

## **Caracterización clinicoepidemiológica, diagnóstica e histopatológica de pacientes tratados con esofagectomía por cáncer de esófago**

Clinical epidemiological, diagnostic, histological and pathological characterization of patients treated with esophagectomy due to esophagus cancer

Ana Lubín García<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0003-4239-3714>

Pablo Antonio Columbié Barrios<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-5413-0853>

Carmen María Cisneros Domínguez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-0608-3316>

Gilberto Carlos Falcón Vilariño<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-4031-3701>

Liuvok Pratt Pérez Urdanet<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-5190-7479>

<sup>1</sup>Hospital Provincial Docente Clinicoquirúrgico Saturnino Lora. Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>2</sup>Hospital Oncológico Provincial Docente Conrado Benítez García. Santiago de Cuba, Cuba.

\*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: [analubin18@gmail.com](mailto:analubin18@gmail.com)

### **RESUMEN**

**Introducción:** El cáncer de esófago se manifiesta clínicamente en etapas avanzadas y presenta gran letalidad.

**Objetivo:** Caracterizar a los pacientes operados de cáncer de esófago según variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas e histopatológicas.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de 87 pacientes con cáncer de esófago, operados en el Servicio de Cirugía General del

Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico Saturnino Lora de Santiago de Cuba, en el periodo 2014-2018.

**Resultados:** Dicha afección predominó en pacientes del sexo masculino (94,2 %) entre los 65 y 74 años de edad (37,9 %); el tipo histológico más frecuente fue el carcinoma epidermoide (89,6 %) y la localización en el tercio medio (49,4 %). Los hábitos tóxicos que primaron fueron el tabaquismo (87,4 %) y el consumo de alcohol (75,8 %). La disfagia y la pérdida de peso se manifestaron en 73,5 y 66,6 % de la serie, respectivamente. El diagnóstico se realizó mediante imágenes, tales como esofagograma, tomografía contrastada de tórax, abdomen y pelvis; así como por medio de endoscopia y biopsia.

**Conclusiones:** Se demostró que los hombres son los más afectados y es más frecuente el diagnóstico en mayores de 60 años de edad. Se observó el vínculo con el hábito de fumar y el consumo de alcohol. La disfagia es el síntoma más común y tardío de la enfermedad. El estudio de las características clínico-histológicas de los pacientes con cáncer de esófago permite un adecuado enfoque diagnóstico de esta afección, así como el desarrollo de acciones de salud preventivas sobre los principales factores de riesgo identificados.

**Palabras clave:** cáncer de esófago; factores de riesgo; diagnóstico; esofagectomía; histopatología.

## ABSTRACT

**Introduction:** The esophagus cancer is clinically manifested in advanced stages and presents great lethality.

**Objective:** To characterize the patients operated on esophagus cancer according to epidemiological, clinical, diagnostic, histological and pathological variables.

**Methods:** An observational, descriptive and cross-sectional study of 87 patients with esophagus cancer was carried out; they were operated in the General Surgery Service of Saturnino Lora Teaching Clinical Surgical Provincial Hospital in Santiago de Cuba, in the period 2014-2018.

**Results:** This affection prevailed in patients from the male sex (94.2 %) between the 65 and 74 years (37.9 %); the most frequent histologic type was the squamous cell carcinoma (89.6 %) and the localization in the mean third (49.4 %). The toxic habits that prevailed were nicotine addiction (87.4 %) and consumption of alcohol (75.8 %). The dysphagia and loss of weight showed in 73.5 and 66.6 % of the series, respectively. The diagnosis was carried out by means of images, such as esophagogram, chest, abdomen and pelvis contrast tomography, as well as by means of endoscopy and biopsy.

**Conclusions:** It was demonstrated that men are the most affected and it is more frequent the diagnosis in those over 60 years. The link with the habit of smoking and consumption of alcohol was observed. The dysphagia is the most common and late symptom of the disease. The study of clinical, histological and pathological characteristics of patients with esophagus cancer allows an appropriate diagnostic approach of this affection, as well as the development of preventive health actions about the main identified risk factors.

