

## Neoplasias del esófago\*

Luis Martín Abreu\*\* y Jorge Ceballos Labat\*\*\*

*Se describen los hallazgos más importantes de las lesiones neoplásicas del esófago haciendo hincapié en el diagnóstico radiológico. Se ejemplifica éste con algunos casos y se hace énfasis en que el diagnóstico y pronóstico no han variado fundamentalmente con el hallado por el Dr. Dn. Abraham Ayala González hace 27 años y que sólo se ha mejorado la técnica radiológica por los adelantos con los que cuentan en la actualidad los equipos modernos.*

El 6 de noviembre de 1940 uno de los pioneros de la gastroenterología mexicana moderna, el Dr. Dn. Abraham Ayala González, presentó en esta Academia su trabajo reglamentario titulado: *Diagnóstico y tratamiento del cáncer del esófago.*<sup>1</sup>

En esta comunicación y en otras posteriores<sup>2, 3, 4</sup>, se hizo las siguientes

\*Leído en la sesión del 24 de agosto de 1967 en la Academia Nacional de Medicina.

\*\*Jefe del Departamento de Radiología del Hospital General de México.

\*\*\*Médico adjunto de la Unidad de Gastroenterología del Hospital General de México.

afirmaciones: "El diagnóstico es tardío debido a un período prolongado de silencio; el síntoma principal: la disfagia, se presenta hasta que el neoplasma está avanzado y todavía pasa tiempo para una consulta adecuada. Estamos pues en condiciones desfavorables para alcanzar un diagnóstico precoz. Los rayos X generalmente dan datos decisivos del diagnóstico topográfico, forma anatómica, extensión del proceso y del estado del mediastino; la endoscopia precisa la naturaleza anatómica y forma del proceso que, con la biopsia, señalará datos de la histología, virulencia, etc. la fluoroscopia debe preceder generalmente a la ra-

diografía. La posición oblicua anterior es la preferente, pues solamente en caso de dilataciones supraestructurales y que son excepcionales, puede observarse el esófago en posición frontal. Sin duda la radiología constituye uno de los métodos más importantes para el diagnóstico pues a la pantalla no solamente vamos a explorar el órgano enfermo, sino buscamos otros procesos que puedan dar lugar al síndrome de estenosis del esófago; los aneurismas de la aorta, masas ganglionares tipo Hodgkin, mediastinitis crónica, etc."

Hasta aquí las palabras del maestro. Veintisiete años después, nuestra experiencia y la de otros autores que he-

## Neoplasias del esófago

Caso referido por el Dr. Abraham Ayala González. Obstrucción aguda del esófago por cuerpo extraño (Carre), en el cual con el estudio endoscópico y biopsia, se demostró la presencia de un carcinoma del esófago.



mos consultado no han cambiado fundamentalmente estos conceptos. Desde el punto de vista radiológico, el perfeccionamiento de los equipos, que cuentan en la actualidad con intensificador de imagen, televisión, cineradiografía y videotape sólo darán una seguridad mayor en el diagnóstico radiológico por el mejoramiento de la técnica.

En el material revisado, encontramos un franco predominio de leiomiomas y del tipo epidermoide (cuadro No. 1). Por lo que respecta a la frecuencia en relación con otras neoplasias malignas, varía del 1.2% al 50% con un término medio del 4% (cuadro No. 2). La frecuencia del 50% fué encontrada en China<sup>9</sup> y se cree que sea debido a la ingestión del arroz muy caliente y bebidas alcohólicas fuertes.

Existe discrepancia en la relación que ocupa en frecuencia comparativa con otras neoplasias del aparato digestivo. Unos autores encontraron al cáncer del esófago en segundo lugar y otros en sexto lugar (cuadro No. 2). Esto se explica quizá, por el tipo de trabajo en las diferentes Instituciones, ya que los primeros autores trabajaron en un sitio de concentración de enfermedades del aparato digestivo.

**CUADRO 1. TIPO HISTOLOGICO**

Lesiones Benignas (Moersch H. J. y Harrington M. S. 7)	
<b>43 CASOS EN 18549 PACIENTES</b>	
Leiomiomas .....	32
Hemangiomas .....	3
Papilomas .....	3
Quistes .....	2
Polipos .....	2
Neurofibromas .....	1
	43

Lesiones Malignas				
<b>EPIDERMOIDE-ADENOCARCINOMA-INDIFERENCIADO-ADENOACANTOMA</b>				
Ayala González, A. <sup>1</sup>	57	71 (?)	—	—
Elizalde, G. H. y Tina	40	3	3	—
Jero Ayala, G. R. <sup>8</sup>				
Altamirano, M. <sup>9</sup>	16	1	2	—
Pitol, C. A. <sup>10</sup>	60	1	—	1
<b>Total: 255 casos</b>	<b>173</b>	<b>76 (?)</b>	<b>5</b>	<b>1</b>

