

Conceptos básicos sobre el Diagnóstico del Cáncer de Esófago

Por *J. Horacio Resano*,

(Jefe de la Sección Cirugía y Enfermedades
del Esófago) y

Adolfo Velez Gil,

Asistente extranjero de la Sección de Ciru-
gía y Enfermedades del Esófago.

Introducción. En mi estadía en Buenos Aires, tuve oportunidad de concurrir a las sesiones de la Escuela Quirúrgica Municipal de Graduados de los días miércoles. Estas tienen lugar en el Pabellón 2, sala 6, del Hospital Rawson, su director es el Profesor Ricardo Finochietto de prestigio mundial.

En los dos meses en que concurrí al "Departamento del Esófago" ví afluir una gran cantidad de pacientes de todo el territorio de la República Argentina, el número me causó gran extrañeza; en 1939 solamente concurren a este servicio 4 pacientes de enfermedades del esófago y en el año de 1949, concurren 438 pacientes de primera vez. De la cantidad de enfermos que consultan en un solo día la fotografía N° 2, da una idea. Actualmente están archivados más de 2.000 enfermos del esófago y el doctor Resano, en el momento de mi partida, tenía 190 esofaguectomizados por cáncer con supervivencia (31/ XII/ 1949).

Los cirujanos colombianos estamos rezagados en materia de cirugía esofágica; estamos recién en la vacilante etapa inicial y no cabe ninguna excusa valedera, porque he visto que ésta se puede realizar carente de todo recurso y chocando diariamente contra toda clase de inconvenientes. Ello es el fruto de una campaña infatigable de divulgación realizada entre el cuerpo médico por Ricardo Finochietto

y una dedicación absoluta por J. H. Resano, sobre las enfermedades y cirugía del esófago "A. Vélaz".

Quizás sea provechoso para nuestros colegas presentar la historia de un enfermo que estudié y operé con el doctor Resano y exponer algunos puntos sobre el diagnóstico del carcinoma esofágico, aprendido sobre tan dilatada experiencia.

Historia Clínica N^o 47.014. I. G. Edad, 55 años. Tiempo de evolución de los trastornos esofágicos, 5 meses. Adelgazamiento, 3 kilos.

El único síntoma que presentaba este enfermo era dolor a la deglución (odinofagia) provocado por cualquier alimento, ya sea líquido o sólido.

Clínicamente no existía obstrucción esofágica y si el enfermo adelgazó 3 kilos no era por limitación de los alimentos (podía comer sólidos de cualquier clase), sino porque restringía la alimentación por temor a la odinofagia.

Consultó por primera vez hace cinco meses, a los pocos días de iniciarse la molestia, a un importante Instituto de Gastroenterología que tiene fama de estudiar bien los enfermos. Fue radiografiado (radiografía N^o 1) por el doctor D'Alotto distinguido radiólogo, y con esófago copiado varias veces sin poder encontrar la causa de la odinofagia. Durante 4 meses se le administró belladona, atropina y por último espasmoligine, único medicamento que alivió al paciente.

Examen radiológico. El doctor Manuel Malenchini informó: Esófago normal (radiografías Nos. 2 y 3).

Examen endoscópico. En las proximidades del cayado de la aorta existe una ulceración de la cual se saca una biopsia con algunas dificultades. El anatomopatólogo doctor Polack informó: epiteloma glanduliforme del esófago.

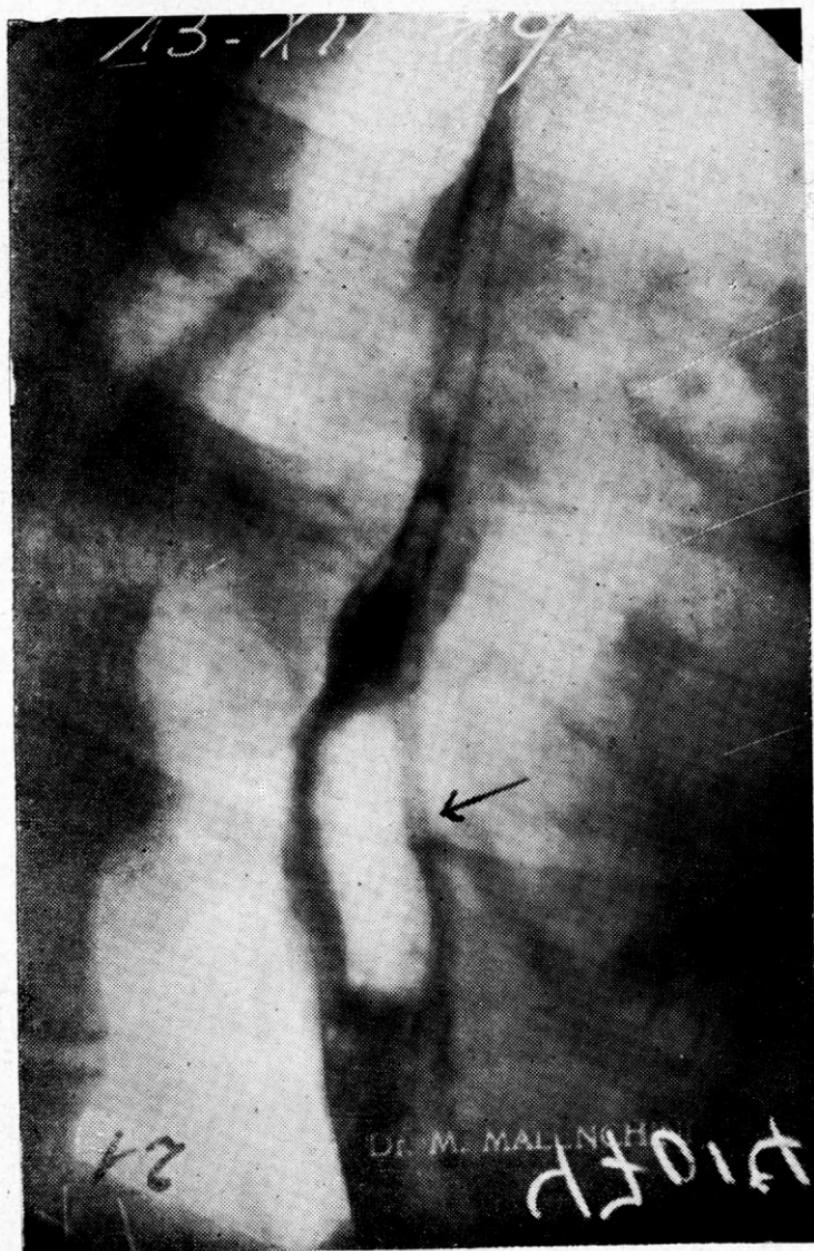
Reexamen Radiológico. Con fines de recoger enseñanzas de si la ulceración era visible radiológicamente se le volvió a enviar al doctor Malenchini, advirtiéndole la existencia de la lesión en las proximidades del cayado aórtico. Volvió a informar: Esófago normal (ver radiografía N^o 4).