**Key words:** esophagus cancer; risk factors; diagnosis; esophagectomy; histopathology.

Recibido: 28/08/2022

Aprobado: 31/10/2022

## Introducción

El cáncer de esófago es una condición maligna que se presenta con poca frecuencia, pero tiene gran letalidad. Generalmente se detecta en etapas avanzadas, sintomáticas, con invasión de, al menos, la capa muscular propia y casi siempre con metástasis en los ganglios linfáticos u otros órganos. En la actualidad ocupa el tercer lugar entre los carcinomas gastrointestinales y el séptimo en la lista de neoplasias del mundo occidental. Representa alrededor de 1 % de todos los tumores diagnosticados en los

Estados Unidos. Esta neoplasia maligna es más común en hombres que en mujeres, con una proporción de 6:1, aunque en poblaciones de alto riesgo la incidencia es igual en ambos sexos.<sup>(1,2)</sup>

Se destacan 2 variedades histológicas en más de 95,0 % de los pacientes: el carcinoma epidermoide o escamoso y el adenocarcinoma. El primero es el más frecuente y presenta gran variabilidad geográfica en su incidencia; se consideran como zonas hiperendémicas el norte de China, África del Sur y la India. El adenocarcinoma se ha incrementado durante los últimos años en los países occidentales, principalmente debido al esófago de Barret.<sup>(3,4)</sup>

En Cuba se presentan alrededor de 440 pacientes por año, para una incidencia de 3,9 por cada 100 000 habitantes. En cuanto a las defunciones a causa de tumores malignos de esófago, en 2019 y 2020 fueron 796 y 852, para tasas respectivas de 7,1 y 7,6 por cada 100 000 habitantes. Con relación al sexo, en 2020 fallecieron 696 varones y 156 féminas, para tasas de 12,5 y 2,8 por cada 100 000 habitantes, respectivamente; la razón de tasas por sexo fue de 4,5. Tanto en 2019 como en 2020 la mortalidad predominó en ambos sexos en el grupo etario de 60 - 79 años.<sup>(5)</sup>

Se citan factores de riesgo, tales como la edad (menos de 15 % se diagnostica en menores de 55 años), la primacía del sexo masculino (los hombres son 3 veces más propensos a presentar dicha afección que las mujeres), el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas (una persona que fuma diariamente una cajetilla de cigarros o más tiene 2 veces la probabilidad de padecer esta neoplasia). Además, la combinación del hábito de fumar con el consumo de alcohol aumenta mucho más el riesgo de presentar cáncer.<sup>(1,6,7)</sup>

Cabe destacar que la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) puede causar esófago de Barret, lo cual está asociado con un riesgo de padecer cáncer esofágico, en 30 % aproximadamente. De igual manera, la radioterapia a nivel del mediastino, empleada contra el tumor de mama o el linfoma, predispone a la aparición de tumor de esófago.<sup>(2,3)</sup>

Asimismo, la obesidad aumenta el riesgo de padecer este carcinoma y se cree que la ingestión frecuente de líquidos muy calientes también puede acrecentar dicho riesgo

en cuanto a la neoplasia de esófago de células escamosas.<sup>(8)</sup> Igualmente, la acalasia acrecienta 15 veces el riesgo de que se desarrolle cáncer esofágico en alrededor de hasta 15-20 años después de su diagnóstico.<sup>(9,10)</sup>

Uno de los síntomas más comunes del cáncer de esófago es la disfagia, que al inicio puede producirse con los alimentos sólidos y progresivamente con los líquidos, la cual se manifiesta en estadios avanzados de la enfermedad.<sup>(6,8)</sup> Con frecuencia se presenta el antecedente de sintomatología relacionada con el reflujo gastroesofágico.<sup>(7,9)</sup>

La disfonía debe sugerir afectación del nervio recurrente. Otros síntomas, tales como el hipo resultante de una afectación diafragmática por invasión transmural, la sialorrea, regurgitación, odinofagia y anorexia, condicionan la desnutrición del paciente. La pérdida de masa corporal superior a 10 % constituye un factor independiente de pronóstico desfavorable.<sup>(7)</sup>

