

Conferencia

¿Es Necesario Operar aún, los Cánceres de Esófago ?

Prof. J. L. Peix, Lyon - Francia

La finalidad del tratamiento del cáncer de esófago, es doble:

1. Curar la enfermedad - raramente se logra.
2. Lograr alimentación normal y una vida confortable: debe buscarse sistemáticamente.

Hoy se discute la exclusividad del tratamiento quirúrgico, tanto por el radioterapeuta, como por el quimioterapeuta, el gastroenterólogo y el endoscopista.

Hay 4 posibilidades de tratamiento no quirúrgico, paliativo o curativo del cáncer de esófago: la quimioterapia, la radioterapia, la fotodestrucción con laser, la endoprótesis.

LA QUIMIOTERAPIA

Aunque muchos ensayos clínicos con monoquimioterapia exclusiva, han demostrado respuesta, la mayoría de los protocolos propuestos, corresponden a poliquimioterapia: C D D P + D V A + B L M (KELSEN) - C D D P + 5 F U (HELLERSTEIN) - C D D P + B L M + M T X (VOGUEL).

A la poliquimioterapia, la radioterapia asociada permite obtener acción locorregional y sistémica con potenciación de los efectos de la radioterapia. (COLLARIC, KELSEN, Wayne State University).

La asociación de estos protocolos a la cirugía, ha permitido mostrar la prueba formal de la eficacia de los mismos, entregando al anatómopatólogo, especímenes "esterilizados", en 25o/o de los casos.

LA RADIOTERAPIA

Puede tratarse de radioterapia externa (cobalto), irradiando el mediastino posterior, las regiones cervicales y subclaviculares, la región celíaca.

La plesiocurioterapia, utilizando alambre de iridio, ha sido propuesta para tumores de poco espesor o para obtener sobredosis complementarias.

La radioterapia ha sido propuesta como tratamiento curativo exclusivo. Pearson, administrando 60 a 75 Gy, ha obtenido 19o/o de curaciones a 5 años. Sin embargo, otras series de la literatura, muestran resultados de menos calidad, con excepción de los logrados en formas favorables T₁N₀.

La radioterapia paliativa permite mejorar la disfagia y disminuir el dolor. Dosis más débiles, del orden de 40 Gy, son suficientes, en general. Desgraciadamente, la mejoría es pasajera y dura algunos meses.

La asociación radiación-cirugía ha sido propuesta extensamente. Permite aumentar la tasa de reseccabilidad sin incrementar la morbilidad operatoria, siempre y cuando no se empleen sobredosis.

La radioterapia post-operatoria ha sido igualmente propuesta para esterilizar focos residuales y como complemento de una resección incompleta. Permite una disminución de las recidivas mediastinales; el pronóstico depende de la invasión ganglionar.

EL LASER

La fotodestrucción del tumor por LASER, ha sido propuesta recientemente. Es una monoterapia que permite la destrucción tumoral, después de la dilatación. Este tratamiento soluciona la disfagia, necesita sesiones repetidas y no está exento de peligro de perforación.

La utilización de protocolos combinados, asociando la quimioterapia, el laser y la radioterapia, han sido propuestos también.

La terapéutica fotodinámica ha sido propuesta igualmente para lesiones pequeñas y superficiales.

LOS TRATAMIENTOS ENDOSCOPICOS

Este tratamiento endoscópico después de la dilatación de la estenosis, consiste en la colocación de una endoprótesis (Celestín). Es un tratamiento paliativo que permite prolongar los efectos de la dilatación.

Tiene límites técnicos. La colocación de prótesis en lesiones cervicales o en la parte alta del esófago torácico, no es posible por la incomodidad que provoca la parte superior de la prótesis. Está igualmente contraindicada en tumores largos (más de 8 cm) y colocada en la parte baja del esófago crea, demostrando experimentalmente, un reflugastroesofágico severo.

La fístula neoplásica esófago-traqueal es una indicación de elección de este tratamiento.