Tiempo transcurrido entre el estudio del paciente y la operación. Todo el tiempo que transcurrió entre la primera consulta del paciente al Departamento de Enfermedades del Esófago, primer es-



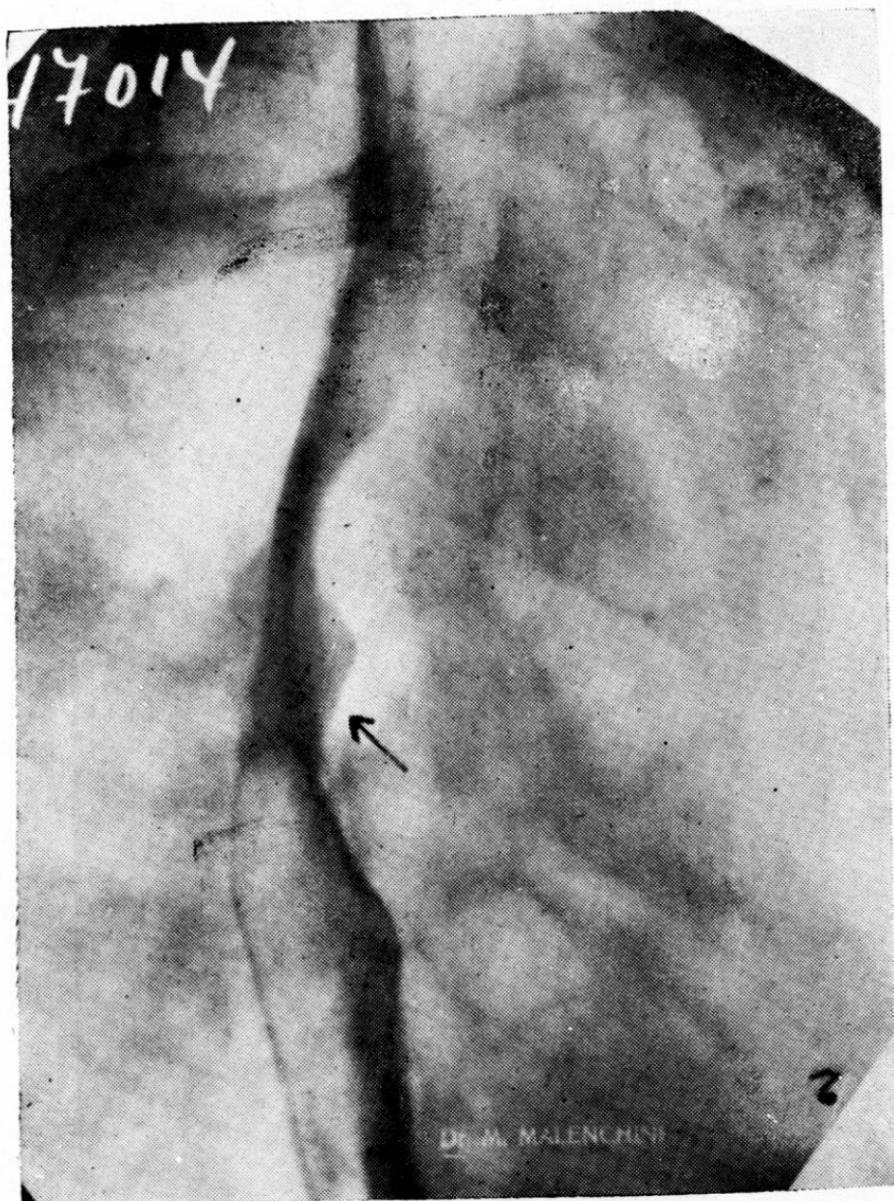
Radiografía N° 1. Esofagograma por relleno o distensión; no existe ninguna alteración, (La lesión descubriose endoscópicamente en el sitio de la flecha).

