

Revisión de procedimientos paliativos en tratamiento de cáncer de esófago avanzado, a propósito de un caso en que se utilizó ablación química con alcohol absoluto

Doctores: Aguilar Jeanine (3), Abarca Cecilia (3), Jaramillo Juan (3), Trujillo Gustavo (3), Mendoza Francisco (1), Nieto Iván (2), Paladines Ernesto (2)

1. Jefe del Departamento de Gastroenterología ION-SOLCA Guayaquil
2. Médicos tratantes del departamento de Gastroenterología ION-SOLCA Guayaquil
3. Médico Residente Postgrado de Gastroenterología ION-SOLCA Guayaquil

ABSTRACTO

Se describe el caso de un paciente de 84 años de edad con carcinoma epidermoide bien diferenciado de esófago avanzado, sometido a quimioterapia y radioterapia con persistencia de su enfermedad, presentando disfagia por lo que recibió tratamiento paliativo con ablación química con alcohol absoluto con resultados exitosos.

Palabras clave: Esófago-Alcohol

ABSTRACT

We will describe a case of an 84 years old male patient, with squamous-cell esophageal cancer with chemotherapy and radiation with persistence of his illness, the presented with dysphagia, that needed palliative treatment with chemical ablation with absolute alcohol with successful overcome.

Key words: Esophagus-Alcohol

INTRODUCCIÓN

La incidencia del cáncer de esófago presenta grandes variaciones geográficas lo que dificulta el conocimiento real de su frecuencia, en general se considera zonas de alta frecuencia las localizadas en Asia, África Central y del Sur alcanzando en ocasiones cifras cercanas a 200 casos por 100.000 habitantes y años: En Estados Unidos se estiman unos 12.000 casos nuevos por año con notables diferencias entre raza negra y blanca(1).

Histológicamente en su mayor parte el cáncer de esófago es carcinoma epidermoide estratificado con diferenciación espinocelular (95%) y más raramente el basocelular, siendo su ubicación más frecuente en el tercio medio (50%) con sobrevida a los 5 años del 10-15%(4) (5).

Durante los últimos 25 años la incidencia de Adenocarcinoma de esófago se ha incrementado constituyendo del 5-25% de los todos los casos, las razones exactas para este incremento no están claras se han sugerido posibles causas incluyendo obesidad, medicaciones, dietas grasosas, erradicación de *Helicobacter pylori*, la sobrevida a 5 años en estados tempranos es del 20 % (3). Aunque la radiación y algunas técnicas ablativas podrían eliminar el cáncer esofágico en estados tempranos, la resección quirúrgica no proporciona un cambio real en el cáncer invasivo.

Correspondencias y Separatas:

Dr. Francisco Mendoza Jaime
Servicio Gastroenterología
ION Solca Guayaquil
Av. Pedro Menéndez Gilbert (junto a la Atarazana)
Guayaquil - Ecuador

©Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer

El tratamiento óptimo de los pacientes con cáncer de esófago está sujeto a debate.

Estudios randomizados(9) realizaron comparaciones entre cirugía sola y tratamiento con quimiorradioterapia los cuales no son aún concluyentes; en pacientes con cáncer escamocelular de esófago con quimiorradioterapia preoperatorio la sobrevida global no mejora, pero si mejora la sobrevida libre de enfermedad y la enfermedad local libre de enfermedad. La adición de quimioterapia y radioterapia en la terapia no operatoria podría mejorar el control de las micro metástasis y aumentar los efectos de la radioterapia. Los autores concluyen que la Radioquimioterapia concomitante es superior a la radioterapia sola, aunque no hay diferencias significativas y satisfactorias en el control locoregional(2).

La sobrevida del cáncer de esófago cuando se recibe quimiorradioterapia preoperatorio no ofrece un resultado significativo a dos años de sobrevida comparando con quimiorradiación sola (63% vs. 39%). La sobrevida del adenocarcinoma de esófago con cirugía mas tratamiento neoadyuvante con quimiorradioterapia presenta una sobrevida a los tres años del 32% vs. 6% cuando se realiza sólo cirugía.(5)

El mal pronóstico observado en los estudios previos realizados en cáncer de esófago determina la búsqueda de tratamientos paliativos encaminados especialmente a restaurar un adecuado estado nutricional dificultado principalmente por la disfagia (6).