La colocación de una prótesis tiene riesgos: de perforación, de la hemorragia de Mendelson. Las posibilidades de desplazamiento secundario son del 5 al 20o/o; las de obstrucción, 5 al 20o/o.

EL TRATAMIENTO QUIRURGICO

Las contraindicaciones de la cirugía pueden tener causas motivadas por el terreno o algunas por el cáncer.

La mayoría de los enfermos con cáncer de esófago son pacientes etilistas y fumadores. No hay posibilidad de fijar una edad límite para la resección quirúrgica del cáncer. Más que la edad, la contraindicación operatoria está dada por afecciones asociadas. La función respiratoria debe ser cuidadosamente evaluada. No hay un criterio absoluto, pero la obtención de un VEMS y una capacidad vital, inferiores a 55o/o de los valores teóricos o un coeficiente de Tiffeneau inferior al 50o/o del valor teórico, constituyen un riesgo quirúrgico mayor.

Los estados nutricional e inmunológico deben evaluarse; 20o/o de estos pacientes

están desnutridos y 30o/o, son inmunodeprimidos. No existe aún, un criterio absoluto para establecer una contraindicación formal, pero la desnutrición y la inmunosupresión, son a menudo el reflejo de una extensión tumoral importante.

El estado de la función hepática debe tomarse en cuenta. Estos pacientes son portadores frecuentes de una insuficiencia hepatocelular. La existencia de una hipertensión portal con várices esofágicas no es en sí misma, una contraindicación operatoria, pero aumenta el riesgo quirúrgico. Utilizando la clasificación de Child, cuando estos enfermos presentan esclerosis hepática, la resección será reservada para los del Grupo A.

La extensión del cáncer representa por sí misma una contraindicación operatoria por irreseccabilidad del mismo. La presencia de voz bitonal hará suponer una extensión extraesofágica del tumor con parálisis del recurrente izquierdo, especialmente en lesiones del tercio medio. La radiografía de tórax permitirá poner en evidencia metástasis pulmonares; el tránsito esofagogastroduodenal es esencial para evaluar el sitio exacto y la longitud de la lesión. Subestima a menudo la importancia de la profundidad del tumor.

La ecografía puede revelar metástasis hepáticas y la esofagoscopía con la ayuda de colorantes (lugol o azul de toluidina) explora toda la mucosa, buscando lesiones multifocales.

La centellografía permite aunque no con mucha exactitud, localizar lesiones de mediastino. Permite detectar adenopatías que serán sospechosas si miden más de 10 mm.

La centellografía permite también evaluar la invasión aórtica (en la mitad de los casos) y la tráquea. En ocasiones demuestra metástasis pulmonares no detectadas por la radiografía.

La endoscopia permite apreciar la extensión en profundidad de los pequeños tumores. Pone en evidencia adenopatías lateroesofágicas sin precisar la naturaleza de las mismas.

Es igualmente útil para evaluar en tumores del tercio medio, la invasión aórtica, traqueobronquica, pleuropulmonar o pericárdica.

Formalmente no puede hacerse por imágenes, la diferencia entre invasión y rechazo y por ello, contraindicar la cirugía.

La comparación de los distintos exámenes con el conjunto de presunciones, puede

llegar a una certeza diagnóstica.

La traqueobroncoscopía es indispensable. Permite descubrir localizaciones múltiples, laríngeas, esofágicas, o traqueales; lo más importante distinguir entre rechazo e invasión de la mucosa.

Las contraindicaciones operatorias son pues raras.

Elas dependen poco de las imágenes (invasión traqueobrónquica, metástasis pulmonares o hepáticas). Por otra parte, un tumor grande (T₃), puede ser fácilmente extirpable. Del mismo modo, es difícil evaluar la invasión ganglionar en presencia de grandes adenopatías antracóticas.

En fin, las contraindicaciones operatorias dependen a menudo, del terreno.

Numerosas intervenciones han sido propuestas para la exéresis de los cánceres de esófago.

