

ARTÍCULO ORIGINAL**Morbilidad y mortalidad por cáncer de esófago en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo****Morbidity and mortality from esophageal cancer in the General Teaching Hospital "Dr. Agostinho Neto" Guantnamo**

Dr. Servio Tulio Cintra Brooks¹, Dra. Amara Cintra Pérez², Dr. Servio Cintra Pérez³, Dr. José P. Revé Machado⁴, Dra. Sunaymy Sarría Lamorú⁵

¹ Especialista de II Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Auxiliar y Consultante. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

² Especialista de I Grado en Cirugía General y en Medicina General Integral. Máster en Urgencias Médicas. Asistente. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantnamo. Cuba

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Medicina Legal. Instructor. Hospital Provincial "Jose Ramón López Tabrane". Matanzas. Cuba

⁴ Especialista de II Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

⁵ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se realizó un estudio longitudinal descriptivo retrospectivo con casos obtenidos del Servicio de Cirugía del Hospital "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo, abarcando el período comprendido enero 1981 a diciembre de 2011. Se incluyeron 50 casos. Hubo predominio de pacientes residentes en el interior de la provincia, del sexo masculino y del grupo de edades entre los 50 a 69 años de edad. El primer síntoma en aparecer fue disfagia, de forma aislada, en el 80 % de los casos. La forma anatomopatológica predominante fue el carcinoma epidermoide

en el 88 % de los casos; entre los hábitos tóxicos, el tabaco ocupó el 82.0 %; estadios al momento del diagnóstico: I (0 %), II (12 %), III (80 %) y IV (8 %). La terapéutica consistió en realizar cirugía resecativa más tratamiento adyuvante, en todos los pacientes operados. El tratamiento quirúrgico de cáncer de esófago se mantiene con una alta mortalidad y, entre otras características, predominó el sexo masculino, edad mayor de 50 años, residentes del interior de la provincia, tabaquistas, consumidores de alcohol y café. El carcinoma epidermoide se encontró como forma anatomopatológico predominante.

Palabras clave: cáncer, esófago, epidermoide

ABSTRACT

A retrospective longitudinal study is done from the Department of Surgery of the Hospital "Dr. Agostinho Neto" Guantanamo, covering the period January 1981 to December 2011, 50 cases were included. There was a predominance of patients living in the interior of the province, the male and the age group between 50-69 years old. The first symptom to appear was dysphagia, in isolation, in 80 % of pathological cases. The predominant form was the epidermoid carcinoma in 88 % of cases; between toxic habits, snuff occupy 82.0%; stage at diagnosis: I (0%), II (12 %), III (80 %) and IV (8 %). The treatment consisted of making receptive surgery plus adjuvant treatment, all operated patients. Surgical treatment of esophageal cancer remains a high mortality and, among other features, a predominance of males, older than 50 years, residents of the interior of the province, smokers, drinkers and coffee. Squamous cell carcinoma was found as predominant pathologic form.

Keywords: cancer, esophageal squamous

INTRODUCCIÓN

El cáncer de esófago es la sexta causa de muerte por cáncer a nivel mundial ocupando el octavo lugar en incidencia, y dentro de las neoplasias del tubo digestivo ocupa el tercer lugar siguiendo en orden al de colon rectal y gástrico; con una distribución geográfica heterogénea.¹

La edad de presentación de esta patología es entre los 50 a 70 años, en el sexo femenino ocurre a una edad más temprana y excepcionalmente se presenta antes de los 30 años. Las evidencias han demostrado que hay cierta predominancia del sexo masculino sobre el femenino y que en distintas estadísticas varía entre 3:1 y 7:1.^{2,3}

En Estados Unidos estudios realizados por Harvey y Blattie hallaron una incidencia tres veces mayor en negros que en blancos que lo atribuyen al bajo nivel socioeconómico.¹⁻³

En algunos estudios se demostró que existe una influencia genética relacionada al género masculino, a la raza negra, asiática y a mutaciones del gen supresor de tumores p53.²

Las dos formas anatomopatológicas en orden de frecuencia son: el cáncer epidermoide o pavimentoso y el adenocarcinoma. El carcinoma epidermoide representa aproximadamente el 75-85 % de los tumores malignos de esófago mientras que el adenocarcinoma constituye el 10 a 15 %; de los cuales el 10 % se ubica en el tercio superior, 50 % en el tercio medio y el 40 % restante en el tercio inferior.^{3,4}

