

Cancer Esofagico

Definición

El cáncer de esófago se produce por el crecimiento descontrolado de las células de la capa más interna originando una masa o úlcera que crece profundizando en las distintas capas del esófago.

Etiología

Desconocida.

Factores predisponentes

Irritación crónica por fumar en grandes cantidades y consumo excesivo de alcohol

Inflamación inducida por la estasis, como en la acalasia o estenosis

Deficiencia nutricional

Dietas ricas en nitrosaminas

Antecedente de tumores de cabeza y cuello

Factores de riesgo

- Consumo excesivo de alcohol
- Tabaquismo
- Otros carcinógenos ingeridos
- Nitratos (convertidos en nitritos)
- Opiáceos fumados
- Toxinas micóticas en verduras y hortalizas en conserva
- Lesión de la mucosa por factores físicos
- Té caliente
- Ingestión de lejía
- Estenosis por radiación
- Acalasia crónica
- Predisposición del hospedador
- Membrana esofágica con glositis y ferropenia (es decir, Plummer-Vinson o Paterson-Kelly)
- Hiperqueratosis congénita y callosidad de palmas y plantas (es decir, tilosis palmoplantar)
- Reflujo gástrico crónico (es decir, esófago de Barrett) en el adenocarcinoma

Epidemiología

El cáncer de esófago es una neoplasia poco frecuente pero con un índice de mortalidad muy alto. Esta enfermedad se diagnosticó en 16 640 estadounidenses en el año 2010 y produjo 14 500 muertes. La frecuencia del cáncer esofágico varía mucho en las distintas partes del mundo. Se observa con frecuencia en una región geográfica que se extiende desde la costa meridional del mar Caspio por el oeste hasta el norte de China hacia el este, y que comprende partes de Irán, Asia central, Afganistán, Siberia y Mongolia. Se ha observado un mayor riesgo familiar en las regiones donde es más frecuente, aunque aún no se han establecido relaciones genéticas. También existen grupos aislados de frecuencia alta de esta enfermedad en lugares tan dispares como Finlandia, Islandia, Curaçao, el sudeste de África y el noroeste de Francia. En Norteamérica y Europa occidental es mucho más común en las personas de raza negra que caucásica y en los varones que en las mujeres; se observa con mayor frecuencia después de los 50 años de edad y parece asociarse a un nivel socioeconómico bajo.

Fisiopatología

El cáncer de esófago incluye dos tipos: carcinoma espinoceleular y adenocarcinoma. La mayoría de los cánceres de esófago corresponden a carcinomas espinoceleulares mal diferenciados. Los adenocarcinomas son menos frecuentes y se ubican en el tercio inferior del esófago. Por lo general, los tumores del esófago son lesiones fungiformes e infiltrativas, y constriñen de forma parcial la luz del esófago. Las metástasis regionales se presentan de manera temprana a través del sistema linfático submucoso, y con frecuencia invaden letalmente los órganos primarios vitales adyacentes.

Cuadro clínico

- Anorexia
- Vómitos
- Deshidratación
- Regurgitación
- Disfagia y pérdida de peso (lo más frecuente)
- Obstrucción esofágica
- Dolor
- Ronquera y tos

- Caquexia

Complicaciones de las metástasis

- Fístulas traqueoesofágicas
- Mediastinitis
- Perforación
- Neumonía por broncoaspiración
- Incapacidad para controlar las secreciones

Diagnostico

- Las radiografías del esófago, con trago de bario (esofagografía) y los estudios de motilidad, permiten delinear defectos estructurales y de relleno, y el peristaltismo disminuido.
- La tomografía computarizada muestra el tamaño y localización de las lesiones del esófago.
- La resonancia magnética permite evaluar el esófago y las estructuras adyacentes.
- La esofagoscopia, las biopsias en sacabocado y por cepillado, y las pruebas de citología exfoliativa confirman los tumores del esófago.
- La broncoscopia, que por lo general se realiza después de una esofagoscopia, revela la proliferación del tumor en el árbol traqueobronquial.
- La ecografía endoscópica del esófago combina la tecnología de endoscopia y ultrasonográfica para revelar la profundidad de penetración del tumor.

Tratamiento

Por lo general, multimodal

Resección para mantener una vía de paso para el alimento

Tratamientos paliativos:

Quimioterapia y alimentación por gastrostomía

Inserción de tubo protésico y quimioterapia

Dilatación del esófago

Analgésicos

Pronostico

El pronóstico de los pacientes con carcinoma esofágico es malo. Menos del 5% de los pacientes sigue vivo cinco años después del diagnóstico inicial, lo

que provoca que muchos médicos concentren sus esfuerzos terapéuticos en corregir los síntomas. La resección quirúrgica del tumor macroscópico (es decir, la resección total) sólo es posible en 45% de los casos y es frecuente la presencia de células tumorales residuales en los bordes quirúrgicos. Estas esofagectomías conllevan una mortalidad posoperatoria de 5% a causa de fístulas anastomóticas, abscesos subfrénicos y complicaciones respiratorias. Alrededor del 20% de los pacientes que sobrevive a la resección total sigue vivo cinco años después.