Doctor D'Alotto



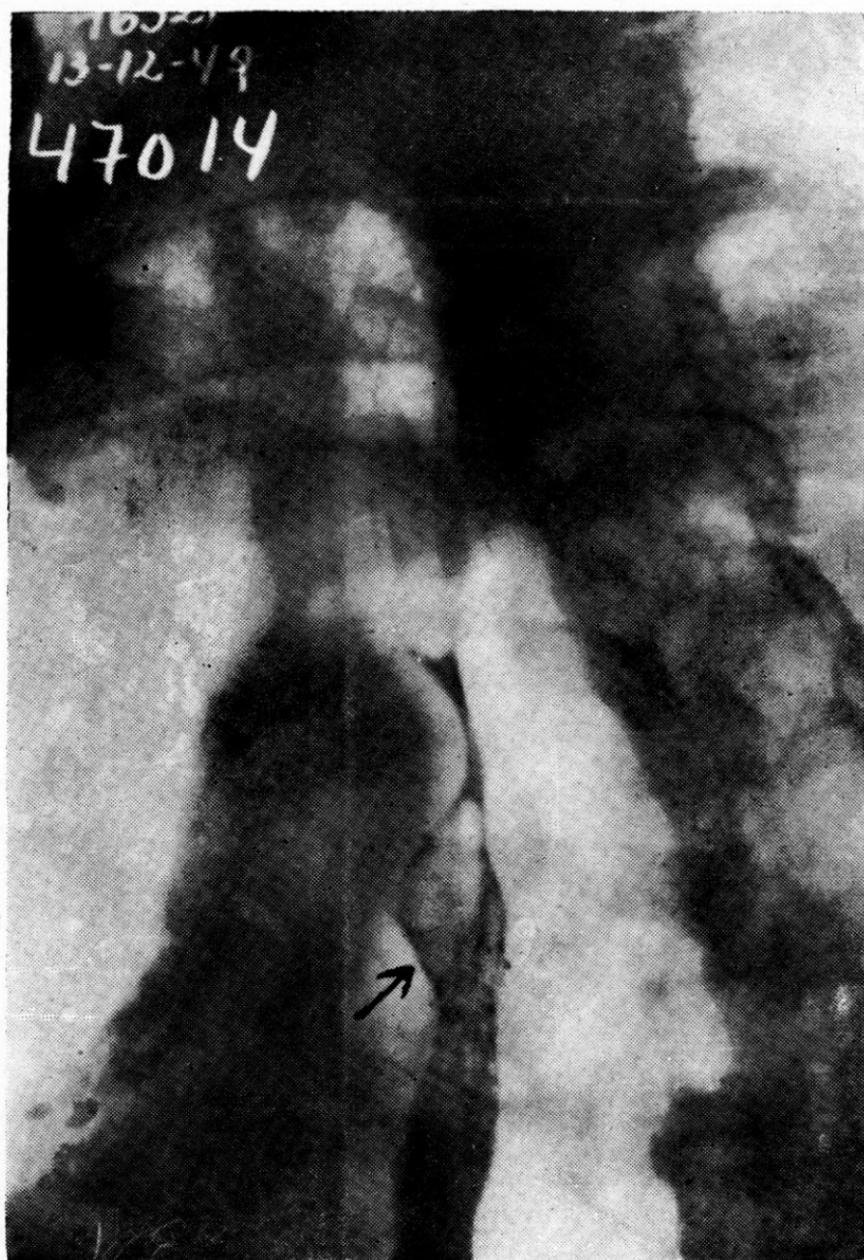
Radiografía Nº 2. Esófagograma normal. (Doctor Manuel Malenchini)

tudio radiológico, análisis de laboratorio, esofagoscopia, informe de la biopsia y segundo estudio radiológico y diagnóstico definitivo con decisión terapéutica de operarlo fué de cinco días: fué operado al 7º día de la consulta.



Radiografía Nº 3. El esofagograma en semidistensión es normal. (La flecha indica el sitio de la lesión). Doctor Manuel Malenchini).

Debe saberse que en un servicio organizado y con recursos, se podría abreviar este tiempo desde el interrogatorio hasta el resultado de la biopsia en 24 horas.



Radiografía Nº 4. El esofagograma por relieveografía es normal, la flecha indica el sitio en que estaba la lesión. (Doctor Manuel Malenchini).

Operación. Resección de la 7ª costilla izquierda. Abierto el mediastino posterior, incidiendo la pleura mediastinica, se libera el esó-

fago y no se visualiza nada de particular. A la palpación se toca una pequeña induración intraesofágica de 6 milímetros situada a 20 milímetros por debajo del cayado de la aorta. Se decide la resección. Frenotomía mínima, gastrolisis conservando la arteria coronaria, sección del cardias, esofagolisis, decruzamiento aórtico esofágico y anastomosis supraaórtica de Garlock con sutura según técnica de Resano.

Observaciones. Existían dos ganglios periesofágicos de Vesalio, regionales evidentemente neoplásicos. Existían también ganglios sobre el trayecto de la coronaria de aspecto neoplásico. Se extirpó en block toda la grasa pericardiásica y de curvatura menor que acompaña a la arteria cardio-tuberositaria.

Abierta la pieza (dibujo N^o 5) tumor circunscrito de 10 x 6 milímetros, ligeramente ulcerado en su borde superior interno, a la palpación la pared esofágica que circunscribe la pequeña neoplasia es normal.

Histología. El doctor Polack se rectifica, es un epiteloma epidermoide, los ganglios regionales vecinos al carcinoma (Ganglio de Vesalio) son neoplásicos. El estudio de la grasa paracardiásica y coronaria dice no hay invasión neoplásica.

Post- operatorio. Unico incidente: como era un prostático ignorado hizo una retención de orina que se resolvió primero por punción de la vejiga y luego dejándole una sonda bequille permanente. Fue dado de alta del Hospital a los 11 días. Orinaba bien —enfermo en buen estado de salud. Se le hizo control radiológico a los 9 días (radiografías Nos. 8 y 9).

Resumen. Es un carcinoma epidermoide del esófago, en el segmento "Pars Hiliars" radiológicamente negativo por su pequeño volumen con evolución clínica de cinco meses.

