

Tratamiento paliativo del cáncer de esófago

JM Bordas

La cada vez más sofisticada y por otra parte eficaz estadificación de los tumores de esófago condicionan que se pueda conocer con notable precisión aquellos pacientes que son candidatos a cirugía con pretensión curativa y aquellos que pueden beneficiarse de tratamientos que reducirán tumores localmente avanzados y los pueden convertir en candidatos a la cirugía.

La paliación de los tumores de esófago se decide en función de los datos obtenidos por la estadificación y la valoración del estado general del paciente. El 90% de los pacientes con cáncer de esófago tienen un tumor localmente avanzado (T3 o T4) en el momento de la detección, inicialmente fuera de las posibilidades de la cirugía. Sin embargo, la “terapéutica neoadyuvante” consistente en administrar químico y radioterapia antes de la cirugía, puede reducir el tamaño del tumor y un número importante de pacientes con tumores localmente avanzados pasan a tener cánceres potencialmente reseables.

La paliación con cirugía ofrece buenos resultados, pero dada la supervivencia de estos pacientes se considera que únicamente está justificada cuando se detecta que el paciente precisa paliación en el curso de una intervención quirúrgica que se inició con pretensión curativa. Sin embargo, no hay estudios prospectivos y comparativos entre paliación quirúrgica y otras opciones en paliación.

Después de la estadificación inicial y de quimio-radioterapia alrededor de un 60% de los pacientes se consideran candidatos a una intervención quirúrgica radical. Sin embargo sólo en dos tercios se puede efectuar este tratamiento. En los que no se puede efectuar una de las intervenciones propuestas la denominada técnica de Kirschner con interposición de colon o resección esofágica, liberación de estómago y anastomosis faringo-gástrica y estómago intratorácico, se utiliza con frecuencia. Esta intervención que se considera con elevada morbi-mortalidad cuando se efectúa en pacientes en quienes se conoce la irreseabilidad del tumor, tiene un pronóstico y una esperanza de vida significativamente mejores (1,9 vs 6,9 meses) cuando se realiza en pacientes que inicialmente se sometía a cirugía por creer que tenían un tumor que permitía cirugía curativa.

Si después de la “terapéutica neoadyuvante” la reevaluación con TC y USE indica que el tumor sigue siendo localmente avanzado o el estado general del paciente no permite realizar cirugía se indica tratamiento paliativo

El tratamiento paliativo en la neoplasia de esófago incluye, además de la cirugía, quimioterapia y/o radioterapia, braquiterapia y técnicas endoscópicas (dilataciones, repermeabilización con distintas variantes de láser, otras técnicas de destrucción de tejidos y la colocación de prótesis).

Se considera que cualquiera de ellas mejora la disfagia en la mitad de los pacientes durante por lo menos unos 2 meses. La supervivencia al año es inferior al 20%. La terapéutica combinada no asociada a cirugía no parece modificar la supervivencia.

Las técnicas endoscópicas paliativas pretenden mejorar la calidad de vida al mejorar la disfagia aunque no influyen sobre la supervivencia, que depende del estado general del paciente, las enfermedades asociadas y las complicaciones que condicione el crecimiento del tumor.

La braquiterapia con alta dosis es uno de los tratamientos endoluminales que puede ofrecer buenos resultados, aunque no es aplicable en los tumores cervicales, en los que afectan la región cardial y en los tumores que invaden órganos vecinos por el riesgo de originar fístulas. La paliación de la disfagia se consigue en más del 70% de los casos

durante entre 2 y 10 meses con una supervivencia al año del 19% en series numerosas. Sus complicaciones más frecuentes son estenosis, ulceraciones y fístulas, estas, generalmente en relación a la necrosis tumoral. Se considera un tratamiento muy especializado adecuado para centros de referencia, tanto en relación al equipamiento como al radioterapeuta y requiere 2 o tres sesiones separadas por una semana.

Las dilataciones tienen un efecto muy corto (11 días de media) sobre la disfagia y puede condicionar complicaciones. La fotoablación con láser endoluminal con Nd-YAG o similares, tanto en su forma de contacto como sin contacto, se ha utilizado ampliamente como tratamiento paliativo y permite la reepitelización del esófago con 2 o 3 sesiones. La ablación del tumor con láser convencional (tipo Nd-YAG), es más eficaz y tiene menos riesgo en tumores cortos no angulados. Se considera que su eficacia funcional es superior al 80% con una tasa de complicaciones, especialmente perforación del 3%, que se relaciona con la longitud de la lesión. Aunque algunos pacientes no precisan nuevos tratamientos lo habitual es que se deban repetir sesiones cada 4-6 semanas. Una variante de láser es la terapéutica fotodinámica (TFD) que utiliza la luz de 630 nm de longitud de onda para activar y producir metabolitos citotóxicos al actuar sobre derivados de hematoporfirinas. Estas se administran unas 48 horas antes por vía parenteral y que se concentran en el tejido tumoral. Es una técnica que actúa selectivamente en el tejido tumoral. La TFD puede eliminar por completo los tumores superficiales y con menos de 2 mm de grosor. Esta técnica también se ha utilizado como tratamiento paliativo en tumores avanzados con resultados superponibles a los del láser Nd-YAG precisando un número significativamente menor de sesiones. Su mayor desventaja reside en que sensibiliza la piel por espacio de 4 a 6 semanas.

La inyección de sustancias que producen necrosis tumoral y la termoablación con electrocoagulación a través de plasma de argón u otras técnicas precisan un número elevado de sesiones de tratamiento y aunque hay publicados casos y series cortas no hay estudios controlados que avalen eficacia.

La prótesis esofágica es la técnica endoscópica con mejores resultados. Las prótesis rígidas, tan eficaces como las expansivas, están gravadas por un 7-9% de complicaciones graves relacionadas con la colocación. En cambio las prótesis expansibles y recubiertas se pueden colocar en un porcentaje superior al 95% sin riesgo inmediato. Las complicaciones, a medio y largo plazo, de las prótesis esofágicas son la aspiración traqueo-bronquial, la migración y la obstrucción. La supervivencia media es corta y la muerte se relaciona con la enfermedad de base

Las distintas prótesis expansibles han demostrado una eficacia similar con éxito en la colocación entre 97 a 100%, mejoría de la disfagia y la calidad de vida valorado por "performans status". La supervivencia suele depender del momento en que se decide la colocación pero no se altera por la utilización de las prótesis. Las prótesis tienen limitaciones en los tumores cardiales y en los que están situados muy cerca del esfínter esofágico superior. En los primeros comporta una elevada tasa de migración al estómago, mientras que en los de la zona del esfínter esofágico superior las prótesis condicionan molestias y riesgo de aspiración tráqueo-bronquial grave. En ellos es conveniente considerar la utilización de técnicas paliativas alternativas entre ellas que la terapéutica fotodinámica (TFD) y la fotoablación con láser.