Las áreas de mayor incidencia de carcinoma epidermoide en el mundo corresponden a China, Irán y Sudáfrica. En China los mayores índices registrados fueron de 139 por 100 000 habitantes, probablemente relacionados con alimentos ricos en compuestos de nitrosaminas característicos en esa región.^{1,4}

Argentina debe ser considerada una zona de moderada incidencia, 15 casos por cada 100 000 habitantes por año.¹

Según el anuario estadístico nacional, en Cuba, en el año 2011, se informaron 659 defunciones por cáncer de esófago, 534, del sexo masculino y, 125, del sexo femenino. La tasa es de 95 y 22 respectivamente, con una razón de tasa x sexo m/f de 4.3 por 100 000 habitantes y la mayor incidencia se encontró en las provincias: Santiago de Cuba, Granma, Holguín y Guantánamo.

A pesar de que no se conoce la etiología real del cáncer de esófago, existen varias hipótesis sobre la patogenia de esta enfermedad. En la mayoría de los países se lo ha relacionado e inclusive se ha demostrado que ciertos hábitos, factores nutricionales y ambientales, como son el consumo de bebidas alcohólicas, tabaquismo, alimentación rica en N-nitrobenzilmetilamina (se encuentran en aditivos, conservas de carnes y

pescados), e infusiones calientes, desempeñan un papel muy importante en la etiología del carcinoma.^{1,5,6,7}

Distintas enfermedades del esófago son consideradas preneoplásicas. Las lesiones cáusticas (5-30 %) pueden originar un carcinoma epidermoide en forma tardía incluso hasta 50 años después de la presentación de la lesión inicial. La acalasia también es predisponente; esta suele aparecer en personas jóvenes, se asocia con una frecuencia del 20 % (Just, Viera y Haight), el cáncer aparece 10 a 20 años posterior a la lesión inicial. La tilosis se asocia en el 95 % de los casos con dicho carcinoma. Uno de los principales procesos patológicos implicado en el cáncer de esófago es el Esófago de Barret. El reflujo gastroesofágico prolongado da lugar a una esofagitis por reflujo y luego a la sustitución del epitelio escamoso del esófago distal por un epitelio de tipo columnar (Barret).^{8,9,10}

Los pacientes con metaplasia o esófago de Barret tienen hasta 30 ó 40 veces incrementado el riesgo de desarrollar un adenocarcinoma (93 %) con respecto a la población en general (5-10 %).^{4,6,7}

MÉTODO

Se realizó un estudio longitudinal, descriptivo y retrospectivo en el cual se incluyeron casos aportados por el Servicio de Cirugía del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de la ciudad de Guantánamo, se analizaron las historias clínicas de 50 pacientes con diagnóstico de cáncer de esófago entre el mes de enero de 1981 y diciembre de 2011.

Se estudiaron diferentes variables, tales como: total de pacientes ingresados por cáncer de esófago, operaciones realizadas, mortalidad hospitalaria en los intervenidos, egresados vivos después de las intervenciones, supervivencia al primer, segundo y tercer año.

Entre otras variables de estudio consideradas, se incluyó: edad, sexo, hábitos tóxicos, formas anatomopatológicas, estadio de la enfermedad y terapéutica aplicada.

Para determinar el estadio del paciente se revisaron los resultados del estudio de la biopsia y en anatomía patológico la pieza resecada, como criterios de exclusión considerados, los pacientes sin diagnóstico anatomopatológico, y como criterios de inclusión a los casos atendidos o tratados en el Servicio de Cirugía de dicho hospital, haber sido diagnosticado durante el período de estudio.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se encontró un total de 96 328 ingresos, de estos, 609 (0.63 %) por cáncer de esófago y a 50 (8.2 %) de ellos se les realizó algún proceder resecativo.

De los 35 que egresos vivos (70 %), la supervivencia al primer año fue de 12 pacientes (34.2 %), al segundo año, 8 (22.8 %), y al tercer año, 3 (8.5 %). (Tabla 1).

