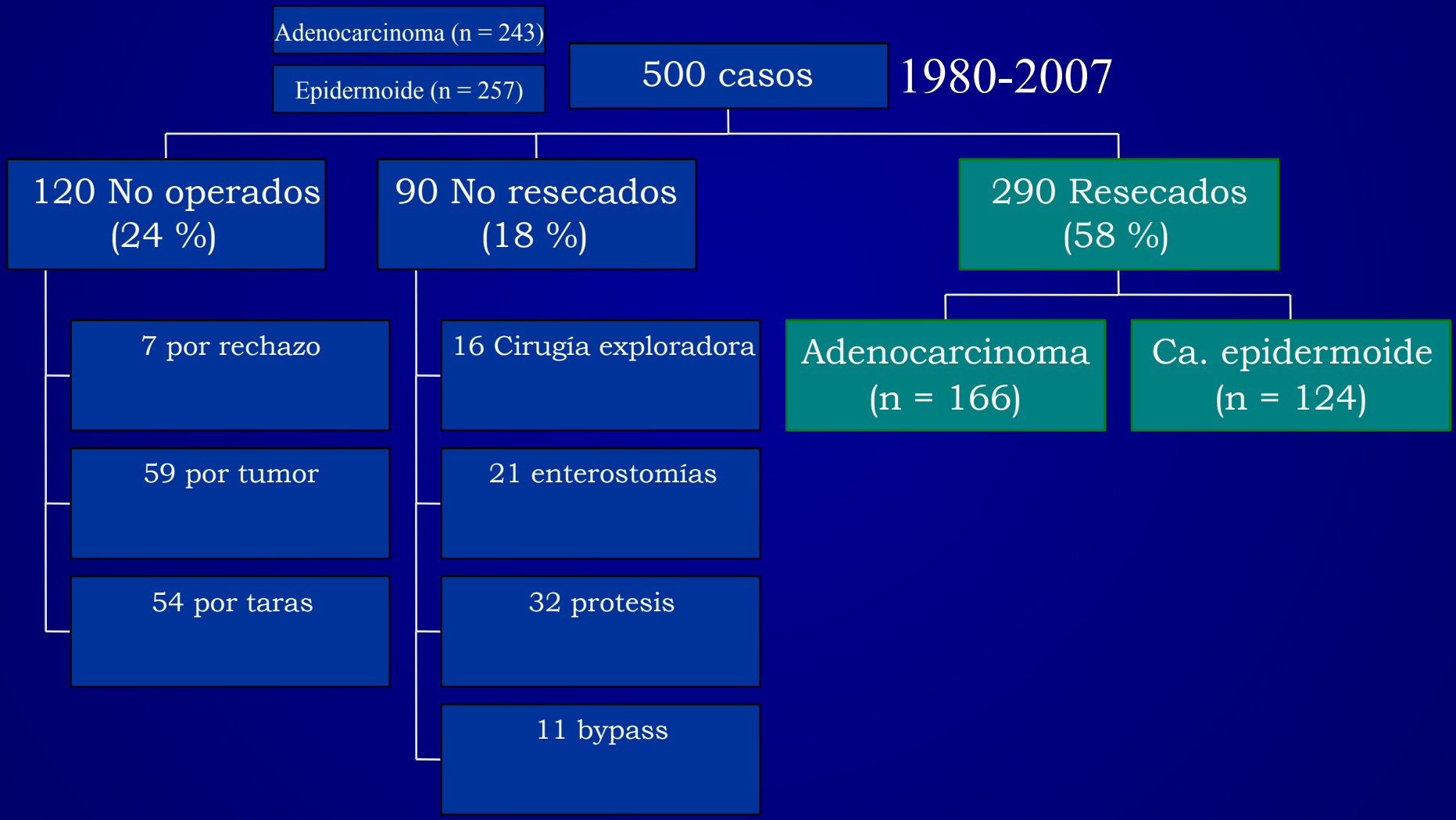
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CANCER DE ESOFAGO

EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA
MURCIA

PACIENTES Y METODOS

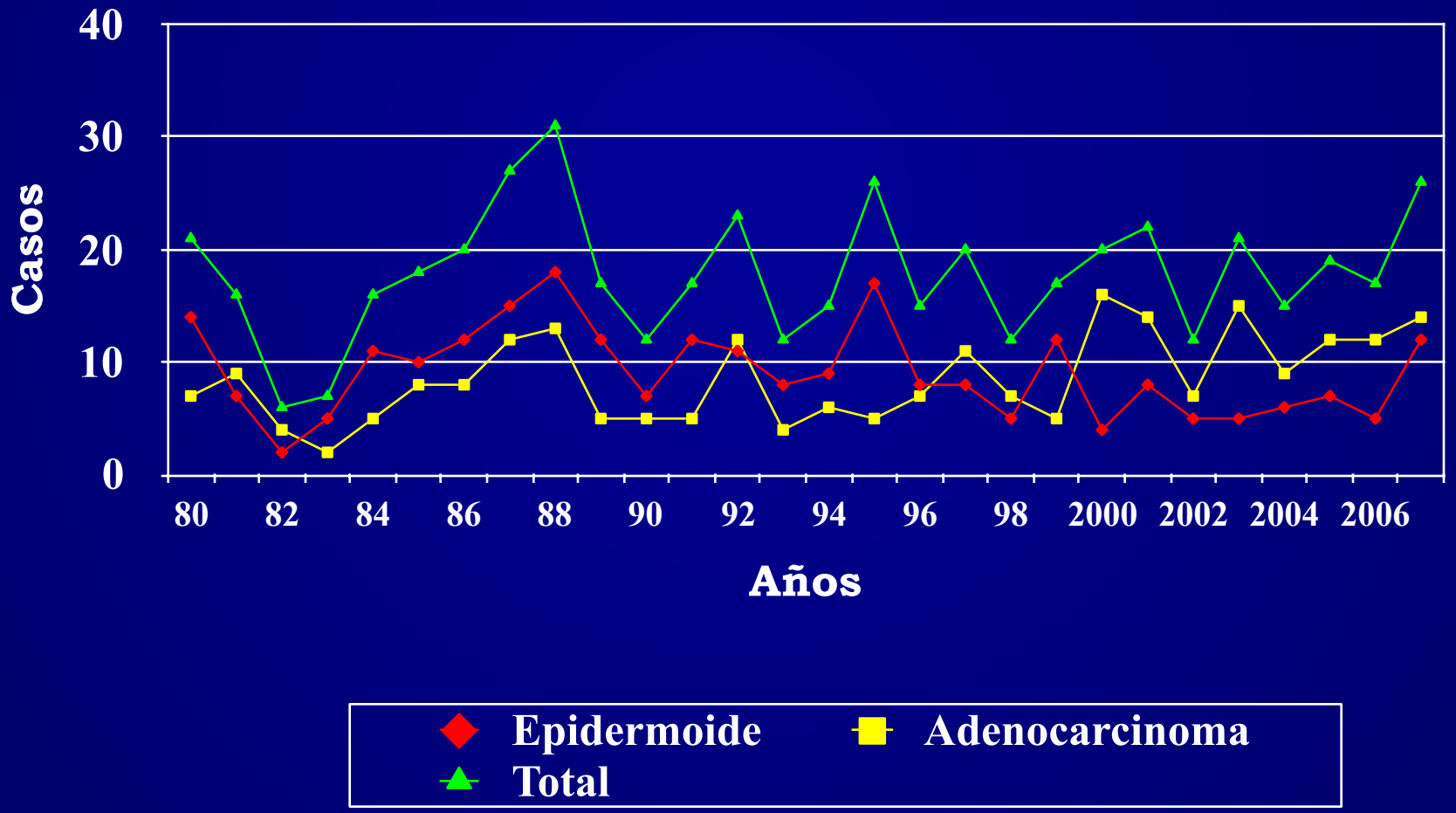


PACIENTES Y METODOS (n = 500)

- Edad:
  - Mediana: 62 años
  - Rango: 17-92 años
- Sexo:
  - Mujeres: 62 (12’2 %)
  - Varones: 438 (87’8 %)
- Tiempo de evolución:
  - Mediana: 3 meses
  - Rango: 15 días y 12 meses
  - 143 casos (29 %) > 3 meses

