

EXPERIENCIA HOSPITALARIA

Cáncer de Esófago en el Hospital Rebagliati: Experiencia del Servicio de Esófago- Estómago 3C II

Pedro J. Ríos Canturín*, Manuel Huaman G*, Pedro O. Ríos Torres***.

RESUMEN

OBJETIVO: Establecer las características clínico patológica del cáncer de esófago, de una población asegurada, en nuestro medio.

MATERIAL Y METODOS: En el presente estudio retrospectivo, se revisaron 28 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer de esófago, tratados quirúrgicamente en el Hospital Rebagliati, Servicio de Cirugía 3C II, Lima –Perú, de Setiembre del 2002 a Diciembre del 2005. Se obtuvieron datos referentes a la edad, sexo, síntomas de presentación, localización anatómica del tumor, compromiso de pared (T), metástasis linfática regional (N), metástasis a distancia (M), estadio TNM, mortalidad, complicaciones, y tipo histológico.

RESULTADOS: Con respecto a la edad el 64.5 % (18/28) tenía más de 60 años, al 75% (21/28) le correspondió el sexo masculino y la disfagia se presentó en el 100%. La distribución de acuerdo a la localización anatómica: El 10.7% (3/28) en el esófago cervical, el 17.9% (5/28) en el esófago torácico superior, el 35.7% (10/28) en el esófago torácico medio, en el 14.3% (4/28) en el esófago torácico inferior y en el 21,4% (6/28) en el esófago abdominal. Fueron resecados el 57.1 % (16/28), en el 68.8% (11/16) la adventicia estuvo comprometida, en el 68.8 % (11/16) los ganglios estuvieron comprometidos y al 67.8% (19/28) le correspondió el estadio III-IV. La mortalidad fue del 12.5% (2/16) y las complicaciones tempranas en el 81.3% (13/16). El tipo histológico en el 78.6% (22/28) epidermoide y en el 21.4% (6/28) adenocarcinoma. El 17.9% (5/28) recibió tratamiento primario con quimiorradioterapia, de este grupo 2 fueron sometidos a cirugía de rescate.

CONCLUSIÓN: En nuestro Hospital parece existir un incremento en la frecuencia del Adenocarcinoma del esófago, sin embargo aún el tipo histológico más frecuente es el epidermoide.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de esófago. Características clínico patológicas.

Rev Gastroenterol Perú; 2007; 27: 416-422

SUMMARY

OBJETIVES: Establishing the clinical pathological characteristics of cancer of the esophagus of an insured population in our environment.

MATERIAL AND METHODS: In this retrospective study, we studied 28 clinical histories of patients with a diagnosis of esophagus Cancer, who had been surgically treated at the Rebagliati Hospital, Service of Surgery 3C II, Lima-Perú, from September 2002 to December 2005. Data were collected regarding: age, gender, presentation symptoms, anatomic location of the tumor, regional lymphatic metastasis (N), distance metastasis (M), TNM staging, resectability, complications, mortality and histological type.

RESULTS: According to age 64.5% (18/28) were more of the sixty years old and the 75% (21/28) were male. Distribution according to anatomic locations: 10.7% (3/28) were located at the esophagus cervical, 17.9% (5/28) in the upper esophagus chest, 35.7% (10/28) in the middle esophagus chest, 14.3% (4/28) in the lower esophagus chest and the 21.4% (6/28) in the abdominal esophagus. Excisions were performed on 57.1% (16/28), in 68.8% (11/16) of the excised patients the adventicia was affected, in 68.8% (11/16) the lymph node were affected. The mortality was 12.5% (2/16) and early complications were 81.3% (13/16). The histological type was epidermoid in 78.6% (22/28).

CONCLUSIONS: At our Hospital there seems to be an increase in the frequency of adenocarcinoma of the esophagus, but the type more frequently is epidermoid.

KEY WORDS: Cancer of the esophagus, clinical pathological characteristics.

* Médico Asistente. Servicio de Cirugía 3C II. Hospital Rebagliati.