Retendremos la esofagogastrectomía por vía mixta, abdominal y torácica derecha u operación de Lewis Santy, el procedimiento más utilizado para las localizaciones de los tercios medio e inferior.

La esofagectomía por la triple vía, abdominal, torácica y cervical según AKIAMA, con una gastroplastía restroesternal tubulizada (MACKEONWN) o en la posición mediastinal posterior.

La toracotomía primera, preconizada por AKIAMA, permite decidir la elección y el sitio del transplante.

La esofagectomía sin toracotomía propuesta en 1933 por Turner, ha sido preconizada por ORRINGER.

Las indicaciones de estas esofagectomías están limitadas para muchos, a los tumores de los tercios superior y medio; para Orringer, representa la operación de elección para cualquier localización de un tumor resecable.

La esofagectomía por vía mixta, abdominal y torácica izquierda se utiliza menos en la actualidad, ya sea la operación de Sweet para el tercio inferior o la de Lortat Jacob, con descruzamiento, para los cánceres del tercio medio.

La faringolaringoesofagectomía para los tumores del esófago cervical y de la "boca" de Killian, incluirá según los equipos quirúrgicos: sea una esofagectomía total, sea una esofagectomía cervical aislada con reemplazo de asa intestinal microanastomosada al cuello, sea una esofagectomía total con reemplazo gástrico o cólico.

Después de la esofagectomía, el reemplazo de elección es el estómago. Presenta buena

vascularización, llega fácilmente al cuello, total o tubulizado, según el lugar del tumor y el hábito de cada uno.

Las plásticas con el colon, se indican con menos frecuencia; a veces se hacen necesarias, por una resección u operación gástrica que compromete al estómago como órgano de reemplazo. Las plásticas con colon tienen un buen funcionamiento pero complican la operación; se realizan con el fleon y colon derecho o con el colon transversal y ángulo esplénico.

El tratamiento quirúrgico puede ser exclusivamente paliativo: es la realización del cortocircuito, sea con la biexclusión esofágica de ambos lados del tumor con una gastroplastía, sea con drenaje esofágico inferior y gastroplastía a la manera de Kirschner y Postewaithe.

La esofagogastrectomía laterotateral, no se utiliza más por el marcado reflujo que provoca.

La gastrostomía y la yeyunostomía, con las incomodidades físicas y morales que producen, tienen indicaciones excepcionales.

De las múltiples operaciones, la elección está dada por el tipo de tumor (localización). La técnica de Lewis-Santy, por vía abdominal y torácica derecha, para los tumores de los tercios medio e inferior. Para las sesiones del tercio superior, la triple vía, haciendo la toracotomía primero parece la mejor.

Para los tumores de la "boca" de Killian, se propondrá una faringoesofagectomía con radioterapia y quimioterapia preoperatorias. Como existe una mutilación vocal importante, la indicación debe ser hecha con cuidado y con un fin curativo.

De acuerdo al estado general del paciente, hay indicación muy electiva de esofagectomía sin toracotomía después de radioterapia y quimioterapia.

El tratamiento quirúrgico produce en la actualidad, una mortalidad pequeña. En la estadística de nuestro maestro P. Maillet, en 271 enfermos operados entre 1974 y 1984, la mortalidad global fue de 10,3%. Si ésta fue de 26,30/o, entre 1974 y 1978, descendió a 3,80/o entre 1978 y 1984. Esta mortalidad es esencialmente debida a las complicaciones respiratorias y a las fístulas anastomóticas.

Las complicaciones respiratorias son las principales en este tipo de intervenciones. Se encontraron entre 15 a 20/o de los casos, de las cuales, un tercio fueron mortales. Fueron esencialmente atelectasias, bronconeumopa-

tías, síndrome de "distress" respiratorio del adulto o derrames pleurales bilaterales.