En estadios avanzados, el paciente puede referir dolor retroesternal o en el epigastrio de gran intensidad, lo cual suele ser un signo inequívoco de invasión del mediastino. Otros refieren sintomatología respiratoria como consecuencia de una fístula esofagotraqueal o hemorragia digestiva. La presencia de dolores en los huesos obliga a presumir una metástasis ósea.<sup>(9)</sup>

De hecho, el examen físico es habitualmente poco específico; el signo más frecuente es un grado variable de desnutrición. También pueden encontrarse indicadores de metástasis, tales como adenopatías, particularmente en la fosa supraclavicular izquierda (ganglio de Virchow); hepatomegalia y derrame pleural.<sup>(1,2,10)</sup>

El esofagograma con contraste baritado es el estudio diagnóstico inicial, que permite precisar la localización anatómica y extensión de la lesión mediante imágenes de estenosis o ulceraciones en el esófago. Siempre debe realizarse la técnica del polo superior gástrico.<sup>(1,2,11)</sup>

La tomografía computarizada (TC) de tórax, abdomen y pelvis con contraste intravenoso se utiliza para detectar el cáncer metastásico. Por otro lado, la tomografía por emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa F-18 permite identificar tumores y metástasis no sospechadas entre 5 y 28 % de los pacientes.<sup>(11)</sup>

Además, la ultrasonografía endoscópica se emplea para determinar el grado de penetración transmural con una precisión de 80-90 %, así como la extensión hacia los nódulos linfáticos afectados por el cáncer invasivo en 70-80 % de los pacientes. La habilidad para detectar la invasión del nódulo linfoide regional ha sido incrementada con la citología mediante punción-aspiración con aguja fina y guiada por ultrasonografía endoscópica.<sup>(3,4,8)</sup>

La broncoscopia es necesaria para determinar si existen fístulas esofagotraqueobronquiales, especialmente cuando se tiene en cuenta la posibilidad de intervención quirúrgica o antes de realizar quimioterapia o radioterapia.<sup>(1,2)</sup> Para efectuar el diagnóstico definitivo es inevitable practicar una esofagogastroscoopia con realización de biopsia y citología exfoliativa, las cuales permitirán la confirmación histológica.<sup>(8,10)</sup>

Teniendo en cuenta como premisas el incremento progresivo en la incidencia de pacientes con cáncer de esófago y la necesidad de aportar mayor información en cuanto a las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas e histopatológicas de dichos pacientes, a fin de enfatizar en su tratamiento no solo curativo, sino también preventivo, como parte del Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba, se decidió realizar esta investigación en el Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente Clinicoquirúrgico Saturnino Lora de Santiago de Cuba, con el objetivo de caracterizar a la población de pacientes operados de cáncer de esófago según variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas e histopatológicas.

## **Métodos**

Se efectuó un estudio observacional, descriptivo y transversal de los pacientes tratados con esofagectomía por cáncer de esófago, en el Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente Clinicoquirúrgico Saturnino Lora de Santiago de Cuba, desde 2014 hasta 2018.

La población estuvo constituida por todos los pacientes operados con diagnóstico de cáncer de esófago que cumplieron con los siguientes criterios: edad de 19 y más años,

ambos sexos, así como confirmación histopatológica de neoplasia luego de algún tipo de intervención quirúrgica. Se excluyeron quienes presentaban tumores mediastinales, gástricos y hernias hiatales, así como aquellos cuyos expedientes no se encontraron o estaban incompletos para la finalidad de la investigación. Teniendo en cuenta las condiciones que anteceden, fue seleccionada una muestra aleatoria de 87 pacientes.

Así pues, las variables analizadas fueron edad, sexo, factores de riesgo, síntomas, resultados del esofagograma y la tomografía axial computarizada, así como diagnóstico histopatológico.

Para la obtención del dato primario se tuvieron en cuenta las historias clínicas de los pacientes, previa coordinación con el Departamento de Registros Médicos de la institución. La información recogida fue tabulada en el programa Microsoft Excel. Se utilizó el programa estadístico SPSS/PC, versión 20.0, para aplicar los cálculos pertinentes (porcentaje y frecuencia absoluta). Los resultados obtenidos fueron presentados en tablas simples y de contingencia. Se computaron intervalos de confianza de 95 % (IC 95 %) en determinadas estimaciones.