** Médico Jefe, Servicio de Cirugía 3C II. Hospital Rebagliati.

*** Médico- Cirujano, Ex Interno del Hospital Rebagliati.

INTRODUCCIÓN

En el mundo Occidental, hasta hace tres décadas el tipo histológico de cáncer de esófago más frecuente era el epidermoide y estaba asociado al abuso de alcohol y tabaco; sin embargo en USA y Europa Occidental el Adenocarcinoma del esófago distal actualmente representa el 50% de las neoplasias malignas de esófago y probablemente esta relacionado al incremento en la incidencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágica y al desarrollo de la metaplasia tipo Barret⁽¹⁾.

En nuestro País, el tipo histológico más frecuente de cáncer de esófago es el epidermoide, sin embargo parece existir un incremento en la frecuencia del adenocarcinoma del esófago distal (21%).

La aceptabilidad de la esofagectomía, como tratamiento del cáncer de esófago, ha sido evaluado principalmente en base a la morbilidad, mortalidad y tasa de sobrevida después de la resección esofágica⁽²⁾.

En Japón la esofagectomía radical extendida de Akiyama, con linfadenectomía sistemática cervical bilateral, mediastinal y abdominal (3 campos), ha sido realizada desde el año 1980. La tasa de mortalidad son comparables y aún mejores que la reportada por otros tipos de esofagectomía; si embargo esta potencialmente asociada con alta tasa de morbilidad, por lo tanto los pacientes deberían ser seleccionados cuidadosamente para este procedimiento⁽³⁾.

Muchos estudios sugieren fuertemente que la esofagectomía radical extendida mejora la tasa de sobrevida de los pacientes con cáncer epidermoide de esófago, siendo los resultados particularmente significativos en estadio III y IV; sin embargo es necesario estudios randomizados controlados para probar que es superior a otros tipos de esofagectomía⁽³⁾.

En cáncer epidermoide de esófago, no beneficio en la sobrevida fue detectado en pacientes con 5 ó más ganglios metastáticos o en pacientes con metástasis simultánea a los ganglios cervicales, mediastinales y abdominales; así mismo ningún paciente con metástasis ganglionar cervical por cáncer epidermoide de esófago distal sobrevivió más de 4 años después de la esofagectomía radical extendida⁽⁴⁾.

La esofagectomía radical extendida, esta indicada oncológicamente en pacientes con 4 o menos ganglios metastáticos y con metástasis confinadas a 1 ó 2 campos anatómicos⁽⁴⁾.

En cáncer epidermoide, los ganglios del cuello deberían ser considerados como ganglios regionales en la clasificación TNM, porque la disección en 3 campos mejora la sobrevida de los pacientes con cáncer epidermoide de esófago torácico superior y medio con metástasis ganglionar cervical; sin embargo los ganglios del tronco celiaco deberían seguir siendo considerados como metástasis a distancia, porque el pronóstico es pobre⁽⁵⁾.

La esofagectomía en 2 campos de Ivor Lewis, para cáncer epidermoide de esófago, ampliamente evaluado en Japón, no es mejor que la disección en 3 campos ; sin embargo es una operación que se utiliza con mucha frecuencia en el adenocarcinoma del esófago distal^(6, 7, 8).

Algunos cirujanos tienen preferencia por la esofagectomía transhiatal sin toracotomía de Orringer, porque es técnicamente más fácil, ausente de efectos adversos y con sobrevida apreciable⁽⁹⁾.

La esofagectomía transhiatal con amplia abertura del diafragma y adecuada exposición del mediastino postero inferior, descrita por Walter Pinotti, permite la disección radical del esófago distal y los ganglios mediastinales postero inferiores en el adenocarcinoma del esófago distal, no siendo necesario la disección en 3 campos como en el cáncer epidermoide de esófago^(10,11,12,13,14).

Luketich pionero de la esofagectomía mínimamente invasiva, con movilización del esófago torácico y disección ganglionar mediastinal por toracoscopía; movilización del estómago, confección del tubo gástrico y remoción del espécimen por laparoscopia, requiere estudios comparativos randomizados multiinstitucionales para validar el procedimiento⁽¹⁵⁾.

El cáncer epidermoide precoz de esófago no es comparable al cáncer precoz de estómago, porque el 50% de los pacientes con cáncer pT1(SM) de esófago tienen metástasis ganglionar; por lo tanto la esofagectomía transhiatal no se recomienda , excepto en pacientes con pT1S, pT1 (M) ó en aquellos que no pueden tolerar la toracotomía porque la quimiorradioterapia aún no ofrecen resultados satisfactorios para metástasis ganglionar⁽¹⁶⁾.