Tabla 1. Morbilidad, mortalidad y supervivencia

Variable	No.	%
Total de pacientes ingresados	96 328	100.0
Ingresos por cáncer de esófago	609	0.63
Intervenciones quirúrgicas realizadas	50	8.2
Mortalidad hospitalaria en intervenidos	15	30.0
Egresados vivos después de intervenidos	35	70.0
Supervivencia al primer año	12	34.2
Supervivencia al segundo año	8	22.8
Supervivencia al tercer año	3	8.5

Del total de pacientes estudiados el 40 % residía en la ciudad de Guantánamo y el 60 % en el interior de la provincia (Tabla 2) donde existe una clase con nivel socioeconómico más bajo, mayor adicción al consumo de alcohol, tabaco y, así mismo, son sometidos a dietas carenciales.

El 70 % lo constituyó el sexo masculino y el 30 % de sexo femenino; el 68 % osciló entre los 50 a 69 años de edad, 18 % personas mayores de 70 años, y el 14 % restante menores de 50 años.

Tabla 2. Grupos de edades y sexo

Grupo de edades	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
20 - 39	1	-	-	-	1	2.0
40 - 49	4	-	2	-	6	12.0
50 - 59	11	-	5	-	16	32.0
60 - 69	12	-	6	-	18	36.0
70 - 79	7	-	2	-	9	18.0
Total	35	70.0	15	30.0	50	100.0

El estadio en el cual se encontraba el mayor porcentaje de los pacientes al momento del diagnóstico fue el estadio III (80 %), 12 % en el estadio IV, y 8 % en estadio II; no se encontraron casos en estadio I (0 %).

La terapéutica consistió en realizar cirugía resecativa más tratamiento adyuvante, es decir quimioterapia postoperatoria. En ninguno de los pacientes se aplicó el tratamiento neo adyuvante, es decir preoperatorio.

En cuanto a la relación de la entidad con los hábitos tóxicos (Tabla 3), se encontró que el 90 % de los pacientes estudiados fumaba, tomaba alcohol y café.

Tabla 3. Hábitos tóxicos

Hábitos tóxicos	No.	%
Tabaco	42	82.0
Alcohol	40	80.0
Café	27	54.0
Tabaco, alcohol y café	45	90.0

DISCUSIÓN

La incidencia y prevalencia no pudieron ser determinadas ya que no todos los casos de cáncer de esófago de la provincia de Guantánamo son registrados en este hospital.

La mortalidad hospitalaria en pacientes operados fue de 15 casos (30 %). Si la comparamos con otros autores, vemos que es alta, aun cuando lo habitual es que oscile entre 15 y 25 %. Otros, señalan cifras por encima de estos resultados, pues se trata de grandes intervenciones quirúrgicas en pacientes con riesgo.

Si bien existen otros factores epidemiológicos importantes relacionados a la enfermedad, muchos de ellos no se logran al ser analizados, ya que las historias clínicas no contaban con los datos suficientes para tal fin; como raza, nivel socioeconómico y las enfermedades preneoplásicas asociadas.

Según los resultados obtenidos en este estudio, se observó que la mortalidad y morbilidad por cáncer del esófago poseen una tendencia creciente a lo largo del periodo estudiado. Esto se explica por el aumento de la expectativa de vida, por lo que la población tiene mas facilidad de padecer enfermedades crónicas degenerativas; importancia de la presencia de factores de riesgo y desarrollo de los aspectos diagnósticos cada vez mas desarrollados sobre el cáncer con la aprobación de pruebas selectivas de alta especificidad y sensibilidad.¹¹

En relación con la sobrevida, tal como lo señalan algunos artículos publicados, fallecen por progresión de la enfermedad al alcanzar los dos años, a pesar de que la mayoría, llegan en un estado avanzado ofreciendo resultados pocos alentadores.^{11,12,13}

En este estudio, no se pudo ofrecer cifra de sobrevida a los 5 años, aunque actualmente vive un paciente operado de un adenocarcinoma de la unión esofagogástrica que lleva 27 años de post-eporado¹²

Del total de pacientes estudiados, el 40 % residía en la ciudad de Guantánamo y el 60 % en el interior de la provincia. Similares resultados reportan Pérez Pereira y Carballosa^{9,11}, lo que corrobora que esta enfermedad aparece con el proceso de envejecimiento, aunque no es raro observar casos en edades más tempranas o más avanzadas.

