

Tratamientos endoscópicos del cáncer avanzado de esófago y otras estenosis esofagocardiales

Revisión de 54 casos personales

Dr. Alvaro Piazze

Resumen

El cáncer avanzado de esófago (CAE) se diagnostica en etapas en que la cirugía, si es posible, es paliativa de la disfagia, con morbimortalidad elevada. En casos inoperables o irreseccables, tratamientos alternativos como radioterápicos o endoscópicos pueden paliar la disfagia. Endoscópicamente se puede colocar una sonda nasogástrica (SNG) transtumoral para nutrición preoperatorio o para braquiterapia (iridium intratumoral). Puede dilatarse el tumor o colocarse una prótesis plástica o autoexpandible, o inyectar alcohol absoluto intratumoral.

Se evalúan resultados y morbimortalidad de una casuística personal a través del estudio retrospec-

tivo de 54 pacientes (p) en quienes se realizaron 120 procedimientos de los referidos.

La serie incluye 41 hombres y 13 mujeres (3-1), estando el 79,5% de los p. comprendidos entre 61 y 90 años. Se utilizan endoscopios de fibra óptica o videoendoscopio, dilatadores coaxiales, balones hidroneumáticos, guías metálicas, prótesis plásticas artesanales y autoexpandibles. 34.1% de los procedimientos se realizaron bajo radioscopia. Integran el grupo 1 y 2 de SNG: 11 p. (8 para nutrición y 3 para braquiterapia). El grupo 3: dilataciones de estenosis rádica con o sin recidiva neoplásica, o infiltración neoplásica del esófago, 6 p. El grupo 4: 14 p. para dilatación de neoplasma de esófago. Grupo 5: de prótesis, 12 p. Grupo 6: 11 p. con estenosis anastomóticas.

Los p. de los grupos 1-2-3, todos se solucionaron. En el grupo 3 hubo una perforación. En el grupo 4, de 14 p. se dilataron 13. En el grupo 5 no se pudo colocar la prótesis en 2 p., colocándose 12 prótesis (7 plásticas y 5 autoexpandibles) en 10 p. Hubo una muerte por hemorragia digestiva masiva, por una segunda prótesis autoexpandible al mismo p. En el grupo 6 todos fueron tratados. La mortalidad de las series fue de 2 p. (3,7%).

Trabajo presentado en el XLIX Congreso Uruguayo de Cirugía – Salto, 1998

Cirujano ex Asistente de Clínica Quirúrgica

Asistente de Clínica de Nutrición y Digestivo

Consultorio de Endoscopia Digestiva: Ac. Díaz 1024 - Tel. 4016686

Dirección: F. Rodríguez 3032 CP 11600 Montevideo – Tel. 6283627 - e-mail: apiazze@hc.edu.uy

Se concluye que diferentes técnicas endoscópicas pueden paliar la disfagia del p. con CAE, colaborar con la nutrición preoperatorio por vía enteral, con la braquiterapia o tratando las estenosis postquirúrgicas, con baja mortalidad.

Palabras clave:

*Neoplasmas del esófago
Estenosis esofágica
Endoscopia*

Abstract

Advanced esophageal cancer (AEC) is diagnosed during those stages in which surgery is possible, it is palliative for dysphagia, with high morbidity. In inoperable or irresectable cases, resorting to alternative treatment such as radiotherapy or endoscopy may palliate dysphagia. Endoscopically it is possible to place a transtumoral nasogastric catheter (NGC) for preoperative nutrition or brachial therapy (intratumoral iridium). It is possible to dilate the tumor and place and indwelling plastic or auto expandable prosthesis or to inject absolute intratumoral alcohol.

There is an evaluation of results and morbimortality of personal case material through the retrospective study of 54 patients in whom 120 procedures such as those referred to above were carried out.

The series includes 41 men and 13 women (3-1), 79.5% of which were of ages between 61 and 90. Optic fiber endoscopes or video-endoscopes, coaxial dilators, hydro-pneumatic balloons, metallic guides and non-industrial and autoexpandable plastic prosthesis were used; 34.1% of procedures were performed under radioscopy. Eleven patient (8 for nutritional purposes and 3 for brachiotherapy) form part of Groups 1 and 2 of NGC. Group 3 consists of: dilations of radicular stenosis with or without neoplastic recurrence, or neoplastic infiltration of esophagus, 6 patient; Group 4: 14 patients for the purpose of dilation of esophageal neoplasm; Group 5: prosthesis, 12 patients; Group 6: 11 patients with anastomotic stenosis.