A la fecha se considera que la cirugía radical ofrece el mejor chance de cura potencial, sin embargo debería ser combinada con terapia adyuvante en pacientes con alto riesgo de recurrencia (pT2-3, pN > 5 +, pM lym +)⁽¹⁷⁾.

Hasta la fecha la quimioterapia neoadyuvante no ha demostrado incrementar la sobrevida de los pacientes con cáncer de esófago reseado R0⁽¹⁸⁾.

La quimiorradioterapia neoadyuvante, solo ha demostrado incrementar la sobrevida a 3 años, en un estudio randomizado, controlado realizado por Walsh en pacientes con adenocarcinoma de esófago distal reseado(32% a 3 años); sin embargo sus resultados en el grupo de cirugía sola fueron pobres (6% a 3 años)^(19, 20).

MATERIAL Y MÉTODOS

En el presente estudio retrospectivo, se revisaron 28 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer de esófago, tratados quirúrgicamente en el Hospital Rebagliati, Servicio de Cirugía 3C II, EESALUD, Lima-Perú, entre Setiembre del 2002 a Diciembre del 2005.

Se obtuvieron datos referentes a la edad, sexo, síntomas de presentación, localización anatómica del tumor,

metástasis linfática regional (N), compromiso de pared (T), metástasis a distancia (M), estadio TNM, resecabilidad, complicaciones, mortalidad y tipo histológico.

La edad se registro en años cumplidos al momento del diagnóstico, la localización anatómica se realizo de acuerdo a la clasificación de Akiyama y la metástasis linfática regional, el compromiso de pared ,la metástasis a distancia de acuerdo al TNM de la UICC del año 1997.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Generalmente utilizamos la vía transhiatal sin toracotomía, solo en dos casos se utilizo la vía torácica derecha por razones técnicas. Realizamos laparotomía mediana desde el apéndice xifoides hasta por debajo del ombligo, abierta la cavidad abdominal se extirpa el apéndice xifoides para exponer en forma amplia el abdomen superior. Luego de identificado el hiato esofágico se repara el esófago abdominal y se procede a realizar una incisión amplia de la parte aponeurótica del diafragma desde el hiato esofágico hasta el apéndice xifoides ,exponiendo el mediastino posterior bajo. El tejido periesofágico es resecado en continuidad con el esófago e incluye la grasa pericardial y el tejido preaortico. La disección del esófago a nivel del mediastino posterior medio y superior es digital y la reconstrucción es mediante un tubo gástrico ascendido por mediastino posterior hasta la región cervical, donde se realiza la esofagogastrostomía (FOTO 1,2). El



Figura 1. cancer epidermoide de esofago resecado por vía transhiatal

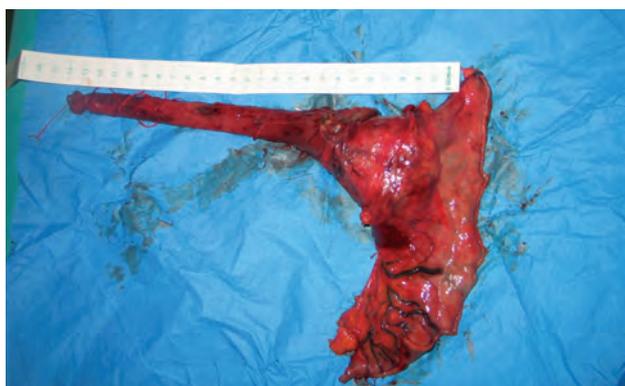


Figura 2. adenocarcinoma de esofago distal resecado por vía transhiatal.

tubo gástrico se realiza a expensas de la curvatura mayor con sutura automática, preservando su irrigación a través de la arteria gastroepiploica derecha y gástrica derecha más resección gástrica proximal vertical con 2/3 de la curvatura menor con disección ganglionar D2 modificada (disección parcial del grupo 16^a1, no disección del grupo 11 y 10) .

RESULTADOS

Con respecto a la edad el 64.3% (18/28) tenían más de 60 años y el 35.7 (10/28) entre la 4ta y 5ta decada de la vida. Con respecto al sexo al 75% (21/28) le correspondio el sexo masculino y al 25% (7/28) el sexo femenino , una relación de 3/1 a favor del sexo masculino (Tabla 1).

