CARCINOMA ESOFÁGICO

ARTÍCULOS RELACIONADOS
TRATAMIENTO

1. INCIDENCIA

- 4-5 casos/100.000 hab (45000 casos en Europa)
- 3-5 casos/100.000 hab (40.000)

2. DIAGNOSTICO

- Biopsia por endoscopia
- Histología:
  1. Carcinoma Escamoso
  2. Adenocarcinoma
  3. Small cell o células pequeñas.

3. ESTADIFICACIÓN

- Exploración física
- Hemograma, bioquímica con función renal y hepática
- Endoscopia: incluyendo tracto aero-digestivo superior en caso de tumores escamosos.
- En caso de tumores quirúrgicos:
  1. Ecoendoscopia.
  2. Esofagograma.
- TAC Cervico-toraco-abdominal
- Laparoscopia: en caso de adenocarcinomas de unión gastroesofágica localmente avanzados (T3-T4).
- PET si es posible, es útil para diagnosticar:
  1. metástasis a distancia.
  2. Recidivas locales
- Para su valoración quirúrgica se clasifican en:
  a. Cervicales
  b. Intratorácicos
  c. Unión gastro-esofágica.

ESTADIO O	**T is**	**N0**	**M0**
ESTADIO I	**T1**	**N0**	**M0**
ESTADIO IIA	**T2,3**	**N0**	**M0**
ESTADIO IIB	**T1,T2**	**N1**	**M0**
ESTADIO III	**T3**	**N1**	**M0**
	T4	**Cualquier N**	**M0**
ESTADIO IVA	**Cualquier T**	**Cualquier N**	**M1a**
ESTADIO IV B	**Cualquier T**	**Cualquier N**	**M1b**

4. TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR

a. CIRUGÍA:

1. Tratamiento estándar en tumores muy seleccionados: **(Tis-3 N0-1 M0)**
2. **Esofaguectomía transtorácica** con resección en dos campos y linfadenectomía en bloque para ESCAMOSOS.
3. La extensión de la resección en los ADENOCARCINOMAS no está establecida.
4. No existe técnica estándar para los cervicales.
5. Menor supervivencia y morbilidad para Esofaguectomía transhiatal.

6. Deben resecarse al menos **6 gg regionales**.

b. **RADIOTERAPIA POSCIRUGÍA**

1. No mejora supervivencia a la cirugía sóla, no RECOMENDADA

c. **RADIOTERAPIA PRECIRUGÍA**

1. No mejora supervivencia a la cirugía sóla. Este tratamiento no se recomienda.

d. **QUIMIO-RADIOTERAPIA PRECIRUGÍA**

1. **Confiere mejoría en supervivencia**
   a. pero no está claro en que tipo de pacientes (estadio, histología o localización)
   b. parece incrementar mortalidad postoperatoria.

e. **QUIMIORADIOTERAPIA POSTCIRUGIA**

1. No recomendada por datos escasos excepto en adenocarcinomas de la unión gastroesofágica o esófago inferior después de cirugía limitada.

f. **QUIMIOTERAPIA PRE CIRUGÍA**

1. Opción terapéutica en ***ADENOCARCINOMAS de la unión gastroesofágica o tercio inferior***.

g. **QUIMIOTERAPIA POS CIRUGÍA**

1. Opción terapéutica en ***ADENOCARCINOMAS de la unión gastroesofágica o tercio inferior***.

5. TRATAMIENTO POR ESTADIOS

a. **Estadios precoces (Tis-T1a N0)**:

- CIRUGÍA
- Resección mucosa endoscópica en investigación

b. **Enfermedad localizada (T1-2 N0-1)**:

- Escamosos:
  a. CIRUGÍA: 25% supervivencia a 5 años si N1.
  b. QUIMIORADIOTERAPIA si no cirugía, es superior a radioterapia sóla.

- Adenocarcinomas: QUIMIOTERAPIA + CIRUGÍA es estándar

c. **Enfermedad localmente avanzada (T3-4 N0-1)**: CIRUGÍA SOLO NO ES ESTANDAR

- Escamosos:
  1. QUIMIORADIOTERAPIA exclusiva
     i. Incrementa tasa resección
     ii. Mejora control local
     iii. Mejora SG en ensayos fases III.
     iv. Aumenta mortalidad postoperatoria

v. Tratamiento estandar, sobre todo en tercio superior, con cirugía de rescate en recidivas.

2. CIRUGÍA **SOLO EN NO RESPONDEDORES** (en resto aumenta mortalidad).

- Adenocarcinomas:
  1. Quimioradioterapia o Quimioterapia sóla (se debate si la RTx añade algo).
  2. CDDP-5FU + RTx 40 Gy + CIRUGIA

d. **Enfermedad metastásica**:

- Prótesis esofágica.
- Braquiterapia en dosis única
  1. La más eficaz
  2. Menos toxicidad que prótesis
- Quimioterapia paliativa en escogidos.

6. EVALUACIÓN DE RESPUESTA:

- Síntomas
- Esofagoscopia
- Esofagograma
- TAC

7. **SEGUIMIENTO**: no evidencia influya en pronóstico, dependerá de los síntomas, nutrición y factores psico-sociales.