Previo a este estudio, se solicitó autorización al Consejo de Actividades Científicas, al Comité de Ética de Investigación y a la dirección de dicho hospital, a fin de cumplimentar las formalidades establecidas.

## **Resultados**

La tabla 1 muestra que, de los 87 pacientes operados de cáncer de esófago, 82 (94,2 %) correspondieron al sexo masculino y solo 5 (5,7 %) al femenino. El grupo etario de mayor incidencia fue el de 65 - 74 años con 33 pacientes (37,9 %).

**Tabla 1.** Pacientes con cáncer de esófago según edad y sexo

Edad (en años)	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
44 o menos			9	10,3	9	10,3
45-54			18	20,7	18	20,7
55-64	3	3,5	21	24,1	24	27,6
65-74	2	2,3	31	35,6	33	37,9
75 y más			3	3,5	3	3,5
<b>Total</b>	5	5,7	82	94,2	87	100,0

En la tabla 2 se observa un elevado porcentaje de pacientes con hábitos tóxicos. Así pues, predominaron los fumadores (76 para 87,4 %) y quienes ingerían tanto bebidas alcohólicas como café, con 61 (70,1 %) y 42 (48,3 %), respectivamente. La mayoría de los afectados revelaron que consumían bebidas alcohólicas con una frecuencia semanal y, en ocasiones, a diario, así como alrededor de una caja de cigarrillos y más al día.

Por su parte, 64 afectados (73,5 %) acudieron a la institución hospitalaria por presentar disfagia, seguido de 58 (66,6 %) con pérdida de peso, más relacionada con la estenosis esofágica y la incapacidad de mantener una ingesta proteico-calórica adecuada, que con el síndrome general de la neoplasia. A su ingreso en el hospital, la mayoría de los pacientes fueron evaluados como bajo peso o desnutridos. Los síntomas restantes se evidenciaron también de forma tardía como exponentes del estadio avanzado del proceso tumoral.

**Tabla 2.** Pacientes con cáncer de esófago según hábitos tóxicos y síntomas

<b>Hábitos tóxicos</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Consumo regular de cigarrillo o tabaco	76	87,4
Consumo regular de bebidas alcohólicas	66	75,8
Consumo regular de café	42	48,3
<b>Síntomas</b>		
Disfagia	64	73,5
Pérdida de peso	58	66,6
Afagia	19	21,8
Sialorrea	6	6,8
Odinofagia	4	4,6
Otros	8	9,1

El esofagograma no ha perdido su vigencia para precisar la localización anatómica del tumor, que, como se registra en la tabla 3, predominó en el tercio medio, con 43



pacientes (49,4 %), seguido del tercio inferior, con 27 (31,0 %). Mediante este procedimiento diagnóstico no fue posible determinar la localización de la neoplasia en 2 afectados (2,3 %).

**Tabla 3.** Localización del tumor según resultados del esofagograma

Localización	No.	%
Tercio superior	15	17,3
Tercio medio	43	49,4
Tercio inferior	27	31,0
No precisada	2	2,3
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>

Respecto a los tipos histológicos, el diagnóstico más frecuente fue el de carcinoma epidermoide en 78 pacientes (89,6 %), con un IC de 95 % [82,6; 96,6]. En el estudio no se diagnosticaron tumores no epiteliales, como se expone en la tabla 4. En la totalidad de los afectados se practicó esofagoscopia con biopsia, lo cual permitió realizar el diagnóstico histopatológico, que fue confirmado luego de la intervención quirúrgica.

**Tabla 4.** Pacientes según tipo histológico y localización

Tipo histológico	Tercio superior		Tercio medio		Tercio inferior		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Carcinoma epidermoide	14	93,3	43	100,0	21	72,4	78	89,6
Adenocarcinoma					8	27,6	8	9,2
Otros tumores epiteliales	1	6,7					1	1,2
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>

En la serie se realizó la TC a 75 pacientes, para una frecuencia relativa de 86,2 %. En 9 (12,0 %) se identificó la presencia del tumor con una extensión menor de 5 cm, en 25,3 %, entre 5,1 y 8 cm y en 62,7 %, mayor de 8,1 cm; 24,0 % de los afectados presentaron adenopatías en el mediastino y 17,3 %, metástasis (tabla 5).

