REVISTA ESPAÑOLA DE

ENFERMEDADES DIGESTIVAS

The Spanish Journal of Gastroenterology

www.reed.es
(Open Access)

NOVIEMBRE 2018 · VOLUMEN 110
Suplemento 3

Factor de Impacto (2017):
JCR: 1,632 (Q4) / SJR: 0,417 (Q3)

Órgano de expresión científica de:

Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)
Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED)
Asociación Española de Ecografía Digestiva (AEED)

40 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Zaragoza, 14-17 de noviembre de 2018

P-011. ANÁLISIS AL DIAGNÓSTICO Y EN LA EVOLUCIÓN DEL CÁNCER DE ESÓFAGO

Parra Villanueva, Francisco Javier¹; Guardiola Arévalo, Antonio²; Ortiz Zapata, Juan José³; Bellart Llavall, María²; Piqué Becerra, Rubén²; Bernal Checa, Pilar²; Bermejo Abati, Andrea²; Guerra Marina, Iván²; Algaba García, Alicia²; Bermejo, Fernando²

¹Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid. Servicios de ²Digestivo y ³Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid

Introducción: El cáncer de esófago es el octavo cáncer más frecuente a nivel mundial, con más de 480.000 nuevos casos anuales, y unas 400.000 muertes al año.

Objetivo: Describir las características al diagnóstico, evolución y factores de mal pronóstico de pacientes con carcinoma de esófago.

Material y método: Estudio observacional de cohortes retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años diagnosticados entre 2004 y 2014, por cáncer de esófago confirmado histológicamente, y seguidos hasta diciembre de 2017. Se recogieron datos demográficos, antecedentes personales, así como datos clínicos, endoscópicos, del tratamiento, y de la evolución.

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes, 46 con carcinoma epidermoide (CEE), 31 con adenocarcinoma (ACE) y 1 indiferenciado. La edad fue de $60,6 \pm 11,7$ años. 72 hombres (89,0% CEE vs. 96,7% ACE; $p > 0,05$). Se hallaron diferencias entre el CEE y el ACE en: consumo habitual de alcohol (80,4% vs. 22,6%; $p < 0,01$), tabaco+alcohol (71,7% vs. 19,3%; $p < 0,01$) y esófago de Barrett (0,0% vs. 19,3%; $p = 0,03$). Las alteraciones analíticas más frecuentes fueron: anemia (42,3%) e hipoalbuminemia (34,6%). Se hallaron diferencias (CEE vs. ACE) en: hipocalcemia (0,0% vs. 19,3%; $p = 0,003$), patrón citolítico (4,3% vs. 19,3%; $p = 0,03$), y CA 19.9 elevado (13,0% vs. 38,7%; $p = 0,029$). De los 18 pacientes con CA19.9 elevado al diagnóstico, 15 (83,3%) fueron estadio IV (100% en CEE). No hubo diferencias en el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico ($3,2 \pm 2,8$ meses), ni en la sintomatología al diagnóstico, siendo lo más frecuentes: disfagia (75,6%), y síndrome constitucional (67,9%). Hubo diferencias en la proporción de neoplasias estenosantes (CEE 17,4% vs. ACE 54,8%; $p < 0,01$). Se operaron 31 pacientes (39,7%): 15 CEE (32,6% del total de

CEE) y 16 ACE (51,6% de ACE). Hubo recidiva tumoral en: 21% R0 vs. 50% R1; $p > 0,05$.

La supervivencia media fue de 26.6 meses (CEE 19.88 vs. ACE 36.63 meses; $p = 0,03$).

Conclusiones: En nuestra área sanitaria las características al diagnóstico de los pacientes con cáncer de esófago son similares a lo descrito previamente. El marcador tumoral CA19.9 elevado al diagnóstico, sobre todo en el CEE, es un factor de mal pronóstico. Es una enfermedad de muy mal pronóstico, siendo algo mejor para el ACE