

Diagnóstico y tratamiento del cáncer del esófago⁽¹⁾

por el doctor

Louis Ducuing

Laringólogo del Centro Anti-canceroso de Toulouse

Antes de desarrollar el tema de mi conferencia, creo indispensable recordar la anatomía y anatomía patológica conjuntamente.

El esófago empieza, según los clásicos, al nivel de la VI o de la VII vértebra cervical.

Los trabajos a los cuales nos hemos dedicado (2) nos permiten afirmar que en general el esófago empieza a nivel de la VII vértebra cervical o de la I vértebra dorsal. Resulta de esta disposición anatómica que la porción cervical del esófago es muy corta; sólo mide, en efecto, 3 ó 4 centímetros de longitud. La porción torácica de este órgano mide 16 a 17 centímetros; la porción diafragmática 1 centímetro a 1,5 centímetros; la porción abdominal 3 ó 4 centímetros. En realidad esta última porción es a menudo mucho más larga que lo que indican los clásicos. Puede medir, en efecto, de 10 a 12 centímetros de longitud a causa de una conformación congénita o por el hecho de una prolongación provocada por el peso anormal de un estómago patológico.

El esófago acaba a una altura que varía con la estática del estómago, en el cual viene a desembocar.

Las curvas naturales del esófago son clínicamente despreciables; con ciertos autores hemos, sin embargo, constatado y señalado que la porción abdominal del conducto esofágico sigue, en muchos casos, una dirección casi horizontal.

El esófago tiene tres estrechamientos principales: el estrechamiento cricoideo (VI o VII vértebra cervical); el estrechamiento bronco-aórtico (VI o V vértebra dorsal) y el estrechamiento diafragmático (IX vértebra dorsal).

Los linfáticos del esófago recientemente estudiados por Rouviere (3), van los de la porción superior del conducto hacia los ganglios de la región cervical baja; los de las otras porciones del esófago hacia los ganglios mediastínicos y abdominales.

El nombre pintoresco de "planta trepadora del mediastino", que se ha dado al esófago, está justificado por las relaciones estrechas que este conducto man-

(1) Conferencia correspondiente al Curso de Cancerología dirigido por el Prof. Luis G. Guillera y dada el 29 de Marzo de 1935 en el Servicio del Cáncer del Hospital de San Pablo (Barcelona).

(2) J. Ducuing, L. Ducuing, de Bertrand-Pibrac y Marques. Radioscopia de la faringo-laringe normal. *Bulletins et Memoires de la Société de Radiologie Médicale de France*. Núm. 211. Julio 1934. Páginas 415/425.

(3) Rouviere. Anatomía de los Linfáticos del hombre. Masson Editor. París, 1932.

tiene con los numerosos e importantes órganos de la región que atraviesa.

El corión de la mucosa esofágica contiene formaciones limfoides y glándulas acinosas; el epitelio de revestimiento es de tipo pavimentoso estratificado.

* * *

Los cánceres del esófago se hallan en el 8 % de los casos en la porción cervical del conducto, en el 72 % de los casos en la porción media y, en el 20 % de los casos en la porción inferior. De acuerdo con la lógica, las porciones cervical y abdominal que son las más cortas, son las que menos veces son atacadas.

El cáncer del esófago toma formas macroscópicas diversas: forma infiltrante, que es la más rara; forma ulcerada, que es menos rara; forma úlcero-vegetante, que ha sido observada en el 90 % de los casos en nuestros enfermos.

Las dimensiones del tumor han de ser consideradas en sentido vertical, antero-posterior y frontal. En sentido vertical el tumor ocupa en el conducto esofágico una longitud más o menos considerable; esta longitud ha pasado varias veces de 6 y 8 centímetros en enfermos observados por nosotros. En sentido antero-posterior, el tumor no alcanza dimensiones tan considerables ya que la columna vertebral por detrás y el sistema cardio-vascular por delante, estorban, por lo menos, durante un cierto tiempo, la expansión del cáncer. En sentido frontal el tumor evoluciona más libremente; a su propio volumen se añade la infiltración de su "parametrio" y las adenopatías secundarias.