Se deduce en esta casuística, una relación hombre/mujer de 3:1. Lo que concuerda con otros autores.¹¹

El primer síntoma en aparecer fue la disfagia de forma aislada, en el 80 % de los casos, o acompañada de otros síntomas como: regurgitación, odinofagia y dolor retroesternal. Quiñones y Langergen dan resultados similares a los nuestros.^{8,14,15}

Entre otros síntomas asociados se evidenció también, la presencia de vómitos, disnea, tos, afagia, diarrea, expectoración, fatiga, náuseas, astenia, pérdida de peso, epigastralgia, sensación de cuerpo extraño, pirosis, y disfonía; algunos de ellos relacionados directamente con la invasión local o locorregional y otros con posibles metástasis.^{8,11,15}

En el análisis de los datos referidos a los hábitos tóxicos demuestra la presencia del tabaquismo en el 82 % de los pacientes, aumenta el porcentaje en aquellos que presentaban además del tabaquismo, el consumo de alcohol. Similares resultados son reportados por otros escritos.¹⁶

El 90 % de los pacientes poseía los tres hábitos tóxicos nombrados y se pudo apreciar que estaban más concentrados en los pacientes del sexo masculino con relación al sexo femenino, datos que coinciden con estudios previos realizados.^{11,16}

El estudio histológico de la neoplasia se realizó por biopsia endoscópica o por estudio de la pieza reseçada en los 50 pacientes. De ellos, 44 eran carcinomas epidermoides y, 6, adenocarcinomas. Publicaciones recientes sobre esta entidad, reportan mayor número de adenocarcinomas que carcinomas epidermoides, sobre todo en países desarrollados.^{15-17,19}

CONCLUSIONES

- El tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago se mantiene con una alta mortalidad y, hasta tanto no sea posible el diagnóstico precoz, toda intervención será paliativa.
- Predominó el sexo masculino y en los comprendidos entre la quinta y sexta década la vida.
- El uso de los hábitos tóxicos estuvo presente en la mayoría de los enfermos, predominando el alcohol y el tabaco en el sexo masculino.
- El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma epidermoide y el estadio en el cual se encontraba el mayor porcentaje de los pacientes al momento del diagnóstico fue el estadio III.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferráina P, Oria A. Cirugía de Michans 5° ed. Buenos Aires: El Ateneo, 2002:404-409. <http://www.google.com.cu/search?q=1.-Ferra%C3%ADna+P%2C+Oria+A.+Cirug%C3%ADa+de+Mi>

- [chans+5%C2%B0+ed.+Buenos+Aires%3A+El+Ateneo%2C+2002%3A404-409.&hl=es-CU&gbv=2&oq=1](#)
2. Ayala R, Graciani A, López C, Morando F. Cáncer de Esófago Revisión. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina [Internet] 2010 [citado 7 de mayo 2015]; 175: [aprox.8p]. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista175/5_175.pdf
 3. Deschamps J, Ortiz F, Grinfeld D, Wilks A. Cirugía Escuela quirúrgica Christmann 1º ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1982:515-523.
 4. Jansson S et. al. Cáncer Epidemiology. Socioeconomic Adenocarcinoma + A Nationwide Swedish Biomarker + Prev. + 2005%3B+14%3A175 Factors and Risk of Esophageal Adenocarcinoma. A Nation wide Swedish. Biomarkers Prev. 2005; 14:1754-1761.
<http://www.google.com/cu/search?q=4.Jansson+S+et.al+C%C3%A1ncer+Epidemiology+Socioeconomic+Factors+and+Risk+of+Esophageal>
 5. Vargas Cárcenas, Gloria. Esófago de Barrett: Prevalencia y Factores de Riesgo en el Hospital Nacional "Arzobispo Loayza" Lima-Perú. Rev. Gastroenterológica. Perú [Internet]. 2010, [citado 7 de Mayo 2015], 30(4) pp. 284-304. Disponible en: <<http://www.scielo.org.pe/scielo>.
 6. Wang KK, Sampliner RE. Updated guidelines 2008 for the diagnosis, surveillance and therapy of Barrett's esophagus. Am J Gastroenterología. 2010; 103:788---97.3.
<http://www.google.com/cu/search?q=6.+Wang+KK%2C+Sampliner+RE.+Updated+guidelines+2008+for+the+diagnosis%2C+surveillance+and+therapy+of+Barrett%E2%80%99sesophagus.+Am+J+Gastroenterolog%C3%ADa.2010%3B+10>
 7. Naves AE, La palma F, Rodríguez Ciancio JI. Frecuencia relativa de carcinoma escamoso y adenocarcinoma esofágica en una serie de biopsias endoscópicas realizadas en Rosario, Argentina. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2010; [citado 12 Mayo 2015] 22(6):383-8. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n6/a03v22n6.pdf>
 8. Quinones, Jhonatan; Portanova, Michel y YABAR, Alejandro. Relación entre Tipo Histológico y la Localización del Adenocarcinoma Gástrico en el Hospital Rebagliati. Rev. Gastroenterología. Perú [Internet]. 2011, vol.31, n.2 [citado 7 de julio 2014], pp. 139-145. Disponible en: <<http://www.scielo.org.pe/scielo>
 9. Pérez Pereyra J, Frisancho Velarde. Cáncer de Esófago: Características Epidemiológicas, Clínicas y Patológicas en el Hospital de Rebagliati-Lima. Rev Gastroenterol Perú [Internet]. 2009;29(2):118-123. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v29n2/a03v29n2.pdf>