TABLA 1. CÁNCER DE ESÓFAGO – H. REBAGLIATI (SET 2002 / DIC 2005) . DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA EDAD – SEXO

EDAD	n	%
40-49	3	10.7
50-59	7	25
60-69	6	21.4
70-79	10	35.7
80-89	2	7.1
TOTAL	28	100
SEXO		
MASCULINO	21	75
FEMENINO	7	25
TOTAL	28	100

Los síntomas más frecuentes al inicio de la enfermedad fueron: disfagia (100%), perdida de peso (68%), llenura precoz (14.3%) (Tabla 2).

TABLA 2. CÁNCER DE ESÓFAGO – H. REBAGLIATI (SET 2002 / DIC 2005). SINTOMAS AL INICIO DE LA ENFERMEDAD

SINTOMAS	n	%
DISFAGIA	28	100
BAJA DE PESO	19	67.9
LLENURA PRECOZ	4	14.3
REGURGITACIÓN	3	10.7
ODINIFAGIA	1	3.6

La distribución de acuerdo a su localización de los 28 pacientes intervenidos quirúrgicamente fue: El 10.75 (3/28) en el esófago cervical, el 17.9% (5/28) en el esófago torácico superior, el 35.7% (10/28) en el esófago torácico medio, el 14.3% (4/28) en el esófago torácico inferior y el 21.4% (6/28) en el esófago abdominal (Tabla 3).

TABLA 3 . CÁNCER DE ESÓFAGO – H. REBAGLIATI (SET 2002 / DIC 2005). DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A SU LOCALIZACIÓN

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	n	%
CERVICAL	3	10.7
TORAXICO		
SUPERIOR	5	17.9
MEDIO	10	35.7
INFERIOR	4	14.3
ABDOMINAL	6	21.4
TOTAL	28	100

Se realizaron los siguientes procedimientos: En el 3.6% (1/28) faringolaringoesofagectomía transhiatal, en el 46.4% (13/28) esofagectomía transhiatal. En el 7.1% (2/28) esofagectomía transtoraxica, en el 17.9% (5/28) bypass con doble tubo gástrico, en el 10.7% (3/28) gastrostomía y en el 14.3% (4/28) yeyunostomía. La resecabilidad fue del 57.1% (16/28) (Tabla 4).

TABLA 4 . CÁNCER DE ESÓFAGO – H. REBAGLIATI (SET 2002 / DIC 2005). PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS

PROCEDIMIENTO	n	%
FARINGOLARINGUESOFAGUECTOMÍA TH-GPV	1	3.6
ESOFAGUECTOMÍA TH-GPV	13	46.4
ESOFAGUECTOMIA TT-GPV	2	7.1
BYPASS – DOBLE TUBO	5	17.9
GASTROSTOMÍA	3	10.7
YEYUNOSTOMÍA	4	14.3
TOTAL	28	100

El compromiso de la pared en los casos resecaados fue: En el 12.5 % (2/16) mucosa y submucosa, en el 18.8% (3/16) muscular propia y en el 68.8% (11/16) la adventicia (Tabla 5).

TABLA 5. CÁNCER DE ESÓFAGO – H. REBAGLIATI (SET 2002 / DIC 2005).COMPROMISO DE PARED PACIENTES RESECADOS

CATEGORIA T	n	%
pT1(M)	1	12.5
pT1 (SM)	1	
pT2 (MP)	3	18.8
pT3 (ADVENTICIA)	11	68.8
TOTAL	16	100

El compromiso ganglionar en los pacientes resecaados fue del 68.8% (11/16) y de acuerdo al número de ganglios comprometidos la distribución fue: En el 43.8% (7/16) de 1-4 ganglios, en el 12.5% (2/16) de 5-6 ganglios , en el 6.3% (1/16) 17 ganglios y en el 6.3% (1/16) ganglio cervical (metástasis a distancia) (Tabla 6).