**Tabla 5.** Resultados de la tomografía en los pacientes con cáncer de esófago

Resultados de la tomografía	Realizada a 75 pacientes (86,2 %)
Extensión menor de 5 cm	9 (12,0 %)
Extensión entre 5,1-8 cm	19 (25,3 %)
Extensión mayor de 8,1cm	47 (62,7 %)
Presencia de adenopatías	18 (24,0 %)
Metástasis	13 (17,3 %)

## Discusión

Cora *et al*<sup>(3)</sup> realizaron un estudio prospectivo - descriptivo de 59 pacientes con el diagnóstico endoscópico e histológico de cáncer de esófago, en el Hospital Universitario Faustino Pérez Hernández de Matanzas, durante 2016 y 2017. Entre los principales resultados predominó el sexo masculino (88,1 %) en mayores de 60 años de edad (52,6 %). Los síntomas más frecuentes fueron disfagia, astenia y anorexia; los factores de riesgo predominantes, etilismo crónico y hábito de fumar. La localización anatómica más frecuente resultó ser el tercio medio (54,2 %), el tipo endoscópico, el vegetante (88,1 %) y el tipo histológico, el carcinoma epidermoide bien diferenciado (55,9 %); 50,8 % de dichos pacientes fallecieron al mes de ser diagnosticados, lo cual demuestra que esta confirmación generalmente se realiza en estadios avanzados de la enfermedad.

Acosta *et al*<sup>(4)</sup> efectuaron un estudio observacional - descriptivo y retrospectivo de 106 pacientes con diagnóstico endoscópico e histológico de cáncer de esófago, atendidos en la Unidad de Endoscopia del Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Guido Valadares de Timor Oriental, desde 2016 hasta 2021. En dicho estudio se halló mayor frecuencia de esta neoplasia en hombres de 60 y más años (65,1 %). El tabaquismo y la ingestión de alcohol fueron los factores de riesgo predominantes, con 64,2 y 57,5 %, respectivamente. La mayoría de los pacientes se diagnosticaron entre los 3 y 6 meses del inicio de los síntomas; la disfagia fue el principal motivo de consulta (98,1 %). Desde el punto de vista endoscópico, predominó el tipo polipoide o vegetante, localizado en el tercio medio del esófago (45,3 %), y el carcinoma de células escamosas resultó ser el tipo histológico más frecuente.

Los resultados de esta investigación coincidieron con los notificados por los autores mencionados y reafirmaron que el cáncer de esófago es más frecuente en varones de la tercera edad con antecedentes de tabaquismo y alcoholismo como factores de riesgo. El diagnóstico de la enfermedad se realiza tardíamente cuando se presenta la disfagia progresiva como síntoma capital; la localización anatómica es en el tercio medio y el tipo histológico predominante, el carcinoma epidermoide.

En un estudio realizado por Jáuregui *et al.*<sup>(12)</sup> publicado en 2018, se seleccionaron los pacientes con diagnóstico de cáncer de esófago operados en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - EsSalud, en Lima, Perú, durante el 2017. Con dicha enfermedad fueron diagnosticados 14 pacientes, para lo cual se tuvieron en cuenta las historias clínicas, los exámenes de laboratorio, la endoscopia con biopsia, la tomografía cervical, torácica, abdominal y pélvica; así como la radiografía contrastada de esófago, estómago y duodeno. No se encontró ningún afectado menor de 40 años de edad; predominaron el sexo masculino (85,7 %) y el grupo etario de 61 - 80 años, y todos manifestaron disfagia, odinofagia, así como pérdida de peso.

Tal como se ha visto, en la presente investigación se concordó con los resultados de estos autores en relación con la frecuencia del cáncer de esófago, predominante en pacientes del sexo masculino, mayores de 60 años de edad, así como con las manifestaciones clínicas referidas y la sistemática diagnóstica utilizada.