PACIENTES Y METODOS (n = 500)

Incidencia tipo histológico por año



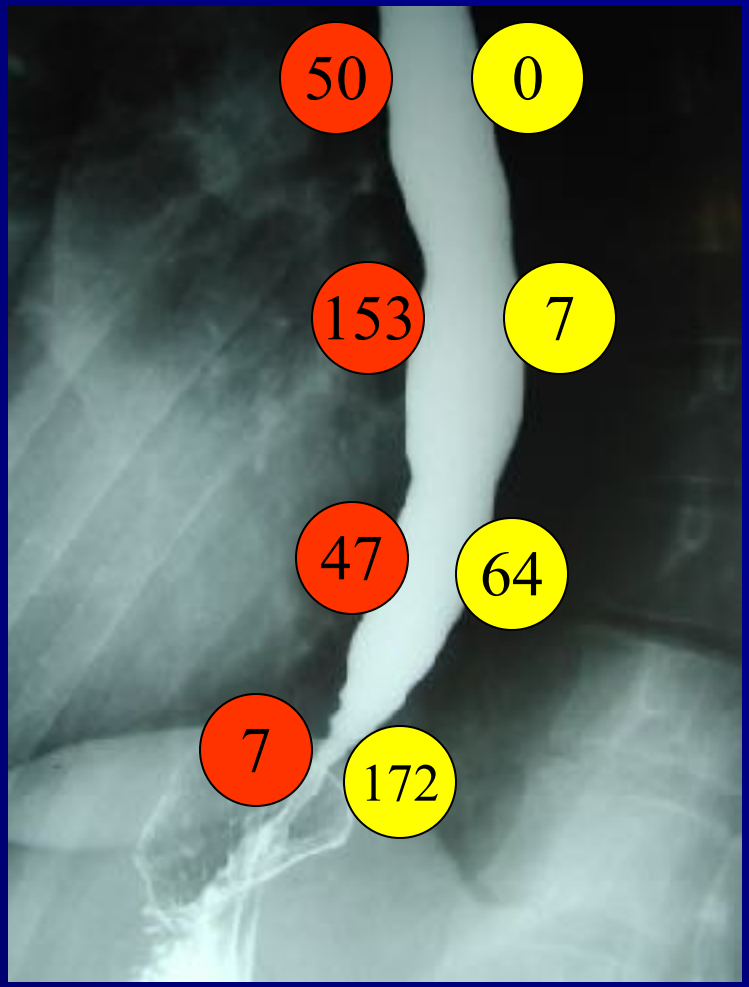
PACIENTES Y METODOS (n = 500)

EPIDEMIOLOGIA

	Adenocarcinoma (n = 243)	Ca. epidermoide (n = 257)	p
Edad (años)	65 (17-87)	60 (23-92)	N.S.
Sexo (H/M)	197/44	240/17	p < 0.02
Tiempo evolución síntomas (meses)	3 (0.3-12)	3 (0.6-12)	N.S.
Hábito tabáquico	102 (42 %)	185 (72 %)	p < 0.001
Hábito alcohólico	58 (24 %)	154 (60 %)	p < 0.001
Neoplasia ORL	2 (1 %)	20 (8 %)	p < 0.05
RGE	83 (34 %)	6 (2 %)	p < 0.05
Esófago Barrett	85 (35 %)	-	p < 0.001

PACIENTES Y METODOS (n = 500)

LOCALIZACION



Tamaño (cm)

4.9 Ca. Epidermoide (n = 257)

5 Adenocarcinoma (n = 243)

PACIENTES CON RESECCION ESOFÁGICA

n = 290

ADENOCARCINOMA (n = 166)

EPIDERMOIDE (n = 124)

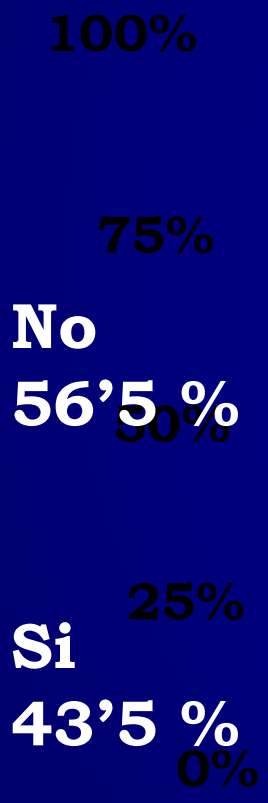
PACIENTES Y METODOS (n = 290)

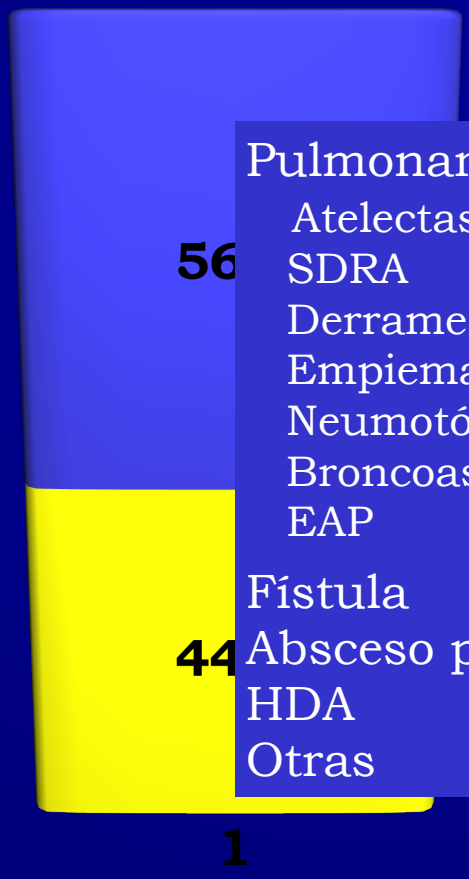
Técnicas quirúrgicas

- Técnicas de exéresis:
  - Esofagogastrectomía (Ivor-Lewis) — 260 casos (90 %)
  - Esofagogastrectomía (McKeown) — 9 casos (3 %)
  - Esofagogastrectomía transhiatal — 9 casos (3 %)
  - Esofagogastrectomía por laparotomía — 12 casos (4 %)
- Tipo de plastia:
  - Estómago — 258 casos (89 %)
  - Colon — 20 casos (7 %)
  - Esofagoyeyunostomia — 12 casos (4 %)
- Nivel de anastomosis:
  - Tórax — 272 casos (94 %)
  - Cuello — 18 casos (6 %)

RESULTADOS (n = 290)