In patients in Group 1-2-3 solution was achieved. In Group 3 there was 1 perforation. In Group 4, out of 14 patient 13 were dilated. In Group 5 it proved impossible to place prosthesis in 2 patient, 12 prosthesis were placed (7 were plastic and 5 self-expandable) in 10 patients. There was one death due to massive digestive haemorrhage resulting from a second autoexpandable prosthesis in same patient. In group 6 all patients were treated. Mortality of series consisted of 2 patient (3.7%).

The conclusion arrived at is that various endoscopic techniques may palliate dysphagia in patient with AEC, collaborate with preoperative nutrition through enteral path, with brachiotherapy or by treating post surgical stenosis, with low mortality.

Key words:

*Esophageal Neoplasms
Esophageal stenosis
Endoscopy*

Introducción

El cáncer de esófago es frecuente en nuestro medio, arribándose al diagnóstico tardíamente, con la enfermedad localmente avanzada, con metástasis regionales, explicando la mortalidad elevada. Mueren 350 personas por año⁽¹⁾.

El tratamiento quirúrgico, en esta etapa, cuando el paciente es operable y resecable, en la gran mayoría de los casos es paliativa de la disfagia, con supervivencia de 5 años muy escasa. La misma cirugía está gravada en nuestro medio de alta mortalidad: 44% en el Hospital Maciel, a propósito de la resección de 84 pacientes, expresada por el Prof. Dr. L. Bergalli, en el Simposio Internacional sobre Patología Esofágica realizado en Montevideo en 1995.

Otras alternativas existen para paliar la disfagia (2, 3, 4), intentando que el paciente se alimente por vía oral, evitando así la gastronomía para alimentarse durante sus últimas semanas o meses de vida. Ninguna técnica es curativa, y tienen

morbimortalidad. Mencionamos la radioterapia externa, asociada o no a braquiterapia, con intención de repermeabilizar la luz esofágica, a través de la necrosis tumoral. Está contraindicada en los tumores que infiltran la vía aérea o la aorta, por riesgo de fístula hacia los mismos.

La endoscopia digestiva, más allá de realizado el diagnóstico del cáncer, es útil en diferentes etapas: colocar sondas nasogástricas (SNG) transtumorales para nutrición enteral preoperatorio, o en pacientes que comienzan radioterapia externa, pues la disfagia aumenta por el edema del tratamiento, con la misma finalidad y hasta que recupere la posibilidad de alimentación por boca. También para colocar sondas transtumorales a través de las cuales se implanta el iridium de la braquiterapia. Específicamente endoscópicos son la inyección de alcohol para necrosis tumoral, las dilataciones con bujías, la colocación de prótesis plásticas o autoexpandibles. Y en aquellos pacientes resecaos, en que existe una estenosis de la anastomosis, es posible la dilatación de las mismas como solución de la disfagia postoperatoria.

Objetivo

A través de la revisión de nuestra experiencia en pacientes referidos con cáncer avanzado de esófago, incluyendo también estenosis esofágicas por tratamiento radiante del cáncer esofágico, con recidiva o persistencia del mismo, o infiltración de otro neoplasma, tratados endoscópicamente, en Hospitales Públicos e IAMC, esclarecer los resultados y morbimortalidad de la terapéutica.

Material y métodos

Se estudian 54 pacientes, en los que se realizaron en total 120 procedimientos. Distribución por sexo: 41 del sexo masculino y 13 del sexo femenino, relación 3.1 a favor del masculino, coincidente con cifras nacionales referentes al cáncer de esófago⁽¹⁾. Distribución por edad: entre 41 y 92 años. La séptima década incluye 18 pacientes (33,3%), la octava 17 pacientes (31,4%), y la novena déca-

da 8 pacientes (14,8%). Por tanto, entre 61 y 80 años se incluye el 64,7%; entre 61 y 90 años el 79,5%.

Instrumental empleado: endoscopios de fibra óptica estándar y pediátrico, así como videoendoscopio electrónico, según el consultorio donde se efectuó el procedimiento. Cuando se necesitó radioscopia se utilizó equipo con amplificador de imágenes sea en un Servicio de Radiología o en Block quirúrgico. Las dilataciones fueron realizadas con bujías coaxiales Savary-Gillard en la casi totalidad y balones hidroneumáticos aisladamente. Se emplean guías metálicas de punta flexible. Prótesis esofágicas plásticas artesanales fabricadas por el autor⁽²⁾, o metálicas autoexpandibles comerciales. Se empleó anestesia tópica orofaríngea en forma exclusiva en la gran mayoría de pacientes. Sedación y monitorización a cargo de anestesta en escasos pacientes que comprobamos intolerancia en alguna sesión de dilatación, o en pacientes de alto riesgo, para colocar la prótesis.