**CUADRO 2. FRECUENCIA**

Camp. Nac. de Cáncer: Ocupa en México el 0.5% de la Mortalidad General	
<b>RELACION CON TODAS LAS NEOPLASIAS MALIGNAS</b>	
Ayala González A.	2.7%
Tinajero Ayala R. C.	5 a 7%
Altamirano M.	1.2%
Pitol C. A.	4%
Kwan K. W.	50%
Vinson P. P.	5 a 7%
<b>RELACION CON NEOPLASIAS MALIGNAS DEL APARATO DIGESTIVO</b>	
Ayala González, A.	22.27% (2o. LUGAR)
Tinajero Ayala, R. C.	(2o. LUGAR)
Altamirano, M.	6.07% (6o. LUGAR)
Pitol, C. A.	6.44% (6o. LUGAR)



Carcinoma del tercio superior

La edad en que se presenta esta enfermedad es después de los 40 años de la vida de los enfermos (cuadro No. 3). En los casos de autopsia se encontró en el sexo masculino predo-

minando en una proporción de 2: 1 y en los pacientes en general sube esta proporción aproximadamente 5: 1 (cuadro No. 3). En cuanto a la localización, el tercio inferior y el tercio medio son

los más frecuentes (cuadro No. 3). Sin embargo, se debe tomar en consideración que en muchos casos las neoplasias del tercio inferior pueden tener su origen en adenocarcinoma del fondo gástrico que invade el esófago.

CUADRO 3. EDAD

	21 años	29/30 años	a 39/40 años	a 49/50 años	a 59/60 años	a 69/70 años	a 76 años	Total
Ayala González, A.	3	12	25	34	41	16		131
	(2.2%)	(9.1%)	(19.0%)	(25.9%)	(31.3%)	(12.2%)		
Altamirano, M.	1	0	5	4	8	1		19
Pitol, C. A.	—	—	—	74	8	—		62
Pitol, C. A.	—	—	—	74.8%				62
Hinojosa, D. E. C.	1	1	14	11	15	3		45

Sexo

	Hombres	Mujeres
Ayala González A. ....	102 (78%)	29 (22%)
Elizalde G. H. y Tinajero Ayala G. R. ....	5 - 6	a 1
Altamirano M. ....	12	7
Pitol C. A. ....	39	23
Campaña Nacional de Cáncer ....	4	a 1
Brainerd H. <sup>13</sup> ....	4	a 1
Terracol J. ....	88%	12%
Ackerman V. L. Regato del A. Juan ....	3	a 1
Vinson P. P. ....	5	a 1

Localización

	Tercio Superior	Tercio Medio	Tercio Inferior
Ayala González A. ....	18 (14%)	39 (31%)	71 (55%)
Altamirano M. ....	2	11	6
Campaña Nacional del Cáncer <sup>13</sup> ....	3o.	2o.	1er.
Samaja <sup>11</sup> ....	276	591	724
Oschner ....	80%	37%	43%
De Dormans ....	122	358	154

Por lo que respecta a la invasión del cáncer del esófago, se efectúa con mayor frecuencia a los órganos del tórax (cuadro No. 4), especialmente a la tráquea, bronquios, pleura y mediastino. Se observaron mayor número de metástasis a los ganglios tanto regionales como distales (cuadro No. 4), siguiendo en frecuencia al hígado, los órganos torácicos, los huesos y los riñones.

En casos aislados <sup>6</sup> el cáncer del esófago complica a lesiones benignas como la acalasia, divertículo de Zenker y lesiones por cáusticos. Puede coexistir con otros sitios <sup>6</sup> como el colon, riñón, pulmón, faringe y boca.

La morfología de la lesión puede ser vegetante, vegetante ulcerado, polipoidal y anular.