En 2018, Monier *et al.*<sup>(8)</sup> realizaron un estudio de 58 ancianos con cáncer de esófago, atendidos en el Servicio de Endoscopia del Hospital Provincial Docente Saturnino Lora de Santiago de Cuba, durante el trienio 2015-2017, en el cual predominaron los pacientes de 70-79 años de edad (43,1 %), fundamentalmente del sexo masculino (81,0 %). Entre los factores de riesgo sobresalió la adicción al alcohol (37,9 %), seguida del tabaquismo (29,3 %) y los hábitos dietéticos inadecuados (consumo de alimentos calientes, de nitrosamidas y dietas con alto contenido de colesterol) en 25,9 %. La localización más frecuente de las lesiones malignas fue en el tercio distal (67,2 %) y el síntoma más relevante, la disfagia (86,2 %). En cuanto al análisis histológico, el adenocarcinoma resultó ser el más representativo (52,0 %), seguido del carcinoma epidermoide (48,0 %).

Dichos resultados son similares a los de esta investigación respecto a la frecuencia del cáncer de esófago, predominante en pacientes de la tercera edad, del sexo masculino, quienes refieren ingestión de alcohol y hábito de fumar, con la disfagia como síntoma esencial. No obstante, difieren en cuanto a la localización y el tipo histológico, puesto que en este estudio resultó predominante el carcinoma epidermoide del tercio medio,

mientras que en el referido anteriormente resultó más frecuente el adenocarcinoma del tercio inferior.

Castellanos *et al*<sup>(6)</sup> realizaron una investigación observacional, clinicoepidemiológica multicéntrica, no randomizada, en el periodo 1988 - 2020. El universo y la muestra quedaron constituidos por 595 pacientes operados de cáncer de esófago en 9 instituciones hospitalarias de Cuba. Entre sus principales resultados predominó el sexo masculino (66,1 %), la edad promedio fue 62,8 años, mientras 43,2 % resultaron fumadores y 35,8 % ingerían bebidas alcohólicas. La hipoproteinemia estuvo presente en 46,1 % de los afectados.

En cuanto a la variedad histopatológica, predominó el carcinoma epidermoide con 254 pacientes (49,4 %), seguido por el adenocarcinoma con 231 (38,8 %); respecto al sexo, fue más frecuente el primero en los hombres (64,6 %) y el segundo en las mujeres (67,3 %). En relación con el grupo etario, se observó que en los ancianos con 65 o más años hubo un aumento del carcinoma epidermoide (46,6 %) y en los de 55 o más, del adenocarcinoma (50,2 %).

Los resultados del mencionado estudio multicéntrico coinciden con los de esta casuística, toda vez que el Hospital Provincial Docente Saturnino Lora formó parte de las instituciones sanitarias donde se realizó dicha investigación, que también incluyó otros 2 hospitales de la región oriental del país y 6 de La Habana. Resulta de interés la relación predominante entre el carcinoma epidermoide en hombres a partir de los 65 años de edad y la del adenocarcinoma en mujeres con 55 o más años; hallazgos no encontrados en otros informes.<sup>(3,4)</sup>

Mesa *et al*<sup>(13)</sup> realizaron una investigación básica de tipo descriptiva y retrospectiva de 38 pacientes con cáncer de esófago hospitalizados en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de La Habana durante 2016 y 2017. Entre sus resultados principales, el diagnóstico fue más frecuente en las edades de 60 a 69 años, con 44,8 %, y la mayoría de los pacientes eran hombres, con 73,7 %. En 71,0 % se encontró el antecedente de esofagitis por reflujo; 78,9 % eran fumadores y 52,6 % bebedores desmedidos. La disfagia resultó ser el síntoma más común y el carcinoma epidermoide tuvo mayor frecuencia en 82,1 % de la muestra.