Grupo 1) Colocación de SNG transtumoral: 8 pacientes. La sonda se colocó sobre guía avanzada bajo visión endoscópica, apoyada o no por radioscopia, quedando buco-gástrica, y a continuación se transformaba en nasogástrica una vez unida a otra sonda colocada por vía nasobucal y remolcando la primera. O si conocíamos la permeabilidad del tumor al endoscopio, remolcamos la sonda colocada inicialmente por vía nasal, extraída por la boca, atándole un hilo a su extremo el que era pinzado con un fórceps que salía por el extremo del canal operador del endoscopio e hilo introducido dentro del canal para evitar traumatismos. El control de posición de la sonda se hace insuflando aire por la misma y auscultando el epigastrio. Si se hizo bajo pantalla de radioscopia, su posición era fácilmente reparada. Si la estenosis esofágica era muy cerrada, una vez pasada la guía, se dilataba con bujía de 9 mm., con intención de dejar la sonda nasogástrica más gruesa posible.

Grupo 2) Colocación de sonda transtumoral para iridium: 3 pacientes. Con similar técnica

ca, no siendo necesario sondas gruesas. Si se reparaba con exactitud, midiendo endoscópicamente, la distancia del extremo superior e inferior del neoplasma, respecto a la arcada dentaria, para el correcto emplazamiento del iridium. Dado que la colocación de iridium se hacía inmediatamente de colocada la sonda, la dejamos buco-gástrica, evitándole las molestias de pasarla a nasogástrica, ya que sería retirada momentos después una vez terminada la aplicación del iridium.

Grupo 3) Dilatación de estenosis esofágicas por neoplasmas primitivos o regionales irradiados, con persistencia o recidiva tumoral: 6 pacientes: 4 con estenosis en tercio y medio y 2 en tercio superior. Es un grupo especial por existir mayor riesgo de perforación⁽³⁾, existiendo fibrosis marcada con rigidez pétreas, a veces extensas ulceraciones.

Grupo 4) Dilatación de neoplasmas de esófago: 14 pacientes, la topografía tumoral se distribuye: 8 en tercio inferior y cardias; 5 en tercio medio y 1 en tercio superior. Incluye una paciente de 84 años, dilatada 10 veces en el plazo de 10 meses. No concurrió a la última citación.

Grupo 5) Prótesis esofágicas: 12 pacientes: en 2 pacientes no se pudieron colocar. En los otros 10 pacientes se colocaron 12 prótesis: 7 plásticas y 5 autoexpandibles. Una prótesis plástica migró al mes de colocada, hacia el estómago, y se reemplazó por otra. En una paciente a quien le habíamos colocado una prótesis autoexpandible 6 meses antes, presentó crecimiento tumoral proximal a la prótesis, colocándose una segunda sobre montada a la primera.

Grupo 6) Dilatación de estenosis postquirúrgicas: 11 pacientes: 8 anastomosis esofagogástricas cervicales, 1 esofagogástrica intratorácica (estenosis cicatriciales, algunas secundarias a fístula) y 2 esofagoyeyunales con recidiva local del neoplasma gástrico reseado, que incluimos por dar disfagia y estar afectado el esófago terminal.

Número de procedimientos: en total 120 en 54 pacientes, distribuidos: 1 en 33 pacientes, 2 en 6, 3

en 4, 4 en 5, 5 en 2, 6 en 1, 7 en 2 y 13 procedimientos en un paciente.

41 de ellos se realizaron en sala de radiología o de operaciones, con amplificador de imágenes: 34,1%.

Resultados

En el grupo 1 y 2 todas las sondas pudieron colocarse, fracasándose inicialmente en un paciente, que se solucionó haciendo el procedimiento bajo pantalla de radioscopia.

En el grupo 3 en un paciente que se intentó dilatar en consultorio y no pasó la guía, se solucionó colocando la guía bajo radioscopia.

Una paciente con neoplasma de mama irradiado y estenosis pétreas filiforme en tercio medio-distal del esófago, con aspecto de infiltración y compresión extrínseca, cuya biopsia informaba displasia severa, pudimos dilatarla inicialmente hasta 12 mm., con gran resistencia, recidivando rápidamente. Planteamos la colocación de una prótesis autoexpandible como mejor tratamiento, no siendo autorizada su compra, no contando con recursos la paciente. Se advirtió del riesgo de perforación de tener que dilatarla nuevamente, insistiéndose por el cirujano referente, de dilatarla nuevamente, para obtener nueva serie de biopsias. Llegamos a 15 mm., ingresando al cuarto-quinto día con una neuropatía aguda con derrame. Hicimos el diagnóstico de perforación clínicamente y se confirmó con un tránsito esofágico. Se operó, colocándose un drenaje pleural, una yeyunostomía de alimentación, y una sonda nasoesofágica hasta la altura de la perforación, endoscópicamente. Postoperatorio complicado, saliéndose el drenaje pleural, falleciendo en CTI pocos días después.