Entre los principales procedimientos paliativos citamos:

Dilatación esofágica: el lumen esofágico mide normalmente 25mm de diámetro, cuando disminuye por debajo de 13mm se manifiesta la disfagia especialmente para sólidos. Con la dilatación se puede restaurar el lumen esofágico temporalmente a un diámetro adecuado en el 90% de los casos, sea con dilatadores con guía(Savary) o con



dilatadores neumáticos (Maloney) usados en control con fluoroscopia en varias sesiones, con medidas que van de 48F a 51F (16 a 17mm). El diámetro más grande que se puede usar en caso de disfagia para alimentos sólidos es de 39F (13mm). Aunque la luz del esófago puede ser restaurado adecuadamente, éste durará pocos días o semanas (6). Ablación Térmica con Láser: recomendado más en tratamiento de lesiones polipoideas que ocluyen la luz por crecimiento intraluminal, es menos efectiva para cáncer esofágico proximal, de la unión gastroesofágica o en estenosis largas, la disfagia recurre nuevamente y requiere nuevas sesiones cada 4-6 semanas. Se puede aplicar Láser previo al uso de stens para disminuir la lesión polipoidea o la angulación que ocasiona la lesión, así como también ayuda a la hemostasis del sangrado crónico necrótico, así como para eliminar el tumor que ha sobrecrecido en el stent de metal expandibles, la contraindicación para uso de láser incluye metástasis subepitelial con patrón difuso, lesiones excesivamente anguladas, presencia de fístulas esófago pulmonares, contraindicaciones relativas se señalan el cáncer esofágico cervical por la venciencia al músculo cricofaríngeo y lesiones largas o anguladas de la unión gastroesofágica (7)

Terapia Foto dinámica (PDT): comienza con la administración química de un fotosensibilizador, que se acumula en altas concentraciones en el tejido neoplásico mas que en el tejido normal, se administra intravenoso a dosis de 2 mg/Kg, después de 48 horas, el área de la lesión es expuesta a la longitud de onda de 630nm. Proveyendo una onda continua de Argón. Esta exposición continua de luz inicia una reacción química del compuesto de porfirina produciendo radicales de oxígeno que destruyen las células. Después d 48 horas se puede repetir el procedimiento y desbridamiento residual del tumor con una adecuada concentración de fotosensibilizador remanente. El remanente del fotosensibilizador permanece activo por dos meses después de la exposición. Los efectos adversos incluyen odinofagia, dolor torácico, fiebre de bajo grado, el riesgo de perforación es del 1%: El costo es aproximadamente de 2000 dólares por tratamiento. (8).

Ablación Química: La masa tumoral intratumoral puede ser reducida directamente por inyección transendoscópica de sustancias como Cisplatino-Plus- epinefrina gel, en series pequeñas se ha demostrado que la inyección con agentes quimioterapéuticos disminuye la disfagia con scores que van desde 3.5 a 0.75 en 8 de nueve pacientes con tumores avanzados con una media de sobrevida de cuatro meses y sin mayores complicaciones.

El uso de alcohol absoluto constituye un método barato y seguro en relación a otros métodos ablativos, sin embargo la experiencia clínica es limitada y el seguimiento a largo tiempo no se conoce.

La inyección transendoscópica de alcohol absoluto usando la aguja standard de escleroterapia ha sido reportada como seguro, simple y efectivo (6), los resultados iniciales son similares a la terapia con láser. La inyección del tumor produce necrosis y destrucción varios días después de la inyección, las sesiones repetidas son necesarias así como la ablación con láser. En el número pequeño de casos reportados hasta aquí las complicaciones han sido raras y los costos por encima del cuidado básico del endoscopio son mínimos. Obviamente el acceso visual directo de la inyección alrededor de la masa es imperativo, el terapeuta debe asegurarse que en el sitio de la inyección el ingreso de la aguja sea menor a un centímetro en la pared esofágica.

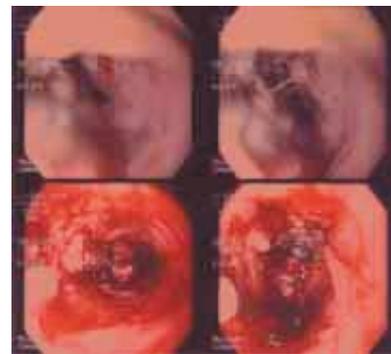
La inyección de alcohol está contraindicada en pacientes con tumor infiltrante o mínimamente protuyente por el riesgo de perforación. (6)