Complicaciones

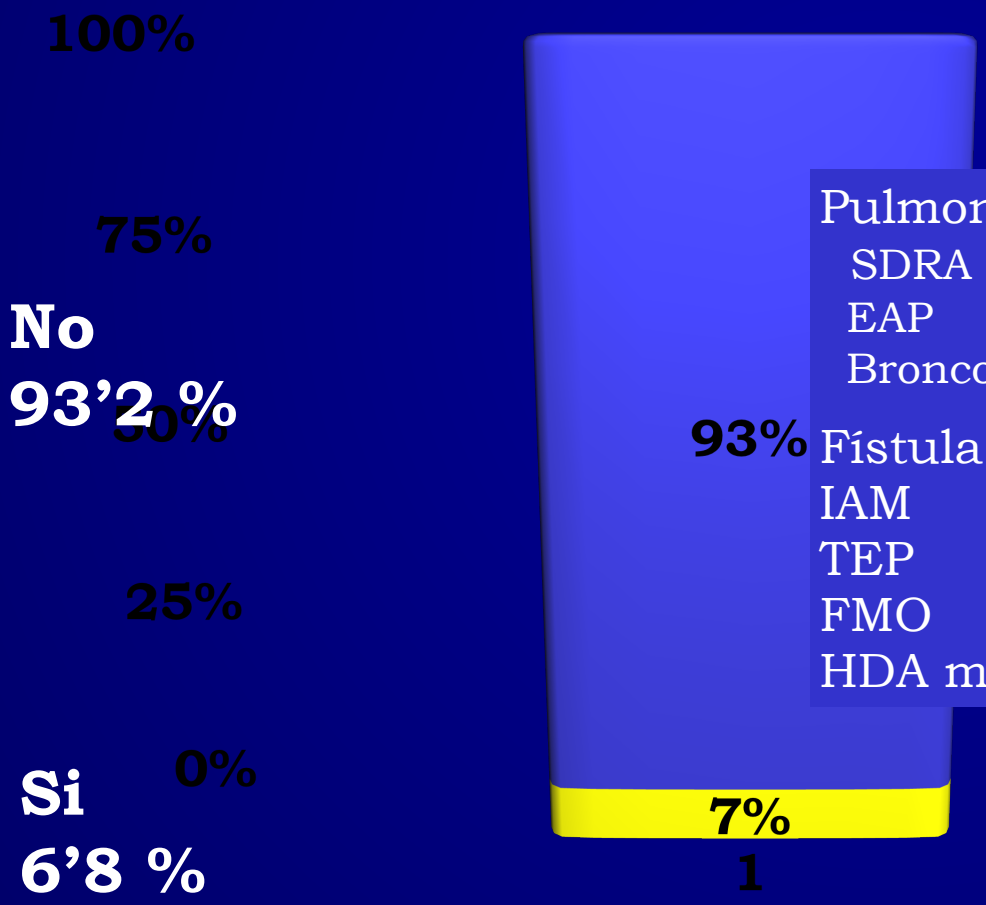




Pulmonares	84 casos (29%)
Atelectasia/Neumonía	34 casos
SDRA	21 casos
Derrame pleural	15 casos
Empiema	5 casos
Neumotórax	5 casos
Broncoaspiración	2 casos
EAP	2 casos
Fístula	24 casos (8%)
Absceso pared	9 casos (3%)
HDA	4 casos (1%)
Otras	10 casos (3%)

RESULTADOS (n = 290)

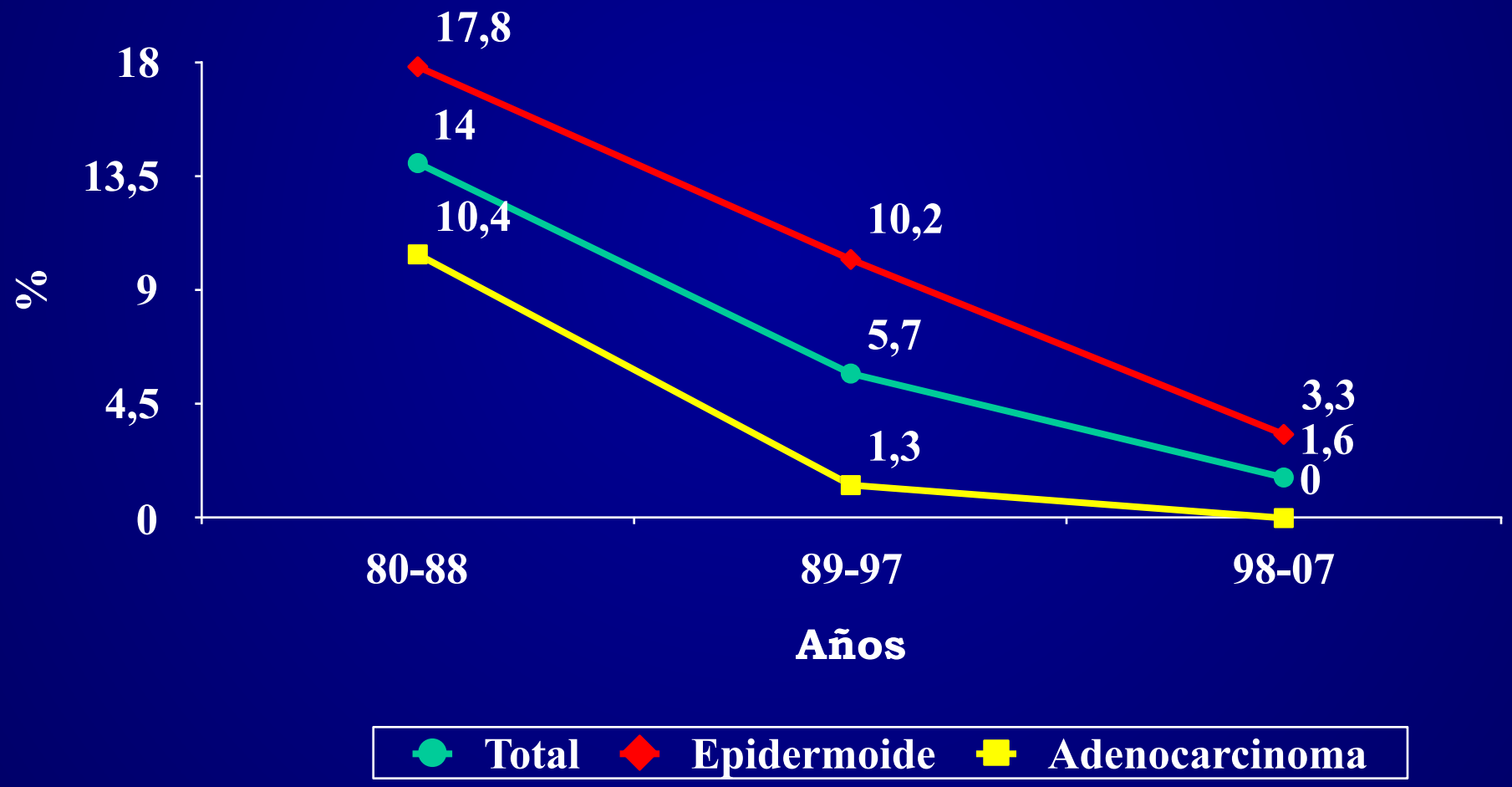
Mortalidad



Pulmonares	12 casos (4%)
SDRA	9 casos
EAP	2 casos
Broncoaspiración	1 caso
Fístula	3 casos (1%)
IAM	2 casos (0.7 %)
TEP	1 caso (0.35 %)
FMO	1 caso (0.35 %)
HDA masiva	1 caso (0.35 %)

RESULTADOS (n = 290)

Mortalidad postoperatoria por años (p = 0.003)



RESULTADOS (n = 290)

Estadio tumoral

Tumor primario (T)

- T-is “in situ” 16 casos (5’5 %)
- T-1 (hasta submucosa) 14 casos (4’8 %)
- T-2 (hasta muscular) 32 casos (11 %)
- T-3 (hasta adventicia) 182 casos (62’8 %)
- T-4 (extraesofágico) 46 casos (15’9 %)

RESULTADOS (n = 290)

Estadio tumoral

Invasión ganglionar (N)

- N-0 (sin invasión ganglionar) 125 casos (43 %)
- N-1 (con invasión ganglionar) 165 casos (57 %)

RESULTADOS (n = 290)