En el grupo 4: de 14 pacientes, 13 pudieron ser dilatados, de los cuales 5 requirieron ser vistos nuevamente bajo radioscopia para avanzar la guía. Uno solo no fue enviado, desconociéndose el tratamiento que se le realizó.

En el grupo 5: de las prótesis, en un paciente con neoplasma invadiendo la vía aérea, no fue posible sortear el trayecto sinuoso, angulado, en

forma de Z, filiforme, aún bajo pantalla de radioscopia, fracasándose de colocar la guía, y por tanto de dilatar y emplazar cualquier prótesis.

En otro paciente, fistulizado a vía aérea, se pudo dilatar hasta 15 mm. pero no se logró avanzar la prótesis plástica por la resistencia encontrada. Se le realizó una gastronomía, pero al estar dilatado también siguió alimentándose por vía oral. Volvió a una nueva y última dilatación 67 días después, seguramente falleciendo posteriormente.

En el grupo 6: de las estenosis postquirúrgicas, los 11 pacientes pudieron ser dilatados, asociándose en un caso (estenosis esofagoyeyunal por recidiva de cáncer gástrico), la colocación de una sonda nasoyeyunal para alimentación.

En un paciente con estenosis esofagocervical, se retiraron hilos de sutura irreabsorbibles.

Otro paciente con similar estenosis, ofrecía demasiada resistencia angulándose el dilatador de 9 mm., realizándose posteriormente bajo pantalla.

Discusión

La endoscopía digestiva puede actuar en diferentes etapas frente al paciente con diagnóstico de cáncer de esófago avanzado, en quien la disfagia es el síntoma principal. En el preoperatorio, permite avanzar una sonda de alimentación transtumoral, para asegurar un aporte nutricional por vía enteral, adecuado a las necesidades del paciente, buscando disminuir las complicaciones perioperatorias. En quienes se planifica un tratamiento radiante externo, se puede colocar la sonda transtumoral para alimentarlo en el período de máximo edema tumoral que agrava la disfagia. Si el tratamiento es la braquiterapia, la sonda permite el emplazamiento del iridium en su interior.

Las dilataciones esofágicas permiten aumentar el diámetro de la luz esofágica en el caso de estenosis rásicas, o en los pacientes en que recidivó el cáncer luego de la radioterapia, o en los no irradiados y descartados para la cirugía. Lamentablemente la recidiva de la estenosis y disfagia es la regla, en plazos variables, en que nuevamente deben ser dilatados. Las dilataciones requieren

con frecuencia, el pasaje de la guía bajo radioscopia⁽³⁾, por ser estenosis largas e irregulares por lo avanzado de la enfermedad.

Con aumento progresivo de 5 a 6 mm. por sesión, separadas por una semana, nos permite alcanzar los 15 mm., diámetro bastante seguro y que permite la ingesta de comida blanda y líquida. Una vez alcanzado ese diámetro se vuelve a citar inicialmente a los 15 días evaluando la respuesta, que es individual. Tenemos pacientes que con una dilatación mensual promedio, han alcanzado 10 meses de sobrevivencia.

Para el emplazamiento de una prótesis, de elección debe ser autoexpandible y revestida, pues son más fáciles de colocar, adquieren mayor lumen y migran menos. Permiten mantener una luz permeable por más tiempo, no necesitando de las dilataciones periódicas. Pero están expuestas a riesgos de perforación, migración, obstrucción alimentaria, sobrecrecimiento tumoral proximal o distal a la prótesis^(2, 3, 4, 5). Son el tratamiento de elección en el paciente con fístula a la vía aérea, para sellar la comunicación.

La inyección de alcohol absoluto intratumoral la hemos utilizado en sobrecrecimientos tumorales respecto a la prótesis, o asociado a dilataciones con intención de espaciar la necesidad de las mismas. Las dilataciones endoscópicas también permiten el tratamiento de una de las complicaciones de la cirugía del cáncer esofágico: las estenosis anastomóticas.