Aquí cabe la pregunta: cuál es la velocidad del crecimiento del cáncer? Se admite que la evolución del cáncer del esófago desde que aparece la disfagia hasta la muerte del paciente es alrededor de 12 meses y que cuando aparece la disfagia, el cáncer tiene ya por lo menos un año de evolución, es decir que el cáncer de esófago tiene término medio dos años de duración. Según esta afirmación la disfagia en el cáncer del esófago es un síntoma tardío y debe saberse que no se puede juzgar por la duración de la disfagia el tamaño de la lesión. Como ejemplo véase la radiografía N^o 6, de un paciente con disfagia

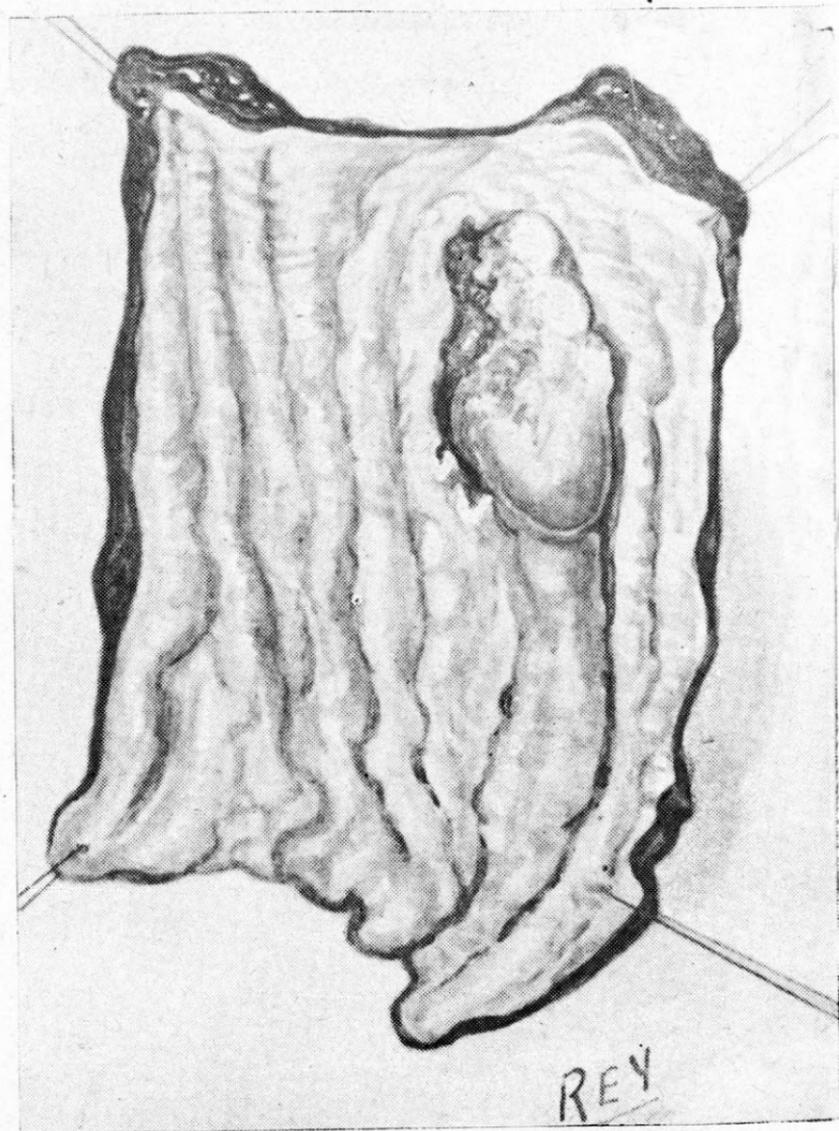
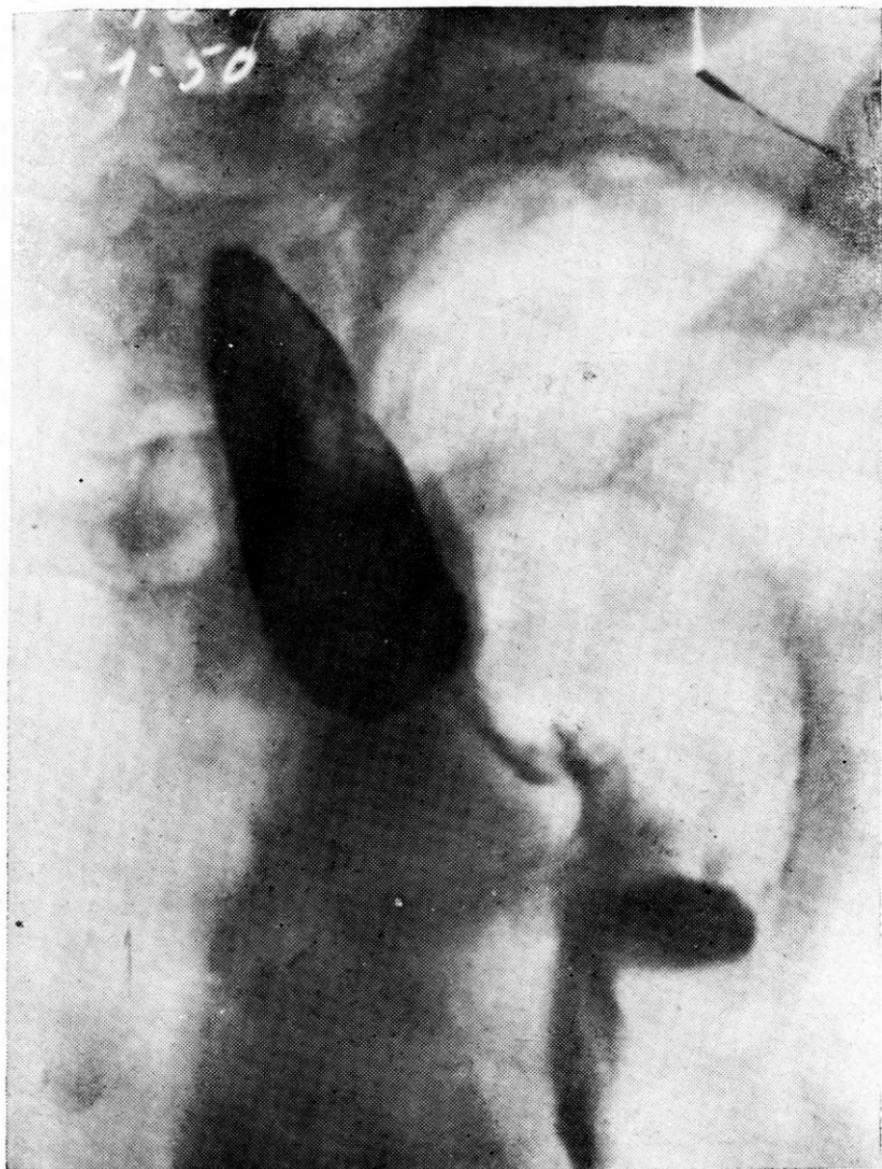


