de perforación, complicación que reviste gran gravedad, y que habitualmente conduce al paciente a la muerte.

#### 4.3. Endoprótesis:

Consiste en la colocación de un tubo corrugado, con leve forma de embudo, metálico o de plástico, a través de la zona tumoral, quedando el segmento de mayor diámetro sobre su porción cefálica, para evitar que migre a distal. La implantación operatoria de la prótesis ha sido reemplazada por la vía endoscópica, lo que requiere una estadía hospitalaria más breve. Con este procedimiento se obtiene una solución de la disfagia más prolongada, aunque igualmente transitoria. La mortalidad atribuible a la técnica llega al 10 % y la mediana de supervivencia, es de 5 meses.