En la mayoría de los casos existe por encima del tumor una dilatación del esófago; esta bolsa cuyas paredes presentan

un aspecto "alisado" y hasta macerado, alcanza algunas veces dimensiones considerables. Nos ha ocurrido encontrar 3/4 de litro y hasta un litro de líquido en esta bolsa.

Señalemos, en fin, bajo punto de vista microscópico, que si el epiteloma vaso-celular y el epiteloma cilíndrico se encuentran a veces entre los tumores del esófago, es, según nuestras constataciones personales, en el 90 % de los casos, el epiteloma espino-celular el que hemos observado.

* * *

El diagnóstico del cáncer del esófago está basado en un conjunto de signos, de los cuales dejaremos deliberadamente un cierto número de lado para tratar sólo de los síntomas "cardinales" de esta afección.

La detención de los alimentos es el síntoma que en la mayoría de los casos dirige al enfermo hacia su médico. Esta detención se instala de manera más o menos brusca. Generalmente el enfermo no concede una gran importancia a las primeras perturbaciones ligeras y fugaces que sienten al deglutir. Se deja solamente impresionar por la detención brusca.

Esta detención es más o menos completa; en general los enfermos no tragan más que líquidos cuando vienen a nosotros. En ciertos casos la detención de los alimentos ofrece un cierto carácter intermitente; en la mayoría de los enfermos es constante.

Las regurgitaciones constituyen un síntoma habitual; se producen después de las comidas. El enfermo reconoce en los

alimentos regurgitados los que *acaba de* absorber unos momentos antes.

La detención de una cierta cantidad de alimentos en el esófago dilatado es de regla. Como ya hemos visto, la cantidad de líquidos detenidos en la bolsa esofágica es algunas veces muy considerable.

La salivación de los cancerosos del esófago es característica. Se parece, según la expresión de los enfermos, a la baba de caracol. Es, en efecto, clara y filante. Hemos buscado cuál podía ser la cantidad de saliva así expectorada y hemos podido ver que ciertos enfermos llegan a perder hasta dos litros de saliva en las 24 horas.

Los fenómenos dolorosos generalmente ya no existen cuando el cáncer del esófago está diagnosticado. El enfermo señala solamente una sensación de pesadez esofágica que es localizada por el paciente por encima del polo superior del tumor. Esta sensación es provocada por la distensión o la inflamación de la bolsa supratumoral.

Las adenopatías son raras: en efecto, en la mayoría de los casos, los enfermos mueren antes de dar tiempo a que se presenten las adenopatías.

La radiografía nos permite enterarnos de la existencia de la estenosis cancerosa, del lugar en que se halla, de las dimensiones del tumor, aspecto del trayecto que lo atraviesa, así como de la forma y dimensiones de la bolsa que precede al tumor. Un procedimiento muy ingenioso debido a Ledoux y Sluys, permite limitar el polo superior y el polo inferior del tumor. Se hace absorber al enfermo en posición vertical normal una cierta cantidad de papilla opaca. Un primer límite es señalado sobre la piel del tórax al nivel del

punto que se ha detenido la papilla. Cuando una cierta cantidad de ésta ha pasado al estómago, se hace colocar al enfermo en posición de Trendelenbourg. En esta posición se hace deglutir al enfermo. A merced de este acto, una cierta cantidad de líquido estomacal opaco refluye al esófago y se detiene al nivel del polo inferior del tumor que es cuidadosamente inscrito sobre la piel del tórax. La lectura de los dos puntos de limitación trazados de esta manera, da a conocer con una aproximación bastante exacta las dimensiones del tumor en sentido vertical.

El cateterismo, mediante una bujía de goma, no está desprovisto de peligros. Realizado con toda prudencia y toda la ligereza de manos que se puede desear, esta operación permite limitar la altura del tumor por encima del esófago y apreciar la permeabilidad del trayecto que atraviesa el tumor. Este trayecto a menudo excéntrico es en muchos casos difícil, casi imposible de cateterizar.

La esofagoscopia es uno de los medios de diagnóstico más importantes. Ejecutamos esta operación con el instrumento de Hasslinger, que permite una visibilidad perfecta, bajo anestesia local al décimo y en posición de Rose.