Estadio tumoral

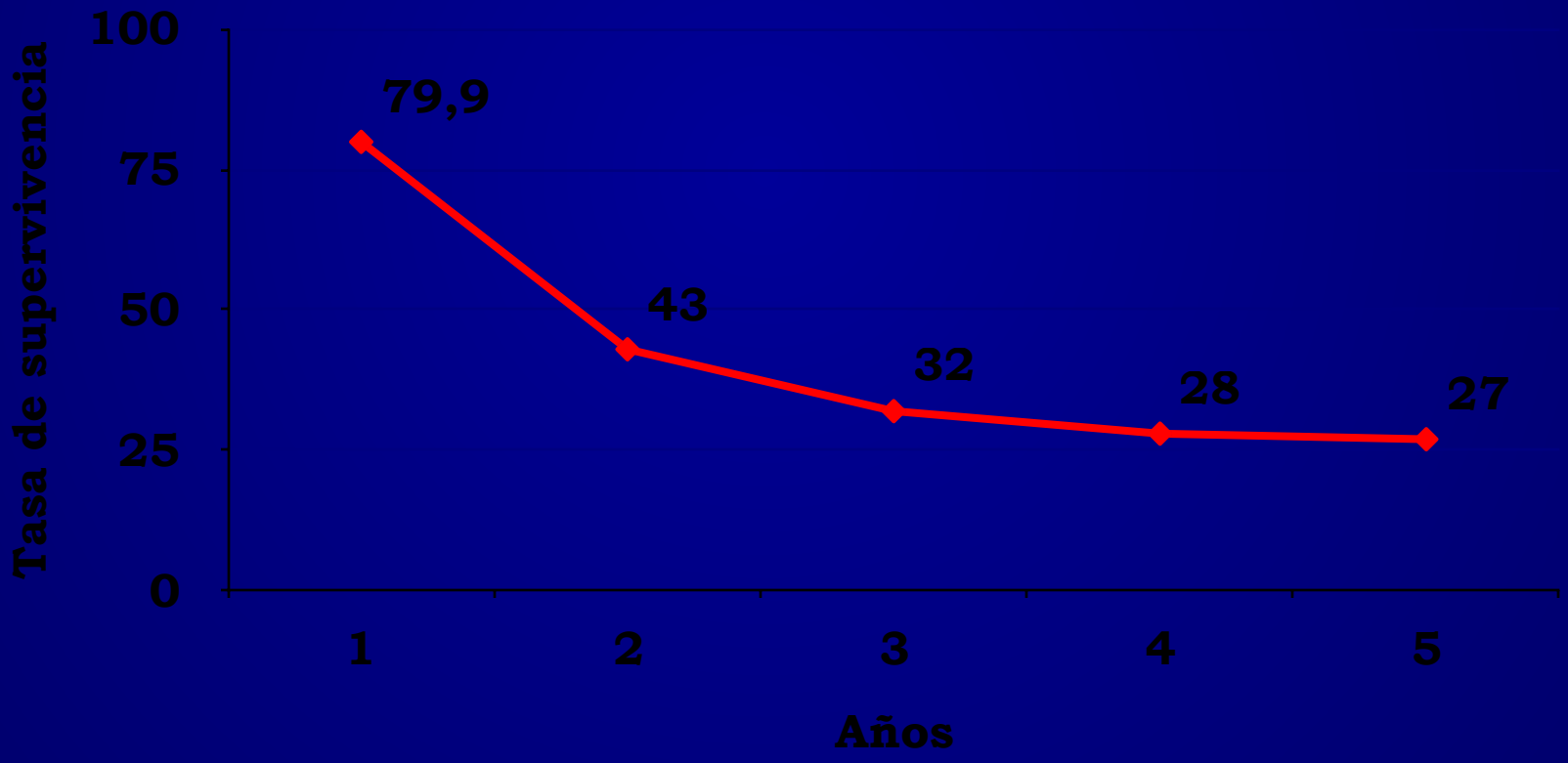
Estadio TNM (UICC 1997)

Estadio 0-I	Tis-N0-M0	24 casos (8’2 %)
	T1-N0-M0	
Estadio II	T2-N0-M0	94 casos (32’5 %)
	T3-N0-M0	
	T1-N1-M0	
	T2-N1-M0	
Estadio III	T3-N1-M0	159 casos (54’8 %)
	T4-Nc-M0	
Estadio IV	Tc-Nc-M1	13 casos (4’5 %)

RESULTADOS (n = 290)

Supervivencia global

Supervivencia mediana: 22 meses (5-274)



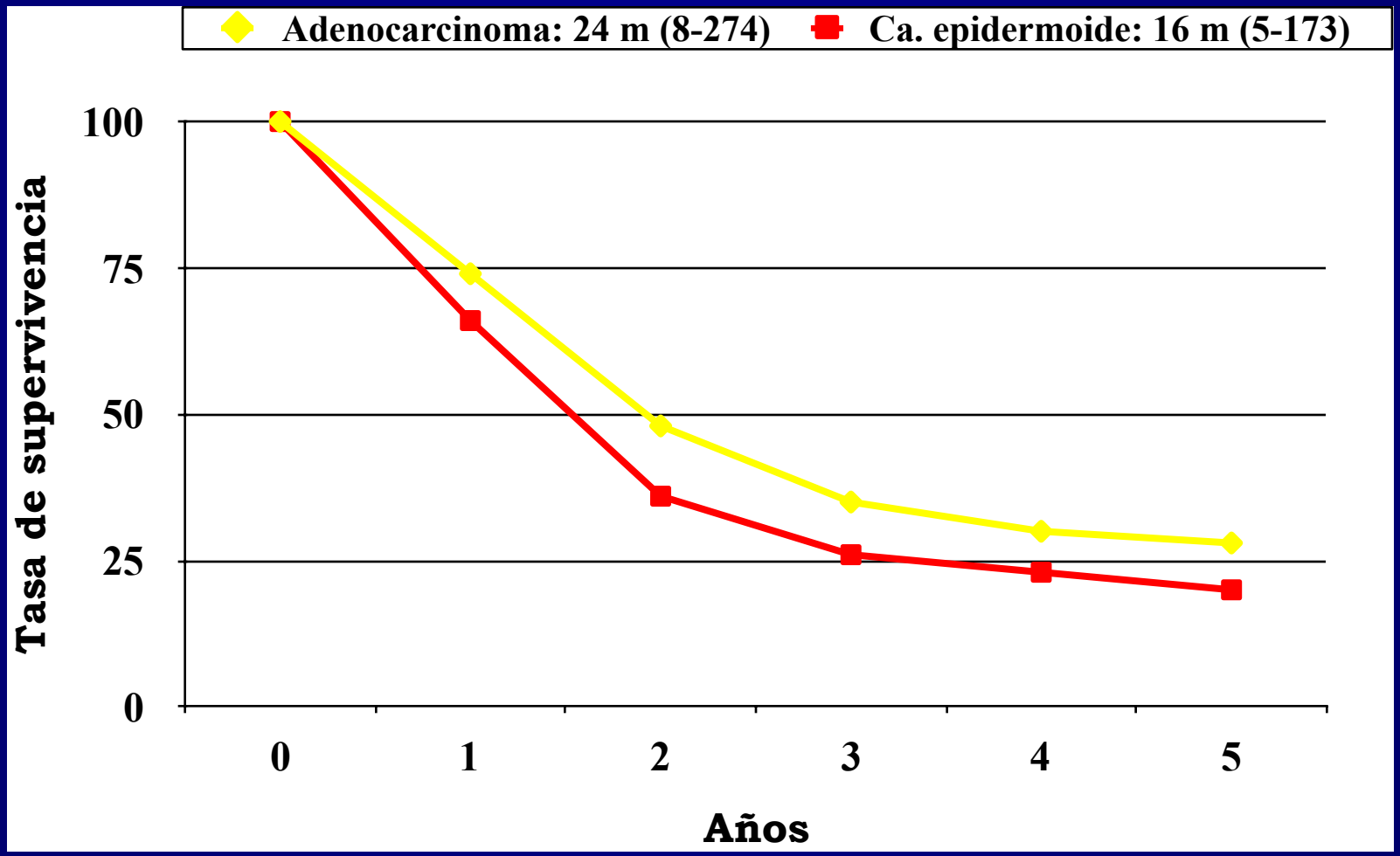
RESULTADOS (n = 290)

Factores pronósticos

- Sexo: p = 0.545
- Fumador: p = 0.777
- Bebedor: p = 0.849
- Esófago de Barrett: p = 0.001
- Localización: p = 0.006
- Tipo histológico: p = 0.042
- Grado de diferenciación: p = 0.142
- Tipo macroscópico: p = 0.207
- Invasión pared: p < 0.001
- Invasión ganglionar: p = 0.001
- Estadio: p < 0.001
- Tipo de resección (paliativa o “radical”): p < 0.001