TABLA 6. CÁNCER DE ESÓFAGO – H. REBAGLIATI (SET 2002 / DIC 2005).COMPROMISO GANGLIONAR PACIENTES RESECADOS

CATEGORIA N	n	%
pN0	5	31.3
pN+	11	68.8
pN (1-4)	7	43.8
pN (5-6)	2	12.5
pN (> 15)	1	6.3
pN M lym	1	6.3
TOTAL	16	100

De acuerdo a la clasificación TNM al 67.8% (19/28) le correspondio el estadio III-IV y al 32.2% (9/28) le correspondio el estadio I-II (Tabla 7)

TABLA 7. CÁNCER DE ESÓFAGO – H. REBAGLIATI (SET 2002 / DIC 2005). ESTADIO pT pN pM CLASIFICACIÓN TNM DE LA UICC 1997

	T	N	M	n	%
RESECADOS			16	57.1	
I	T1 (M)	N0	M0	1	3.6
I	T1 (SM)	N0	M0	1	3.6
IIA	T3	N0	M0	3	10.7
IIB	T2	N1	M0	2	7.1
III	T3	N1	M0	7	25.0
IVA	T2	N3	M lym	1	3.6
IVA	T3	Nc	M lym	1	3.6
IRRESECADOS			12	42.9	
I	T1	Nx	Mx	1	3.6
IIA	T2	Nx	Mx	1	3.6
III	T4	Nx	Mx	7	25.0
IVA	T3	N c	M lym	1	3.6
IVB	T4	Nx	M H+	2	7.1

Las complicaciones post operatorias tempranas se presentaron en el 81.3% (13/16), siendo las más frecuentes : En el 42.8% (7/16) disfonía, en el 25% (4/16) fistula cervical. La estenosis complicación post operatoria tardía, se presento en el 31.3% (5/16). La mortalidad fue del 12.5% (2/16) (Tabla 8,9).

Los tipos histológicos fueron: En el 78.6% (22/28) epidermoide y en el 21.4% (6/28) adenocarcinoma (Tabla 10).

TABLA 8. CÁNCER DE ESÓFAGO – H. REBAGLIATI (SET 2002 / DIC 2005). COMPLICACIONES POST OPERATORIAS TEMPRANAS PACIENTES RESECADOS 13/16 (81.3%)

COMPLICACIÓN	n	%
FISTULA CERVICAL *	4	25
DISFONIA	7	42.8
LESIÓN TRAQUEAL	1	6.3
SEPSIS*	2	12.5
DERRAME PLEURAL	1	6.3
NEUMONIA	1	6.3
MORTALIDAD * 2/16 (12.5%)		

TABLA 9. CÁNCER DE ESÓFAGO – H. REBAGLIATI (SET 2002 / DIC 2005) .COMPLICACIONES POST OPERATORIAS TARDIAS PACIENTES RESECADOS 5/16

COMPLICACIÓN	n	%
ESTENOSIS	5	31.3%

TABLA 10. CÁNCER DE ESÓFAGO – H. REBAGLIATI (SET 2002 / DIC 2005). TIPOS HISTOLÓGICOS

HISTOLOGÍA	n	%
EPIDERMOIDE	22	78.6
BIEN DIFERENCIADO	9	32.1
MODERADAMENTE DIF.	11	39.3
POBREMENTE DIF.	2	7.1
ADENOCARCINOMA	6	21.4
MODERADAMENTE DIF. Tub 2	4	14.3
POBREMENTE DIF.	2	7.1
TOTAL	28	100

DISCUSIÓN

En nuestra población asegurada el tipo histológico de cáncer de esófago más frecuente es el epidermoide (78.6%) a diferencia de USA y Europa donde la incidencia del adenocarcinoma es del 50% , probablemente relacionado al incremento de la incidencia del reflujo gastroesofágico y al desarrollo de la metaplasia tipo Barret⁽²¹⁾.

El seguimiento de los pacientes con esófago de Barret con bajo grado de displasia sometidos a operación antireflujo muestra regresión aproximadamente en el 70% a esófago de Barret no displásico⁽²²⁾.

Existe una evidencia fuerte que la mayor parte de los adenocarcinomas intramucosos se originan cerca de la

unión esófago gástrica, aún en pacientes con segmento de Barret largo o en metaplasia intestinal del cardias y ambas comparten una etiología común de reflujo gastro –esofágico. Así mismo existe la evidencia que el esófago de Barret y la metaplasia intestinal del cardias es lo mismo solo diferenciado por la presencia de un esfínter esofágico inferior competente. La ausencia de infección por helicobacter pilori y metaplasia intestinal gástrica en los pacientes con metaplasia intestinal del cardias y del esófago distal esta en contra del origen gástrico⁽²³⁾.