La posición horizontal pone en efecto al enfermo en confianza y permite un relajamiento completo de todos los músculos. El poner en posición de Trendelenbourg al enfermo durante el examen, permite por "gravedad" vaciar completamente la bolsa pre-tumoral de los líquidos abundantes y difícilmente aspirables que contiene. La esofagoscopia permite ver el aspecto de la bolsa y el del polo superior del tumor a notar la altura y buscar, desplazando prudentemente el tubo, si el cáncer del esófago es móvil o fijo con relación a los órganos vecinos (Moulonguet). En

fin, la esofagoscopia permite en muchos casos, descubrir el orificio del trayecto que atraviesa el tumor y practicar en éste una biopsia.

* * *

Sobre el diagnóstico diferencial poco diremos; es sabido que hay que establecerlo con las estenosis cicatriciales (cáusticas, cuerpos extraños, heridas por armas), en los que la anamnesis aporta elementos preciosos de investigación. Hay que hacerle con las compresiones extrínsecas y los divertículos que tienen su propia sintomatología.

Hay que establecerlo igualmente con los mal llamados "cardio-espasmos del cardias" (Chevalier-Jakson). Este último autor considera la penetración de los alimentos y su paso por el esófago como resultado del juego eurítmico de dos pinzas: crico-faríngea y frénica.

Estas dos pinzas están constituidas, una por el músculo crico-faríngeo (las fibras inferiores del músculo constrictor inferior de la faringe), la otra por el músculo frénico que envuelve el esófago en el momento en que atraviesa el diafragma. La disposición de estos dos músculos provoca perturbaciones en la función esofágica anteriormente atribuidas a un espasmo del cardias.

No existe a nivel de este orificio ningún esfínter y por tanto ningún espasmo. La dilatación del esófago situada sobre la pinza frénica, que funciona mal, recuerda la "ingluria", bolsa normal, a este nivel, en ciertos pájaros, de donde el nombre de "ingluriosis" dado por Chevalier-Jackson a esta distensión patológica. El lugar de la dilatación, la detención intermitente de los alimentos, la coexistencia de un espas-

mo crico-faríngeo permiten, en general, diferenciar la ingluriosis de la dilatación resultante de un tumor maligno. El diagnóstico diferencial es, sin embargo, difícil de establecer en ciertos casos, a pesar de los datos preciosos que puede darnos la radiografía.

El capítulo del tratamiento del cáncer del esófago abarca el estudio de los medios de que dispone la terapéutica, la crítica de estos medios, la conducta a seguir y los resultados obtenidos.

Los medios médicos (vacunas, sueros, veneno de cobra, etc.), deben ser eliminados de emblee, por no haber *por ahora* rendido pruebas de su eficacia.

Los medios que pueden ser utilizados son, en consecuencia: la cirugía, la electro-coagulación, los rayos X, el radium y las combinaciones de estos medios entre sí.

La cirugía es paliativa o curativa. La cirugía paliática será examinada más adelante; en cuanto a la cirugía curativa, está basada sobre las esofagectomías cervicales, torácicas o abdominales, de las cuales no describiremos la técnica.

La electro-coagulación se superpone fielmente a la cirugía cuando utiliza las vías de acceso artificiales; toma un carácter propio cuando está utilizada por vía endocavitaria, gracias a la esofagoscopia, mediante polos coagulantes mentados en largos y finos soportes.

Los rayos X pueden ser utilizados siguiendo dos técnicas principales: la de dosis masivas actualmente en vía de completo abandono; la de dosis fraccionadas (método de Coutard) que goza justamente de una fama que va aumentando y cuya

consagración acaba de ser unánimemente establecida durante el último Congreso de Radiólogos de Zurich, en junio de 1934.

Recordemos que el método de dosis fraccionadas consiste en producir rayos de Röntgen mediante una corriente de 200.000 voltios, en filtrar estos rayos mediante dos milímetros de cobre, en distribuirlos a una distancia de 40 a 60 centímetros de la piel, utilizando de 2 a 6 puertas de entrada y administrando la dosis distribuída, por ejemplo 10 a 14.000, durante 30 a 45 días (una o dos sesiones por día).