Presentación del Caso

Paciente masculino de 84 años de edad con cuadro clínico de 4 meses de disfagia y pérdida de peso, derivado a Hospital SOLCA Guayaquil el 7 de mayo del 2002, realizándose endoscopia digestiva alta encontrándose a 25 cm de arcada dentaria superior lesión vegetante, estenosante que impedía el paso del endoscopio, cuya biopsia reportó carcinoma epidermoide poco diferenciado de esófago por lo que se decidió realizar quimioterapia y radioterapia concomitante previa realización de gastrostomía, completó 6 ciclos de quimioterapia con platino y fluoracilo y 60Cys de radioterapia, se realizó controles endoscópicos y tomográficos posteriores sin demostrar recidiva tumoral, en enero del 2004, se realiza control endoscópico, observándose lesión estenosante, vegetante a 25 cm de ADS cuya biopsia fue positiva para carcinoma epidermoide, la tomografía toracoabdomino pélvica: reportaba engrosamiento asimétrico del esófago más dilatación del esófago proximal, no se observaba adenopatías Comité de Tumores Digestivos lo declara fuera de recursos terapéuticos al haber completado dosis de quimioradioterapia. Paciente presentaba un Karnoski de 80 puntos, pero su disfagia empeoró en los últimos meses, por lo que se decide realizar ablación endoscópica con alcohol absoluto, utilizando por cada sesión aproximadamente 6 cm, se completaron en total 3 sesiones, lográndose en ésta última sesión sobrepasar la zona de estenosis y llegar a cavidad gástrica (**ver fotos**), en días posteriores se observó mejoría de su disfagia en un 70% que mantiene aún 30 días posterior al último control.



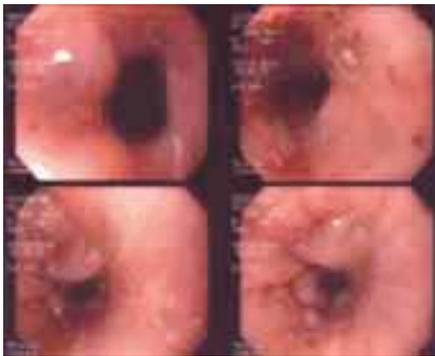
Esófago con zona de estenosis (Ca Epidermoide)



Control endoscópico post Radio-quimioterapia



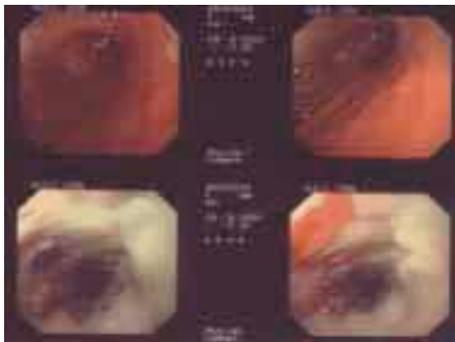
Primera sesión de la ablación con alcohol absoluto



Segunda sesión de esclerosis con alcohol absoluto (8 días después)



Tercera sesión de infiltración con alcohol absoluto (8 días posterior)



Control endoscópico de esclerosis (8 días después), observándose paso libre del endoscopio hacia cavidad gástrica

CONCLUSIÓN

La determinación del mejor método para la paliación de la disfagia en carcinoma esofágico incurable no es posible en ausencia de un estudio prospectivo que debe incluir una evaluación exacta del estado de la enfermedad, el estado físico del paciente, conocimiento de la consistencia de la dieta, calorías que ingresan y expectativa de vida. La mayoría de los estudios se inclinan por el uso de Stents. En nuestro medio y tomando en cuenta sobre todo la situación socio económica, la infiltración de alcohol absoluto es una alternativa alcanzable para la mayoría de los pacientes.

Bibliografía:

1. Cameron AJ, Lomboy CT. Adenocarcinoma of the esophagogastric junction and Barrett 's esophagus. *Gastroenterology* 1995;109:154-6.
2. Devesa SS, Blot WJ, Fraumeni JF Jr. Changing patterns in the incidence of esophageal and gastric carcinoma in the United states *Cancer* 1998;83:2049-2053.
3. Drew Schembre. MD, Endoscopic Therapeutic esophageal interventions. *Curr Opin Gastroenterol* 2001,17:387-392.
4. Wong RKS, Malthaner RA, Zuraw L, Rumble RB. *Int. Radiat Oncol Biol Phys.* 2003;55:930-942.
5. Simon Law, MBB Chir, FRCSEd, FACS, and Jonhn Wong PhD, FRACS, FACS. Esophageal Cancer. *Curr. Opin Gastroenterol* 2001,17:393-399.
6. H. Worth Boyce, Jr, MD, FACP, MACG. PaLLIATION OF Dysphagia of Esophageal Cancer by Endoscopic Lumen Restoration Techniques *Cancer Control* 1999, 6(1):73-83.
7. Douglas A. Shumaker, MD, Patricia de Garmo, ANP, Douglas O. Fargel, MD; Potential impact of preoperative EUS on esophageal cancer management and cost. *Gastrointestinal Endoscopy* 2002,56:391-396.
8. Peter D. Siersema, MD, Wim C.J. Hop, PhD, Mark van blankenstein, MD, Jan Dees, MD. A new desig metal stent (flamimingo stent) For palliation of malignant dysphagia: a prospective study. *Gastrointestinal Endoscopy* 2000; 51:139-145.
9. Bosset JF, Gignoux M, Triboulet JP, et al. Chemeradiotherapy followed By Surgery compared with Surgery Alone In Squamous-Cell Cancer Of The Esophagus. *N England J Med.* 1997;337:161-167.