En los tumores de esófago se observa en general un predominio del sexo masculino, así en nuestra casuística la relación fue de 3/1 a favor del sexo masculino. La edad de más frecuente es a partir de los 60 años (64.3%) sin embargo esta neoplasia se observa en paciente de la 4ta y 5ta decada de la vida (35.7%) .

El estadiaje clínico exacto antes del tratamiento del cáncer de esófago cada vez es más importante en la evaluación y comparación de los resultados de diferentes modalidades de tratamiento que incluyen cirugía, quimioterapia y radioterapia, porque la verdadera extensión del tumor generalmente no puede ser determinada por examen histológico después de quimioradioterapia y/o radioterapia. La superioridad del ultrasonido para la evaluación de las categorías T,N ha sido confirmada en varios estudios. La esofagografía y esofagoscopia aún son las modalidades diagnósticas para identificar tumores esofágicos T1. La efectividad para detectar por ultrasonido los tumores T2 es pobre porque la profundidad es sobrestimada en muchos casos. La efectividad es excelente para predecir tumores T3-T4⁽²⁴⁾.

El cáncer epidermoide de esófago tiene cuadro epidemiológico y morfológico diferente al adenocarcinoma del esófago distal, así los estudios linfográficos muestran que los linfáticos que se originan en el esófago distal avanzan hacia el mediastino posterior inferior y hacia el tronco celiaco, siendo raro el compromiso del mediastino posterior medio y superior, por el contrario los linfáticos que se originan en el esófago torácico comprometen en forma amplia el mediastino posterior así como la región cervical y el tronco celiaco^(13,14).

La esofagectomía en 2 campos de Ivor Lewis, es una operación que se realiza con mucha frecuencia en el adenocarcinoma del esófago distal, porque permite una disección ganglionar para esofágica radical bajo visión directa y una anastomosis intratoraxica con una calidad de vida mejor que la cervical; sin embargo la posibilidad de dehiscencia de anastomosis con fístula no contenida, mediastinitis y sepsis es alta, por ese motivo se prefiere una anastomosis cervical^(7, 8).

Después de la reconstrucción por esofagectomía el 9% desarrolla isquemia del conducto, el 11 % desarrolla fístula y el 22% desarrolla estenosis. Los factores de riesgo para isquemia son la comorbilidad asociada (diabetes, enfermedad cardiovascular y pulmonar). El factor de riesgo para fístula fue la isquemia y para estenosis fueron la isquemia y la fístula. En nuestra casuística la fístula se presento en el 25%, estenosis en el 31% y se pudo apreciar que las fístulas cervicales de mala evolución estaban asociadas a isquemia del tubo gástrico⁽²⁵⁾.

El gol de la cirugía en los pacientes mayores de 75 años, con insuficiente reserva cardiorrespiratoria, enfermedad irrecusable es la paliación (añade vida a los años y no años a la vida). En los pacientes con enfermedad irrecusable una exclusión paliativa con bypass, con doble tubo gástrico conlleva una alta mortalidad de 12-18% debido a la severidad de la enfermedad más que a la dificultad del procedimiento. La mortalidad en nuestra casuística por bypass con doble tubo gástrico es del 22%. La quimiorradioterapia no debe ser usada como paliación porque el 50-60% presenta toxicidad aguda, esta reservado para pacientes con enfermedad localmente avanzado con buen Karnofsky que rechazan la cirugía. La radioterapia no es una paliación efectiva cuando el lumen esofágico está completamente ocluido⁽¹⁶⁾.

En los casos resecaos y bypass con doble tubo gástrico, se recomienda dejar una yeyunostomía porque nos permite reiniciar precozmente la dieta por vía enteral y por otro lado nos asegura una vía de alimentación ante la posibilidad de una fistula en la anastomosis esófago gástrica cervical o del tubo gástrico a nivel del torax. En nuestra casuística el 25% (4/16) de los resecaos no tuvieron yeyunostomía, 2 de ellos fallecieron por fístula cervical asociada a complicaciones respiratorias y sepsis.