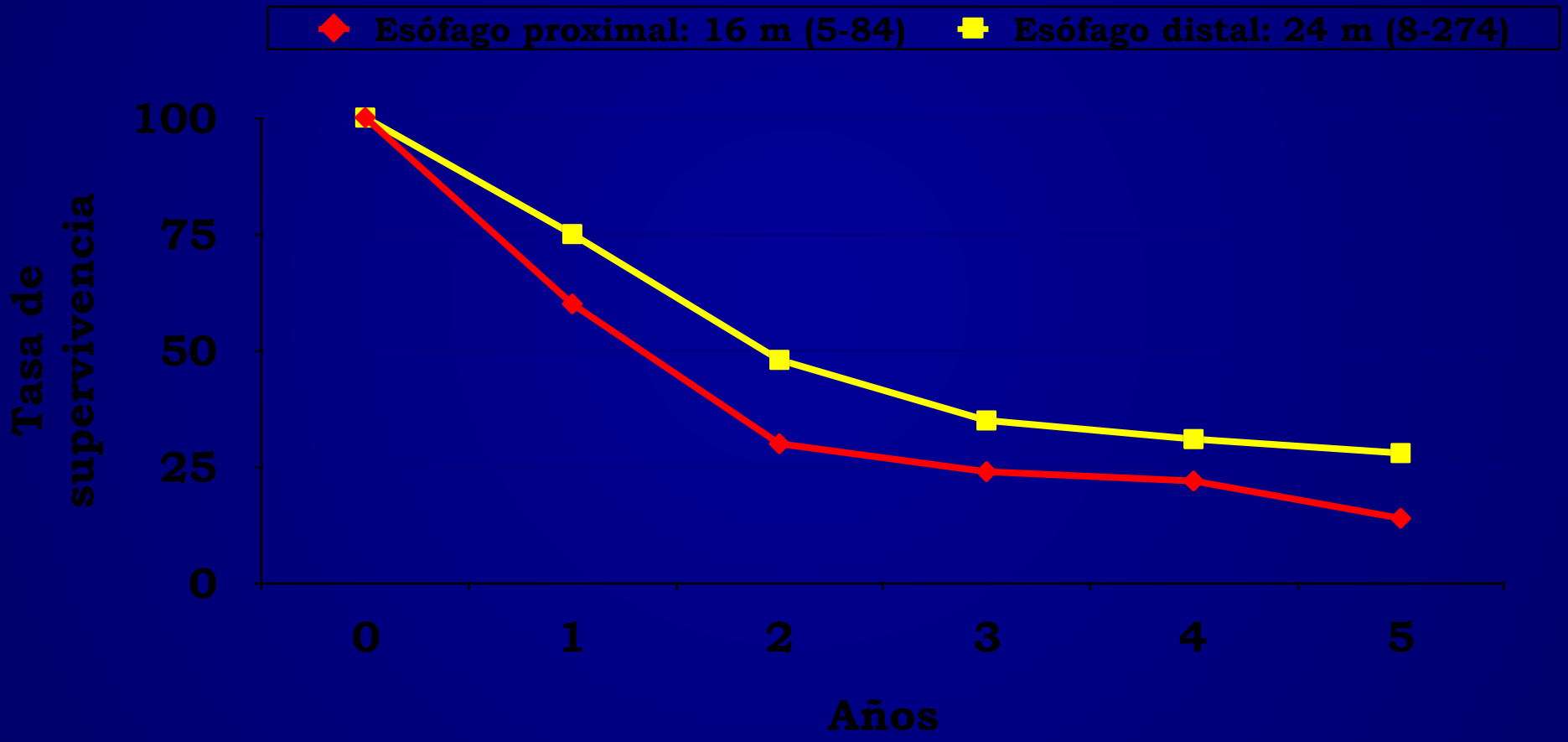
Tipo histológico

p = 0.042



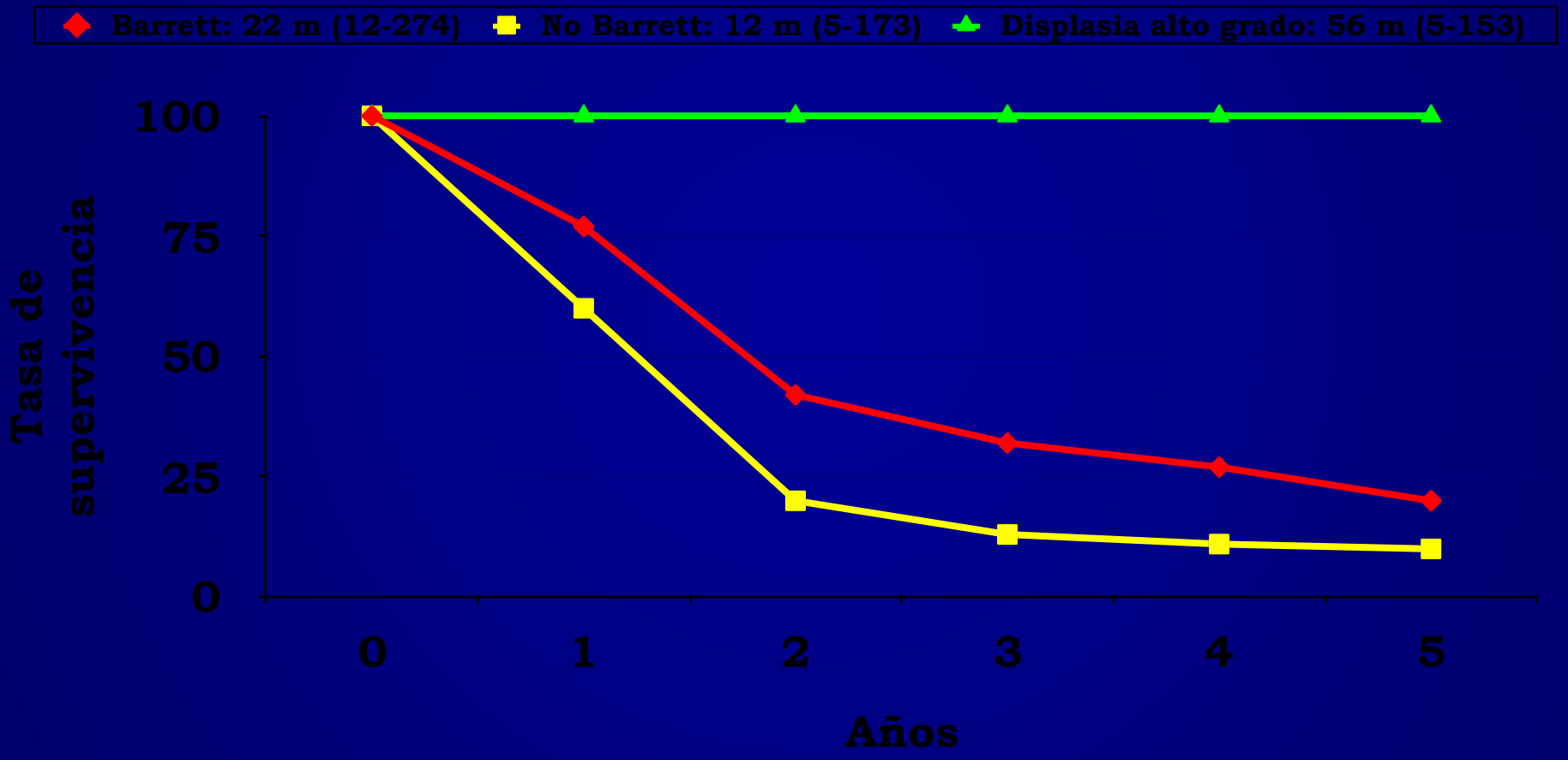
Localización

p < 0'006



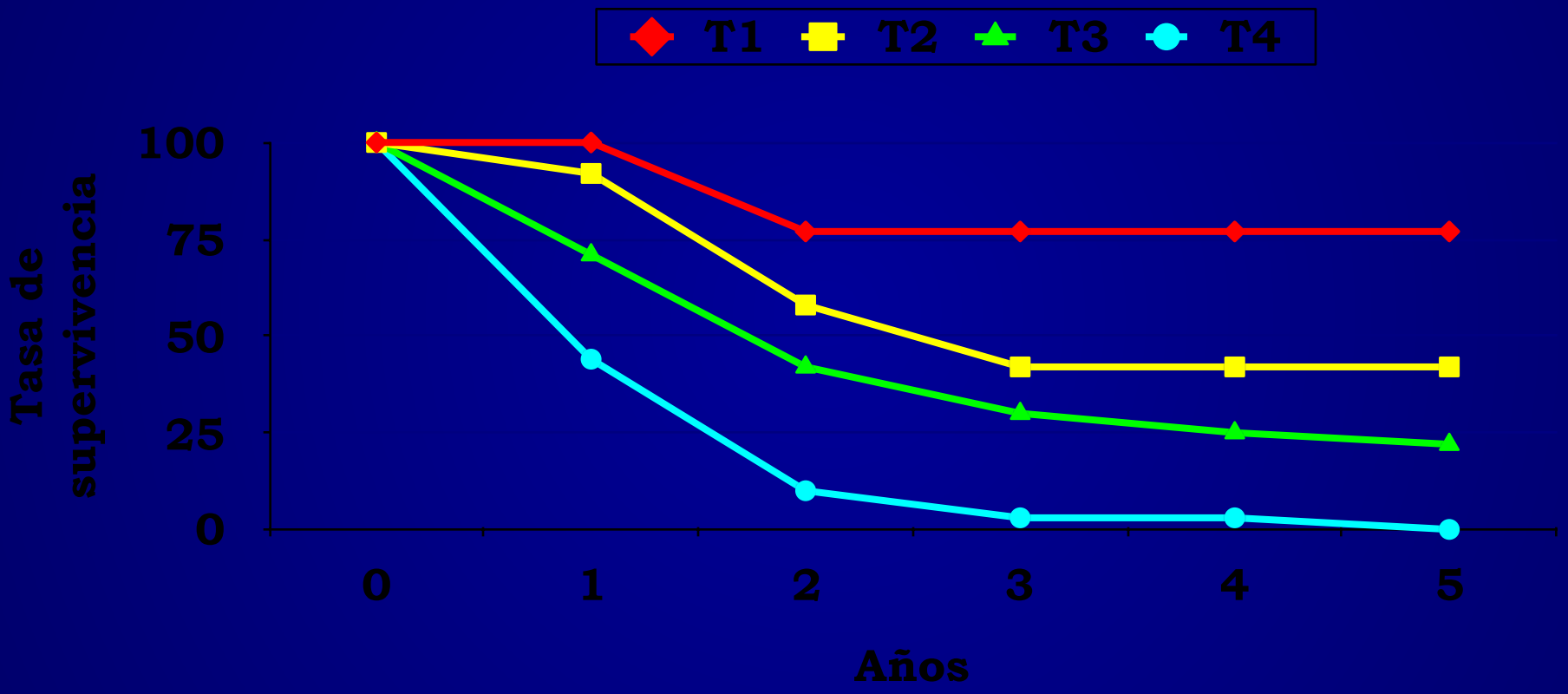
Esófago de Barrett

p = 0'001



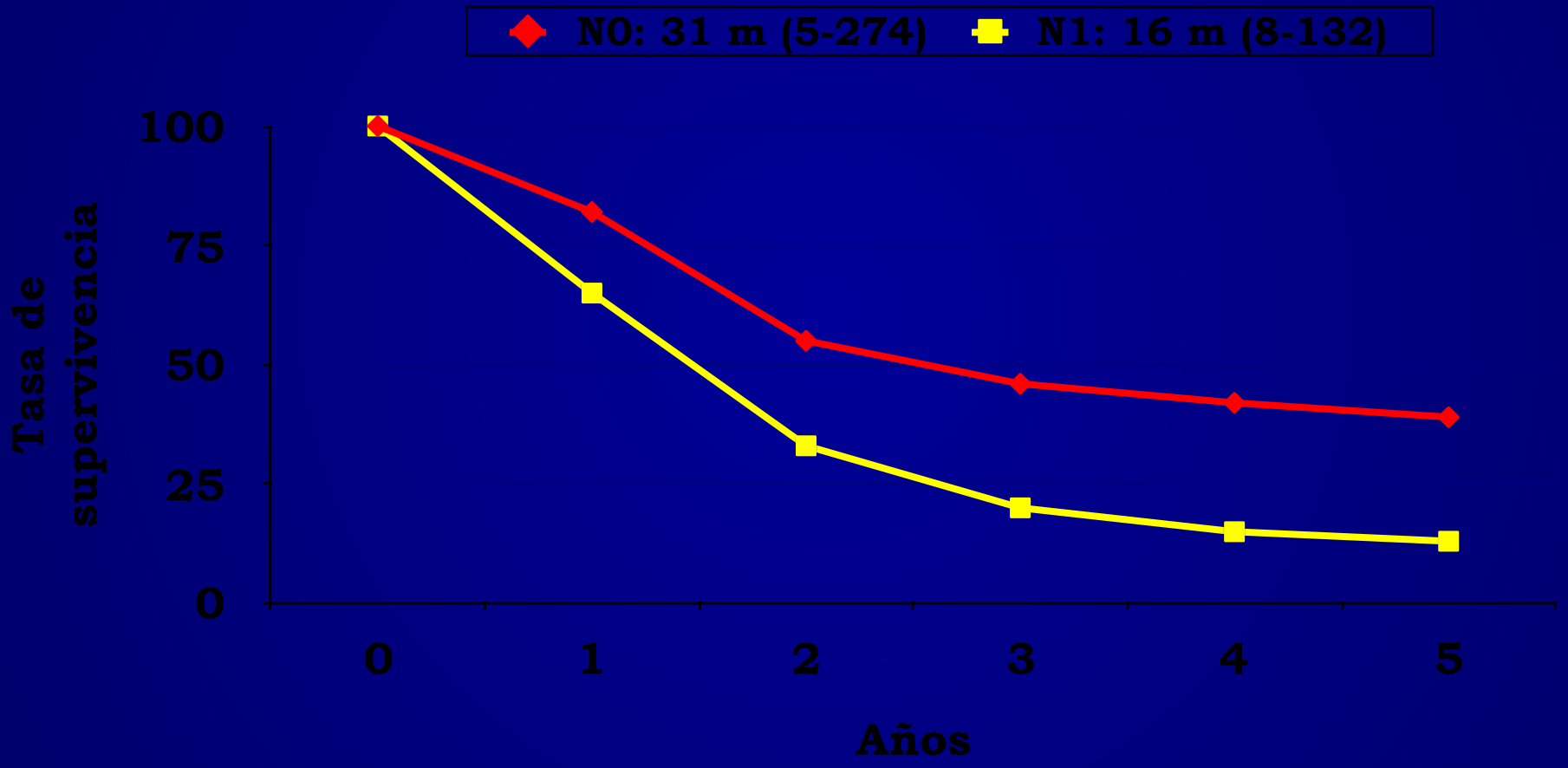
Tumor primario