Esta serie coincidió, en general, con el estudio citado anteriormente, excepto en el resultado infrecuente de la sintomatología de esofagitis por reflujo, como refieren otros autores.<sup>(14)</sup>

Por su parte, Hernández *et al*<sup>(7)</sup> hicieron una investigación descriptiva de 35 pacientes, los cuales acudieron al Servicio de Gastroenterología del Hospital General Docente Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso de Santiago de Cuba, entre junio y noviembre de 2018. El grupo de edad que predominó en ambos sexos fue el de 70 y más años, con 37,1 % en los hombres y 17,1 % en las mujeres. Los varones fueron los más afectados (68,6 %). La localización anatómica que prevaleció fue el tercio inferior en 37,1 % de los hombres y 17,1 % de las féminas; 57,1 % se encontraban bajo peso, en su mayoría presentaron el esófago de Barret como antecedente patológico personal, unido a odinofagia (88,6 %).

Dichos resultados concuerdan con los del actual estudio, menos en lo referido al antecedente patológico personal de esófago de Barrett, como igualmente reseñan otros autores.<sup>(14)</sup>

Resulta importante señalar que los criterios acerca de que el virus del papiloma humano y el *Helicobacter pylori* son factores causales del cáncer de esófago no son unánimes.<sup>(13,15)</sup>

El aumento del número de pacientes, y en particular de féminas, con adenocarcinomas localizados principalmente en el tercio inferior del esófago puede atribuirse a su asociación con la ERGE y el esófago de Barret, tal como informan diferentes autores.<sup>(13,14)</sup>

La endoscopia digestiva superior se realiza para la evaluación del tamaño, la localización y las anomalías de la mucosa. La probabilidad de obtención de biopsia positiva es superior a 95,0 % y se incrementa cuando se toman más de 5 muestras.<sup>(3,4,8)</sup>

Por otra parte, la tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis detecta las metástasis en 60,0 - 90,0 % de los pacientes, sobre todo con tumores T4.<sup>(8,10,11)</sup>

Según opinan Encinas *et al*,<sup>(11)</sup> el ultrasonido endoscópico es la prueba de imagen más precisa en la valoración de la profundidad que presenta la infiltración tumoral en la

pared (cT), con valores de sensibilidad y especificidad de 81,6 y 99,4 %, respectivamente.<sup>(11)</sup> El hospital donde se realizó la actual investigación no cuenta con las posibilidades de diagnóstico que brindan la ultrasonografía endoscópica y la tomografía con emisión de positrones.

Se demostró que los hombres fueron los más afectados y resultó más frecuente el diagnóstico en mayores de 60 años de edad. También se observó el vínculo con el hábito de fumar y el consumo de alcohol. La disfagia fue el síntoma tardío más común y la esofagitis por reflujo debe tomarse en consideración.

El estudio de las características clínicas e histológicas de los pacientes con cáncer de esófago permitió un adecuado enfoque diagnóstico de esta enfermedad, así como el desarrollo de acciones de salud preventivas sobre los principales factores de riesgo identificados.

## Referencias bibliográficas

1. Santell Odio FB, Mederos Curbelo ON, Barrera Ortega JC. Cáncer de esófago. En: Soler Vaillant R, Mederos Curbelo ON. Cirugía. Afecciones quirúrgicas del cuello y del tórax. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2018 [citado 06/04/2022]. p. 644-83. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros/cirugia\\_afecciones\\_quirurgicas\\_cuello\\_torax\\_tomo3/cirugia\\_tomo3\\_afecquir\\_cuello.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros/cirugia_afecciones_quirurgicas_cuello_torax_tomo3/cirugia_tomo3_afecquir_cuello.pdf)
2. Sabiston. Tratado de cirugía. Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. 21 ed. Barcelona: Elsevier; 2022.
3. Cora Estopiñan S, Avalos García R, del Valle Llufrío P, Vaanterpol Héctor M, Ramos Díaz D. Caracterización clínico-patológica del cáncer esofágico avanzado en el Hospital Universitario Comandante Faustino Pérez de Matanzas. Rev Méd Electrón. 2019 [citado 30/07/2022];41(2):382-96. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2940/4240>