Diagnóstico Radiológico

Es relativamente fácil debido a la deformidad del esófago e irregularidad de los contornos. Depende del tipo de

**Neoplasias del esófago**



Carcinoma del tercio superior

**CUADRO 4. INVASION (DE DORMANN'S E.)**

Localización	No. de Casos	Tiroides (glándula)	Aorta y Grandes Vasos	Tráquea y Bronquios	Pleura, Pulmón y Pericardio	Hígado
1/3 Superior	122	15	4	9	8	0
1/3 Medio	358	0	25	216	100	0
1/3 Inferior	154	0	10	35	79	5
<b>T o t a l</b>	<b>634</b>	<b>15</b>	<b>39</b>	<b>341</b>	<b>187</b>	<b>5</b>

**Metástasis**

	Altamirano, M. (19 casos)	De Dormann's, E. (824 casos)
<b>T ó r a x :</b>		
Pulmón	4	132
Pleura	1	44
Pericardio	1	0
Corazón	1	0
<b>T o t a l</b>	<b>7</b>	<b>176</b>
Ganglios Regionales	9	626
Ganglios Distales	5	281
<b>T o t a l</b>	<b>14</b>	<b>907</b>
Hígado	3	264
Páncreas	2	
Riñón	2	49
<b>T o t a l</b>	<b>7</b>	<b>323</b>
Huesos	1	68

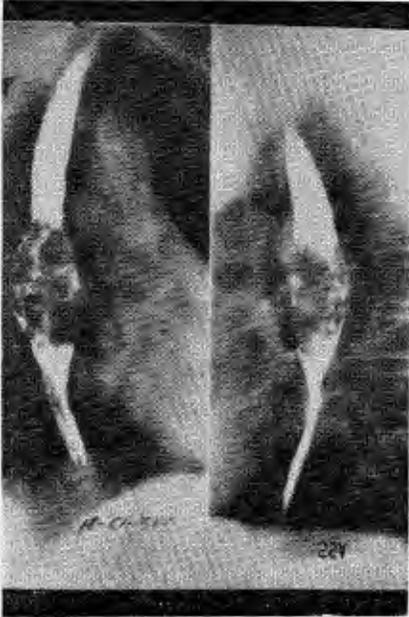
la lesión. El vegetante o fungoso dará defectos de llenado que disminuye la luz del esófago cuando éste se distiende con la papilla baritada. Si está ulcerado podrá verse la lesión. El tipo

polipoide puede semejarse a los benignos. El infiltrante o escirro se diagnosticará por la falta de peristaltismo normal en el sitio de la lesión. Algunas veces en los anulares los bordes pue-

den ser regulares y confundirse con lesiones benignas como acalasia o las lesiones por cáusticos; sin embargo, en estas últimas dilataciones del esófago arriba de la lesión es mayor que la que se observa en las neoplasias malignas. En este mismo tipo de lesión, la extensión de la misma no se puede precisar algunas veces debido a la estrechez de la luz que impide el paso del bario y por lo tanto el llenado de la porción normal distal a la neoplasia.

**Referencias**

1. AYALA GONZALEZ A.: Diagnóstico y tratamiento del cáncer del esófago. Rev. Gastroenterol. Méx. 5: 231-249, septiembre y octubre de 1940.
2. AYALA GONZALEZ A.: Cáncer del esófago. Rev. Gastroenterol. Mex. 9: 55-58; abril 1944.
3. AYALA GONZALEZ A.: Diagnóstico precoz del cáncer del esófago y resultados lejanos del tratamiento quirúrgico. Rev. Med. Hosp. Gral. 19: 4: 209-226; abril 1956.
4. Ayala GONZALEZ A.: Cáncer del tubo digestivo. Rev. Gastroenterol. Méx. 21: 180-185; mayo-junio 1954.
5. ACKERMAN V. L., Regato del A. Juan: Cáncer. pág. 553-578, The C. V. Mosley Company. 1962.



Carcinoma vegetante del tercio medio



Fistula traqueal como complicación de carcinoma del esófago.

6. TERRACOL Y SERVET H. R.: Diseases of the esophagus. pág. 490-535. W. B. Saunders 1958.

7. MOERSCH H. J. y HARRINGTON S. W.: Tumeurs bénignes de l'esophage. Ann. d'oto laryngal, pág. 394, 1947.

8. ELIZALDE G. H. y TINAJERO AYALA G. R.: El diagnóstico y tratamiento de los padecimientos esofágicos en la Unidad

de Gastroenterología Pabellón 24 del Hospital General de la Ciudad de México. Tesis recepcional. Facultad de Medicina U.N.A.M. 1964; pág. 17-28.

9. ALTAMIRANO M.: Comunicación personal.

10. PITOL C. A.: Comunicación personal.

11. SAMAJA pág. 504 (TERRACOL).

12. COMITE TECNICO CAMPAÑA NACIONAL CONTRA EL CANCER: MANUAL DE CANCEROLOGIA BASICA. pág. 106-112; Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1963.

13. BRAINERD H., MARGEN SH., CHATTON J. M.: Current diagnosis treatment pág. 318-322. Lange Medical Publications 1964.