El radium puede ser utilizado siguiendo los procedimientos transcutáneos o siguiendo los procedimientos endo-cavitarios. Los procedimientos transcutáneos se llaman "cercaños" cuando el radium está colocado en contacto más o menos inmediato con la piel; se llaman "alejados" (telecurieterapia) cuando el radium es utilizado a 8 ó 10 centímetros de los planos cutáneos.

Los procedimientos transcutáneos cercaños se inspiran en las aplicaciones utilizadas para los cánceres de las vías aéreo-alimenticias superiores. Incrustados en los moldes de cera Columbina, los tubos de radium de 5 ó 10 miligramos, son mantenidos en posición de tal manera, que durante el curso del tratamiento son destruídos de 400 a 500 unilicuries.

Los procedimientos telecurieterápicos necesitan el empleo de una gran cantidad de radium (2, 4, 6 y hasta 8 gramos (Regaud). Los rayos gamma emanados de este radium son dirigidos sobre el tumor durante un tiempo que varía con la cantidad de radium empleada y con la importancia del volumen del tumor que se ha de destruir. El radium empleado por vía endo-cavitaria está incluído en sondas

apropiadas que contienen según los casos, 2 ó 3 tubos de radium de 5 ó 10 miligramos. La sonda cargada se deja en el lugar siguiendo un ritmo pre-establecido, durante el cual se establecen períodos de reposo alternando con los períodos de aplicación; de 35 a 40 milicuries son así destruídos.

Las combinaciones más variadas pueden realizarse, por ejemplo: cirugía + rayos X; radium + rayos X; rayos X + radium; radium + radium.

Una crítica común debe establecerse para los diversos métodos que acabamos de exponer: el órgano de que tratamos está situado profundamente; está rodeado de una cintura ósea, particularmente espesa por detrás; las lesiones cancerosas están siempre infectadas; las vías aéreas la mayor parte de veces también infectadas, están situadas en la vecindad de las lesiones; en fin, los portadores de cáncer del esófago son la mayoría individuos fatigados y deshidratados.

Cada método en particular tiene una crítica propia. La cirugía del esófago es difícilmente realizable; las porciones, cervical y abdominal del órgano, las más fácilmente accesibles, son precisamente aquéllas, a nivel de las cuales el cáncer es raro. En todo su trayecto el esófago está en relación estrecha con órganos importantes imposibles de sacrificar. Esta cirugía es, a fin de cuentas, una "cirugía de desespero", cuya mortalidad es excesivamente elevada.

Las intervenciones sobre la porción cervical han dado 17 fracasos sobre 35 casos a Winniwater y 39 por ciento de mortalidad a Berard y Sargnon. Las intervenciones sobre la porción torácica dan una mortalidad todavía más considerable; es, en efecto, del orden de 90 a 100 %.

La electro-coagulación justifica las mis-

mas críticas que la cirugía, cuando las vías de acceso que emplea son las vías artificiales; utilizada por las vías naturales, es a la vez ciega, incompleta y peligrosa.

Los métodos que utilizan las radiaciones, presentan todos un serio inconveniente de orden radio-biológico. Los trabajos de Lacassagne sobre el esófago normal del conejo han demostrado que la mucosa de este órgano presenta una gran radio-sensibilidad. Siendo la mayoría de cánceres del esófago epitelomas espino-celulares, tumores particularmente radio-resistentes, la "diferencia de radio-sensibilidad" que existe entre la mucosa normal y el tejido neoplásico es muy débil. Debido a que la terapéutica anticancerosa mediante las radiaciones "actúa gracias a las diferencias de radio-sensibilidad" (Regaud), las condiciones óptimas para la irradiación cancerífera están lejos de encontrarse realizadas en este caso.

Por otra parte, la profundidad del órgano irradiado, hace incontrolables el comportamiento de su mucosa frente a las radiaciones y la aparición de tests que permitan a la vez comprobar la acción de aquellas y fijar su dosis biológica. Conviene recordar que estos tests se suceden de la manera siguiente: sequedad, enrojecimiento de la mucosa, aparición de manchas blancas diseminadas que presentan el aspecto del muguet y, en último término, confluencia de las manchas que forman una gruesa falsa membrana.

