

Cáncer de esófago

Fecha de la última revisión: **30/08/2014**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cuándo sospecharlo? síntomas y signos de alerta](#)
3. [¿Cómo diagnosticarlo?](#)
4. [¿Cómo se trata?](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

El cáncer de esófago (CE) es el octavo tumor maligno y la sexta causa de muerte por cáncer en el mundo. Su incidencia en la Unión Europea es de 6,6/100 mil habitantes año y presenta una mortalidad de 6,1/100 mil habitantes año. Presenta grandes diferencias geográficas, siendo áreas de alta prevalencia Asia, sur y este de África y el norte de Francia (NCCN, 2014). A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento la supervivencia global es del 20-30% a los 5 años. Ello es debido a que en la mayor parte de los casos se diagnostica en estadios avanzados, por lo que tiene una elevada mortalidad (Napier KJ, 2014).

Desde el punto de vista histológico existen dos tipos fundamentales: carcinoma epidermoide y adenocarcinoma. Existen diferencias en la incidencia de este tumor debido fundamentalmente a variaciones geográficas y étnicas. La epidemiología de este tumor ha cambiado de forma importante en los países desarrollados, en los últimos 40 años. En países como Australia, Finlandia, Francia o Estados Unidos el adenocarcinoma de esófago representa actualmente el tipo histológico más frecuente, siendo el causante del 80% de los casos. Aun así, de forma global el carcinoma epidermoide es el más frecuente, existen zonas de Asia, con una elevada incidencia, en torno a 100 casos por cada 100.000 habitantes (Eslick GD, 2009).

La incidencia aumenta con la edad, siendo el pico máximo a los 70 años. Es más frecuente en varones, aunque en zonas de alta prevalencia no existe diferencia entre sexos. El carcinoma epidermoide se localiza con la misma frecuencia en el tercio medio y distal, mientras que el adenocarcinoma se localiza mayoritariamente en el tercio distal.

Existen diferencias etiológicas en función del tipo histológico. De forma general los principales factores de riesgo son (Napir KJ, 2014; Posner MC, 2011; Samplier RE, 2014):

- **El tabaco y el alcohol:** son los principales factores de riesgo en el desarrollo de carcinomas escamosos, especialmente en los países desarrollados. En los pacientes con adenocarcinoma, el consumo de tabaco se asocia a un mayor riesgo en pacientes que padecen esófago de Barret (Cook MB, 2010). El enolismo habitual aumenta en doce veces el riesgo de padecer carcinoma escamoso, no existiendo evidencia de su asociación con adenocarcinomas (Tramacere I, 2012). Se consideran más nocivas en este aspecto las bebidas de alta graduación (Berger A, 1998).
- **Reflujo gastroesofágico:** un metaanálisis evidenció que la presencia de síntomas de reflujo se asoció con un incremento del riesgo de padecer adenocarcinoma (Rubenstein JH, 2010).
- **Enfermedad de Barret (EB):** se trata de una entidad clínica en la que el epitelio normal del esófago es sustituido por epitelio metaplásico, columnar que se extiende desde la unión gastro-esofágica, y que supone un riesgo de evolución a adenocarcinoma de 30 a 125 veces mayor riesgo que el individuo sano.
- **Dieta y nutrición:** parece ser que frutas y verduras poseen un efecto protector (Liu J, 2013). Se ha observado la posible relación entre un déficit de estos nutrientes con un aumento del riesgo de CE. Las bebidas y comidas de alta temperatura pueden aumentar el riesgo debido a su acción nociva sobre la mucosa esofágica (Islami F, 2009).
- **Estatus socioeconómico:** a menor nivel socioeconómico mayor riesgo de padecer cáncer de esófago.
- **Obesidad:** asocia un aumento de padecer adenocarcinoma esofágico, ya que, aumenta el riesgo de padecer enfermedad por reflujo gastroesofágico y esófago de Barret.
- **Tylosis o queratodermia palmo-plantar:** se trata de una enfermedad que se transmite de modo autosómico dominante y que supone un aumento del riesgo del 40%.
- **Enfermedad de Plummer-Vinson o de Paterson y Kelly:** anemia ferropénica, glositis, queilitis, uñas quebradizas, esplenomegalia y esofagitis, y que aumenta el riesgo de CE en un 10%.
- **Anemia de Fanconi:** es un trastorno con herencia autosómica recesiva, caracterizado por la presencia de malformaciones congénitas, pancitopenia progresiva, y un incremento en la predisposición a padecer neoplasias malignas y tumores sólidos, entre ellos tumores esofágicos.
- **Quemaduras por cáusticos:** aumentan el riesgo en un 30%.
- **Acalasia de esófago:** trastorno de la motilidad que supone un aumento del riesgo de 30%.
- **Infección por virus del papiloma humano:** se asocia a un mayor riesgo de carcinoma epidermoide (Sitas F, 2012).
- **Teoría de los carcinógenos de campo:** el hecho de haber padecido un cáncer de cabeza y cuello se asocia a un mayor riesgo de presentar una segunda neoplasia en el tracto aéreo-digestivo superior, esto se debe al efecto de los carcinógenos (fundamentalmente tabaco y alcohol) sobre el epitelio.