Cancer gastrico

Definición

El cáncer de estómago se produce por el crecimiento descontrolado de una de sus células de las capa interna formando de forma progresiva una masa o ulceración. Cuando se detecta una úlcera gástrica se deben realizar biopsias para conocer si tiene transformación maligna o no.

Etiología

Desconocida; se asocia con la gastritis atrófica.

Al parecer el riesgo aumenta con el consumo prolongado y abundante de nitratos en los alimentos desecados, ahumados y salados. Se cree que las bacterias convierten a los nitratos en nitritos carcinógenos. Algunas de estas bacterias proceden de una fuente exógena por el consumo de alimentos parcialmente descompuestos, lo que sucede a menudo entre las clases de nivel socioeconómico más bajo de todo el mundo. También las bacterias como *Helicobacter pylori* contribuyen a este efecto al provocar gastritis crónica, reducción de la acidez gástrica y crecimiento bacteriano excesivo en el estómago.

Factores de riesgo

- Humo de tabaco
- Exposición al asbesto
- Alto consumo de alcohol
- Consumo de productos ahumados, en escabeche o alimentos conservados en sal, nitratos y la carne roja
- Sangre de tipo A
- Infección por *Helicobacter pylori* (carcinoma gástrico distal)

- Antecedente familiar de cáncer de estómago
- Anemia perniciosa

Epidemiología

Por razones desconocidas, la frecuencia y las tasas de mortalidad por cáncer gástrico han disminuido de manera notable en el transcurso de los últimos 75 años. En Estados Unidos, la tasa de mortalidad por cáncer gástrico ha disminuido de 28 a 5.8 fallecimientos por 100 000 habitantes en los varones, mientras que en las mujeres ha descendido de 27 a 2.8 por 100 000. Sin embargo, en el año 2010 se diagnosticaron 21 000 casos nuevos de cáncer gástrico en Estados Unidos y 10 570 estadounidenses murieron por esta enfermedad. La frecuencia descendente del cáncer gástrico se observa en todo el mundo, aunque sigue siendo comparativamente alta en Japón, China, Chile e Irlanda. El riesgo de padecer cáncer gástrico es mayor en los niveles socioeconómicos inferiores. Los emigrantes de países con una frecuencia elevada a una región con una frecuencia menor conservan su predisposición a padecer cáncer gástrico, mientras que el riesgo de sus descendientes se aproxima más al del país de inmigración. Estos datos sugieren que el cáncer gástrico está ligado al contacto con algún factor ambiental durante las primeras etapas de la vida y los factores más probables son los carcinógenos de los alimentos.

Fisiopatología

Según el aspecto macroscópico, el carcinoma gástrico puede clasificarse como polipoide, ulcerativo, ulcerativo e infiltrante, o difuso. Las partes del estómago afectadas por el carcinoma, presentadas en orden decreciente de frecuencia, son el píloro y antro, la curvatura menor, el cardias, el cuerpo y la curvatura mayor. El carcinoma gástrico se infiltra con rapidez a los ganglios linfáticos regionales, epiplón, hígado, pulmones y hueso.

Cuadro clínico

Primeras claves

- Dispepsia y malestar epigástrico crónicos

Claves posteriores

- Disminución de peso y anorexia
- Disfagia, sensación de plenitud después de comer
- Anemia, fatiga

- Vómito en posos de café
- Heces sanguinolentas

Diagnostico

- Radiografías con bario del tubo digestivo con fluoroscopia: cambios que sugieren cáncer gástrico como tumor o defecto de llenado en el contorno del estómago y pérdida de flexibilidad y distensibilidad, así como mucosa gástrica anómala, con o sin ulceración.
- Gastroscoopia con endoscopio fibroóptico: permite visualizar lesiones de la mucosa y lesiones gástricas para la toma de biopsias.
- La biopsia por gastroscoopia permite la evaluación de lesiones de la mucosa gástrica.
- La prueba de estimulación del ácido gástrico revela si el estómago lo segrega correctamente.
- El hemograma completo muestra anemia.
- Los estudios de función hepática posiblemente resulten elevados con la diseminación metastásica del tumor al hígado.
- Radioinmunoanálisis: antígeno carcinoembrionario elevado.

Tratamiento

- Resección de la lesión con márgenes adecuados (posible en más de un tercio de los pacientes) por gastrectomía subtotal o total, o gastroyeyunostomía
- Cirugía paliativa
- Radioterapia con quimioterapia para los pacientes con afección irresecable o parcialmente resecable
- Antiespasmódicos, antiácidos para el malestar digestivo
- Antieméticos
- Analgésicos opiáceos
- Inhibidores de la bomba de protones o antagonistas de receptores de histamina 2