Los pacientes con cáncer de esófago no toleran la quimioterapia y/o radioterapia sin un soporte nutricional adecuado sea por vía parenteral o enteral (gastrostomía, yeyunostomía). La sonda nasogástrica colocada durante la dilatación de la estenosis causada por la tumoración no es solución, porque no permite el pasaje de la saliva con el consiguiente peligro de neumopatía aspirativa durante el sueño, además es necesario que el paciente tenga un Karnofsky adecuado^(19,20).

Los estudios controlados randomizados han demostrado que la cirugía continua siendo el gol Standard en el tratamiento del cáncer de esófago, porque permite un adecuado estadiage y es efectiva en el control local de la enfermedad. Actualmente se considera que la esofagectomía extendida en 3 campos ofrece el mejor chance de cura potencial, sin embargo debería ser combinada con terapia adyuvante adecuada en pacientes con alto riesgo de recurrencia (pT3-4, pN >5, pM lym +). Hasta la fecha la quimioterapia neoadyuvante no ha demostrado incrementar la sobrevida de los pacientes con cáncer de esófago. La quimiorradioterapia neoadyuvante solo ha demostrado incrementar la sobrevida en un estudio controlado randomizado realizado por Walsh, en pacientes con adenocarcinoma del esófago distal, trabajo que tuvo grandes sesgos como la evaluación del estadio clínico después de la quimiorradioterapia y el porcentaje alto de casos avanzados en el grupo de cirugía sola (43% vs 16%). Los resultados en el grupo de cirugía sola fueron pobres (6% de sobrevida a 3 años), por el contrario la sobrevida en el grupo de radioquimioterapia neoadyuvante fue del 32% de sobrevida a 3 años, que no es mejor que los resultados obtenidos con esofagectomía extendida en 3 campos, por Isono en Japón quien reporta una sobrevida a 5 años del 34.3% en un estudio Nacional que incluyó 1740 pacientes^(6,19).

El 17%(5/28) recibió tratamiento primario con quimiorradioterapia y fueron enviados a cirugía por persistencia y

progreso de la enfermedad de este grupo solo dos pacientes lograron ser sometidos a cirugía de rescate.

Kato del Nacional Cancer Center de Japón en la esofagectomía extendida en 3 campos disecciona 80.5 ganglios en promedio, como contraparte Palanivelu en la esofagectomía mínimamente invasiva con disección ganglionar en 2 campos reseca 18 ganglios en promedio (rango de 11-32), lo que demuestra que la cirugía laparoscópica está lejos de ser una operación oncológica^(5,15).

Dr. Pedro Ríos Canturín, Belisario Flores 167, Lince,
cel 95236011
pjrios67@latinmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. DEVESA SS, BLOT WJ, FRAUMENI JF JR. Changing patterns in the incidence of esophageal and gastric carcinoma in the United States. *Cancer* 1998. 83:2049-2053.
2. NISHIMAKI T, SUSUKI T, KUWABARA S, HATEKEYAMA K. Outcomes of Extended Radical Esophagectomy for thoracic Esophageal cancer. *J Am Coll Surg* 1998. 186 : 306-312.
3. AKIYAMA H, TSURUMARU M, UDAGAWA H, KAJIYAMA Y. Radical lymph node dissection for cancer of the thoracic esophagus. *Ann Surg* 1994. 220: 364-373.
4. NAKAGAWA S, KANDA T, KOSUGI S, OHASHI M, SUSUKI T. Recurrence Pattern of Squamous Cell Carcinoma of the Thoracic Esophagus after Extended Radical Esophagectomy with Three-Field Lymphadenectomy. *J Am Coll Surg* 2004. 198:205-211.
5. KATO H, TACHIMORI Y, WATANABE H, TERUI S, HIROTA T. Lymph Node Metastasis in Thoracic Esophageal Carcinoma. *J Surg Oncol* 1991. 48:106-111.
6. FUJITA H, KAKEGAWA T, YAMANA H, SHIMA I, YAMASAKI K. Mortality and Morbidity Rates, Postoperative Course, Quality of Life, and Prognosis After Extended Radical Lymphadenectomy for Esophageal Cancer. Comparison of Three-Field Lymphadenectomy With Two-Field Lymphadenectomy. *Ann Surg* 1995. 222:654-662.
7. LOZAC'H P, TOPART P, PERRAMANT M. Ivor Lewis Procedure for Epidermoid Carcinoma of the Esophagus. A Series of 264 Patients. *Seminars in Surgical Oncology* 1997. 13: 238-244.
8. DRESNER SM, GRIFFIN SM. Pattern of recurrence following radical esophagectomy with two-field lymphadenectomy. *Br J Surg* 2000. 87:1426-1433.
9. ORRINGER M. Transhiatal Esophagectomy Without Thoracotomy for Carcinoma of the Thoracic Esophagus. *Ann Surg* 1984. 200: 282-288.