Figura 5. La pieza operatoria, pequeña masa vegetante de 10 x 6 milímetros ligeramente ulcerada en su parte interna. Lo que se vió y llamó la atención de la endoscopia fué la úlcera de donde se tomó la biopsia. Diagnóstico histológico final: epiteloma epidermoide.

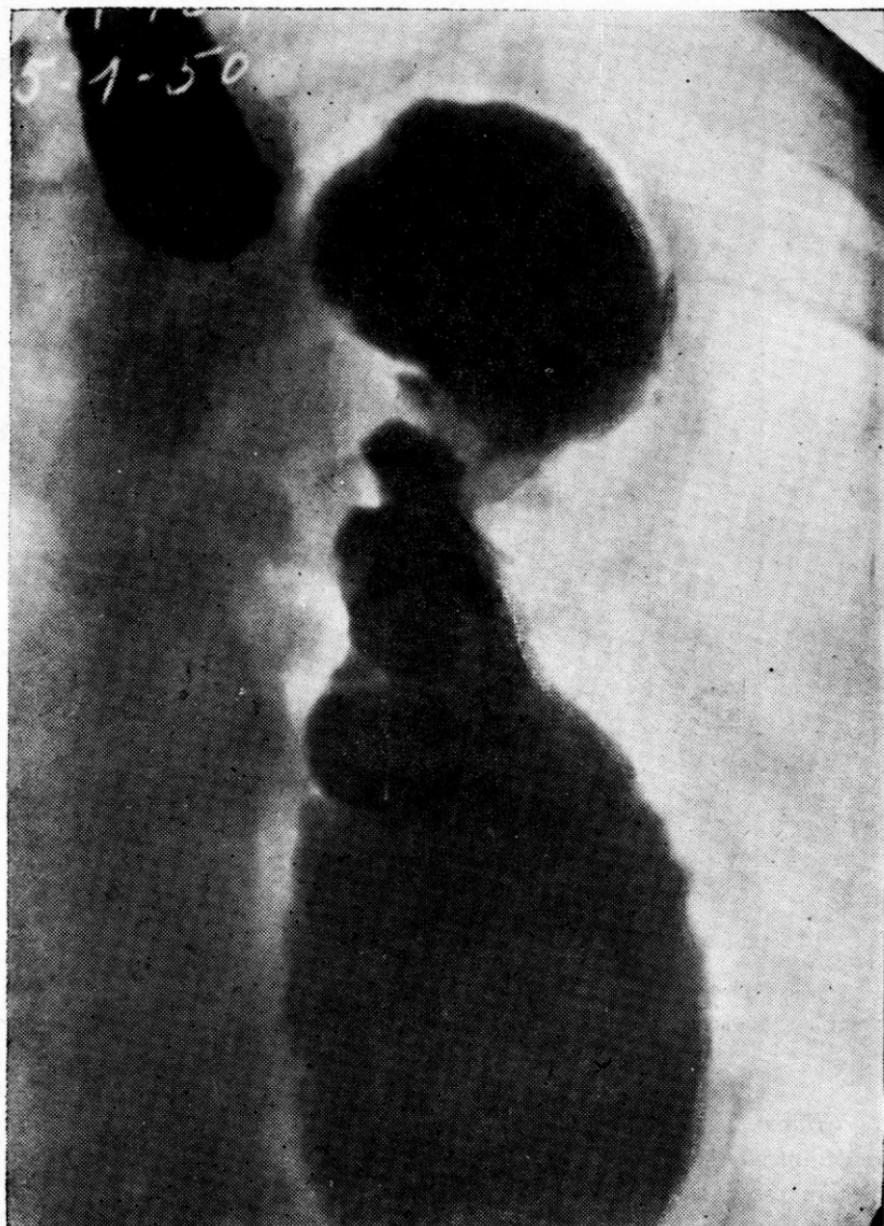
de 7 días de evolución y excelente estado general; podría pensarse que era una lesión pequeña, sin embargo operatoriamente el carcinoma invadía casi todo el esófago torácico. Compárese esta observación con la perteneciente a la radiografía Nº 7, carcinoma del esófago con



Radiografía N° 8. Tomado 9 días después de operado (doctor Malenchini)

tres años de disfagia donde la autopsia demostró que invadía todo el esófago torácico.