Las fístulas anastomóticas registradas en la literatura, tienen una frecuencia del 10 al 15o/o, de las cuales, una tercera parte fueron mortales. Son más frecuentes después de los cortocircuitos (23o/o) que después de la exéresis (12o/o). Debe señalarse también el sitio de la anastomosis. Las fístulas torácicas corresponden al 10o/o de los casos, la mitad de las cuales son mortales; las de cuello son el 20o/o, pero sólo la cuarta parte de ellas son mortales. No hay incidencia vinculada a la técnica o a haber recibido o no radioterapia preoperatoria.

Aparte de las mencionadas, las otras complicaciones inmediatas están representadas por el quilotorax (2o/o), parálisis recurrente provocando problemas respiratorios agudos al reiniciar la alimentación oral, insuficiencia hepática en los casos con función hepática precaria preoperatoria.

Los resultados alejados de todos los pacientes fueron de una sobrevida de 15o/o a los 5 años. Estos resultados variaron según el tamaño y extensión tumorales, la existencia o no de invasión en el límite de sección. Sin embargo, aún este caso, invasión del límite de sección, es compatible con una sobrevida de 5o/o a los 5 años. La persistencia de tejido tumoral residual después de la cirugía, se acompaña de una sobrevida de 5o/o a 5 años.

El lugar y el tipo de exéresis tienen también un papel pronóstico. Después de una faringoesofagectomía, la expectativa de vida a 5 años, es del 10o/o para el cáncer de esófago y de 25o/o, para el ubicado en la "boca" de Killian.

Los resultados funcionales son importantes en la cirugía con tasa de curación no superior al 15o/o, en el conjunto de los enfermos.

La desaparición de la disfagia es prácticamente constante. Esta desaparición de la disfagia se acompaña de un confort digestivo, satisfactorio y con secuelas comparables a la de las de la gastrectomía.

Los problemas anastomóticos tardíos aparecen en un 10o/o de los casos. Deben diferenciarse las estenosis cicatriciales de las anastomosis que pueden ser diladas, de las producidas por reflujo y por esofagitis biliar, que podrían indicar desviar el duodeno. Cualesquiera ellos sean, la aparición de problemas funcionales post-operatorios, deben hacer pensar primeramente en una recidiva.

En fin, en los casos de faringolaringoesofagectomías, las secuelas vocales son mayores

y la reeducación difícil, cualquiera sea el tipo de reemplazo utilizado.

El caso particular de los cortocircuitos permite observar la posibilidad de sobrevida paradójica. Sin embargo, los resultados son peores que en las exéresis (aún cuando éstas sean incompletas). 41o/o a 1 año y 17o/o a 2 años, después de exéresis, contra 18o/o a 1 año y 3o/o a 2 años por el cortocircuito.

EN CONCLUSION

Existe una esperanza de curación del cáncer de esófago, mediante la resección del órgano y la extirpación de los ganglios.

Las respuestas al tratamiento radiante y citotóxico son a menudo temporarias o parciales. Pueden ser adecuadas para una fase preparatoria para la cirugía. Por otra parte, la cirugía es el único medio de controlar la eficacia de un tratamiento radioquímico preoperatorio.

Si en el conjunto de enfermos, la sobrevida es de 15o/o a 5 años, en aquellas formas precoces (T₁ superficial), la sobrevida es de 70-75o/o. Estas cifras satisfactorias obligan al examen de poblaciones de alto riesgo (pacientes operados de cánceres ORL, enfermos con megaesófago, con esofagitis cáustica, etc.).

La mortalidad operatoria de los cánceres de esófago es baja en la actualidad. La mejoría de los resultados se obtuvo por diagnóstico precoz y por el tratamiento combinado. La cirugía asociada es mejor que la cirugía sola o las otras modalidades terapéuticas aisladas.

Debe recordarse que el cáncer epidermoide de esófago es ante todo una enfermedad regional y que después de 5 años, los pacientes sobrevivientes (25o/o de ellos) presentan una segunda localización, frecuentemente, en el área ORL. □