p < 0'001



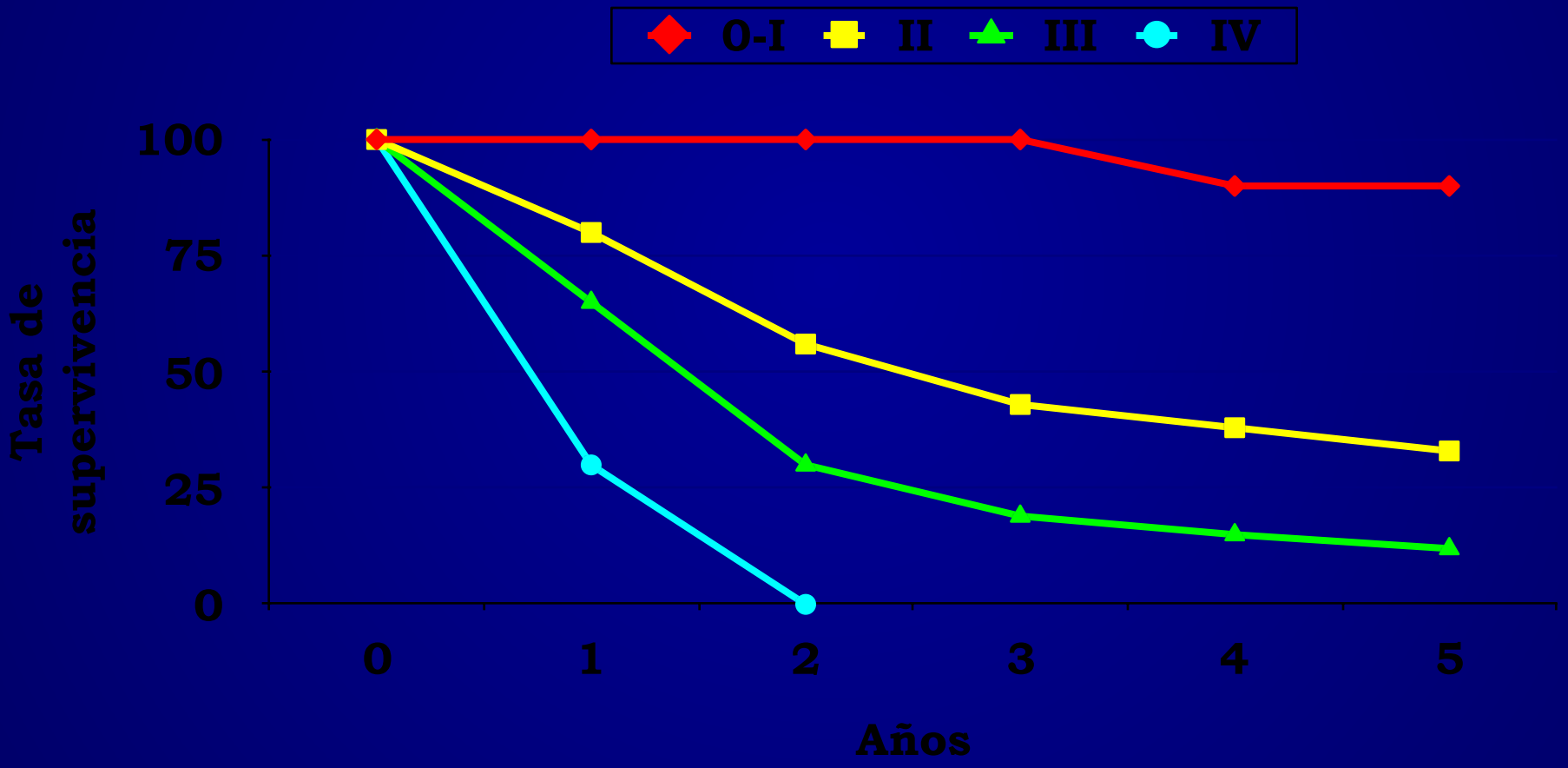
Invasión ganglionar

p = 0'001



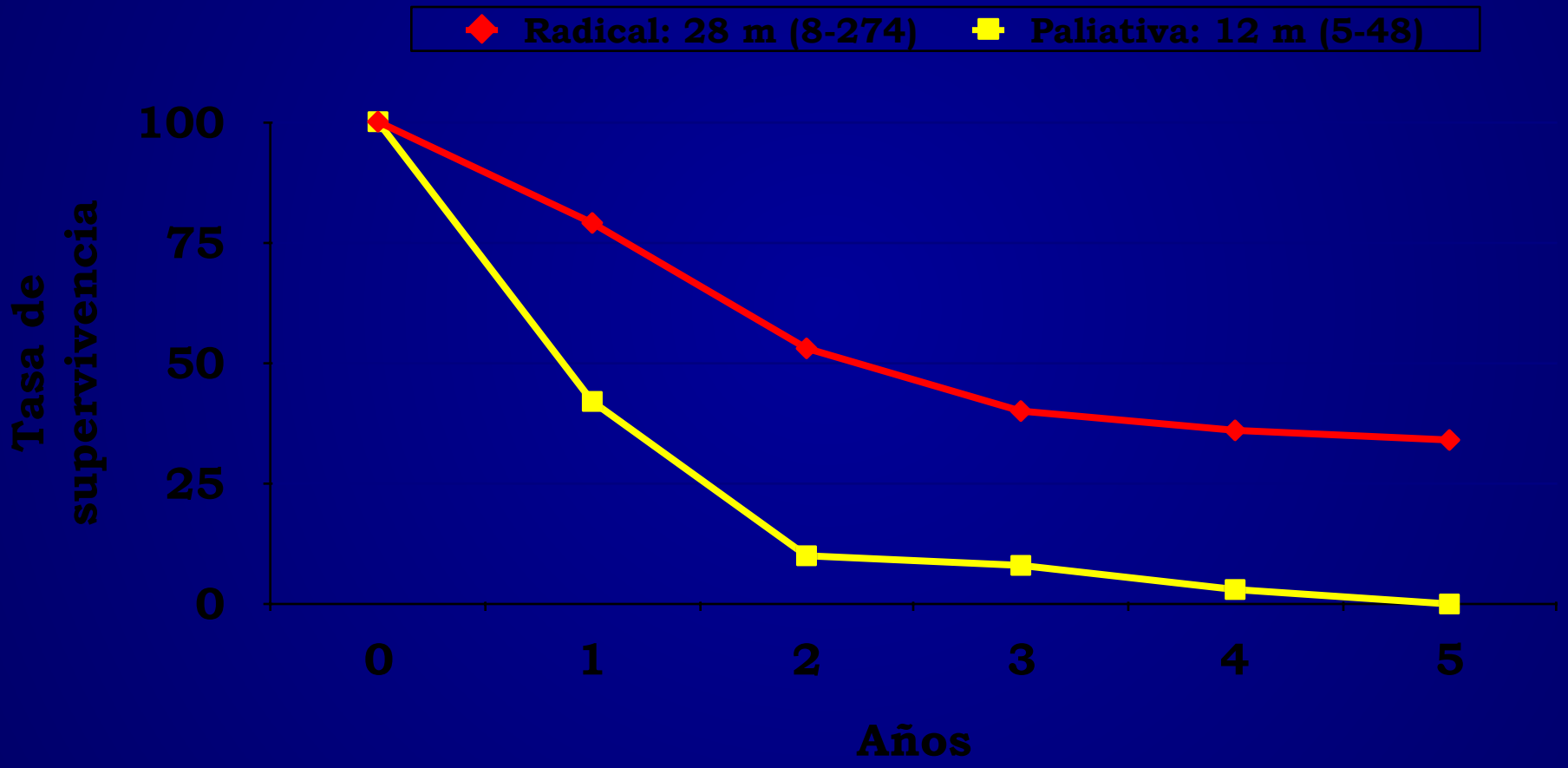
Estadio

p < 0'001



Intención de la resección

p < 0'001



CONCLUSIONES

1. Actualmente, el tipo histológico de cáncer de esófago más prevalente en nuestro medio es el Adenocarcinoma.

2. En nuestra experiencia, la mortalidad postoperatoria se ha reducido significativamente en la última década (< 2%), con una morbilidad controlable gracias a su diagnóstico precoz y a la experiencia del equipo.