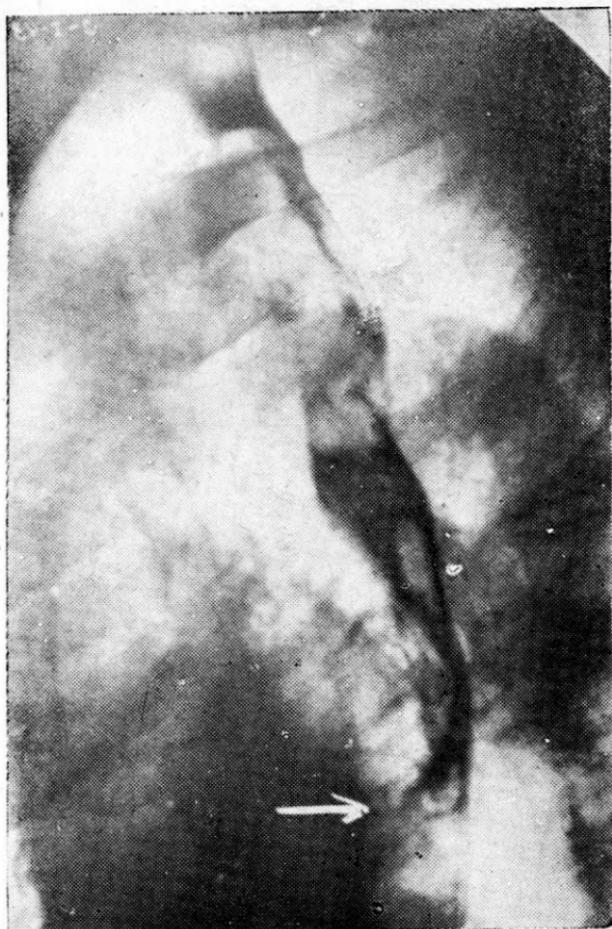
Consideraciones sobre el diagnóstico de cáncer de esófago. La experiencia diagnóstica recogida por el doctor Resano sobre más de un millar de pacientes que han concurrido en 10 años al Departamen-



Radiografía Nº 9. Tomada 9 días después de operado. (Doctor Malenchini)

to de enfermedades del esófago estudiados personalmente por el mismo, pueden concretarse en los siguientes conceptos:

El cáncer de esófago tiene un cuadro clínico, radiológico y endoscópico bien definido.

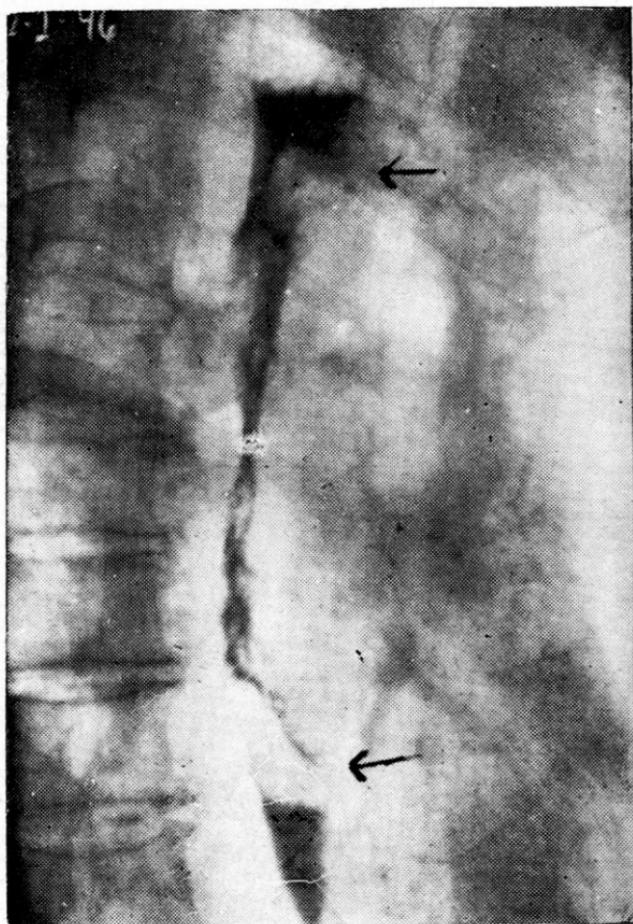


Radiografía Nº 6. Carcinoma de esófago con disfagia de siete días de evolución, invadiendo desde la proximidad de la clavícula hasta cinco centímetros por encima del diafragma. (Doctor Manuel Malenchini).

Clinico. El síntoma del cáncer de esófago es la disfagia, el síntoma evolutivo es la disfagia progresiva y el síntoma terminal es la obstrucción esofágica: disfagia, más regurgitaciones.

Radiológicamente el cáncer de esófago da una imagen de estenosis irregular. Endoscópicamente el cáncer de esófago produce una alteración de la mucosa esofágica normal: vegetante, ulcerado o infiltrante; es importante sacar una biopsia de este tejido anormal y al contestar el anatomopatólogo epiteloma espino-celular, queda cerrado el ciclo diagnóstico.

En resumen el cáncer de esófago se manifiesta clínicamente, por



Radiografía N° 7. Carcinoma de tres años de evolución sin obstrucción esofágica.

En la autopsia el tumor se extendía desde la clavícula hasta el diafragma.

(Radiológicamente mide 15 cms; anatómicamente media 19 cms).

Doctor Manuel Malenchini.

la disfagia; radiológicamente, por una estenosis irregular cuyo substractum anatómo-histológico es epiteloma espino-celular.

Dificultades diagnósticas por cuadro clínico atípico. 1º Ni el aspecto, ni la edad de los pacientes pueden indicar el diagnóstico de carcinoma; véase la foto N° 2 en donde hay 5 pacientes con más de 60 años, con disfagia progresiva de breve evolución que sin embargo tienen un esófago corto congénito. En cambio uno de los fotografiados, el 4º de la segunda fila, tiene 33 años y ha sido esofaguectomizado por cáncer.