¿Cuándo sospecharlo? síntomas y signos de alerta

Los síntomas guía son:

- **Disfagia progresiva y odinofagia:** el 90% de los pacientes presenta disfagia en el momento del diagnóstico. En su inicio para sólidos y después también para líquidos e incluso para la propia saliva. Cuando aparece la disfagia, el tumor generalmente está ya muy extendido.
- **Pérdida de peso:** aparece en más del 50% de los pacientes, por la anorexia que produce el propio tumor, la disfagia, y los cambios en la dieta que esta última conlleva.
- **Otros síntomas o problemas que puede haber:** dolor retroesternal, tos, regurgitación de saliva o vómitos, neumonía por aspiración, afonía por afectación del nervio recurrente, anemia ferropénica, fístula traqueo bronquial, hemoptisis, etc.

¿Cómo diagnosticarlo?

El diagnóstico se realizará mediante:

1. **Historia clínica:** con antecedentes de interés y sintomatología.
2. **Exploración física general:** fijándonos especialmente en adelgazamiento, adenopatías, masas o megalias.
3. **Pruebas complementarias:**
 - Analítica de sangre: con hematimetría, función hepática y función renal.
 - Radiografía de tórax.
 - Endoscopia digestiva alta con biopsia: la endoscopia tiene una sensibilidad para el diagnóstico del 90% y asociada a citología aumenta hasta el 100%.
 - TC toraco-abdomino-pélvico: tiene una sensibilidad del 90% para el diagnóstico de metástasis, 85% para el de adenopatías abdominales y 90% para el de adenopatías para-esofágicas. Es la técnica de elección para valorar la extensión.
4. **Otras pruebas útiles:**
 - Eco-endoscopia: se debe realizar en los pacientes candidatos a cirugía para determinar la extensión tumoral local (T) y la existencia de afectación ganglionar (N). Permite realizar una biopsia ganglionar guiada.
 - Broncoscopia: en tumores por encima de la carina sin evidencia de metástasis para determinar si tiene afectación traqueobronquial.
 - Esófagograma de bario: es opcional.
 - Laparoscopia: para descartar metástasis peritoneales en paciente sin metástasis evidentes y en tumores de la unión gastro-esofágica.
 - PET: es más sensible que el TC para detectar metástasis a distancia, pero no para determinar extensión local y afectación linfática. El PET/TAC puede tener utilidad para evaluar la respuesta al tratamiento preoperatorio o al tratamiento definitivo con quimioradioterapia.

¿Cómo se trata?

Prevención:

La intervención más importante es la recomendación del abandono del hábito tabáquico y el alcohol (Berger A, 1998). Aunque tradicionalmente se consideraba que la ingesta de frutas y verduras tenía un efecto protector por su contenido en vitamina C, no existe consenso a este respecto, ya que según algunos estudios los alimentos crudos pueden contener niveles elevados de productos nitrogenados, que parecen tener cierto poder carcinógeno.

Tratamiento:

La elección del tratamiento debe ser individualizada, ya que depende tanto del estadio tumoral como del estado del paciente. Es muy similar para ambos tipos tumorales.