Expuestas estas comunes consideraciones debemos reconocer que *los rayos X* tienen la ventaja de ser de fácil producción, de precio asequible y de rigurosa dosificación. Actúan simultáneamente sobre el tumor, sobre su "parametrio" y sobre las adenopatías, a los que están expuestos los

enfermos tratados con irradiación endocavitaria.

Los rayos gamma del radio, a su vez, poseen frente a la célula cancerosa una electividad óptima su aplicación ininterrumpida evita la posibilidad de recidivas intercalares.

La conducta a seguir en presencia de un enfermo afecto de cáncer del esófago, consta de un tratamiento preparatorio y de un tratamiento curativo.

El pre-operatorio consiste, ante todo, en un régimen alimenticio y medicamentoso en ningún concepto negligible. La leche, fermentescible y grumosa, debe ser eliminada de la alimentación del canceroso esofágico.

Los líquidos alcalinos han de ser prescritos; se han de ejecutar lavajes de la bolsa si la detención es abundante; han de ser practicadas inyecciones de suero fisiológico, a fin de hidratar al enfermo.

La gastrostomía corresponde al tratamiento preparatorio cuando es ejecutada en el momento escogido con vistas a un tratamiento complementario ulterior. Se ejecuta de urgencia en un cierto número de casos, sin que le sea posible al terapeuta discutir la oportunidad de esta intervención y su ejecución en el momento preciso. La experiencia nos ha probado que una gastrostomía ejecutada de urgencia en el curso de un tratamiento por las radiaciones, comporta un pronóstico de los más rigurosos. Si depende de nosotros, la gastrostomía será practicada tan pronto como los líquidos pasen mal.

La gastrostomía ha de ser sistemáticamente ejecutada bajo anestesia local. Evita en parte los peligros de shock operatorio que, sin embargo, no es despreciable en

enfermos las más de las veces caquectizados.

Las críticas hechas anteriormente a la incontinencia de la estomía están reducidas a la nada gracias al ingenioso procedimiento de Witzel-Gernez que permite realizar la continencia rigurosa de la boca gástrica.

Las ventajas de la gastrostomía son reales: la intervención permite la hidratación y la alimentación del enfermo; pone las lesiones en reposo y disminuye por este hecho el dolor y la dispersión de células cancerosas; en fin, bajo el punto de vista psicológico son muy buenos sus efectos sobre el estado de espíritu del enfermo.

El tratamiento curativo no puede estar basado en la cirugía ni en la electro-coagulación, pues conocemos sus peligros y su eficacia. Quedan, pues, los procedimientos fisioterápicos.

Por el hecho de su electividad el radium nos parece que ha de ser preferido a los rayos X. Se trata —bien entendido— del radium empleado por vía endo-cavitaria, aguardando que los métodos transcutáneos acercados o alejados hayan hecho sus pruebas.

Sin embargo, la aplicación endo-cavitaria de radium está subordinada a varias condiciones: el volumen del tumor no debe pasar de 5 a 7 centímetros en todos sus ejes; el trayecto que atraviesa el cáncer ha de ser permeable; el enfermo ha de ser el colaborador paciente y disciplinado del médico, por consiguiente ha de ser sano de espíritu.

Cuando estas condiciones o algunas de entre ellas están realizadas, los rayos X serán utilizados según el método de Cou-tard, por tres puertas de entrada torácicas: una anterior derecha, una posterior derecha y una posterior izquierda.

* * *

Los resultados del tratamiento se ven estorbados por las complicaciones terapéuticas, secundarias o tardías. Las complicaciones inmediatas son debidas a falsas vías cuando se trata de un tratamiento endo-cavitario, y a las radio-dermitis, a la fiebre y al enflaquecimiento cuando los rayos X son empleados. Las complicaciones secundarias comprenden principalmente las mediastinitis, las bronco-pneumonías. Las complicaciones tardías resultan de la caída de la escara, de las hemorragias, de las radio-necrosis de vecindad.

* * *

Hasta cuando es ejecutado sin accidentes el tratamiento no deja de dar resultados que desaniman. Ninguna curación de más de un año no ha podido ser registrada por los autores siguientes: Jacob, sobre 34 casos; Quick, sobre 196 casos; Grossmann, sobre 250 casos; William Hill, sobre 77 casos, y nosotros mismos sobre 75 casos.