10. PINOTTI HW. A new approach to the thoracic esophagus by the abdominal transdiaphragmatic route. *Langenbecks Arch Chir* 1983. 359:229-235.
11. PINOTTI HW, CECCONELLO I, OLIVEIRA MA. Transhiatal esophagectomy for Esophageal Cancer. *Seminar in Surgical Oncology* 1997. 13: 253-258.
12. BUMM R, HÖLSCHER AH, FEUSSNER H, BARTELS H, SIEWERT JR. Endodissection of the Thoracic Esophagus. Technique and Clinical Results in Transhiatal Esophagectomy. *Ann Surg* 1993. 218:97-104.
13. HÖLSCHER AH, BOLLSCHWEILER E, BUMM R, BARTELS H, SIEWERT JR. Prognostic factors of resected adenocarcinoma Of the esophagus . *Surgery* 1995. 118:845-855.
14. CLARK GW, PETERS JH, DEMEESTER TR. Nodal Metastasis and sites of Recurrence After En Bloc Esophagectomy for Adenocarcinoma. *Ann Thorac Surg* 1994. 58: 646-654.
15. LUKETICH JD, ALVELO-RIVERAM, BUENAVENTURA PO. Minimally invasive esophagectomy : Ourcomes in 222 patients. *Ann Surg* 2003. 238:486-495.
16. DEMEESTER TR. Esophageal Carcinoma : Current Controversis. *Seminar in Surgical Oncology* 1997. 13: 217-233.
17. LAW SY, WONG J. Esophageal Cancer Surgery: The Value of Controlled Clinical Trials. *Seminar in Surgical Oncology* 1997. 13: 281-287.
18. IDE H, NAKAMURA T, HAYASHI K, EGUCHI R, OTA M. Neoadjuvant chemotherapy with cisplatinum /5-fluoruracil low- Dose leucovorin for advanced squamous cell carcinoma of the Esophagus. *Seminar in Surgical Oncology* 1997. 13: 263-269.
19. WALSH TN, NOONAN N, HOLLYWOOD D, KELLY A, KEELING N. A comparison of multimodal therapy and surgery for Esophageal adenocarcinoma. *The new England Journal of Medicine* 1996. 335: 462-467.
20. BOSSET JF, GIGNOUX M, TRIBOULET JP, TIRET E, ELIAS D. Chemoradiotherapy followed by surgery compared with surgery Alone in squamous –cell cancer of the esophagus. *N Engl J Med* 1997. 337:161-167.
21. SIEWERT JR, STEIN HJ. Barrett's Cancer: Indications, Extent, and Results of surgical Resection. *Seminar in Surgical Oncology* 1997. 13: 245-252.
22. GURSKI RR, PETERS JH, HAGEN JA. Barret's esophagus can and does regress after antireflux surgery: A study of prevalence and predictive features. *J Am Coll Surg* 2003. 196: 706-713.
23. OH DS , HAGEN JA, CHANDRASOMA PT, DUNST CM, DEMEESTER TR. Clinical Biology and Surgical Therapy of Intramucosal Adenocarcinoma of the Esophagus. *J Am Coll Surg* 2006. 203:152-161.
24. NISHIMAKI T, TANAKA O, IDE H, WATANABE H. Evaluation of the Accuracy of Preoperative Staging in Thoracic Esophageal Cancer. *Ann Thorac Surg* 1999. 68: 2059- 2064.
25. BRIEL JW, HAGEN JA, DEMEESTER TR. Prevalence and Risk Factors for Ischemia, Leak and Stricture of Esophageal Anastomosis: Gastric Pull-up Versus Colon Interposition. *J AM Coll Surg* 2004. 198: 536-542.
26. MATSUBARA T, UEDAM M, TAKAHASHI T et. al. Modified stomach roll for safer reconstruction after subtotal reconstruction esophagectomy . *J Surg Oncol* 2000. 75: 214-216.