En nuestra casuística, hubo 2 muertes: una hemorragia digestiva alta masiva, a los pocos días de haberle colocado una segunda prótesis autoexpandible a la paciente. Pensamos que el extremo proximal de esa prótesis (wallstent), a favor de una posición final muy angulada por razones anatómicas, penetró la pared esofágica y algún grueso vaso. A favor el llamativo dolor que aquejó la paciente luego de colocada la misma. No hubo necropsia, ni endoscopía al considerarse fuera de tratamiento.

La otra paciente ya fue analizada, de la estenosis con algo riesgo de perforación⁽³⁾ en la que no se

autorizó el emplazamiento de una prótesis autoexpandible, y perforó al ser dilatada con una bujía de 15 mm., complicándose en el postoperatorio.

Considerando el total de pacientes, 54 representan una mortalidad de 3,7%. Consideramos es baja habida cuenta del tipo particular de patología avanzada que tratamos, muchos de los cuales recibieron radioterapia, que aumenta la fragilidad y posible perforación. Aún más baja (1,6%) si la consideramos en el total de 120 procedimientos, cada uno de los cuales puede complicarse.

La morbilidad está dada por la recidiva de la disfagia en el caso de las dilataciones, o por impactación alimentaria en una prótesis, o migración de las mismas, solucionables con la redilatación, la desobstrucción y el reemplazo por otra, respectivamente. El sobrecrecimiento tumoral puede tratarse con inyección de alcohol, requiriendo controles y reinyecciones, no siempre aceptado. De última, la recolocación de una segunda prótesis puede ayudar a paliar la situación.

La estenosis postquirúrgicas, particularmente cervicales, que presentaron una fístula salival, y tienen importante fibrosis, pueden requerir de dilataciones repetidas hasta estabilizar un diámetro que evite la disfagia, por su tendencia a la reestenosis.

En nuestra experiencia, salvo excepciones, han sido posibles los tratamientos descritos, siendo frecuente la necesidad de radioscopia con amplificación de imágenes, para asegurar el avance de la guía por trayectos muchas veces difíciles.

Existen otros tratamientos por vía endoscópica, como la repermeabilización con láser del tumor^(2, 3, 4), o la utilización de olivas que necrosan tumor por corriente bipolar (Bicap), que también son paliativos, requiriendo de sesiones repetidas, con el aditivo del costo instrumental, y la posibilidad de complicaciones graves.

Evidentemente la endoscopia debe apuntar al diagnóstico más temprano del cáncer esofágico en etapas que incluso se pueden hacer mucosectomías endoscópicas⁽³⁾ o tratamientos quirúrgicos con intención curativa, mejorando con efectividad la calidad de vida y el pronóstico.

Lamentablemente su hallazgo es muy poco frecuente, habiendo referido el Dr. E. Sojo, en el Simposio de Esófago ya mencionado, que en 25 años de experiencia en endoscopia, sólo había visto 3 pacientes con cáncer precoz.

Conclusiones

Diferentes procedimientos endoscópicos como tratamientos exclusivos de la disfagia en el cáncer avanzado de esófago no quirúrgico (dilataciones, prótesis, inyecciones de alcohol), o colaborando en la preparación preoperatorio del paciente, colocando una sonda nasogástrica transtumoral para alimentación enteral, o ídem para el que será irradiado por vía externa o con braquiterapia, así como en el tratamiento postoperatorio de estenosis anastomóticas, pueden ser practicados en nuestro medio, con éxito y escasas morbimortalidad. Dada la complejidad de los trayectos neoplásicos a tratar, se hace necesario con frecuencia, el apoyo radiológico, sea para avanzar la guía, dilatar o emplazar una prótesis.

Bibliografía

- (1) Vasallo JA. Cáncer de esófago. En: Cáncer en el Uruguay. Montevideo. Registro Nacional de Cáncer del Uruguay, 1989, p. 51-59.
- (2) Pulpeiro A, Waldbaum C. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos en Gastroenterología. Buenos Aires: (s.n.) 1994. 224 p.
- (3) Axelrad A, Fleischer D. Esophageal Tumors. In: Sleisenger & Fordtran's. Gastrointestinal and Liver Diseases. 6th ed. Philadelphia: Saunders, 1998, p. 540-54.
- (4) Saidi RF, Marcon NE. Nonthermal ablation of malignant esophageal structures. Photodynamic therapy, endoscopic intratumoral injections, and novel modalities. Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am 1998, Apr; 8 (2): 465-91.
- (5) Piazze A. Tratamiento paliativo de la disfagia en el cáncer avanzado de esófago y cardias con endoprótesis artesanales transtumorales. Presentada a la Sesión Científica de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, 15 de mayo de 1996.