La encuesta internacional de Berard y Sargnon ha dado conclusiones idénticas. ¿Qué deducir en presencia de tales cifras?

Esperamos que el progreso de la telecurieterapia o el descubrimiento de un tratamiento médico del cáncer modificarán favorablemente un día, que deseamos sea próximo, el pronóstico terrible de los tumores malignos del esófago.

Mientras tanto, hemos de ser fieles a los procedimientos terapéuticos clásicos, aunque a veces nos hagamos la pregunta de sí, dada la insuficiencia de los éxitos realizables, la gastrostomía sola no permitiría obtener, con menos peligro, los mismos resultados que se obtienen con las radiaciones.

RESUM

L'autor, després d'un resum anatomo-fisiològic de l'esòfag, exposa els signes que permeten establir el diagnòstic del càncer de dit òrgan en les seves tres porcions: són els principals: l'atur de l'aliment per sobre de la lesió, les regurgitacions, l'estancament, la salivació, els fenòmens dolorosos, les adenopaties, la radiografia, el cateterisme i l'esofagoscòpia. Els mitjans de tractament són: la cirurgia, l'electrocoagulació, els Raigs X i el ràdium. L'autor fa una crítica dels diversos procediments des d'un punt de vista paliatiu i curatiu, establint els resultats amb ells obtinguts.

RESUME

Après une description anatomo-physiologique de l'oesophage l'auteur expose les signes qui permettent d'établir le diagnostic du cancer de cet organe dans ses trois parties. Principalement ce sont les suivants: l'arrêt des aliments au-dessus de la lésion, les régurgitations, la stagnation, la salivation, les phénomènes douloureux, les adénopathies, la radiographie, le cathétérisme et l'oesophagoscopie. Les moyens de traitement sont: la chirurgie, l'électro-coagulation, les rayons X et le radium. L'auteur fait la critique des procédés différents du point de vue palliatif et curatif et établit les résultats obtenus.

SUMMARY

After an anatomical-physiological description of the esophagus the author exposes the signs which allow a diagnostic of cancer in the three parts of this organ to be established. The principal signs are: the standing of food above the lesion, the regurgitations, the stagnancy, the salivation, the phenomenon of pain,

the adenopathies, the radiography, the catheterisation and the esophagoscopy. The methods of treatment are: surgery, electro-coagulation, X-rays, and radium. The author reviews critically the different ways of proceeding from the palliative and the curative point of view and substantiates the results which have been obtained.

RIASSUNTO

Dopo una descrizione anatomica-fisiologica del esofago l'autore discute i segni che permettono stabilire la diagnostica del cancro di quest'organo nelle sue tre parti. Principalmente sono i seguenti: incaglio degli alimenti al disopra della lesione, le regurgitazioni, il stancamento, la salivazione, i fenomeni dolorosi, le adenopatie, la radiografia, il siringare e l'esofagoscopia. I mezzi di trattamento sono: la chirurgia, l'electro-coagulazione, la roentgenologia, la radioterapia. L'autore fa la critica degli vari metodi dal punto de vista palliativo e curativo e comunica i risultati ottenuti.

ZUSAMMENFASSUNG

Nach einer anatomisch-physiologischen Beschreibung der Speiseröhre bespricht der Verfasser die Symptome, aus denen der Krebs dieses Organs in seinen drei Regionen diagnostiziert werden kann. Es sind hauptsächlich folgende: Steckenbleiben der Nahrung oberhalb der Erkrankungsstelle, die Würgeerscheinungen, die Stockung, der Speichelfluss, die Schmerzempfindungen, die Affection der Drüsen, die radiologischen Kennzeichen, die Kathetrisierung, die Speiseröhren-Spiegelung. Die Mittel der Behandlung, sind: Chirurgie, Electro-Coagulation, Röntgenstrahlen und Radium. Verfasser schliesst mit einer Kritik der verschiedenen Behandlungsweisen unter dem Gesichtspunkt der palliativen und der Heilbehandlung und legt die erzielten Erfolge fest.