En pacientes seleccionados en estadios Tis y T1a pueden plantearse técnicas ablativas locales como la resección endoscópica, ablación o la combinación de ambas.

El tratamiento estándar del carcinoma de esófago localizado (T1a-T1b), sigue siendo la esofagectomía. Los pacientes con afectación localizada, que no sean subsidiarios de tratamiento quirúrgico, podrían beneficiarse de radioterapia con carácter radical.

En pacientes con enfermedad localmente avanzada (T2-T4a; N0/+), la combinación de radioquimioterapia es el tratamiento de elección en tumores situados en la región cervical (Choi NC, 2014; Kleinberg LR, 2014; NCCN, 2014; Posner MC, 2011). En los tumores presentes en otras localizaciones el tratamiento estándar es la quimioradioterapia seguido de cirugía, siempre que el paciente presente las condiciones adecuadas para ser intervenido. En tumores de la unión gastroesofágica el tratamiento con quimioradioterapia seguido de cirugía es la opción estándar (Van Hagen P, 2012), aunque el tratamiento perioperatorio con quimioterapia es una opción válida en pacientes con adenocarcinoma (Cunningham D, 2006).

En los estadios T4b las opciones de tratamiento son quimioradioterapia o quimioterapia exclusivamente.

Los pacientes con enfermedad metastásica pueden beneficiarse de un tratamiento paliativo con quimioterapia. La combinación de cisplatino-5 fluorouracilo es uno de los esquemas más utilizados en la práctica clínica habitual. Nuevos agentes como oxaliplatino o taxanos han demostrado eficacia.

El tratamiento paliativo debe dirigirse a resolver la disfagia, mejorar el estado nutricional y tratar posibles complicaciones como fístulas traqueoesofágicas. La braquiterapia de baja o alta tasa, la radioterapia, la colocación de endoprótesis autoexpandibles o el uso del láser, son prácticas cada vez más utilizadas en este sentido.

El pronóstico del cáncer de esófago es fatal en la mayoría de los casos, lo que hace que su seguimiento por el médico de atención primaria esté habitualmente centrado en vigilar la aparición de los síntomas y realizar un tratamiento adecuado de los síntomas.

En cuanto al seguimiento, según guías NCCN, en pacientes tratados que se mantienen asintomáticos debe realizarse una analítica y exploración física cada 3-6 meses los dos primeros años, cada 6-12 meses los años del 3º al 5º y posteriormente anualmente. Los estudios de imagen y endoscópicos según indicación clínica.

Bibliografía

- Berger A. Science commentary: Why wine might be less harmful than beer and spirits. BMJ. 1998;317:844. [Texto completo](#)
- Choi NC, Gibson MK. Radiation therapy, chemoradiotherapy, neoadjuvant approaches, and postoperative adjuvant therapy for localized cancers of the esophagus [Internet]. En Walthman MA: UpToDate; 2014, version 22.8. [acceso 1/9/2014]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Cook MB, Kamangar F, Whitman DC, Freedman ND, Gammon MD, Bernstein L, et al. Cigarette smoking and adenocarcinomas of the esophagus and esophagogastric junction: a pooled analysis from the international BEACON consortium. J Natl Cancer Inst. 2010;102(17):1344-53. PubMed [PMID: 20716718](#). [Texto completo](#)
- Cunningham D, Allum WH, Stenning SP, Thompson JN, Van de Velde CJ, Nicolson M, et al.; MAGIC Trial Participants. Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. N Engl J Med. 2006;355(1):11-20. PubMed [PMID: 16822992](#). [Texto completo](#)
- Eslick GD. Epidemiology of esophageal cancer. Gastroenterol Clin North Am. 2009;38(1):17-25, vii. PubMed [PMID: 19327565](#)
- Islami F, Boffetta P, Ren JS, Pedoeim L, Khatib D, Kamangar F. High-temperature beverages and foods and esophageal cancer risk--a systematic review. Int J Cancer. 2009;125(3):491-524. PubMed [PMID: 19415743](#). [Texto completo](#)
- Kleinberg LR, Kelly R, Yang S, Wang JS, Forastiere A. Cancer of the esophagus. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH, Kastan MB, Tepper JE, editors. Clinical Oncology. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone-Elsevier; 2014. p. 1207-40.
- Liu J, Wang J, Leng Y, Lv C. Intake of fruit and vegetables and risk of esophageal squamous cell carcinoma: a meta-analysis of observational studies. Int J Cancer. 2013;133(2):473-85. PubMed [PMID: 23319052](#). [Texto completo](#)
- Napier KJ, Scheerer M, Misra S. Esophageal cancer: A Review of epidemiology, pathogenesis, staging workup and treatment modalities. World J Gastrointest Oncol. 2014;6(5):112-20. PubMed [PMID: 24834141](#). [Texto completo](#)

