

# CANCER ESOFAGICO

El cáncer de esófago es, por lo general, mortal. Esta enfermedad se presenta en todo el mundo, pero la incidencia varía geográficamente. Es más frecuente en Japón, China, Oriente Medio y partes de África del sur. Los pulmones e hígado son sitios frecuentes de metástasis.

## ➤ 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

## ➤ Fisiopatología

El cáncer de esófago incluye dos tipos: carcinoma espinocelular y adenocarcinoma. La mayoría de los cánceres de esófago corresponden a carcinomas espinocelulares 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.

## ➤ COMPLICACIONES

- Incapacidad para controlar las secreciones
- Obstrucción del esófago
- Pérdida de control del esfínter esofágico inferior
- Neumonía por broncoaspiración
- Mediastinitis
- Fístula traqueo-esofágica o broncoesofágica
- Perforación

- Signos y síntomas
  - 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

- Resultados de las pruebas diagnósticas
  - 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

## CANCER DE ESTOMAGO

El carcinoma gástrico es frecuente en todo el mundo y afecta a todas las razas; sin embargo, la mortalidad es más alta en Japón, Islandia, Chile y Austria. En Estados Unidos, la incidencia ha disminuido en un 50% durante los últimos 25 años y la tasa de mortalidad resultante es del 33% con respecto a la de hace 30 años.

### ➤ ALERTA POR EDAD

La incidencia del carcinoma gástrico es máxima en los hombres mayores de 40 años de edad.

### ➤ Etiología

- Desconocida; se asocia con la gastritis atrófica.

### ➤ Factores predisponentes

- 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

### ➤ 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.

### ➤ COMPLICACIONES

- Desnutrición
- Obstrucción intestinal
- Anemia ferropénica

➤ Signos y síntomas

- 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

➤ Resultados de las pruebas diagnósticas

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