4. Acosta Hernández Y, Vanterpool Héctor M, Soares Menezes A. Caracterización clínico-histológica de pacientes con cáncer esofágico del Hospital Nacional "Guido Valadares", Timor Oriental. Rev Inf Cient. 2022 [citado 30/07/2022];101(1):1-12. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v101n1/1028-9933-ric-101-01-e3765.pdf>
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2020. La Habana: MINSAP; 2021 [citado 30/07/2022]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/wp-content/Anuario/Anuario-2020.pdf>
6. Castellanos González JA, Mederos Curbelo ON, Barrera Ortega JC, Romero Díaz CA, Adefna Pérez RI, Leal Mursulí A. Caracterización de pacientes operados por cáncer del esófago en Cuba. Rev Cubana Cir. 2021 [citado 28/07/2022];60(4):e1191. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932021000400006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932021000400006&lng=es)
7. Hernández Cortés K, Medina García C, Hernández Cortés N. Caracterización clínica, epidemiológica y anatómica del cáncer de esófago. Rev Cubana Med Gen Integr. 2020 [citado 28/07/2022];36(4):1-12. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2020/cmi204k.pdf>
8. Monier Martínez Y, León Columbié AR, Díaz Fondén J, Despaigne Guillot O, Rojas Columbié Y. Aspectos clinicoepidemiológicos, endoscópicos e histológicos en ancianos con cáncer de esófago. MEDISAN. 2022 [citado 28/07/2022];26(3):e4146. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192022000300003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192022000300003&lng=es)
9. Zambrano Zambrano FC, Vélez Macías MA, Chacha Suscal NR, Basurto Macias GG, Pesantez Durán AF. Sintomatología y tratamiento en cada etapa del paciente con cáncer de esófago. RECIAMUC. 2020;4(4):263-72.
10. Vanterpool-Hector M, Sid-Motumise K, Acosta-Hernández Y, Avalos-García R, Corrales-Alonso S. Caracterización clínico-patológica del cáncer esofágico avanzado en Botsuana. Rev Inf Cient. 2021 [citado 23/07/2022];100(4):1-11. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3524>

11. Encinas de la Iglesia MA, Corral de la Calle GC, Fernández Pérez R, Ruano Pérez A. Cáncer de esófago: particularidades anatómicas, estadificación y técnicas de imagen. Radiología. 2016 [citado 07/07/2022];58(5):352-65. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-cancer-esofago-particularidades-anatomicas-estadificacion-S0033833816300741>
12. Jáuregui Francia FT, Jáuregui Caycho L, Figueroa Bejarano MR, Jáuregui Figueroa MR, Purilla Janto JM. Manejo actualizado en el tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago. Rev Fac Med Hum. 2018 [citado 07/07/2022];18(4):59-64. Disponible en: <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1732/1649>
13. Mesa Izquierdo O, Martínez Martínez T, Macías Ochoa Y, Ramos Rodríguez AO, Escalona Ferro O. Caracterización y oportunidad del tratamiento quirúrgico en pacientes con cáncer de esófago. Rev Cubana Cir. 2021 [citado 28/07/2022];60(3):e1074. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932021000300001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932021000300001&lng=es)
14. Ramírez R MA, Fluxá GF. Esófago de Barrett: Revisión de la literatura. Revista Médica Clínica Las Condes. 2015 [citado 28/07/2022];26(5): 557-64. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864015001200>
15. Durruthy Wilson O, Piña Napal JC, Santana Álvarez J. Cáncer de esófago y virus del papiloma humano. Arch Méd Camagüey. 2012 [citado 29/07/2022];16(5):644-50. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552012000500014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552012000500014&lng=es)



### **Conflicto de intereses**

Los autores no declaran conflicto de intereses.

### **Contribución de los autores**

Ana Lubín García: Conceptualización, investigación, redacción-revisión y edición (40 %).

Pablo Antonio Columbié Barrios: Curación de datos, visualización, redacción-borrador original (20 %).

Carmen María Cisneros Domínguez: Análisis formal, redacción-revisión y edición (15 %).

Gilberto Carlos Falcón Vilariño: Supervisión, redacción-borrador original (15 %).

Liuvok Pratt Pérez Urdaneta: Metodología, validación (10 %).



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).