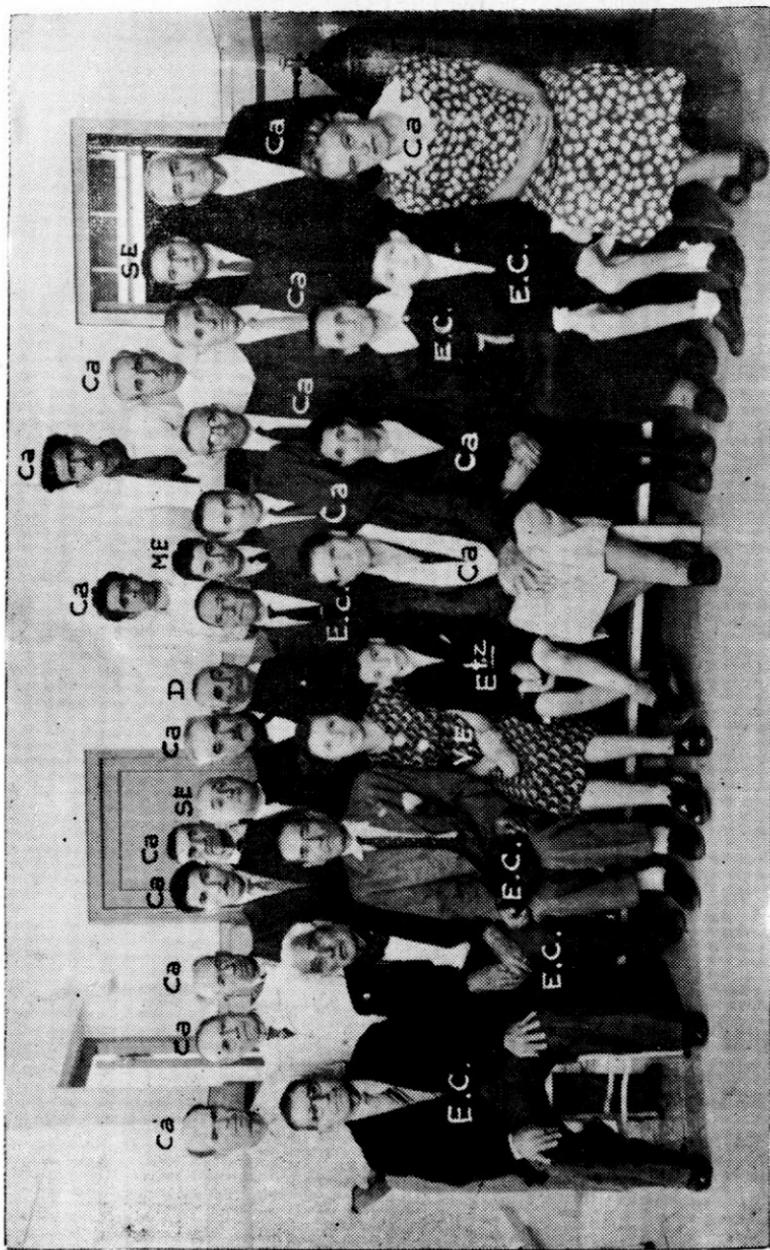


FOTO 2. Una mañana del consultorio externo del Departamento de enfermedades del esófago sobre 28 enfermos:

Ca: Cáncer del esófago: 16 enfermos. — *E. C.*: Esófago corto congénito: 6 enfermos. — *S. E.*: Síndrome esofágico: 2 enfermos. — *M. E.*: Megaesófago: 1 enfermo. — *E.L.*: Estrechez por cáustico: 1 enfermo. — *D.*: Divertículo: 1 enfermo. — *V. E.*: Várices de esófago: 1 enfermo. Compárese el aspecto de los 16 enfermos con cáncer esofágico con los 6 de esófago corto congénito.

2º Pacientes con síntomas raros, un ejemplo es el caso presentado de disfagia atípica, odinofagia sin obstrucción esofágica, cinco meses de evolución y sin embargo era un cáncer de esófago.

3º Pacientes con la disfagia clásica del cáncer de esófago e idéntica evolución: tienen una estrechez benigna.

Estos conceptos deben ser más recalcados aún, ya que Vinson, autoridad en esofagología, afirma que con una cuidadosa historia se puede hacer el diagnóstico en el 90 por 100 de los casos.

En una palabra hablando en términos clínicos no existe nada en el aspecto o edad de los pacientes, ni características de la disfagia típicas o atípicas, que afirmen o nieguen un cáncer de esófago. Cualquier individuo que experimente una sensación anormal de la deglución es sospechoso de tener un carcinoma del esófago pues el 70 por 100 de las personas que consultan por anomalías deglutorias tienen un cáncer de esófago. (J. H. R.).

Dificultades diagnósticas al examen radiológico. Examen radiológico positivo: Radiológicamente el cáncer de esófago se presenta como una estenosis del conducto esofágico con irregularidades del contorno. Cuesta creer después de esta anunciación tan simplista que un cáncer de esófago pueda pasar desapercibido radiológicamente, pero ello puede suceder por tres razones:

1º Dificultades técnicas.

2º Ficción del cáncer.

3º Cáncer radiológicamente negativo.

1º *Dificultades técnicas.* El esófago es un órgano difícil de radiografiar; se deben usar aparatos de alta potencia que permitan sacar radiografías por lo menos al 1 sobre 10 de segundo y con seriógrafo pero no basta la máquina, también es menester un radiólogo altamente competente. En el Departamento de enfermedades del esófago, el radiólogo es el doctor Manuel Malenchini; todos los pacientes son estudiados en colaboración con el doctor Resano. La colaboración consiste en controlar el diagnóstico radiológico con el endoscópico y anatómico. De esta manera por rectificación de errores e intensa experiencia el doctor Malenchini ha alcanzado una exactitud en los diagnósticos.

2º *La ficción del cáncer.* La imagen radiológica más típica de cáncer puede corresponder a una lesión benigna y a la inversa, una imagen radiológicamente típica de lesión benigna puede ser un cáncer (aforismo Resano).