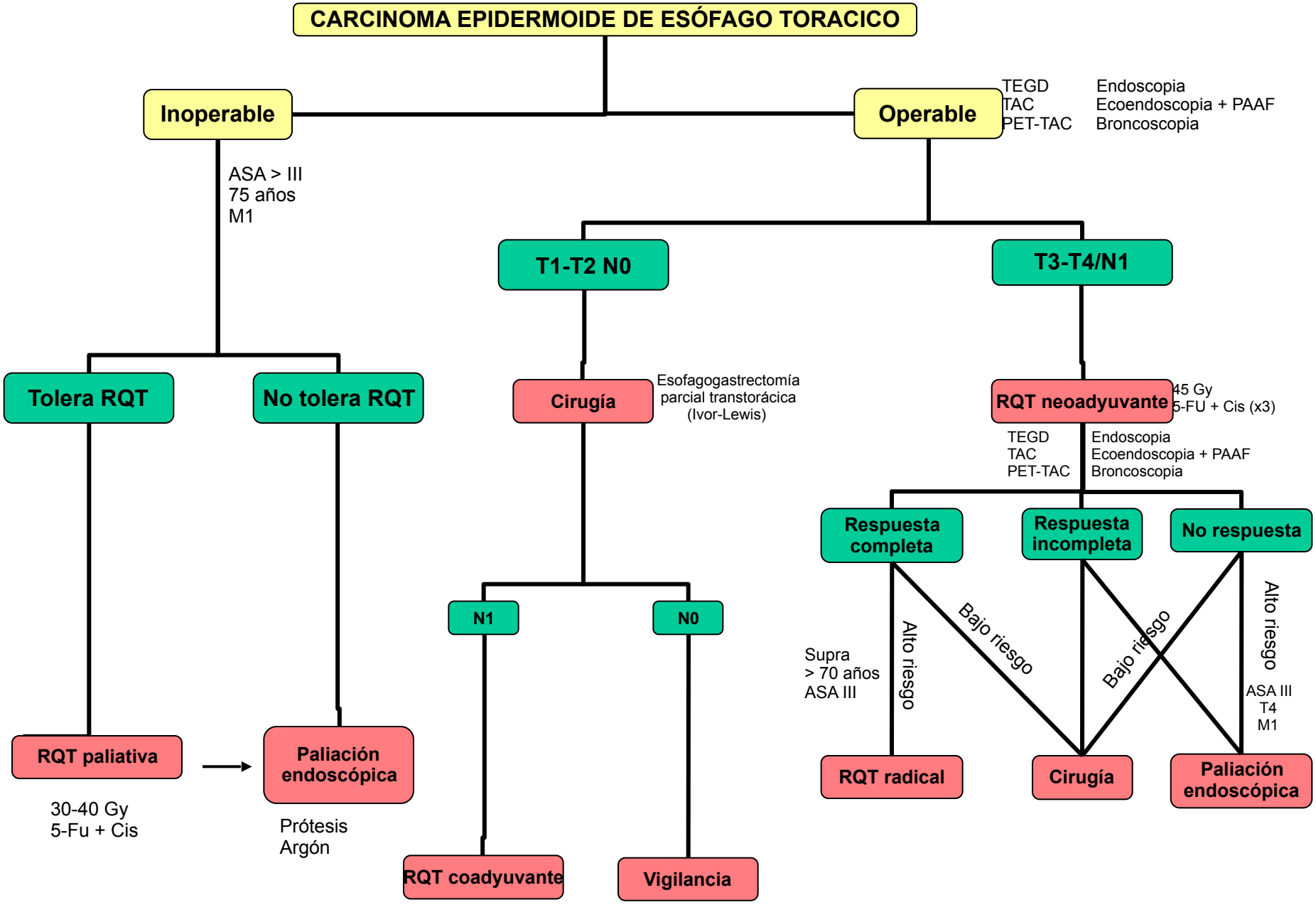
3. La tasa de supervivencia permanece por debajo del 30% a los 5 años.

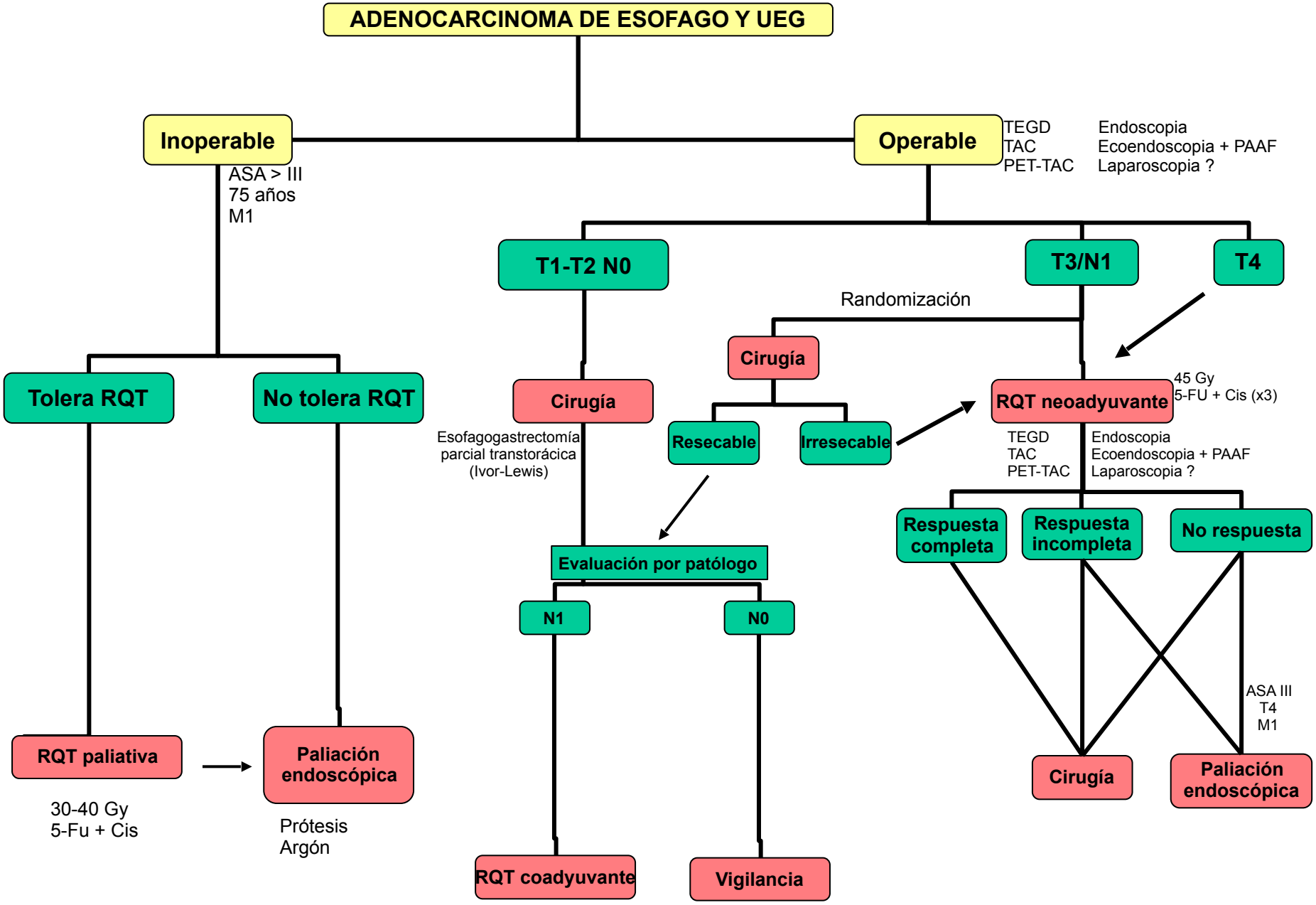
COMO AUMENTAR LA TASA DE SUPERVIVENCIA

1. Diagnóstico precoz.

2. Cirugía más agresiva? (Resecciones más amplias; linfadenectomías en 2-3 campos).

3. Tratamientos complementarios (Radio-quimioerapia neo o coadyuvante).


CARCINOMA EPIDERMOIDE DE ESÓFAGO TORACICO
Inoperable
Operable
TEGD
TAC
PET-TAC
Endoscopia
Ecoendoscopia + PAAF
Broncoscopia
ASA > III
75 años
M1
T1-T2 N0
T3-T4/N1
Tolera RQT
No tolera RQT
Cirugía
Esofagogastrectomía
parcial transtorácica
(Ivor-Lewis)
RQT neoadyuvante
45 Gy
5-FU + Cis (x3)
TEGD
TAC
PET-TAC
Endoscopia
Ecoendoscopia + PAAF
Broncoscopia
Respuesta completa
Respuesta incompleta
No respuesta
N1
N0
Supra
> 70 años
ASA III
Alto riesgo
Bajo riesgo
Bajo riesgo
Alto riesgo
ASA III
T4
M1
RQT paliativa
30-40 Gy
5-Fu + Cis
Paliación endoscópica
Prótesis
Argón
RQT coadyuvante
Vigilancia
RQT radical
Cirugía
Paliación endoscópica


ADENOCARCINOMA DE ESOFAGO Y UEG
Inoperable
ASA > III
75 años
M1
Operable
TEGD
TAC
PET-TAC
Endoscopia
Ecoendoscopia + PAAF
Laparoscopia ?
T1-T2 N0
T3/N1
T4
Randomización
Tolera RQT
No tolera RQT
Cirugía
Cirugía
Resecable
Irresecable
RQT neoadyuvante
45 Gy
5-FU + Cis (x3)
Esofagogastrectomía
parcial transtorácica
(Ivor-Lewis)
TEGD
TAC
PET-TAC
Endoscopia
Ecoendoscopia + PAAF
Laparoscopia ?
Respuesta completa
Respuesta incompleta
No respuesta
Evaluación por patólogo
N1
N0
ASA III
T4
M1
RQT paliativa
Paliación endoscópica
30-40 Gy
5-Fu + Cis
Prótesis
Argón
RQT coadyuvante
Vigilancia
Cirugía
Paliación endoscópica