- National Comprehensive Cancer Network (NCCN) [Internet]. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Esophageal cancer [acceso 1/9/2014]. Disponible en: <https://www.nccn.org>
- Posner MC, Minsky BD, Ilson DH. Cancers of the esophagus. In: DeVita Jr VT, Hellman S, Rosenberg SA, editors. Principles and Practice of Oncology. 9th ed. Philadelphia: Lippincot William & Wilkins; 2011. p. 887-923.
- Rubenstein JH, Taylor JB. Meta-analysis: the association of oesophageal adenocarcinoma with symptoms of gastro-oesophageal reflux. Aliment Pharmacol Ther. 2010;32(10):1222-7. PubMed [PMID: 20955441](#). [Texto completo](#)
- Sampliner RE, Gibson MK. Epidemiology, pathobiology, and clinical manifestations of esophageal cancer [Internet]. En Walthman MA: UpToDate; 2014, version 22.8. [acceso 1/9/2014]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Sitas F, Egger S, Urban MI, Taylor PR, Abnet CC, Boffetta P, et al.; InterSCOPE Collaboration. InterSCOPE study: Associations between esophageal squamous cell carcinoma and human papillomavirus serological markers. J Natl Cancer Inst. 2012;104(2):147-58. PubMed [PMID: 22228147](#). [Texto completo](#)
- Tramacere I, Pelucchi C, Bagnardi V, Rota M, Scotti L, Islami F, et al. A meta-analysis on alcohol drinking and esophageal and gastric cardia adenocarcinoma risk. Ann Oncol. 2012;23(2):287-97. PubMed [PMID: 21551004](#). [Texto completo](#)
- van Hagen P, Hulshof MC, van Lanschot JJ, Steyerberg EW, van Berge Henegouwen MI, Wijnhoven BP, et al.; CROSS Group. Preoperative chemoradiotherapy for esophageal or junctional cancer. N Engl J Med. 2012;366(22):2074-84. PubMed [PMID: 22646630](#). [Texto completo](#)
- Zhang Y. Epidemiology of esophageal cancer. World J Gastroenterol. 2013;19(34):5598-606. PubMed [PMID: 24039351](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Allum WH, Blazeby JM, Griffin SM, Cunningham D, Jankowski JA, Wong R; Association of Upper Gastrointestinal Surgeons of Great Britain and Ireland, the British Society of Gastroenterology and the British Association of Surgical Oncology. Guidelines for the management of oesophageal and gastric cancer. Gut. 2011 Nov;60(11):1449-72. PubMed [PMID: 21705456](#) [Texto completo](#)
- Clinical Practice Guidelines in Oncology: Esophageal cancer. National Comprehensive Cancer Network. 2014. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp
- Stahl M, Mariette C, Haustermans K, Cervantes A, Arnold D; ESMO Guidelines Working Group. Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2013 Oct;24 Suppl 6:vi51-6. PubMed [PMID: 24078662](#) [Texto completo](#)

Autores

- | | |
|----------------------------|--|
| ▪ Ovidio Fernández Calvo | Médico Especialista en Oncología (1) |
| ▪ Graciela Charlín Pato | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1) |
| ▪ Fernando Lamelo Alfonsín | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2) |

(1) Complejo Hospitalario Universitario Ourense. Servicio Galego de Saúde. Ourense.
(2) Unidad de Hospitalización a Domicilio. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Servicio Galego de Saúde. A Coruña.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