La única manera de dilucidar estas dudas es mediante la esofagoscopia y la biopsia. Si la primera biopsia diera resultado negativo, es decir, que no hay tejido neoplásico sino por ejemplo tejido inflamatorio no debemos aceptar este primer resultado como absoluto sino practicar una segunda esofagoscopia y biopsia. En el caso que dieran otra vez resultado negativo, según Bénédict dos biopsias negativas bastarían para aceptar el diagnóstico de una esofagopatía benigna, pero según Resano son necesarias tres esofagoscopias y tres biopsias negativas para poder descartar el cáncer de esófago. Y aclaremos bien que este aforismo es válido únicamente cuando quien practica la esofagoscopia, no interesa que tenga el diploma de "Endoscopista", puede ser cualquier clínico o cirujano que haya practicado varios centenares de esofagoscopias, que este es el único y legítimo título de idoneidad.

Es de la más alta importancia destacar que la repetición de estudios radiológicos y esofagoscópicos deben ser hechos dentro de un límite de breve tiempo, por ejemplo en nuestro caso bastaron cinco días; en otro caso la repetición de tres esofagoscopias y biopsias, quince días. Es condenable ver la frecuencia con que los esofagoscopistas entretienen al enfermo en hacerle una segunda esofagoscopia; dejan transcurrir uno y dos meses; este tiempo injustificadamente perdido, revela desconocimiento del problema del cáncer; ignoramos si en un mes de cáncer de esófago crecerá tanto como para cruzar de la etapa de operable a inoperable, pero sí lo hemos visto complicarse; por obstrucción esofágica. La afagia es un accidente muy grave, especialmente en época de verano la aparición de una parálisis recurrente, la fistulización del cáncer, el absceso de pulmón o bien sufrir cualquier enfermedad intercurrente: gripe, diarreas, etc.; por cualquiera de estas causas el enfermo pierde lamentablemente el último chance para ser sometido a la esofagectomía.

3º *Examen radiológicamente negativo.* Hemos de manifestar que esta eventualidad se ha presentado sólo en 16 pacientes sobre más de 1.000 carcinomas del esófago lo que da un porcentaje pequeño del 1.6 por 100. Estas observaciones de cánceres negativos a la radiología pueden suscitar cuatro problemas:

a) Cáncer que en ningún momento de la observación radiológico-endoscópica, repetida durante meses, puede ser demostrada su existencia. Son carcinomas planos muy pequeños, de crecimiento muy lento que no tienen volumen para deformar el molde de barita del conducto esofágico y que macroscópicamente simulan la mucosa esofágica normal.

b) El carcinoma existe pero la lesión si bien, es radiológicamente invisible y endoscópicamente visible; en este caso se vió la ulceración y no se vió el pequeño tumor.

c) En algunas ocasiones, interviniendo el mismo radiólogo y el mismo endoscopista, en un paciente disfágico no se descubre nada pero 20 días después se descubre la lesión en una segunda esofagoscopia.

d) El enfermo consulta por disfagia de breve evolución, la radiografía muestra la imagen esofágica normal, el médico confía en esta primera radiografía y absuelve al paciente de la sospecha de tener un cáncer esofágico; intérpretese la disfagia como espasmo del esófago administrándose terapéutica antiespasmódica: Belladona, Atropina, etc. ordenándole que regrese al cabo de uno o dos meses. La disfagia persiste con sus mejorías y empeoramientos pero cuando se intensifica la disfagia y se le saca una radiografía, de nuevo sorprende comprobar que en pocos meses se ha pasado de una lesión radiológicamente negativa a una avanzada lesión inoperable tan gruesa y extensa que cuesta creer que en tan poco tiempo un carcinoma haya crecido tanto.

La conducta frente a los pacientes disfágicos radio-endoscópicamente negativos. La conducta de J. H. Resano frente a los pacientes radio-endoscópicamente negativos, es vigilarlos clínicamente cada quince días, interrogarlos sobre la disfagia, controlar el peso, averiguar el tipo de alimentación, pues los trastornos de la deglución pueden desaparecer totalmente por una dieta líquida o blanda; siendo preferible, cuando el diagnóstico está en suspenso, permitir los alimentos sólidos. Ante la persistencia de la disfagia, o de la menor duda, se repite la esofagoscopia a breve plazo y se tiene como norma decirles a los pacientes que la esofagoscopia es hecha "no para ver sino para practicar una curación".

Con ésto, hemos visto pacientes rebeldes que, se someten dócilmente a ella.

Conclusiones. Tres hombres, aisladamente, uno de otro, pusieron las tres piedras fundamentales en la esofaguetomía:

Chevelier Jackson en 1886 diagnostica por esofagoscopia el primer cáncer del esófago. Declaró: "Con la esofagoscopia abrigo esperanzas de mejorar la mortalidad del 100 x 100 de esta enfermedad dada la precocidad y exactitud con que puede diagnosticarse un cáncer de esófago".

El radio-diagnóstico del cáncer de esófago se inicia un año después del descubrimiento de los rayos X por *Roentgen*, en 1895. *Rosenfeld* fué el primero en utilizar este procedimiento de examen para el diagnóstico de un cáncer de esófago con la ayuda de una sonda opaca.

Nasiloff en 1888, compadecido del triste destino de los pacientes con cáncer de esófago describe la técnica para la esofaguectomía torácica basada en operaciones cadavéricas; sinembargo la esofaguectomía de *Nasiloff* nunca fue realizada en el vivo, fué sólo una idea inicial que abrió el camino a muchas tentativas.

Hasta hace 10 años la esofaguectomía torácica era prácticamente una operación teórica y cuyo resultado, no había mucho que dudar, era la muerte del paciente. Hoy es una operación que se realiza con un aceptable margen de seguridad. Pero exige dos condiciones: diagnóstico precoz y exacto.

Desde Chevalier Jackson (1886) y Rosenfeld (1896) no se ha descubierto nada nuevo ni tampoco ningún signo precoz. Todo está encerrado en los tres componentes de esta fórmula: "Disfagia - radiografía - esofagoscopia".