10. Bezerra de Souza, Diego Leandro; BERNAL, María Milagros. Incidencia y supervivencia del cáncer de esófago en la provincia de Zaragoza: un estudio de base poblacional. *Medicina Clínica*, 2012, vol. 139, no 1, p. 5-9. <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-comprar-incidencia-supervivencia-del-cancer-90134984>
11. Carballosa L, Cintra S, Cintra A. Cáncer de esófago. Análisis de los casos intervenidos con lesiones resecables en un periodo de 20 años. (1981-2001) *Revista Información Científica* [Internet]. 2008 [citado 23 Mayo 2015]; 58(2): 10. Disponible en: http://www.gtm.sld.cu/sitios/cpicm/contenido/ric/textos/Vol_58_No_2/cancer_esofago.pdf
12. Cintra Brooks S, Cintra Pérez A, Cintra Pérez S. Adenocarcinoma de la unión esofagogástrica con supervivencia postquirúrgica de 26 años. Presentación de caso. *Revista Información Científica* [Internet]. 2015 [citado 15 Mayo 2015]; 90(2): 7. Disponible en: http://www.gtm.sld.cu/imagen/RIC/Vol_90_No.2/adenocarcinoma_d_e_union_esofagogastrica_con_supervivencia_posquirurgica_ic.pdf
13. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975- 2010 [internet]. Bethesda: National Cancer Institute; april 2013 [citado 14 de Mayo 2015]. Disponible en: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2010/
14. Kushi LH, Doyle C, McCullough M. American Cancer Society Guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: Reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin.* 2012; 62:30-67. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22237782>
15. Lagergren J, Lagergren P. Recent developments in esophageal adenocarcinoma. *CA Cancer J Clin.* 2013; 63:232-248. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21185/full>
16. National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). Esophageal Cancer Treatment [Internet]. 2013 [citado January 21, 2015]. Disponible en: www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/esophageal/HealthProfessional
17. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers [Internet] 2013 [citado January 21, 2015]; 2. Disponible en: www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/esophageal.pdf on and surgery in the CROSS trials. *J Clin Oncol.* 2014 Feb 10; 32(5):385-91. PMID:24419108. Disponible en: http://www.aecirujanos.es/revisiones_cirugia/2002/Mayo1.pdf

18. Comité de tumores esofagogástricas. Protocolo de actuación en los pacientes diagnosticados de cáncer de esófago. Hospital de Basurto, 2009. Disponible en: www.scielo.org.pe/pdf/
19. Rodríguez Ramírez R. Actualización sobre el tratamiento quirúrgico del cáncer Esofágico. MEDISAN [Internet]. 2000[citado 25 may 2015]; 4: 49-60. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4_4_00/san09400.pdf

Recibido: 12 de junio de 2015

Aprobado: 3 de septiembre de 2015

Dr. Servio Tulio Cintra Brooks. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba. **Email:** cintra@infosol.gtm.sld.cu